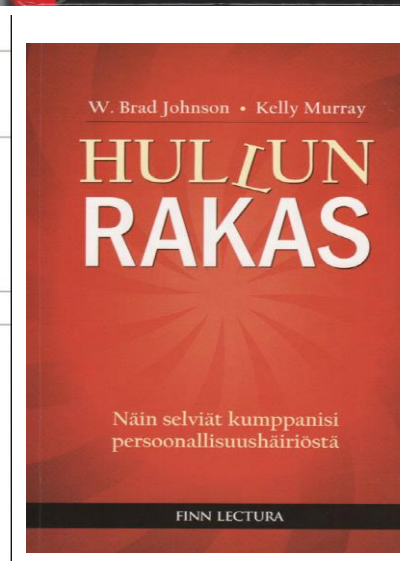
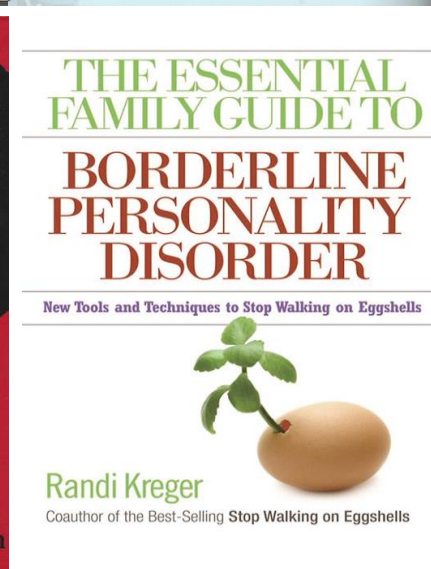
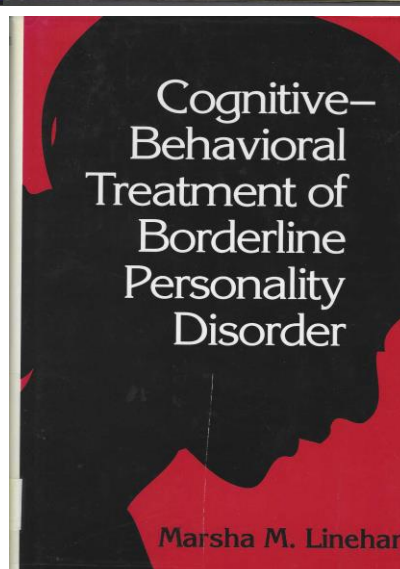
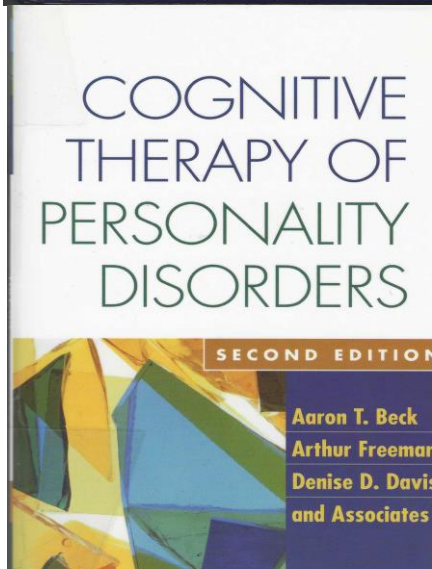
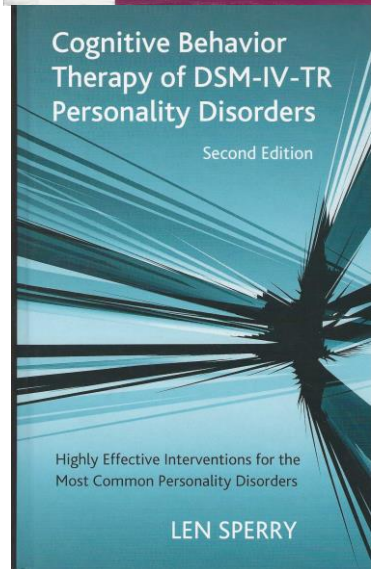
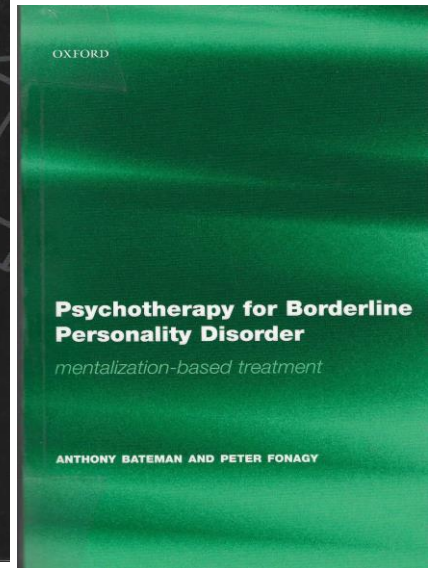
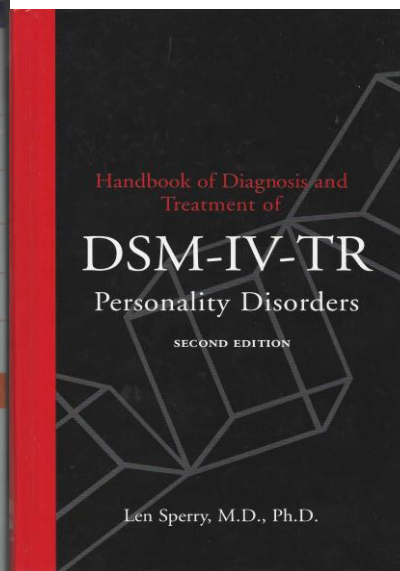
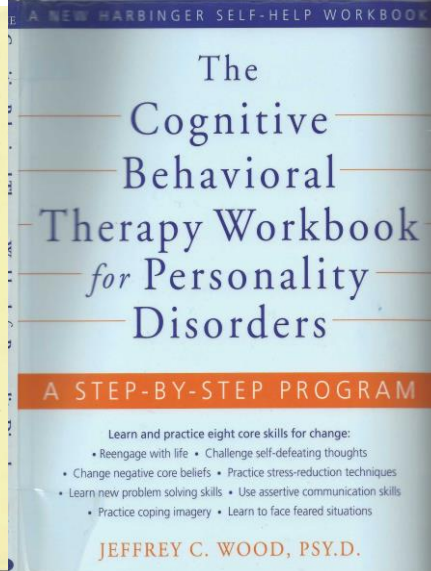
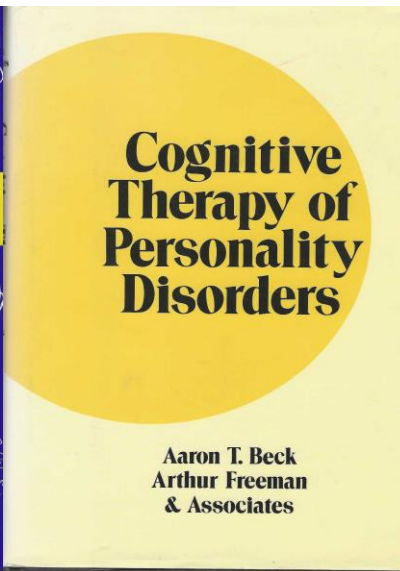
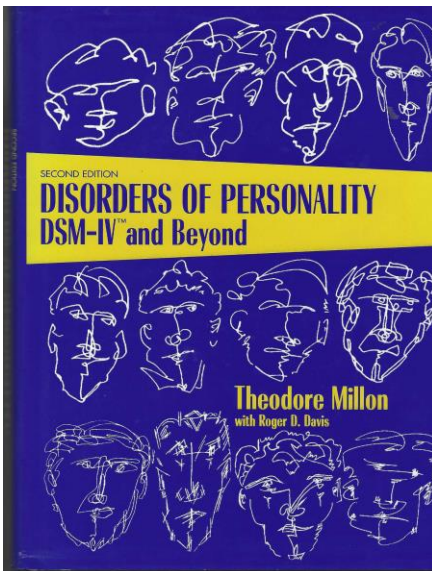
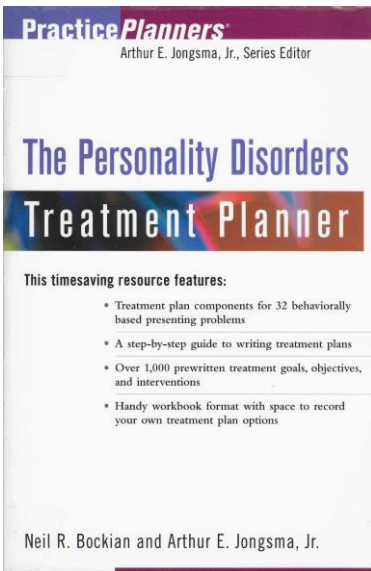


130526 Epävakaata persoonallisuus – yl Juha Kemppinen



Epävakaasta persoonallisuudesta on kirjoitettu selvästi eniten persoonallisuushäiriöistä

130526 Epävakaata persoonallisuus

- Agenda:
- 1. Epävakaan persoonallisuuden etiologia
- 2. Persoonallisuushäiriön yleiset ja erityiset kriteerit: ICD-11 ja DSM-5
- 3. Diagnoosi, erotusdiagnoosi ja monihäiriöisyys
- 4. Oirekuva ja diagnostiikka
- 5. Hoito
- 2010 Oldham et al
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-1410197667470.pdf

1. Epävakaan persoonallisuuden etiologia

Yl juha kemppinen

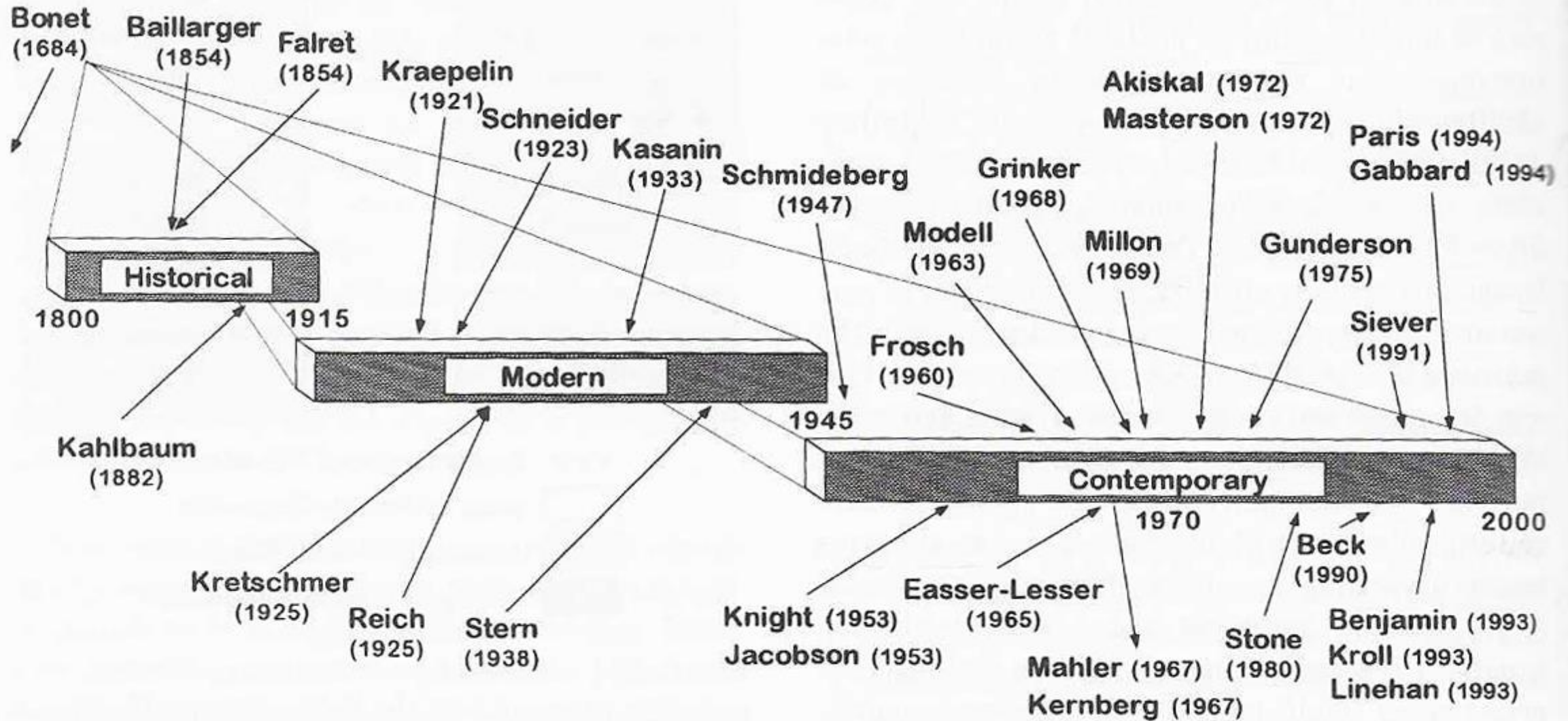


Figure 18.2 Historical review of major contributors to the borderline personality disorder.

- **Etiologia**
- Epävakaan persoonallisuushäiriön keskeisenä etiologisena tekijänä pidetään varhaista lapsen ja vanhempien suhdetta, joka on johtanut **erillistymis-yksilöitymiskehityksen häiriöön**.
- **Lapsuudenaikainen tunnetason laiminlyönti ja puutteellinen tuki, varhaiset menetyskokemukset, seksuaalinen hyväksikäyttö ja vanhempien vakavat mielenterveyshäiriöt** ovat tavallisia (eivät aina!) epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien elämänhistoriassa.
- Biologisista tekijöistä ainakin häiriöt **aivojen frontolimbisillä alueilla** ovat ilmeisesti yhteydessä epävakaassa persoonallisuudessa yleisesti esiintyviin impulsiivisiin ja vihamielisiin piirteisiin.
- Osalla potilaista persoonallisuushäiriön synty liittyy **neurologisiin ja neurokognitiivisiin häiriöihin ja niiden kehityksellisiin vaikutuksiin**.

- Etiologia
- Psykodynaamisessa tarkastelussa rajatilapersoonallisuus tai kehityksellisesti rajatilatasoinen häiriö ovat laajempia käsitteitä kuin ICD-10-luokituksen diagnoosi epävakaa persoonallisuushäiriö.
- Rajatilatasoisilla häiriöillä tarkoitetaan häiriöitä, jotka ovat **kehityksellisesti varhaisempia ja vaikeampia** kuin neuroottistasoiset tilat, mutta lievempiä kuin psykoosit. Käytännöllisesti katsoen lähes kaikki persoonallisuushäiriöt ovat psykodynaamisesti arvioituina rajatilatasoisia häiriöitä.
- Rajatilatasoisella häiriöllä voidaan tarkoittaa myös sellaisia häiriöitä, joissa persoonallisuushäiriöiden kuvailevat oirekriteerit eivät täyty.
- Psykodynaamisen kehitysarvion mukaan niissä voidaan kuitenkin havaita niin sanottua
 - rajatilapatologiaa, johon kuuluvat
 - **vakava itsetunnon säätelyn häiriö,**
 - **kyvyttömyys erottaa itseä ja toisia koskevia mielikuvia,**
 - **epäkypsien puolustusmekanismien voimakas käyttö,**
 - **huono pettymyksensietokyky ja**
 - **puutteellinen väkivaltaisuuuden kontrollointi.**

2. Persoonallisuushäiriön yleiset ja erityiset kriteerit: ICD-11 ja DSM-5

Yl juha kemppinen

TABLE 16.2. Assessing Personality Disorder in Mental Health Patients

1. In general, do you have difficulty making and keeping friends?	ystävystyminen
2. Would you normally describe yourself as a loner?	yksinäisyys
3. In general, do you trust other people?	luottamus
4. Do you normally lose your temper easily?	malti
5. Are you normally an impulsive sort of person?	impulsiivinen
6. Are you normally a worrier?	huolehtija
7. In general, do you depend on others a lot?	riippuvainen
8. In general, are you a perfectionist?	täydellisyyden- tavoittelija

Note. From “Standardised Assessment of Personality—Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary Validation of a Brief Screen for Personality Disorder” by Paul Moran, Morven Leese, Tennyson Lee, Paul Walters, Graham Thornicroft, and Anthony Mann, 2003, *British Journal of Psychiatry*, 183, 228–232. Copyright 2003 by the Royal College of Psychiatrists. Reprinted by permission.

Morrison 2005

- 1
 - Yksilön luonteenomaiset ja pysyvät sisäisen kokemisen tavat ja käytös kokonaisuudessaan poikkeavat merkittävästi kulttuurin sisäisistä normeista.
 - Poikkeama ilmenee vähintään kahdella alla luetellulla alueella:
 - 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 Poikkeama ilmenee **pysyvänä käytösmallina**, joka on joustamaton, sopeutumaton tai muutoin häiriintynyt laajalti **eri** henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa tilanteissa.
- 3 Kohdassa 2 kuvattu käytösmalli **aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä tai vastoinkäymisiä** sosiaalisessa selviytymisessä tai molempia.
- 4 Häiriö on **pysyvä ja pitkäaikainen ja se on alkanut myöhäislapsuudessa tai nuoruusiässä.**
- 5 Häiriö **ei ole** muun aikuispsykiatrisen häiriön ilmenemismuoto tai sen seurausta.
- 6 Elimellinen syy, aivosairaus, -vamma tai toimintahäiriö tulee sulkea pois.

Taulukko 2. Persoonallisuushäiriöt ja pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset (ICD-10).

Persoonallisuushäiriöt

- Epäluuloinen persoonallisuus
- Eristäytyvä, skitsoidinen persoonallisuus
- Epäsosiaalinen persoonallisuus
- Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus**
- Huomionhakuinen persoonallisuus
- Vaativa eli obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuus
- Estynyt persoonallisuus
- Riippuvainen persoonallisuus

Muut määritetyt persoonallisuushäiriöt

Sekamuotoiset ja muut persoonallisuushäiriöt

Pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset, jotka eivät aiheudu aivovauriosta tai aivosairaudesta

- Tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos
- Vakavaa mielenterveyden häiriötä seuraava pitkäaikainen persoonallisuuden muutos
- Muut määritetyt pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset

Taulukko 3. DSM-5-luokituksen mukaiset persoonallisuushäiriöt.

Ryhmä A

Epäluuloinen persoonallisuushäiriö

Eristäytyvä persoonallisuushäiriö

Psykoosipiirteinen persoonallisuushäiriö

Ryhmä B

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö

Epävaka persoonallisuushäiriö

Huomiohakuinen persoonallisuushäiriö

Narsistinen persoonallisuushäiriö

Ryhmä C

Estynyt persoonallisuushäiriö

Riippuvainen persoonallisuushäiriö

Pakko-oireinen persoonallisuushäiriö

THE ESSENTIAL FAMILY GUIDE TO

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

New Tools and Techniques to Stop Walking on Eggshells



Randi Kreger

Coauthor of the Best-Selling *Stop Walking on Eggshells*

- Seuraavat kysymykset siitä, onko läheiselläsi mahdollisesti epävakaa persoonallisuus:
- 1. Näkeekö ko. henkilö sinut vain joko tai-moodissa? Siis joko vihattavana henkilönä, joka ei koskaan rakastanut häntä tai palvonnan ja varauksettoman rakkauden kohteena?
- 2. Laittaako hän sinut jatkuvasti "ei voi voittaa" -tilanteisiin, kun yrität selittää, että hänen asenteensa oli juuri päinvastainen kuin mitä hän sanoi aikaisemmin? Mikä taasen vain lisää arvostelua ja kriittisyyttä sinua kohtaan?
- 3. Onko kaikki aina sinun vikasi? Oletko jatkuvan arvostelun kohteena?

THE ESSENTIAL FAMILY GUIDE TO

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

New Tools and Techniques to Stop Walking on Eggshells



Randi Kreger

Coauthor of the Best-Selling *Stop Walking on Eggshells*

- (Jatkuu)
- 4. Onko olemassa aikoja, jolloin kaikki tuntuukin normaalilta ja sinä olet hänen hyvällä puolellaan, jopa idealisoituna, mutta sitten ei mistään syystä kaikki tunnu hajoavan kasaan ja muuttuvan yhtäkkiä?
- 5. Kun hän on vihainen, alentuuko hän tilanteeseen, jossa "ei oteta vankeja", hyökkää ilkeästi ja säälimättömästi ja jättää sinut kelaamaan tapahtunutta?
- 6. Käyttääkö hän pelkoa, pakottamista tai syyllisyyttä saadakseen asiansa läpi? Tuntuuko sinusta niin manipuloidulta, ettet voi luottaa häneen enää?
- 7. Oletko alkanut epäillä omaa todellisuudentajuasi? Onko sinun jatkuva altistus hänen vääristyneeseen herkkyyteen ja eristäytyneisyytesi omasta perheestäsi ja ystävistäsi, saanut sinut tuntemaan kuin olisit Dorothy Ozin ihmemaassa?
 - **Low-functioning BPD = tapaa päivystyksessä**
 - **High-functioning BPD = eivät hakeudu hoitoon**

MYRSKYISÄ KUMPPANI

Epävakaa persoonallisuus

Kuinka tunnistaa epävakaa persoonallisuus

- ✓ Hän pelkää äärimmäisen paljon hylkäästä, ja usein tulkitsee käytöksesi torjuvaksi.
- ✓ Hänellä on ollut useita kiihkeitä, epävakaita ja ailahtelevia suhteita.
- ✓ Hänellä on hyvin hauras minäkäsitys.
- ✓ Hänellä on taustalla impulsiivista käytöstä (esim. äkillistä rahan tuhlausta, seksiä, aineiden käyttöä, holtitonta ajamista, ahmimista).
- ✓ Hän on käyttäytynyt itsetuhoisesti tai viillellyt itseään.
- ✓ Hänellä on voimakkaita mielialanvaihteluita (esim. masennuksen, ahdistuksen ja suuttumuksen välillä).
- ✓ Hän tuntee jatkuvasti olonsa "tyhjäksi" ja tylsistyneeksi.
- ✓ Hän saattaa suuttua asiaankuulumattomasti ja hyökätä verbaalisesti tai fyysisesti.

Persoonallisuushäiriöt dimensionaalinen ja kategorinen arviointi

Yl juha kemppinen

- Persoonallisuushäiriöiden dimensionaalinen arviointi: ICD-11 ja DSM-5
- **ICD-11**
- Persoonallisuushäiriölle on luonteenomaista pitkään, esimerkiksi **kaksi vuotta tai pitempään** kestäneet ongelmat minän toiminnoissa ja/tai ihmissuhteissa.
- **Minän toimintoja** ovat muun muassa
 - **identiteetti,**
 - **itsen arvostus,**
 - **minäkäsitys, ja itseohjautuvuus.**
 - **Ihmissuhteita** kuvastavat kyky luoda ja ylläpitää läheisiä ja molemmin puolin tyydyttäviä ihmissuhteita, kyky ymmärtää toisten näkökulmia ja selviytyä ihmissuhteristiriidoista.

- Persoonallisuushäiriöiden dimensionaalinen arviointi: ICD-11 ja DSM-5
- ICD-11 (jatkuu)
- Häiriö näkyy myös
 - **kognitiivisten toimintojen,**
 - **emotionaalisten kokemusten,**
 - **tunteiden ilmaisun ja**
 - **käyttäytymisen maladaptiivisuutena eli joustamattomuutena ja hallitsemattomuutena.**
 - Häiriö tulee esiin useissa eri yksilöllisissä ja sosiaalisissa tilanteissa. Henkilölle luonteenomaiset käyttäytymismallit eivät ole kehityksellisesti asianmukaisia, eivätkä ne selity kulttuurisilla tekijöillä.

- Persoonallisuushäiriöiden dimensionaalinen arviointi: ICD-11 ja DSM-5
- ICD-11 (jatkuu)
- Persoonallisuushäiriö aiheuttaa asianomaiselle **merkittävää kärsimystä tai toimintakyvyn heikkenemistä** henkilökohtaisessa elämässä. Kärsimys ja toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee myös **perhe-elämässä, sosiaalisissa suhteissa, opiskelussa, työssä** tai joillakin muilla tärkeillä elämänalueilla.
- ICD-11 ryhmittelee persoonallisuushäiriön **lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi** sen perusteella, miten vakavia ja laaja-alaisia edellä kuvatut ongelmat ovat ja miten vakavaa kärsimystä ja haittaa ne aiheuttavat.

Persoonallisuuspiirteistä häiriöksi – klinikon näkökulma

TAULUKKO 3.

Persoonallisuushäiriöiden luokittelu ICD-II tautiluokituksen luonnoksessa (21).

Potilaalla, jolla todetaan persoonallisuushäiriön yleisten kriteerien täyttyvän, luokitellaan persoonallisuushäiriön vaikeusaste aluksi kolmeasteisella luokittelulla. Häiriön ydinpiirteitä voidaan kuvata tarkemmin dimensionaalisten piirreluokkien avulla.

Persoonallisuushäiriön aste	Kuvaus	Piirreluokat	Tyypilliset piirteet
Lievä persoonallisuushäiriö	Persoonallisuuden vaikeudet aiheuttavat merkittäviä ongelmia ihmissuhteissa ja elämän eri osa-alueilla, mutta toimivat joissakin suhteissa ja osa-alueilla. Häiriö ei tyypillisesti aiheuta merkittävää haittaa itselle tai muille.	Negatiivinen emotionaalisuus Epäsosiaaliset piirteet	Kokee herkästi esim. ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, vihaisuutta ja itseinhoa. Piittaamattomuus sosiaalisista velvoitteista, yhteiskunnan normeista ja muiden tunteista. Esimerkiksi tunnekylmyys, vihamielisyys ja pyrkimys hyväksikäyttää muita luonnehtivat.
Kohtalainen persoonallisuushäiriö	Merkittäviä ongelmia useimmissa ihmissuhteissa ja elämän eri osa-alueilla. Tyypillisesti itseä tai muita vahingoittavaa käytöstä, mutta ei suoraan henkeä uhkaavaa (esim. itsetuhoista käytöstä ilman varsinaista itsemurhatarkoitusta).	Kyvyttömyys/haluttomuus hallita impulsseja Pakonomaisuus/vaativuus	Toimii impulsiivisesti ja harkitsematta tekojensa seurauksia. Vastuuttomuus, impulsiivisuus ja harkitsemattomuus luonnehtivat. On hyvin jäykkä siinä, minkälaista käyttäytymistä hyväksyy itseltään ja muilta. Piirteistä vaativuus, jääräpäisyys ja järjestelmällisyys luonnehtivat.
Vaikea persoonallisuushäiriö	Ongelmat ihmissuhteissa ja elämän eri osa-alueilla ovat laaja-alaisia ja merkittäviä. Häiriö aiheuttaa tai on aiheuttanut henkeä uhkaavaa tai pitkäaikaista vahinkoa itselle tai muille.	Irrallisuus/välinpitämättömyys	Vetäytyy ihmissuhteista ja suhtautuu välinpitämättömästi sosiaalisiin kontakteihin ja ihmissuhteisiin. Varautuneisuus, passiivisuus ja niukka tunneilmaisu luonnehtivat.

- Persoonallisuushäiriöiden dimensionaalinen arviointi:
- ICD-11 ja DSM-5
- **ICD-11**
- Lisäksi persoonallisuushäiriön diagnoosiin kuuluu, että siinä kuvataan aina **yhtä tai useampaa kuudesta piirreominaisuudesta, jotka kuvaavat henkilön persoonallisuutta**. Nämä piirreominaisuudet ovat
- **negatiivinen affektisuus** (*negative affectivity*)
- **eristäytyvyys** (*detachment*)
- **dissosiaalisuus** (*dissociality*)
- **impulsiivisuus** (*disinhibition*)
- **pakko-oireisuus** (*anankastia*)
- **epävakaus** (*borderline pattern*).

- **DSM-5**
- Järjestelmä sisältää vaihtoehtoisen tavan luokitella persoonallisuushäiriöitä (***alternative DSM-5 model for personality disorders, AMPD***), joka yhdistää dimensionaalisen ja kategoriaalisen arviointitavan.
- Luokituksessa arvioidaan persoonallisuuden toimintaa ja patologisia persoonallisuuden piirteitä. Persoonallisuuden toiminnan arviossa kiinnitetään huomio minätoimintoihin ja vuorovaikutussuhteisiin.
- **Minätoiminnoissa** arvioidaan identiteettiä ja itseohjautuvuutta, **vuorovaikutussuhteissa** empatiaa ja kykyä läheisyyteen.
- Näitä arvioidaan jatkumolla luokitukseen sisältyvän arviointiasteikon (*level of personality functioning scale, LPFS*) avulla. Jotta persoonallisuushäiriödiagnoosi voidaan asettaa, näiden toimintojen tulee olla **vähintään keskivaikeasti häiriintyneitä.**

- **DSM-5**
- Poikkeavia persoonallisuuden piirteitä arvioidaan **viidellä** laajalla alueella:
- **negatiivinen affektisuus vs. emotionaalinen vakaus**
- **vetäytyminen vs. ulospäin suuntautuneisuus**
- **antagonismi vs. sovittelevuus**
- **disinhibiitio vs. vastuullisuus**
- **psykoosipiirteisyys vs. selkeys.**
- Häiriöiden arvioitavilla alueilla tulee olla suhteellisen laaja-alaisia ja pysyviä.
- Luokituksessa on **kuusi persoonallisuushäiriötä**: antisosiaalinen, estynyt, epävakaa, narsistinen, pakko-oireinen ja psykoosipiirteinen persoonallisuushäiriö.
- Jos henkilö täyttää persoonallisuushäiriön **yleiset kriteerit**, mutta häiriö ei ole luokiteltavissa johonkin edellä mainituista kuudesta häiriöstä kuuluvaksi, määritetään **häiriö siinä esiintyvien hallitsevien persoonallisuuspiirteiden** mukaan.

Taulukko 1. Persoonallisuushäiriöiden piirteet ja esiintyvyys (Volkert ym, 2018).

Persoonallisuushäiriö	Tyypillisiä piirteitä	Esiintyvyys
Epäluuloinen persoonallisuus	Epäluuloisuus Herkkyyys vastoinkäymisille Kyvyttömyys antaa anteeksi loukkauksia Taipumus kokemusten vääristymiseen	3,0 % (1,1–5,3 %) Miehillä yleisempi
Eristäytyvä persoonallisuus	Vetäytyminen sosiaalisista suhteista, erakoituminen Yksinäiset harrastukset, Rajoittunut tunneilmaisu Rajoittunut kyky kokea mielihyvää	2,8 % (0,6–6,6 %) Miehillä yleisempi
Epäsosiaalinen persoonallisuus	Piittaamattomuus sosiaalisista velvollisuuksista ja normeista Välinpitämättömyys toisten tunteista Alhainen turhaumien sietokyky Taipumus moittia muita selkkauksista normien kanssa Taipumus toistuvaan rikollisuuteen	3,1 % (2,1–4, 2 %) Miehillä yleisempi

Taulukko 1. Persoonallisuushäiriöiden piirteet ja esiintyvyys (Volkert ym, 2018).

Persoonallisuushäiriö	Tyypillisiä piirteitä	Esiintyvyys
Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus	Tunne-elämän epävakaus Taipumus toimia hetken mielihohteesta Ennalta arvaamaton mielialan vaihtelu Hallitsemattomat tunteenpurkaukset Taipumus riitaisuuteen	1,9 % (0,9–3,3 %) Naisilla yleisempi
Huomionhakuinen persoonallisuus	Tarve olla huomion keskipisteenä olemalla eloisa, dramaattinen, flirttaileva Taipumus liioitella ihmissuhteidensa läheisyyttä tai intiimiyttä Suurieleinen, teennäinen esiintyminen	0,8 % (0,4–1,5 %) Ei sukupuolieroa
Narsistinen persoonallisuus	Suuruusmielikuvien sävyttämä kuva itsestä ja omasta tärkeydestä Omien kykyjen yliarviointi Muiden vähättely ja hyväksikäyttö Odottaa tulevansa kohdelluksi ainutlaatuisena, ylivertaisena Kyky aitoon myötätuntoon heikentynyt	1,2 % (0,4 - 2,4 %) Miehillä yleisempi

Taulukko 1. Persoonallisuushäiriöiden piirteet ja esiintyvyys (Volkert ym, 2018).

Persoonallisuushäiriö	Tyypillisiä piirteitä	Esiintyvyys
Vaativa persoonallisuus	Täydellisyyden tavoittelu Liiallinen tunnollisuus Pikkutarkkuus, huolellisuus, kontrolloivuus Joustamattomuus, itsepäisyys	4,3 % (2,2–7,2 %) Miehillä yleisempi
Estynyt persoonallisuus	Jännityksen, pelon, epävarmuuden, alemmuuden tunteet Hyväksynnän, kiintymyksen tarve Yliherkkyys hylkäämiselle ja arvostelulle	2,8 % (1,7–4,1 %) Ei sukupuolieroa
Riippuvainen persoonallisuus	Laaja-alainen, alistuva tukeutuminen toisiin Voimakas hylätyksi tulemisen pelko Avuttomuuden ja kyvyttömyyden tunne Alistuva mukautuminen muiden toiveisiin Heikko kyky vastata arjen vaatimuksiin	0,8 % (0,4–1,4 %) Ei sukupuolieroa

Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö

• Oirekuva ja diagnostiikka

- Tunne-elämältään epävakaiseen persoonallisuushäiriöön liittyy kolme oirekokonaisuutta: **tunne-elämän epävakaus, käyttäytymisen säätelyn häiriö sekä alttius ongelmiin vuorovaikutussuhteissa.**
- Häiriöstä kärsiville on ominaista **taipumus toimia hetken mielijohteesta ja harkitsematta seurauksia.**
- Henkilön **mieliala on ennustamattomasti vaihteleva ja oikukas.**
- Hän on **taipuvainen tunteenpurkauksiin eikä** kykene usein **hallitsemaan** purkauksellista käytöstään.
- Henkilö on myös taipuvainen **riitaisuuteen ja yhteentörmäyksiin toisten kanssa**, varsinkin kun hänen mielijohteita noudattavaa käytöstään estetään tai hillitään.

T-F-A

Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö

- Oirekuva ja diagnostiikka
- Tautiluokitus jakaa häiriön impulsiiviseen ja rajatilatyyppiin (taulukko [1](#)).
- **Impulsiivisessa** häiriötyyppissä **tunne-elämän epävakaus ja yllykkeitten hallinnan puute** ovat luonteen omaisia. **Väkivaltaiset purkaukset ja uhkaava käytös** ovat tavallisia, etenkin reaktiona muiden kritiikkiin.
- **Rajatilatyyppiä** puolestaan luonnehtii **tunne-elämän epävakaus**. Sille ovat ominaisia **häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä** sekä **jatkuva tyhjyyden tunne**.
- **Kiihkeät ja epävakaat ihmissuhteet** saattavat aiheuttaa toistuvasti tunne-elämän kriisejä. Ne voivat olla yhteydessä liialliseen pyrkimykseen välttää hylätyksi tulemistä. Nämä kriisit voivat johtaa **toistuvaan itsetuhoisuuteen**.
- Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä henkilöllä on taipumus **jännitystä ulospäin purkavaan ja toisiin ihmisiin vetoavaan käyttäytymiseen**.

Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö

- **Oirekuva ja diagnostiikka**
- Oirekuvaan voi liittyä myös stressitilanteissa ilmeneviä **ajoittaisia, lyhytkestoisia, psykoottisilta vaikuttavia oireita, epäluuloisia ajatusrakennelmia tai vakavia dissosiativisia oireita**, kuten voimakkaita depersonalisaatioelämyksiä.
- Muut samanaikaiset mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä. Yleisimpiä ovat mieliala- ja päihdehäiriöt.
- **Lähes 10 % epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä sairastaa elämänsä aikana psykoottisen häiriön.**
- Epävakaan persoonallisuushäiriön prevalenssiksi väestössä on arvioitu **1–2 %**. Potilasaineistoissa häiriö on huomattavasti yleisempi. Perusterveydenhuollon potilailla sen yleisyydeksi on arvioitu noin 6 %, psykiatrisilla avohoitopotilailla noin 25 %.
- **Hoitoon tulevista persoonallisuushäiriöpotilaista noin puolella on epävakaa persoonallisuushäiriö.**

Taulukko 1. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö (ICD-10).

Impulsiivinen häiriötyyppi

A. Täyttää persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit.

B. Kohta (2) ja sen lisäksi vähintään kaksi seuraavista:

- (1) taipumus toimia hetken mielifohteesta ja seurauksia harkitsematta
- (2) taipumus käyttäytyä riitaisasti ja joutua ristiriitatilanteisiin muiden ihmisten kanssa etenkin, jos impulsiivista käytöstä pyritään estämään tai sitä arvostellaan
- (3) alttius vihan ja väkivallan purkauksille ja kyvyttömyys hallita niitä
- (4) kyvyttömyys ylläpitää mitään toimintaa, joka ei tuota välitöntä palkkiota
- (5) epävakaa ja oikukas mieliala.

Rajatilatyyppi

A. Täyttää persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit.

B. Diagnoosin F60.30 osiosta B. esiintyy vähintään kolme ja lisäksi ainakin kaksi seuraavista:

- (1) minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautuneisuuden epävarmuus ja häiriintyneisyys
- (2) taipumus intensiivisiin ja epävakaisiin ihmissuhteisiin ja niiden myötä tunne-elämän kriiseihin
- (3) liiallinen hylätyksi tulemisen välttäminen
- (4) toistuvaa itsensä vahingoittamista tai sillä uhkailua
- (5) jatkuva tyhjyyden tunne.

Epävakaa Persoonallisuus (Borderline Personality Disorders)

= Laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja affekteihin liittyvää epävakautta ja huomattavaa impulsiivisuutta. Alkaa varhaislapsuudessa ja esiintyy monissa yhteyksissä >5 seuraavista tavoista :

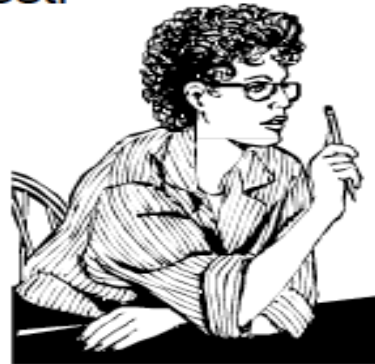
1. Kiihkeitä yrityksiä välttyä todelliselta tai kuvitellulta hyljätyksi tulemiselta

2. Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu (joko yksi pitkä tai useampia lyhyitä suhteita, joihin on liittynyt väh kahdesti ihannoinnin tai vähättelyn vaihtelu)

3. Identiteettihäiriö, merkittävästi ja jatkuvasti epävakaa minäkuva tai kokemus itsestä, ei normaali nuoruusikäisen epävarmuus (myöntää piirteen)

4. Impulsiivisuus >2 potentiaalisesti itselle vahingollisella alueella: tuhlaaminen, seksi, päihteiden käyttö, holtiton autoilu, ahminen (us esim jotka viittaavat impulsiiviseen käyttäytymiseen, jotka eivät välttämättä rajoitu em:hin)

*Diagnoosi :
vähintään 5
kriteeriä
täyttyy*



8.6.05 juha kemppinen

5. Toistuva itsetuhoinen käytös, siihen viittaavat eleet tai uhkaukset tai itsensä viiltely ym. vahingoittaminen (>2 tapausta muulloin kuin vakavan masennuksen aikana)

6. Affektiivinen epävakaus, joka johtuu mielialan merkittävästä reaktiivisuudesta (esim. intensiivinen jaksottainen dysforia, ärtyneisyys tai ahdistuneisuus, joka tavallisesti kestää muutamia tunteja ja vain harvoin muutamaa päivää kauemmin) (myöntää piirteen)

7. Krooniset tyhjyyden tuntemukset (myöntää piirteen)

8. Asiaankuulumaton, voimakas suuttumus vaikeus kontrolloida suuttumusta (esim toistuva äkkipikaisuus, jatkuva vihaisuus, toistuva tappeleminen) (myöntää piirteen ja väh 1 esim)

9. Ohimenevä, stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai vakava dissosiativinen oireilu (us esim, jotka eivät esiinny vain psykoottisen häiriön tai psykoottisen mielialahäiriön aikana)

Epävakaan persoonallisuushäiriön alatyyppejä

Yl juha kemppinen

Table 7.4 Arvaamaton
Capricious/Borderline Personality Disorder Subtypes

LANNISTUNUT

Discouraged: taipuisa, pliant, submissive, loyal, humble; feels vulnerable and in constant jeopardy; feels hopeless, depressed, helpless, and powerless. (Mixed Borderline/Avoidant-Depressive-Dependent Subtype)

ITSETUHOINEN

Self-Destructive: itseärankaiseva, inward-turning, intropunitively angry; conforming, totteleva, and mielistelevä behaviors have deteriorated; increasingly high-strung and moody; liikaherkkä possible suicide. (Mixed Borderline/Depressive-Negativistic Subtype)

IMPULSIIVINEN

Impulsive: arvaamaton, superficial, kevytmielinen, flighty, kiihkeä, distractible, frenetic, and seductive; fearing loss, becomes agitated and then gloomy and irritable; potentially suicidal. (Mixed Borderline/Histrionic-Antisocial Subtype)

KIUKUTTELEVA

Petulant: katkera, negativistic, impatient, restless, as well as stubborn, defiant, synkkä, pessimistic, and resentful; easily slighted and quickly pettynyt disillusioned. (Mixed Borderline/Negativistic Subtype)

Table 7.2 Self-Perpetuating Processes: Capricious/Borderline Personality

Countering Separation

- Insinuates self into lives of others *hivuttautuu*
- Demeans self to gain empathic attention *alentaa*
- Repeatedly reverses coping strategies

Releasing Tensions

- Externalizes inner fright and torment *äkkinäinen pelko ja kidutus*
- Sulking expresses anger and retaliation *mököttäen*
- Moping makes others feel guilty *mököttää*

Redemption through Self-Derogation

- Resentments may provoke abandonment threats *pelastus*
- Reproaches self to achieve expiation *halventaminen*
- Castigates self to justify worthless feelings *paheksunta*

Lunastus itseään vähättelemällä

Moittii itseään saadakseen sovituksen

Soimaa itseään...

TABLE 1.3. Behavioral Patterns in BPD

1. *Emotional vulnerability*: A pattern of pervasive difficulties in regulating negative emotions, including high sensitivity to negative emotional stimuli, high emotional intensity, and slow return to emotional baseline, as well as awareness and experience of emotional vulnerability. May include a tendency to blame the social environment for unrealistic expectations and demands.
2. *Self-invalidation*: Tendency to invalidate or fail to recognize one's own emotional responses, thoughts, beliefs, and behaviors. Unrealistically high standards and expectations for self. May include intense shame, self-hate, and self-directed anger.
3. *Unrelenting crises*: Pattern of frequent, stressful, negative environmental events, disruptions, and roadblocks—some caused by the individual's dysfunctional lifestyle, others by an inadequate social milieu, and many by fate or chance.
4. *Inhibited grieving*: Tendency to inhibit and overcontrol negative emotional responses, especially those associated with grief and loss, including sadness, anger, guilt, shame, anxiety, and panic.
5. *Active passivity*: Tendency to passive interpersonal problem-solving style, involving failure to engage actively in solving of own life problems, often together with active attempts to solicit problem solving from others in the environment; learned helplessness, hopelessness.
6. *Apparent competence*: Tendency for the individual to appear deceptively more competent than she actually is; usually due to failure of competencies to generalize across expected moods, situations, and time, and to failure to display adequate nonverbal cues of emotional distress.

BORDERLINE

BEHAVIORAL DEFINITION

1. Makes desperate attempts to avoid abandonment.
2. Has unstable and intense relationships, usually involving alternately idealizing and denigrating another person.
3. Sense of self or self-image is chronically unstable.
4. Acts on impulse in ways that can be self-damaging (e.g., overspending, sex, drugs).
5. Makes frequent suicidal gestures or threats or mutilates himself/herself.
6. Has highly unstable moods (e.g., gets depressed, irritable, or anxious for brief periods).
7. Chronically experiences feelings of emptiness.
8. Is easily provoked to anger or rage.
9. Under stress, can become paranoid or experience dissociative symptoms.

BORDERLINE—PETULANT

KIUKUTTELEVA

BEHAVIORAL DEFINITION

1. Is generally negativistic, sullen, pessimistic, and easily disillusioned.
2. Tends to be impatient and restless.
3. Is stubborn and defiant and has difficulty with authority figures.
4. Has deep, ambivalent feelings about connecting to others, fears losing independence, and dreads isolation and abandonment.
5. Is hypersensitive to criticism and easily feels slighted.
6. Is prone to brief, transient psychotic episodes, especially with mood-dominated features (e.g., delusions of worthlessness).
7. Is prone to suicidal gestures and behaviors.

BORDERLINE—SELF-DESTRUCTIVE

BEHAVIORAL DEFINITIONS

1. Has punitive feelings (anger and guilt) toward self.
2. Feels hopeless, helpless, and powerless.
3. Has history of conforming, deferential, and ingratiating behavioral pattern.
4. Makes frequent suicidal gestures or threats or mutilates himself/herself.
5. Is high-strung, moody, and easily angered toward others.
6. Is hypervigilant and fearful.
7. Is hypersensitive to any distorted perception of being abandoned.

Hyvin yksityiskohtaisia ja keittokirjamaisia ohjeita epävakaa persoonallisuuden eri alatyypeille löytyy Bockian ja Jongsman (2001) kirjasta

3. Diagnoosi, erotusdiagnoosi ja monihäiriöisyys

Yl juha kemppinen

- Persoonallisuushäiriöitten diagnostiikkaan on käytettävissä järjestelmällisiä diagnostisia haastattelumenetelmiä (SCID-II), jotka voivat lisätä diagnoosin luotettavuutta.
- Persoonallisuushäiriön diagnoosi edellyttää tietoa siitä, miten oireisto on ilmentynyt pitkällä aikavälillä ja oliko oireita havaittavissa jo nuoruusiässä tai nuorella aikuisiällä.
- Diagnoosia ei voida asettaa, vaikka oirekuva vastaisi häiriön kriteereitä, jos ensimmäisen kerran oireita on havaittavissa vasta 30 vuoden iässä.
- Persoonallisuushäiriö vaikuttaa asianomaisen kykyyn havainnoida itseään, minkä vuoksi usein ulkopuolinen tietolähde voi tarjota tarpeellista lisäinformaatiota.

Diagnoosi, erotusdiagnoosi ja monihäiriöisyys

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Diagnostiikan merkittävimpiä virhelähteitä ovat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, jotka voivat korostaa epätarkoituksenmukaisella tavalla persoonallisuuden piirteitä.
- Toisaalta ahdistuneisuushäiriö tai masennustila eivät poissulje samanaikaista persoonallisuushäiriötä.
- Psykoosipiirteisen häiriön ja skitsofrenian välinen raja on epätarkka, koska häiriöstä kärsivällä esiintyy psykoosinkaltaisia oireita ja ajoittain varsinaisia psykoosioireitakin, joihin nähden potilaan todellisuudentaju on hämärtynyt.

Diagnoosi, erotusdiagnoosi ja monihäiriöisyys

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Häiriöt, joissa on impulssikontrollin puutteita, kuten päihde- tai tarkkaavuushäiriöt, ovat myös ongelmallisia erottaa persoonallisuushäiriöistä.
- Päihdehäiriön yhteydessä diagnoosin tulisi perustua päihteettömän ajanjakson oireistoon.
- Tarkkaavuushäiriö on myös luonteeltaan pitkäaikainen ja vakaa, minkä vuoksi erotusdiagnoosi kuuluu kummankin häiriön arvioinnissa kokeneelle lääkärille.
- Tarkkaavuushäiriön kriteerien mukaan pitäisi esiintyä joitain oireita jo lapsuuden aikana, mitä persoonallisuushäiriön diagnoosi ei edellytä.
- Erotusdiagnoosin kannalta ongelmallista on se, että lapsuudessaan tarkkaavuushäiriöstä kärsineellä on muita suurempi riski kärsiä aikuisiällä persoonallisuushäiriöstä ja päihderiippuvuudesta.

Diagnoosi, erotusdiagnoosi ja monihäiriöisyys

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Persoonallisuushäiriöihin liittyy hyvin tavallisesti muita psykiatrisia häiriöitä, kuten ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöitä. Miltei joka toisella voidaan todeta jokin muu psykiatrinen häiriö.
- Toisaalta muihin psykiatrisiin häiriöihin liittyy melko tavallisesti jokin persoonallisuushäiriö.
- Suomalaisessa Vantaan erikoissairaanhoidon depressioprojektissa todettiin jokin persoonallisuushäiriö 43 %:lla masennuspotilaista.
- Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy osalla potilaista taipumusta reagoida kuormittavissa tilanteissa jopa psykoositasoisen epäluuloisesti, mutta nämä oirejaksot ovat useimmiten lyhytkestoisia.
- Psykoosipiirteistä persoonallisuutta esiintyy muuta väestöä enemmän skitsofreniapotilaiden omaisilla, ja tästä häiriöstä kärsivillä on myös muita suurempi riski sairastua psykoosiin.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Kaikkien persoonallisuushäiriöitten ennusteesta ei ole paljoa tietoa.
- Persoonallisuushäiriön oireet näyttävät kuitenkin lievittyvän sekä väestössä että kliinisissä aineistoissa ajan kuluessa. Toisaalta jos kriteerit täyttää jo nuoruusiässä ja vaikeita oireita on runsaasti, häiriö jatkuu vaikeana vielä yli 30 vuoden iässä.
- Oireitten lievittyminen saattaa ainakin osittain liittyä persoonallisuuspiirteiden muutoksiin ja aivojen kypsymisprosessiin.
- Negatiivinen emotionaalisuus eli neuroottinen temperamenttipiirre lievittyy yli 30 vuoden ikään tultaessa, muun muassa impulsiivisuus ei enää ole niin voimakasta.
- Aivojen ohimolohkojen tunteita prosessoivien alueiden myelinisaatio jatkuu ainakin 25. ikävuoteen asti.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Ennuste on monimuotoinen kuitenkin jo yhdessäkin persoonallisuushäiriössä, kuten epävakaassa persoonallisuushäiriössä.
- **Runsaan viiden vuoden kuluessa 50–70 % epävakaasta persoonallisuushäiriöistä kärsivistä saavuttaa remission ja 10 vuoden kuluttua enää vajaa viidennes ei ole saavuttanut remissiota.**
- Myös mielialaoireissa ja toimintakyvyssä tapahtuu kliinisesti merkitsevää toipumista.
- Kliinisissä tutkimuksissa tavanomaisessa hoitoon liittyy vähäisempää toipumista kuin testatuissa hoitomalleissa, mutta hoidon tai terapian kesto ei näytä liittyvän hyvään ennusteeseen.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Impulsiivisilla ja päihteitä haitallisesti käyttävillä saattaa lyhyen aikavälin ennuste olla heikompi.
- Pitkän aikavälin ennuste voi olla heikompaan jos potilas täyttää useamman persoonallisuushäiriön kriteerit.
- Suomessa persoonallisuushäiriödiagnoosin saaneella, työelämässä mukana olleella on yhtä suuri riski päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle kuin masennuksessa, johon ei liity persoonallisuushäiriötä, ja riski on kaksinkertainen ahdistuneisuushäiriöihin verrattuna.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Itsemurhakuolleisuus on antisosiaalisessa ja epävakaassa persoonallisuushäiriössä huomattava.
- Epävakaassa persoonallisuushäiriössä runsaan viiden vuoden kuluessa 2–5 % päätyy tekemään itsemurhan.
- Häiriöön liittyy myös huomattava itsensä vahingoittamisen riski, jossa kuolemanaie ei ole vakava.
- Yritykset näyttävät liittyvän äkillisesti lisääntyvään tuskaisuuteen, jonka aikana myös kipukynnyksen on havaittu nousevan.

4. Oirekuva ja diagnostiikka

Yl juha kemppinen

Epävakaa persoonallisuus – kliininen kuva korostetusti

Yl juha kemppinen

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto*

- Tunne-elämän epävakaus on laaja-alainen itsesäätelyn häiriö
- DSM-5:n oirekriteerit voi ryhmitellä (dimensionaalinen tapa) neljään alaryhmään:
 - 1. äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa (interpersoonallinen hypersensitiivisyys)
 - 2. emotionaalisen säätelyn vaikeus
 - 3. käyttäytymisen säätelyn vaikeus (impulsiivisuus)
 - 4. muut oireet

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- Kategorinen tapa taas hahmottaa epävakaa persoonallisuus-dg on 5/9 kriteeriä täyttyy.
- Ihmisillä voi olla paljon epävakautta, subjektiivista kärsimystä ja merkittävää toimintakyvyn laskua, vaikka vain 3-4/9 kriteeriä täyttyy.
- Epävakaan persoonallisuuden täyttyvät 5/9 kriteeriä voi täyttää **256 eri tavalla**.
- Kaksi epävakaan persoonallisuushäiriön kriteerit täyttävät ihmiset voivat sen vuoksi olla hyvin erilaisia.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 1: kiihkeitä yrityksiä välttyä todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- Kiintymyssuhdeteoreetikot ja mentalisaatioterapian kehittäjät pitävät tätä epävakaan ydinoireena
- Kriteeri 1: BPD reagoi usein ulkoisiin olosuhteisiin ja pieniin muutoksiin (mm. hoitaja joutuu perumaan vastaanoton; pitää käsitellä seuraavalla tapaamisella, mitä tunteita aiheutti). Ei ollut hylkääminen!

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 1: kiihkeitä yrityksiä välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta (jatkuu)
- On hyvä ymmärtää, että hylkääminen on emotionaalinen kokemus. Esim. ”vastaanottoaika on päättynyt”, viestissä piste, ei huutomerkki tai hymiö. ”Torjuva mikroilme” = minusta ei pidetä, minusta halutaan päästä eroon.
- Kriteerin 1:n täytyminen edellyttää emootion lisäksi käyttäytymistä. Esim. estää spontaania itseilmaisua, sulkee puheenaiheita keskustelusta, kääntää kielteiset tunteet sisäänpäin, käyttäytyy alistuvasti jotta tärkeä kontakti säilyy
- Hylkäämisen ja torjunnan uhka johtaa suuriin heilahteluihin minäkuvassa, tunteissa, ajatuksissa ja käyttäytymisessä. = itse on paha peruskokemus aktivoituu

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 1: kiihkeitä yrityksiä välttyä todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta (jatkuu)
- Hylätyksi tulemisen pelkoon liittyy usein vaikeus jäädä yksin tai kyvyttömyys olla yksin. Vaikeimmillaan joku jatkuvasti pitää olla vierellä.
- Herkkyys hylätyksi tulemiselle ja yritykset estää sitä, voivat estää toipumista ja tervehtymistä: johtaa hoidon tai muun tuen loppumiseen tai vähenemiseen. → kielteinen reaktio muutoksen tavoitteluun, jatkaa itsetuhoista tms käyttäytymistä, jottei hoito ja tuki lopu.
- Äärimmäinen herkkyys torjunnalle on yksi tunne-elämän epävakauden varhaisista merkeistä lapsuudessa ja nuoruudessa.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: kiintymyssuhdesysteemi toimii hyperaktiivisesti. Eli voi kiintyä uuteen ihmiseen nopeasti, ihmissuhde muuttuu tuttavallisesta hyvin läheiseksi huomattavan nopeasti.
- Korostunut, jakamattomien, ainutkertaisten ihmissuhteiden etsintä = varhainen merkki BPD:sta lapsuudessa ja nuoruudessa
- Kun vuorovaikutus on intensiivistä, uuden kumppanin soveltuvuuden arvio saattaa jäädä vaillinaiseksi.
- Kumppanin epärealistinen arvio on normaalia rakastumisessa, mutta on korostunut BPD:ssa

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaata persoonallisuutta (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: kyky ymmärtää omia ja toisten mielentiloja (mentalisaatiokyky) on kaikkein haavoittuvimmillaan juuri kiintymissuhteen aktivoituessa → voi seurata äärimmäinen, ihmissuhteissa toistuvaan traumatisoitumiseen johtava noidankehä.
- Oirekriteeri: toisen ihannointi eli idealisaatio = vaille jääneen lapsen voimakkaana tarpeena kiinnittyä vahvemmaksi ja viisaammaksi koettuun vanhempaan.
- Skeematerapeutti J Young: BPD etsii isää tai äitiä sopiviksi kokemistaan ihmisistä, usein myös hoitavista ihmisistä.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: vähättely eli devaluaatio kumpuaa potilaan pettymyksestä ja kiukusta, kun hän ei koe saavansa toiselta riittävästi. Toinen voidaan kokea jopa pahana.
- Ailahtelee ihannoinnin ja vähättelyn välillä.
- Itsen ja toisten hahmottaminen kaikki tai ei mitään-tyyppisesti.
- Kognitiivinen tyyli on ailahteleva ja jäykkä (Linehan 1993)
- Mielikuvat itsestä ja toisesta vaihtelevat hetkestä toiseen, mutta pettymykset voivat olla pitkäkestoisia. Esim. pieni virhe = itse tai toinen ei voi enää olla ”hyvä”. Ikiaikaisesti ”viallinen”. Ei hahmota hyviä ja huonoja ominaisuuksia voi olla samanaikaisesti.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: välittämisen tarve ja aidon välittämisen koettu puuttuminen
- BPD: keskeinen kysymys on välitätkö minusta oikeasti? Herkkä tulkinta toisten eleistä, ilmeistä, teoista tai niiden puuttumisesta = toinen ei välitä riittävästi tai aidosti. Tulkinta virhealtista ja kielteisesti painottunutta.
- Kriisien keskellä BPD kokee, että toiset tarkoituksella pihtaavat tuen tarjoamista.
- Välitetyksi tulemisen ja tuen tarve on niin suuri, ettei sitä ole toisen mahdollista täyttää läsnäololla, ymmärryksellä eikä hoivalla.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaata persoonallisuutta (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: välittämisen tarve ja aidon välittämisen koettu puuttuminen
- BPD: kaipaa enemmän emotionaalista tukea ja merkityksellistä kontaktia kuin kokee saavansa, ja kokee ettei elämä ole elämisen arvoista, ellei ole jotakuta, joka todella välittää hänestä.
- Aiheuttaa siitä seuraavaa äärimmäisen syvää toivottomuutta (Zanarini ja Frankenburg 2007)

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: vaikeus luottaa ja herkkyys aistia torjuntaa
- BPD: luottamisen vaikeudet tuovat ihmissuhdeyliherkkyyteen ja vuorovaikutuksen ongelmiin lisäsävyjä: varuillaan ja ylivalppaana havaitsemaan sosiaalista uhkaa, kuten torjuntaa.
- BPD: alttius havaita kiukkua muiden kasvoilla silloinkin kun toiset kasvot ovat epäselvät tai moniselitteiset.
- BPD: kokevat itsensä vuorovaikutuksesta poissuljetuiksi ja jätetyiksi huomiotta (vaikka ei pidä paikkaansa)
- BPD: kasvoilla ilmaisevat useaa tunnetta samanaikaisesti (vs. ei BPD). Moniselitteiset tunneilmaisut ovat muille vaikeasti tulkittavia, osasyynä vrv-ongelmiin

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: non-verbaalisen ilmaisuuden estäminen ja väärinymmärretyksi tulemisen riski
- BPD: oppinut automaattisesti estämään spontaania tunteiden näkymistä kasvoilla (Linehan 1993); tärkeää olla tyytyväinen tai ainakin näytellä sellaista.
- Palkittu negatiivisten tunteiden peittämisestä tai rangaistu todellisten tunteiden näyttämisestä.
- Voi vaikuttaa tyyniltä, kontrolloidulta ja pystyviltä, vaikka on poissa tolaltaan tai sisällä kiehuu.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: non-verbaalisen ilmaisun estäminen ja väärinymmärretyksi tulemisen riski
- BPD: toiset kuvaavat tuskaansa sanallisesti mutteivat ole tietoisia että tunteet eivät välity heidän ilmeistään, kehonkielestään tai äänensävyistään. Ihminen voi kokea tuskaa, vaikkei se hänestä näy, ilmenee vain sanoissa.
- Ongelmia: ihmiset luottavat vaistomaisesti enemmän sanattomaan viestintään kuin sanalliseen. Ristiriitatilanteessa sanaton viesti voittaa.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: non-verbaalisen ilmaisuuden estäminen ja väärinymmärretyksi tulemisen riski
- BPD: kätkee kielteiset tunteensa täysin ja ilmaisee niitä vain sanallisesti = todennäköisesti tulee väärinymmärretyksi. Muut eivät tajua toisen olevan hädässä. Ristiriita sanattoman ja sanallisen viestin kesken = liioittelee? ”tuskin hän nyt niin epätoivoinen on, hänhän vaikutti pirteältä”
- BPD: suuri tarvitsevuus, ylivalppaus, luottamisen vaikeus ja estetty tai ristiriitainen viestintä = tuskallisen hankala yhdistelmä

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: äärimmäinen herkkyys ihmissuhteissa ja vuorovaikutuksen vaikeudet kiintymyssuhdeteorian valossa
- BPD: potilaan (persoonallisuushäiriö) paras yritys sopeutua biologiseen perimäänsä ja kasvuympäristöönsä (Peter Fonagy)
- BPD: kiintymyssuhdemalli on lähes aina jollakin tavalla turvaton.
- BPD: käyttävät vaihtelevia kiintymyssuhdestrategioita (välttelevä, ristiriitainen, jäsentymätön); latentti alttius jäsentymättömään kriisitilanteissa tai voimakas stressi.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: äärimmäinen herkkyys ihmissuhteissa ja vuorovaikutuksen vaikeudet kiintymyssuhdeteorian valossa
- BPD: jäsentymätön (pelokas, traumaattinen) kiintymyssuhdemalli → provosoi aivan erityistä stressiä (hätä ja voimakas tarvitsevuus suuntautuu kohti toista ihmistä ja samalla viha tai pelko työntää kauemmas)
- Lähestymis-välttämisdilemma → läheisyyden ja avun pyytäminen lähes mahdotonta: läheisyyden ja turvan tarve virittyy ja samalla puolustusjärjestelmä = kaipaa läheisyyttä ja turvaa samalla kokee tarvetta pelätä ja epäillä toista sekä kokee tarvetta puolustautua vastaan.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: jäsentymättömästi kiintyneiden rankaisevat ja huolta pitävät kontrollistrategiat: oppii uusia tapoja käsitellä hämmennystä, pelkoa, avuttomuutta, kiukkua tai surua, mitä vuorovaikutustilanteet herättävät → yrittää kontrolloida tai suunnata huomiota. Tai yrittää olla vanhempaa vanhempi (parentifikaatio)
- Rankaiseva kontrollistrategia: yrittää ottaa vastuun suhteesta vihamielisellä, pakottavalla tai hienovaraisemmin nöyryyttävällä käyttäytymisellä
- Huolta pitävä: viihdyttää, organisoii, ohjailee tai ilmaisee hyväksyntänsä, suojelee toista ja ehkäisee oman kiukun.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- BPD: ihmissuhdevaikeuksien keskellä nostetaan esiin rankaisevat kontrollistrategiat – ovat näkyviä ja häiritseviä.
- Ei ole harvinaista, että hoidossa syntyy vastavuoroisesti vihamielinen vuorovaikutus : hoitajatkin voivat reagoida avuttomuuden, syyllisyyden tai vihan tunteilla potilaan rankaiseviin kontrollistrategioihin.
- Huolta pitävät kontrollistrategiat myös BPD:n yliherkkyydessä: ei reaktiivisia eikä kyvyttömiä mentalisoimaan, vaan omien tarpeiden epäjohdonmukaiseen estämiseen potilaan virittyessä hyvin sensitiivisesti muiden mielentiloihin.

Epävakaan persoonallisuuden kliininen kuva

Epävakaa persoonallisuus (BPD) *Maaria Koivisto (2020)*

- 1. Äärimmäinen herkkyys vuorovaikutussuhteissa:
 - Kriteeri 2: Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
- Huolta pitävät strategiat vaikuttavat ihmissuhteisiin ja häiritsevät myös hoitoa. Potilas ei kykene ilmaisemaan negatiivisia tunteitaan.
- BPD voi ilmaista hoitajalle hyväksyntää silloinkin kun he ovat tälle vihaisia = keskittyy muiden tunnetilojen tynnyttelyyn omien tunteiden sijasta. Oli aikanaan toimivin keino yrittää ylläpitää yhteyttä vanhempaan.

THE ESSENTIAL FAMILY GUIDE TO

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

New Tools and Techniques to Stop Walking on Eggshells



Randi Kreger

Coauthor of the Best-Selling *Stop Walking on Eggshells*

- Yhdeksän epävakaan persoonallisuushäiriön piirrettä:
- 1.hylkäämisen pelko.
- 2.epästabiileja suhteita, joita luonnehtii vaihtelu äärimmäisyyksien idealisoinnin ja halveksunnan välillä.
- 3 ja 7. epävakaa omakuva ja tyhjiyden tunteet.
- 4.impulsiivisuus.
- 5.itsensä vahingoittaminen ja suisidaalisuus.
- 6. tunteiden ailahtelu, affektiivinen epästabiilisuus, epästabiilit emootiot.
- 8.äärimmäinen raivo.
- 9.dissosiaatio.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterauttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Yksin ja irrallaan**
- Tunne-elämän epävakaudesta kärsivät potilaat kuvaavat usein lähes pohjattomia tyhjyyden ja yksinäisyyden tunteita. Niiden eräänä lähtökohtana voi nähdä vaikeuden saavuttaa merkityksellisenä koettua yhteyttä ympäristöön ja erityisesti toisiin ihmisiin.
- Ajoittain nämä tyhjyyden ja yksinäisyyden kokemukset saattavat väliaikaisesti korvautua toiseen ihmiseen kohdistuvalla hyvin voimakkaasti koetulla ja usein nopeasti syntyvällä syvän yhteyden kokemuksella.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterauttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Yksin ja irrallaan**
- Sekä potilaan itseensä liittyvät mielikuvat, että mielikuvat toisista ihmisistä ovat usein luonteeltaan epäselviä, ehdottomia ja mustavalkoisia.
- Potilas ei ole saavuttanut psyykkisessä kehityksessään itse- ja objektikonstanssia eli pysyväluonteista kokemisen tapaa ja käsitystä itsestä ja toisista ihmisistä.
- Hänen kokemustaan itsestä ja toisista luonnehtii epäjatkuvuus, ja omanarvontunne vaihtelee.
- Vastaavasti potilaan käsitykset ja mielikuvat toisista ihmistä ovat alttiita nopeille heilahteluille sen mukaan, miten hän kokee muiden vastaavan odotuksiinsa. Tämä on potilaan psyykinen suojautumiskeino, jolla hän estää sitä vaikeaa ja usein minäkokemusta uhkaavaa kokemusta, joka on ehkä juuri hetki sitten mielessä aktivoitunut.
- Tällainen psyykkisen todellisuuden kokemisen katkonaisuus ja minuuden eri alueiden puutteellinen integraatio eli persoonallisuuden niin sanottu saarekkeisuus tuo omat haasteensa hoitosuhteelle.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterauttinen hoitosuhde 20.12.2024 Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta

- **Suojautumista sietämättömältä**
- Muissa ihmisissä nähtyinä nämä itseen kuuluvat osat ovat turvallisen välimatkan päässä ja näin paremmin hallittavissa ja kontrolloitavissa.
- Potilas ikään kuin ulkoistaa osia itsestään ja näkee toisen ihmisen näiden omien ominaisuuksiensa haltijana pyrkien samalla houkuttelemaan toisen toimimaan näiden tiedostamattomasti jakamiensa roolien mukaan.
- Siinä tapauksessa, että toinen tiedostamattaan ottaa nämä roolit vastaan ja alkaa esimerkiksi kokea samantapaisia tunteita kuin mitä potilas on häneen projisoinut, puhutaan projektiivisesta identifikaatiosta.
- Tällä tavoin projektion vastaanottanut ihminen saattaa kokea olonsa itselleen vieraaksi ja myös toimia itselleen vieraalla tavalla. Projektiivinen identifikaatio saattaa tulla näkyväksi myös käyttäytymisvasteena, joka aiheutuu hoitavan henkilön potilaasta tekemälle tiedostamattomalle havainnolle.
- Ammattikielellä puhutaan usein tällöin "tiedostamattomasta siirtymästä" toisen ihmisen käyttäytymiseen. Esimerkiksi paranoidiset ja vainoavat ajatussisällöt saattavat välittyä potilaan välttelevästä ja pakenevasta käytöksestä siten, että hoitavat henkilöt kiinnittävät tosiasiasakin enenevässä määrin huomiota potilaaseen, tai huolestuvat hänestä. Tämä puolestaan vahvistaa potilaan kokemusta vainottuna olemisesta.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterauttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Suojautumista sietämättömältä**
- Hoitavan työntekijän on tällaiselta kuormittuneisuudelta suojautuakseen tärkeä olla työssään mahdollisimman tietoinen sekä oman mielensä sisäisistä tapahtumista että kehossaan viriävistä tuntemuksista.
- Tietoisuus oman kehon ja mielen tilasta antaa vähemmän tilaa ja tarttumapintaa toisesta ihmisestä lähtöisin oleville projektioille, helpottaa niiden tunnistamista ja käsittelyä, sekä samalla edesauttaa psyykkisen rajan säilyttämistä itsen ja toisen välillä.
- Hoitavan työntekijän jatkuva psyykinen työskentely sekä omien tunteiden että reaktiivisten ruumiillisten tuntemusten tiedostamiseksi ja toisaalta potilaan herättämien tunteiden tunnistamiseksi on työssä jaksamisen kannalta erittäin tärkeää.
- Työnohjauksella on tässä suhteessa merkittävä tehtävä.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Liian kiinni todellisuudessa**

- Tunne-elämältään epävakaan potilaan kokemusmaailmassa vallitsee usein eräänlainen konkreettinen tila ja todellisuus, jossa on olemassa ainoastaan välittömästi asioita kokeva ja tunteva itse.
- Valmius asettua havainnoivaan suhteeseen suhteessa omiin kokemuksiin on parhaimmillaankin hauras, tilasidonnainen ja tilannekohtainen, ollen siis monin tavoin herkkä häiriintymään.
- Tämä vaikeus hahmottaa sisäinen todellisuus sellaiseksi omaksi kokemukseksi, jota on mahdollista ymmärtää, asettaa potilaan hyvin haavoittuvaan asemaan suhteessa ympäröivään maailmaan.
- Hän kokee omien havaintojensa ja kokemustensa olevan suoraan seurausta ympäristön tapahtumista ja toimista. Silloin hän on ikään kuin ulkoisen todellisuuden armoilla, kykenemättä itse vaikuttamaan siihen mitä hän ajattelee, tuntee tai mitä merkityksiä hän asioille antaa. Ihmisen tavallisessakin henkisessä kehityksessä vaatii huomattavaa psyykkistä työtä havaita aina uudestaan ja uudestaan eri tilanteissa se, että oma käsitys asioista ei vastaakaan ulkoista todellisuutta.

- **Liian kiinni todellisuudessa**
- Potilaan psyykkisen kehityksen vaiheella, jossa havainnoivaa positiota ei ole vielä syntynyt, on myös omat vaikutuksensa hoitosuhteen kannalta.
- Hoitavan henkilön potilaan mielen maailmaan kohdentuvat kysymykset saattavat tuntua hänestä hämmentäviltä, ahdistavilta tai vailla mieltä olevilta.
- Tämä voi olla tilanne erityisesti silloin, jos potilaan mielessä ei ole vielä valmiutta tarkastella omia kokemuksia, eli sellaista aluetta, jossa nämä kysymykset löytäisivät maaperän, ja jonka pohjalta kysymyksiin vastaaminen olisi mahdollista.
- Kysymysten sijaan potilas saattaa enemmän hyötyä terapeutin aktiivisesta, monipuolisesta ja mahdollisimman vivahteikkaasta avusta kokemustensa sanoittamiseen.
- Terapeutti voi ääneen pohdiskella, mitä potilas saattaa juuri tällä hetkellä kokea ja tuntea. Sanojen avulla potilaan on mahdollista vähitellen päästä psyykkisesti symboliselle tasolle, jossa asiat eivät enää ole vain konkreettisia, vaan kuvattavissa ja ilmaistavissa sanojen avulla ja siten psyykkisesti työstettävissä.

- **Toiset ovat minua varten**
- Potilaan sisäisen maailman ytimessä on ehdottomuudessaan vankkumaton kokemus, että toiset ihmiset käyttäytyvät, tai ainakin heidän tulisi toimia, siten kuin hän odottaa ja toivoo heidän toimivan.
- Toiset ihmiset koetaan siis omassa käytössä olevina, erilaisia tehtäviä ja toimintoja toteuttavina funktionaalisina objekteina (Tähkä, 2001).
- Potilas kokee toisten ihmisten olevan ikään kuin hänen itsensä puuttuvia osia ja funktioita. Tästä seuraa, että toista ihmistä voi käyttää haluamallaan tavalla omiin tarkoituksiinsa.
- Potilas ei koe muita ihmisiä sellaisina toisina yksilöinä, joilla olisi oikeus omiin potilaasta riippumattomiin pyrkimyksiinsä, tunteisiinsa ja mieltymyksiinsä.
- Toisiin kohdistuu voimakkaita odotuksia ja tunteita, koska potilaan henkisen hyvinvoinnin ja hallinnan tunteen kannalta toisten kannattelulla on usein elintärkeä merkitys.

- **Toiset ovat minua varten**
- Tästä kokemisen tavasta seuraa toistuvia ristiriitoja, pettymyksiä ja kokemuksia hylätyksi tulemisesta.
- Potilaan voi olla mahdotonta nähdä omaa osuuttaan tapahtumien kulussa, koska toiset näyttävät yksipuolisesti huonosti käyttäytyvinä, epäluotettavina ja väärintekijöinä.
- Pettymysten sietäminen ja käsittely on puuttuvien psyykkisten rakenteiden ja vajavaisten käsittelykeinojen myötä vaikeaa, ja pettymyksiä seuraavat usein sietämättöminä koetut vihan ja raivon tunteet, jotka voivat kohdistua pettymyksen aiheuttajina koettuihin toisiin tai vaihtoehtoisesti potilaaseen itseensä.
- Nämä tilanteet voivat altistaa potilasta monenlaiseen impulsiiviseen ja usein itselle vahingolliseen toimintaan, jonka pyrkimys on saada aikaan nopea helpotus vaikeista tunteista.
- Tällöin on usein turhaa vedota potilaan järkeen tai pyrkiä opettamaan häntä ajattelemaan asioita toisten kannalta.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Toiset ovat minua varten**
- Potilas tarvitsee ennen kaikkea sitä, että hoitavan työntekijän avulla hän voi vähitellen tunnistaa omia tunteitaan ja mielikuviaan, joita näissä pettymystilanteissa hänen mielessään aktivoituu.
- Tässä on ensisijaista hoitavan työntekijän eläytyminen potilaan kokemisen tapaan, ja empaattisen ymmärryksen välittäminen potilaalle niin sanojen kuin sanattoman viestinnän, ilmeiden ja eleiden välityksellä. Näillä terapeuttisilla keinoilla on mahdollista että potilas saa kokemuksen tunteensa jakamisesta toisen kanssa. Hän voi tällöin tuntea, että terapeutti tavoittaa ja tavallaan "löytää" hänet.
- On todennäköistä, että edellä kuvatut ilmiöt tulevat jossain vaiheessa näyttämölle myös hoitosuhteessa.
- Terapeuttiin kohdistuu ajoittain voimakkaita toiveita ja odotuksia, jotka voivat olla sävyltään vaativia. Niiden kohteena ollessaan terapeutti joutuu jatkuvasti arvioimaan, miten potilaan esittämiin toiveisiin olisi syytä vastata.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Toiset ovat minua varten**
- Suora vastaaminen odotuksiin on harvoin potilaan psyykkistä kehitystä edistävää.
- Hyödyllisempää voi olla pyrkiä tavoittamaan ja sanallistamaan kysymykseen liittyvää tunnetta tai kokemusta itsessään.
- Potilas ei välttämättä hyödy siitä, että esimerkiksi pyritään ymmärtämään sitä, mitä potilaan toiveen taustalla on.
- Potilas voi kokea terapeutin tällaisen menettelyn itselleen vieraana, toisen näkökulmasta ja tavoitteista tulevana suhtautumisena. Toisaalta myöhemmin hoidossa, kun psyykinen rakentuminen edistyy, voi myös olla mahdollista tutkia, mihin tuen tarve tässä yhteydessä pohjautuu – kuten ehkä koettuun epävarmuuteen oman pärjäävyyden suhteen kyseisessä asiassa. T
- toiveen taustalla olevien merkitysten selvittäminen ja yhteinen tarkastelu lisää tällöin potilaan ymmärrystä itsestään ja laajentaa vähitellen itsehavainnan piirissä olevaa mielen aluetta.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterauttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Ahdinkoa ja arvottomuutta**
- Sellaisissa tilanteissa, joissa potilas joutuu kohtaamaan toisten ihmisten tyytymättömyyttä tai kritiikkiä, potilaan käsitys sekä itsestään ja että toisista ihmisistä voi nopeasti sävyttyä voimakkaan kielteiseksi.
- Kokiessaan itsensä arvottomaksi ja samalla toisille ihmisille merkityksettömäksi potilas voi käyttäytyä toisia ihmisiä kohtaan hyökkävällä tai loukkaavalla tavalla, koska hän ei kykene havaitsemaan käyttäytymistään ja sen seurauksia toisen ihmisen tunne-elämän kannalta, siihen eläytymällä.
- Tämä voi johtaa hyökkävän käyttäytymisen kohteeksi joutuneiden ihmisten vastaavan sävyiseen tai muutoin puolustautuvaan vastaukseen, mikä on jälleen potilaalle lisätodiste toisten hylkäävyydestä.
- Tällaisessa kuormitustilanteessa potilas usein tulkitsee oman tunteensa olevan sama asia kuin ulkoinen realiteetti.
- Mikäli hän kokee itsensä esimerkiksi hylätyksi, se saattaa tarkoittaa hänelle todellisesti sitä, että toiset ovat hänet hylänneet, eivätkä halua enää milloinkaan olla hänen kanssaan tekemisissä.

- **Ahdinkoa ja arvottomuutta**
- Varovainen potilaan oman toiminnan ja sen seurausten osoittaminen voi olla mahdollista, jos terapeutti arvioi sen olevan potilaan kestäkyvyn rajoissa.
- Lisääntyvä ymmärrys erosta sisäisen ja ulkoisen maailman välillä ja oman mielen toiminnan merkityksestä kokemusten muodostumisessa saattaa helpottaa ahdistusta sekä vahvistaa kokemusta siitä, että henkilö voi itse vaikuttaa asioihin. Tärkeintä lienee kuitenkin tässäkin yhteydessä potilaan kokemuksen jaetuksi tuleminen terapeutissa suhteessa.
- Kriisitilanteissa, syvän masennuksen tai itsemurhavaaran yhteydessä terapeutin aktiivisuuden merkitys korostuu entisestään. Potilas tarvitsee tällöin terapeutilta samaan aikaan sekä toivoa ylläpitävää kannattelua, että ajattelua jäsentävää ja selkeyttävää palautetta. Näissä tilanteissa potilaan mieli on usein ylikuormittunut ja ajattelu voi olla vaihtoehdotonta, toivottoman sävyistä ja joskus epäloogistakin.
- Ensisijaista tällöin on auttaa potilasta löytämään omaa kokemustaan eli sitä miltä hänestä tällä hetkellä tuntuu ja mitä hän ajattelee. On tärkeää myös pyrkiä yhdessä potilaan kanssa selvittämään mahdollisimman tarkasti, mikä on saanut aikaan voinnissa tapahtuneen muutoksen.

- **Ahdinkoa ja arvottomuutta**
- Potilaan kokemusta tarkasteltaessa voi käydä ilmi, että psyykkisen voinnin heikkenemiseen on liittynyt ihmissuhteisiin liittyvä pettymystilanne, jonka käsittely ja tulkinta ovat olleet itseä korostuneesti syyllistävästä tai muulla tavoin kärsimystä aiheuttavaa.
- Potilas ei välttämättä ole tietoinen näissä tilanteissa mielessään virinneistä tunteista, ja niiden pohjalta tekemistään nopeista tulkinnoista esimerkiksi toisten ihmisten käyttäytymisestä, eikä näiden tulkintojen todellisuutta yksinkertaistavasta luonteesta, tai niiden mahdollisesta epäreiludesta itseä kohtaan.
- Tällaisten mielensisäisten tapahtumien havaitsemiseen ja ymmärtämiseen pyrkivä selvittely voi olla potilaalle hyvin huojentava ja joskus nopeastikin psyykkistä toimintakykyä korjaava kokemus – erityisesti jos se auttaa potilasta tavoittamaan ja yhdessä terapeutin kanssa jakamaan sen hetkistä kokemustaan.
- Hoitosuhteen edetessä suotuisasti, potilaan psyykkisen integraation ja itsehavaintakyvyn kehittyessä, hoitosuhteessa on vähitellen mahdollista lisääntyvästi hyödyntää potilaan omia havaintoja mielensä toiminnasta.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Hoitosuhteen tärkeät puitteet**
- Edellä kuvattujen näkökohtien lisäksi myös hoidon ulkoisten järjestelyiden sovituilla puitteilla, settingillä, on suuri merkitys persoonallisuushäiriöiden hoidossa.
- Terapeuttisen suhteen molempien osapuolten tiedossa olevat pelisäännöt luovat turvallisia rajoja ja pysyvyyttä yhteistyöhön.
- Hoitosopimus sekä molempien tehtävät ja vastuut on hyvä määritellä tarkasti. Hoitosuhteen aikana työntekijä voi tarvittaessa palata sovittuihin puitteisiin ja pelisääntöihin nostamalla niitä esille neutraalilla ja vähäeleisellä tavalla.
- Näissäkin asioissa kertaus palvelee oppimista. Samana pysyvä hoitava työntekijä, tuttu ja turvallinen tapaamispaikka ja viikoittainen sama tapaamisaika luovat struktuuria potilaan hoitosuhteeseen ja mahdollisesti myöhemmin elämään laajemminkin.

- **Päihdeongelman hoito**

- Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivällä ihmisellä saattaa olla myös päihdeongelma. Se ei sinänsä ole este psykodynaamisen terapeuttisen hoidon aloittamiselle.
- Hoidon jatkuvuuden ja siten terapeuttisen hoidon onnistumisen kannalta on kuitenkin oleellista, että potilas on motivoitunut hoitamaan myös päihdeongelmaansa.
- Motivaatio sen hoitoon saattaa olla vähäinen, jos päihteistä on muodostunut pääasiallinen keino hakea nopeaa helpotusta pahaan oloon.
- Päihdehoito tukee psykodynaamista hoitoa, ja sitä on hyvä toteuttaa samanaikaisesti terapeuttisen hoidon kanssa esimerkiksi päihdekllinikalla, ja mielellään myös vertaistukihoitoryhmien, kuten AA- tai NA-ryhmien avulla, päihdeongelman luonteesta riippuen.

Epävakaan persoonallisuuden yhteyksistä ihmisen kokemusmaailmaan ja hoitosuhteen ilmiöihin
Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Keskustelun tärkeys työyhteisössä**
- Työyhteisössä, jossa hoidetaan edellä kuvatun kaltaisia psyykkisiä suojausmekanismeja käyttäviä potilaita, korostuu työntekijöiden avoimen keskinäisen keskustelun merkitys.
- Tämä vähentää sen vaaraa, että työntekijät alkavat toimia potilaan jakamien roolien, kuten hyvät ja huonot työntekijät, mukaan.
- Keskustelun kautta voidaan myös muodostaa kokonaisempi kuva potilaasta, koska työntekijöiden toisistaan poikkeavatkin kokemukset potilaasta kertovat aina jotain lisää potilaan psyykkisestä maailmasta ja hänen toimintatavoistaan.

- **Hoidon tarve ja hoidon tarjonta**
- Psykiatriseen hoitoon pääsy on persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohdalla usein vaikeaa ja rajoittuu pääosin lyhyisiin jaksoihin akuuttiosastoilla silloin kun henkilön psyykinen tilanne on vakavasti kriisiytynyt ja johtanut esimerkiksi itsemurhayritykseen.
- Potilaan ongelmakokonaisuuteen liittyvät usein monimuotoinen itsetuhoisuus ja väkivaltaisuus muita kohtaan, tai jokin muu vakava oireilun muoto, jonka vuoksi hän saattaisi hyötyä hoidosta psykiatrisella osastolla.
- Ilman välitöntä henkeä uhkaavaa syytä persoonallisuushäiriöisen potilaan on vaikea päästä hoidettavaksi osastolle, yhä enemmän avohoitoon painottuvassa terveydenhuoltojärjestelmässämme.

- **Hoidon tarve ja hoidon tarjonta**
- Ongelmallista on myös se, että monia persoonallisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoon erikoistuneita osastoja on viime vuosikymmeninä lakkautettu, jolloin käytännössä osastohoidon mahdollisuudet ovat vähäiset.
- Yksinomaan persoonallisuushäiriöistä kärsivää potilasta ei Suomen lainsäädännön perusteella toisaalta myöskään voida hoitaa tahdosta riippumatta, jolloin omasta oireilustaan heikosti perillä olevan ihmisen kohtalona on pahimmillaan jäädä kokonaan ilman apua, joka häntä saattaisi hyödyttää.
- Vaikeimmissa persoonallisuushäiriöissä auttavat usein samanlaiset hoitomenetelmät kuin psykoosisairauksissakin.

Persoonallisuushäiriöpotilaan laitoshoido

Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Hoidon tarve ja hoidon tarjonta**
- Tilanne ei Euroopassa ole tässä suhteessa yhtenevä, sillä esimerkiksi Ruotsissa, Saksassa ja Isossa-Britanniassa on vaikeasti persoonallisuushäiriöisen ihmisen tahdosta riippumaton hoito lainsäädännöllä mahdollistettu.
- Suomessakin asiasta on käyty keskustelua ja eräissä selvityksissä suositettu mielenterveystilan muuttamista tähän suuntaan (mm. sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio, 2005)."
- Persoonallisuushäiriöpotilaiden hoito on usein vaativaa ja hoitoajat ovat pitkiä.
- Hoitoprosessin aikana on nykytilanteessa mahdollista turvautua laitoshoidon lähinnä silloin, kun potilaalla on persoonallisuushäiriön lisäksi psykoottistasonen mielenterveyden häiriö tai vakava päihdeongelma.
- Tavallisten psykiatristen sairaaloiden lisäksi laitoshoitopaikkoja ovat esimerkiksi hoitokodit, vankilat, vankisairaalat, päihdekuntoutusyksiköt, vanhainkodit ja oikeuspsykiatriset sairaalat. Näiden yksiköiden valmius hoitaa persoonallisuushäiriötasoisesti oireilevia ihmisiä on vaihteleva.

- **Terapeuttisen hoitosuhteen jatkuvuus laitoshoidon aikana**
- Mikäli potilaan terapeuttinen hoitosuhde on jo aloitettu ja lähtökohtaisesti järjestetty toteutuvaksi avohoidossa, on laitoshoidon alkaessa terapeutin ja sairaalan toivottavaa etsiä aktiivisesti mahdollisuutta jatkaa hoitosuhdetta myös osastohoitojakson aikana, koska hoitosuhteen jatkuvuus on oleellisen tärkeää psyykeltään rajatilatasoisesti rakentuneelle ihmiselle.
- Tällaisen yhteistyön etsimisen merkitys korostuu erityisesti nykyään, kun hoitoajat ovat hyvin lyhyitä, eikä osastohoitoon enää välttämättä kaikissa toimipisteissä lainkaan sisälly omahoitajasuhdetta.
- Jatkuvuuteen liittyvillä kysymyksillä on keskeinen merkitys persoonallisuushäiriöpotilaan problematiikassa ja tämä on tärkeä ottaa huomioon hoidon suunnittelussa.

- **Terapeuttisen hoitosuhteen jatkuvuus laitoshoidon aikana**
- Joskus on mahdollista, että laitoshoidon kulttuurissa esiintyy ns. osastokeskeistä ajattelutapaa, jossa osaston ulkopuolelta tuleva työntekijä joutuu ikään kuin todistamaan oikeutustaan hoitaa potilastaan.
- Ratkaisu tällaisiin harvinaisiin mutta yksilötasolla oleellisesti hoitoa hankaloittaviin ongelmiin saattaa löytyä esimerkiksi yhteisössä järjestetyn potilastapaustyönohjauksen avulla.
- Potilaan ollessa psykiatrisella osastolla tai muussa vastaavassa laitoksessa hoitovastuu on häntä hoitavalla lääkäriellä ja osaston hoitohenkilökunnalla. Osaston ja ulkopuolisen hoitajan välinen riittävä ja sujuva tiedonsiirto on hyvin tärkeää osastohoidon aikana.
- Molemminpuoliseen ja luottamukselliseen työskentelyyn tarvitaan säännöllisiä potilaan, terapeutin ja hoito-osaston henkilökunnan välisiä yhteispalaveria.

- **Terapeuttisen hoitosuhteen jatkuvuus laitoshoidon aikana**
- Persoonallisuushäiriöistä kärsivien potilaiden osastohoidossa voi syntyä ilmiöitä, jotka altistavat työyhteisöä sisäisille ristiriidoille. Henkilökunta voi kokea tulevansa ammatillisesti ja henkilökohtaisesti arvioiduiksi ja mitätöidyiksi.
- Potilaan itsestään ulkoistamat objektirepresentaatiot voivat heijastua henkilökuntaan, joka tällöin voi potilaan mielessä jakautua hyviin ja pahoihin työntekijöihin.
- Osastolla jossa hoidetaan persoonallisuushäiriöisiä potilaita, tulisikin aina olla työnohjaus.
- Tämän lisäksi on tarpeen säännöllisesti, jopa päivittäin tapahtuva henkilökunnan työryhmän kokoontuminen, jossa päivän hoitotilanteet käydään henkilökunnan kesken lävitse.

Persoonallisuushäiriöpotilaan laitoshoidon

Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Terapeuttisen hoitosuhteen jatkuvuus laitoshoidon aikana**
- Henkilökunnan tärkein tehtävä on tuottaa turvallinen ympäristö, jossa potilaan defensiivinen käytös, viha ja kiukku voidaan sanallistaa ja tehdä havaittavaksi.
- Persoonallisuushäiriöisen potilaan osastohoito vaatii henkilökunnalta empatiaa, pitkäjänteisyyttä sekä kykyä suhtautua rauhallisesti, sisällyttävästi ja kannattelevasti potilaan impulsiiviseen ja emotionaalisesti epävakaiseen toimintaan, jotta potilaan hoito ei keskeytyisi.
- Persoonallisuushäiriöinen potilas on usein vaativa ja manipulatiivinen, joskin tiedostamattaan. Tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa henkilökunnalta ei löydy riittävä ymmärrystä ja empatiaa potilasta kohtaan.
- Tällöin vaarana on, että hoitoyhteisö vastaa potilaan käyttäytymiseen automaattisesti, pintapuolisesti ja epäempaattisesti loukaten potilaan narsismia, mikä voi johtaa potilaan vihan tunteiden ilmaisun korostumiseen.

Persoonallisuushäiriöpotilaan laitoshoido

Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Jaakko Stenius, Marko Lindberg ja Olavi Louheranta*

- **Laitoshoidossa olevan potilaan omaiset**
- Potilaan persoonallisuushäiriöstä kärsivät myös hänen läheisensä. Laitoshoitoon ohjautuvan, persoonallisuushäiriöstä ja siihen liittyvistä rinnakkaishäiriöistä tai -sairauksista kärsivän potilaan omaiset ja lähimmäiset ovat usein joutuneet kärsimään potilaan psyykkisestä oireilusta. He ovat ehkä vuosia yrittäneet hankkia apua läheiselleen.
- Ongelman hoitaminen on kuitenkin voinut jäädä keskeneräiseksi potilaan vaihtelevan motivaation tai terveydenhuoltojärjestelmän resurssien ja toimintakulttuurin vuoksi.
- Laitoshoidon aikana omaisiin olisi hyvä pitää yhteyttä ja mieluiten olisi järjestettävä myös perhe- ja verkostotapaamisia. Tällä tavoin huolehditaan, että potilaan läheiset tulevat kuulluiksi ja saavat toisaalta riittävästi tietoa ajankohtaisesta tilanteesta, siinä määrin kuin potilas haluaa, ja antaa luvan kertoa.
- Kaikkien osapuolien kanssa on myös syytä sopia tarkkaan, kuka henkilökunnasta ottaa päävastuun yhteydenpidosta potilaan omaisiin. Usein henkilökunnalle muodostuu syvempi ymmärrys potilaan persoonallisuuden rakentumisesta ja ongelmista silloin, kun he tapaavat potilaan läheisiä.

- **Laitoshoidossa olevan potilaan omaiset**
- Potilas saattaa olla osastohoitonsa alkuvaiheessa heikosti motivoitunut hoitoon.
- Hoitojaksoa edeltävistä usein kuormittavista tapahtumista huolimatta myöskään potilaan omaiset eivät aina ole varauksettoman huojentuneita potilaan ohjautumisesta osastohoitoon, minkä vuoksi yhteistyö heidän kanssaan on hoidon käynnistymisen ja onnistumisen kannalta oleellista.
- Mikäli potilaan läheiset ihmiset jätetään hoidon vaiheissa ulkopuolisiksi, epätietoisuus voi tuottaa potilaan oirehdinnan pohjalta monimuotoisia ongelmia.
- Epätietoisuus ja hätä läheisen kohtalosta saattaa ahdistaa omaisia.

- **Laitoshoidossa olevan potilaan omaiset**
- Vaikeimmillaan yhteistyöongelmat osaston kanssa voivat johtaa siihen, että omaiset saattavat toimia itsenäisesti tai potilaan toimeksiannosta tavalla, joka haittaa potilaan hoitoa viemällä sen painopisteen pois potilaasta.
- Tilanteen kärjistymisestä voi seurata esimerkiksi viranomaisvalituksia tai hoitohenkilökunnan syyttelyä, mistä saattaa edelleen kehittyä itseään ruokkiva noidankehä, ellei ilmiötä tunnisteta.
- Lopulta voi olla mahdollista, että auttamisen asetelma näyttää kääntyvän päinvastaiseksi kuin hoidon alussa, ja hoitava laitos aletaan kokea pahaksi ja potilaan tilaa heikentäväksi.

- **Persoonallisuushäiriöpotilaan yksinäisyys osastolla**
- Osastohoidon aikana potilaan ja hänen terapeuttista työskentelyään uhkaa potilaan kokema yksinäisyys.
- Siinä tapauksessa että potilas menettää hoitavaa henkilöä koskevan mielikuvansa, tämä menetys saattaa johtaa myös potilaan itsekokemuksen menetykseen varsinkin silloin, kun persoonallisuushäiriöisen ihmisen psyykinen organisoituminen on lähellä psykoottista rakentumista, kuten on vaikeimmissa persoonallisuushäiriöissä ja ns. kolmoisdiagnoosipotilailla.
- Hoitajan lomat, sairauspoissaolot tai muut muutokset hoitosuhteessa tulee siis valmistella ja suunnitella osastohoidon aikana niin tarkasti kuin mahdollista.
- Mikäli tähän ei kiinnitetä riittävästi huomiota, saattaa mielikuva omahoitajasta muuttua hänen poissaolonsa aikana hyvästä pahaksi, ja lopulta potilas saattaa tiedostamattaan kokea karkottaneensa tai jopa tuhonneensa hoitajansa.

- **Persoonallisuushäiriöpotilaan yksinäisyys osastolla**
- Toisinaan ajatellaan, että tauon tai loman aikana kulloinkin osastolla työvuorossa oleva työryhmä korvaa potilaan hoitosuhteen ja helpottaa hänen kokemaansa yksinäisyyttä. Näin ei kuitenkaan usein tapahdu.
- Työryhmä ei voi korvata hoitajan tai terapeutin läsnäoloa.
- Sen sijaan työryhmän jäsenet voivat tarjota tukea potilaalle siinä psyykkisen kasvun suuntaisessa työssä, jonka suunniteltu ja ennakoitava hoitotauko mahdollistaa: uusien mielensisäisten selviytymiskeinojen tavoittelussa ja soveltamisessa väliaikaisessa erotilanteessa tärkeänä koetusta ihmisestä.

- **Persoonallisuushäiriöpotilaan yksinäisyys osastolla**
- Yksinäisyyden sietämisen tukeminen ja mielikuvien ylläpitäminen objektikonstanssiltaan heikon persoonallisuushäiriöpotilaan kohdalla edellyttää perusteellista ja pitkäkestoista valmistelevaa työskentelyä ennen hoitotaukoja.
- Koska potilaalle ero voi olla vaikeita tunteita herättävä kokemus, hän ei välttämättä siitä itse etukäteen puhu tai edes tauon lähetessä muista.
- Sen vuoksi tulevan tauon puheeksi ottaminen on tärkeää, vaikka potilas vähättelisi tauon merkitystä. Taukojen aikana on usein hyödyllistä olla keskusteluja toisen työntekijän kanssa.

- **Pakkotoimet**

- Psykoosisairautta sairastavan potilaan hoidossa, jolla on myös epävakaata persoonallisuutta, saatetaan joutua pakkohoitotilanteeseen, jossa häntä joudutaan itselle tai muille vaarallisuuden vuoksi rajoittamaan eristämällä tai sitomalla.
- Vaikka tällaiset pakkokeinot sinänsä voi joissakin tilanteissa nähdä perustelluiksi, voivat ne pahentaa potilaan regressiivisyyttä, sillä hänen kokemuksensa itsestään ja toisista on muutenkin hauras ja häilyvä.
- Pakkotoimet jotka eivät ota huomioon hänen tahtoaan, tekevät hänestä entistä riippuvaisemman muista, vahvistavat kielteisiä piirteitä minäkuvassa ja taannuttavat käyttäytymistä.
- Potilaan käytös puolestaan saattaa ohjata osastolla työskentelevää henkilökuntaa toimimaan regressiota ylläpitävällä ja ruokkivalla tavalla myöhemminkin. Potilaan saattaa esimerkiksi olla vaikea päättää päivittäiseen toimintaan liittyvistä asioista ja selvittää valintatilanteista ilman massiivista ahdistusta ja häiriökäyttäytymistä

- **Pakkotoimet**

- Tilanne johtaa helposti siihen, että potilaan puolesta tehdään asioita, joista potilas selviäisi itsenäisestikin.
- Sen sijaan potilaan kohtelu vertaisella tavalla, ikäkautta vastaten, vahvistaa potilaan autonomiaa, ja voi lisätä rakentuneemmalle psyykelle ominaista vastuuntunnetta.
- Omahoitajan ja muun työryhmän yhteistyö, potilaan kanssa yhdessä tehdyt suunnitelmat tavallisista arkipäivän järjestelyistä ja kriisinhallinnassa käytettävistä menettelytavoista, sekä kaikkien pyrkimys johdonmukaisuuteen näiden suunnitelmien noudattamisessa on tärkeää regressiivisyyden estämiseksi, ja työryhmän potilaskeskeisen toiminnan kannalta. T
- avoitteina on myös, ettei potilaan osastohoito pitkittyisi tai rajoitteiden purkaminen viivästyisi

5. Hoito

Yl juha kemppinen

THE ESSENTIAL FAMILY GUIDE TO

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

New Tools and Techniques to Stop Walking on Eggshells



Randi Kreger

Coauthor of the Best-Selling *Stop Walking on Eggshells*

- Jos sinulla on elämässäsi lähelläsi joku, jolla on persoonallisuushäiriö, erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriö, niin sinä voit:
- 1. olla vihainen suurimman osan ajasta itsellesi, rakkaallesi, kohtalolle ja terveydenhuoltojärjestelmälle.
- 2. olla tyhjennetty emotionaalisesta energiasta. Sinun sisäiset resurssit testataan äärirajoilleen.
- 3. surra menetettyjä unelmia onnellisesta lapsuudesta, rakkaasta partnerista, läheisestä sisaresta ja rakastavasta vanhemmasta.
- 4. pelätä fyysisen turvallisuutesi puolesta.
- 5. kyseenalaistaa oma arvosi ja kykysi olla hyvä vanhempi, kumppani, sukulainen tai ystävä.
- 6. kokea stressiä muissa perhesuhteissa.

THE ESSENTIAL FAMILY GUIDE TO

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

New Tools and Techniques to Stop Walking on Eggshells



Randi Kreger

Coauthor of the Best-Selling *Stop Walking on Eggshells*

- (jatkuu)
- 7.kokea taloudellisia vaikeuksia.
- 8.jatkuvasti kuin nuoralla kävellä yrittäen tasapainottaa tarpeesi ja muun perheen tarpeet epävakaa persoonallisuuden tarpeita vastaan.
- 9.käsitellä sosiaalista stigmaa, joka tulee siitä, että perheessäsi on psyykkisesti sairas henkilö.
- 10.menettää yhteys perheeseen ja ystäviin.
- 11.huolehtia siitä, että olet vastuussa pitääksesi perheenjäsenesi terveenä ja elossa.
- 12. hengelliset tai henkiset tarpeesi tulevat testatuksi. Jotkut ihmiset kyseenalaistavat uskontonsa ja uskonnollisuutensa tai kykynsä nähdä elämä myönteisenä ja hyvänä.

TABLE 9.3

Epävaka persoonallisuushäiriö: Varhaiset väärinkehittyneet skeemat

“Early Maladaptive Schemas” Hypothesized by Young to be Characteristic of Borderline Personality Disorder

Early Maladaptive Schema	Possible Expression
Abandonment/loss	“I’ll be alone forever. No one will be there for me.”
Unlovability	“No one would love me or want to be close to me if they really got to know me.”
Dependence	“I can’t cope on my own. I need someone to rely on.”
mukautuminen Subjugation/lack of individuation	“I must subjugate my wants to the desires of others or they’ll abandon me or attack me.”
Mistrust	“People will hurt me, attack me, take advantage of me. I must protect myself.”
Inadequate self-discipline	“It isn’t possible for me to control myself or discipline myself.”
Fear of losing emotional control	“I must control my emotions or something terrible will happen.”
Guilt/punishment	“I’m a bad person. I deserve to be punished.”
Emotional deprivation	“No one is ever there to meet my needs, to be strong for me, to care for me.”

Note. Adapted from *Schema-Focused Cognitive Therapy for Personality Disorders* by J. Young, 1987, unpublished manuscript. Adapted by permission of the author.

THE ESSENTIAL FAMILY GUIDE TO

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

New Tools and Techniques to Stop Walking on Eggshells



Randi Kreger

Coauthor of the Best-Selling *Stop Walking on Eggshells*

- Pääperiaatteita, kun olet tekemisissä epävakaan persoonallisuuden kanssa.
- 1. auta perheenjäsentäsi. Heidän täytyy ensin auttaa itseään.
- 2. epävakaan persoonallisuushäiriön ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen eivät ole erilaisia. Ne ovat liioiteltuja.
- 3. voit parantaa elämäsi, vaikka perheenjäsenesi ei muutu.
- 4. tarvitaan vain yksi henkilö muuttamaan perusteellisesti suhdetta.

Appendix 3 Crisis plan

Kirjallinen kriisisuunnitelma (etukäteen sovittu)

This plan is to be agreed by all members of treatment team.

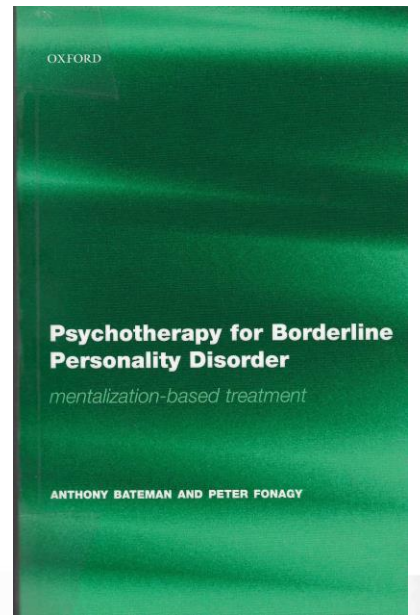
Mr Anthony Challenge experiences regular episodes of (Insert self-harm, suicide attempt, dangerous behaviour, etc). This is a result of his personality difficulties.

He has been assessed by (Insert Name) and the following crisis plan developed with him:

1. He will report indicators of forthcoming crisis by contacting (Insert Name and Telephone Number).
2. If (Insert name) is unavailable Mr A Challenge will contact (insert office administrator Name and number) who will inform another member of team.
3. The team aim to respond within X hours during normal working hours or before 10 am on the next working day.
4. Known factors include: (Insert List e.g. alcohol, increase in drug use, feelings of rejection, and interpersonal difficulties).
5. If contact is made during normal working hours (Insert Name) the crisis will be discussed over the phone initially.
6. If resolution is problematic or risk considered high, a brief appointment will be made to decide on further action including in-patient admission, referral to medical services.
7. The crisis, once resolved, will be discussed in detail in the next clinical sessions.
8. No change in overall treatment plan will be made during a crisis and there will be no change in medication without discussion with the team.
9. **Out of hours** Mr Anthony Challenge will contact (Insert Emergency Details). They will listen to the problems, assess risk but not alter or prescribe

13.5.2026

yl juha kemppinen



314 | Psychotherapy for borderline personality disorder

medication, and offer appropriate intervention until a member of treatment team can be contacted on the following working day.

Signed:

Patient:

Key worker:

Agreed by team : Yes No

107

Hoitavan henkilön traumat

Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Marko Lindberg*

- Mikä voisi olla psykodynaamisen ymmärryksen tehtävä, kun suljetulla osastolla työskennellään sellaisen raivokkaan potilaan kanssa, joka uhkailee tappamisella ja tuntee itsensä nurkkaan ahdistetuksi paranoidisissa ajatuksissaan?
- Välittömän peruskokemuksen kannalta voimankäyttö ja pakottaminen tilanteesta riippumatta ovat voimankäyttöä ja pakottamista, mikä tekee väkivaltaisen potilaan tunnetilojen haltuunotto-tilanteesta erittäin haasteellisen hoitavalle henkilölle hänen tunnevasteidensa vuoksi.
- Kun puolustaudumme ja hyökkäämme, käytämme fyysisiä voimakeinoja, altistumme samalla henkisten toimintojemme myöhäsyntyisemmällä tasolla tästä johtuville assosiaatioille.
- Olisi tärkeää, että näissä vaikeissa tilanteissa hoitaja voisi olla mahdollisimman tyyni, muistaisi potilaansa vaikean mielisairauden ja hahmottaisi mielessään sen pohjalta tapahtumia potilaan kannalta. Se auttaa hoidollisuuden säilyttämisessä.

- Tehtävä on vaikea, koska uhatuksi tuleminen vapauttaa meissä biologiset valmiudet taisteluun tai pakoon ja toisen hyökkäys edellyttää välitöntä toimintaa, fyysistä puuttumista.
- Ääritilanteista on ajateltava, että biologinen ja siitä seuraava mielen toiminnan vaste on automaattinen jo pelkästään peilisolujärjestelmän ja muiden mahdollisten neurofysiologisten heijastejärjestelmien toiminnan pohjalta.
- Tietoisella minällä on melkoinen työ selittää ja yhteensovittaa ammatti-ihannetta ja kuvatuunlaista välitöntä kokemusta, joka vastaanotto- ja psykoosiosastoilla lähes väistämättä kuuluu hoitajan työnkuvaan.

Hoitavan henkilön traumat

Psykoterapeuttinen hoitosuhde 20.12.2024 *Marko Lindberg*

- Suhteessa potilaaseen yleensä ajattelemme olevamme hyviä, auttavia ja vilpittömiä ammatti-ihmisiä.
- Se, että tunnemmekin sitten ääritilanteissa jotakin, mikä ei sovi tähän ihanteelliseen ammatti-identiteettiin, saa meidät ehkä ajattelemaan, että olemme jotenkin huonoja tai soveltumattomia työhömme.
- Käytämme torjuntaa poistaaksemme ikävät ajatukset tietoisuudesta siinä alkuun onnistuen.
- Tapahtumien toistuessa taakka ja paine torjunnan takana kasvaa, ja joudumme käyttämään järeämpiä defensesseja.
- Tietoiselle mielellekin alkaa lopulta olla ilmeistä, että näitä "asiaankuulumattomia" tunteita on, ja jossain vaiheessa saatamme alkaa pitää huonon olon syynä potilaita, jotka toisaalta eivät itselleen mitään voi akuutissa hoidon vaiheessa.
- Lisäksi alkaa rasittaa urakan loppumattomuus: aina kun yksi kuntoutuu, tulee uusi aktiivisesti sekava ja hyökkäävä potilas tilalle.

- Kyynistyminen, herkkyyden menettäminen, etäännyttäminen ja nihilismi ovat näissä olosuhteissa mahdollisia ja ymmärrettäviä psykologisia yrityksiä säilyttää työssä selviytymisen kykyä ja edes jonkinlaista ammatillista integriteettiä.
- Kuvailtu prosessi tapahtuu vähitellen ja salakavalasti, pitkälti tiedostamattomasti. Mielen tiedostamattoman alueen defensiivisen toiminnan vuoksi työhön liittyvät traumakokemukset voivat johtaa etenevään psyykkisen työkyvyn heikkenemiseen.
- Työssä jaksamista auttaa, jos työntekijälle on mahdollista voimankäyttötapahtumien jälkeen avoimesti ja hyväksyvässä ilmapiirissä tunnistaa ja sallia tietoisuuteensa tulla kaikkia niitä tunnetiloja, joita mielessä herää, sekä sanallistaa niitä.
- Tunnekokemuksille me emme mitään voi, eivätkä ne sinänsä ole oikeita tai vääriä. Vasta niistä johtuvalla toiminnalla on eettinen ja moraalinen luonne.

- Toinen tapa traumatisoitua kumulatiivisesti on varsinaisesti hoitosuhteisiin liittyvä.
- Eläytyessämme potilaamme kokemuksiin tulemme psyykkisellä tasolla osallisiksi niistä tapahtumista, joita hän kuvailee: murhista, tappamisista, pahoinpitelyistä, sekä niihin liittyvästä ajankohtaisesta psyykkisestä todellisuudesta, psykoottisella tavalla vääristyneestä tavasta hahmottaa toisia ihmisiä ja ympäristöä. Sellainen on ristiriidassa oman todellisuuskäsityksemme ja arvomaailmamme kanssa.
- Joskus kertomukset voivat saada voimaan melkein fyysisesti pahoin. Sijaistraumatisoidumme.
- Omista psyykkisistä puolustusmekanismeistamme ja itsehavaintakyvystämme riippuu, miten tulemme asian kanssa toimeen.

- Uskallammeko tunnistaa vastatunteemme, sanallistaa ne työohjauksessa ja pystymmekö pitämään ne oikeissa yhteyksissään.
- Vaihtoehtoina on tarjolla aina myös mielen toimintaa kapeuttavia psykologisia ratkaisuja, kuten kohteensiirto tai unohdushakuinen päihdekäyttäytyminen.
- Sijaistraumatisoitumisilmiön kieltämiselle ovat erityisen alttiita korkean koulutuksen ja ammatti-ihanteen omaavat psykiatrian alan työntekijät.
- Heidän ajatuksenaan saattaa olla, että "mikään inhimillinen ei ole vierasta", ja niinpä kaikenlaisen kauheuden kanssa on oltava sinut aivan kuin automaattisesti, eikä mikään saisi järkyttää. Tämähän ei ole mahdollista.

- Tunnetilojen havaitseminen omassa mielessä ja niiden sanallistaminen toisen ihmisen kanssa keskustelulle varatussa hetkessä voi olla riittävää ehkäisemään hoitavan henkilön mielen toimintaa vaurioittavia kehityskulkuja.
- Varsinaisen työnohjauksen auttavaa merkitystä ei kuitenkaan näissä kohdissa voi ylikorostaa.
- On tärkeää hyväksyä omat tunnetilat sellaisina kuin ne tulevat.
- Ne syntyvät suurimmalta osin tiedostamattomasta käsin, ja niissä on mukana paljon perusbiologista automaattista toiminnallisuutta vastena tiettyihin tilannetekijöihin.

- Silloin, kun nämä tilanteet ovat tunnistettavissa ja niihin liittyvät tunteet tietoisuuteen tavoitettavissa, niiden suhteen on helpompi olla valppaana, eivätkä ne ehkä enää häiritse niin paljon.
- Kriisitilanteissakin voi silloin toimia psyykkisesti ja fyysisesti tarkoituksenmukaisesti, menettämättä kykyä asettua toisen ihmisen asemaan.
- Lisäksi voi olla avuksi, jos hahmottaa potilaan tilannetta niin, että hän on joutunut psykiatriseen tehohoitoon, kun tavallinen polikliininen hoito ei ole riittänyt vaikean sairaudenkuvan hallitsemiseksi.
- Akuutti psykoosi kaikkine aggressiivisine oireineen on aivojen elimellinen kriisi, kuten sydäninfarkti on sydän- ja verenkiertoelimistöön liittyvä hätätilanne.

- Silloin, kun nämä tilanteet ovat tunnistettavissa ja niihin liittyvät tunteet tietoisuuteen tavoitettavissa, niiden suhteen on helpompi olla valppaana, eivätkä ne ehkä enää häiritse niin paljon.
- Kriisitilanteissakin voi silloin toimia psyykkisesti ja fyysisesti tarkoituksenmukaisesti, menettämättä kykyä asettua toisen ihmisen asemaan.
- Lisäksi voi olla avuksi, jos hahmottaa potilaan tilannetta niin, että hän on joutunut psykiatriseen tehohoitoon, kun tavallinen polikliininen hoito ei ole riittänyt vaikean sairaudenkuvan hallitsemiseksi.
- Akuutti psykoosi kaikkine aggressiivisine oireineen on aivojen elimellinen kriisi, kuten sydäninfarkti on sydän- ja verenkiertoelimistöön liittyvä hätätilanne.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Potilaan vuorovaikutussuhteiden ongelmat saattavat ylläpitää virheellisiä mielikuvia hoidon tehottomuudesta ja huonosta ennusteesta.
- Vain osa persoonallisuushäiriöitten kriteerit täyttävistä hakeutuu hoitoon, ja usein hoitoon hakeutuminen liittyy ensisijaisesti muuhun psykiatriseen häiriöön tai somaattiseen sairauteen.
- Vaikeammista persoonallisuushäiriöistä kärsivät ovat yleensä jossain elämänsä vaiheessa saaneet psykiatrista hoitoa.
- B-ryhmän häiriöistä kärsivät potilaat saattavat käyttää terveydenhuollon palveluita runsaasti ja hakea apua samanaikaisesti usealta taholta. Tämän ryhmän häiriöistä kärsivillä on muita persoonallisuushäiriöitä tavallisemmin päihdehäiriöitä, minkä vuoksi heitä on paljon päihdehuollon piirissä.
- Antisosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä esiintyy muita enemmän päihteiden käyttöä sekä vilpillistä ja väkivaltaista käyttäytymistä, minkä vuoksi häiriöstä kärsiviä on paljon päihdepalvelujen käyttäjissä ja vankien keskuudessa

- B-ryhmän häiriöistä kärsiville ovat tyypillisiä myös taajaan toistuvat lyhyet hoitokontaktit ja vaikeudet luoda pitkäaikaista luottamuksellista hoitokontaktia.
- Ahdistuneet persoonallisuushäiriöpotilaat saattavat käyttää myös runsaasti erilaisia lääkehoitoja, jolloin polyfarmasian riski on suuri.
- Osa potilaista saattaa ajautua säännöllisten hoitojen ulkopuolelle mutta jatkaa silti lääkkeiden haitallista ja riippuvaisuuskäyttöä.
- Tällöin hoidon asianmukaisuutta voidaan yrittää varmistaa esimerkiksi apteekki-sopimuksen avulla

- Hoidon alussa on tehtävä laaja-alainen riskiarvio, määriteltävä kriisien hallinnan vaihtoehdot ja sovittava hoidon yksityiskohdista yhteistyössä potilaan kanssa.
- Potilaan riskiä arvioitaessa on huomioitava akuutti ja krooninen itsetuhoisuus, itsemurhasuunnitelmat, aiemmat suunnitelmat ja yritykset, hoitosuhdetta mahdollisesti uhkaavat tekijät, impulsiivisuus ja päihteiden käyttö, tuskaisuuden ja toivottomuuden aste, kyky hahmottaa vaihtoehtoja ja kyky kokea ja vastaanottaa huolenpitoa.
- Potilaalle on syytä tarjota tietoa siitä, mitä persoonallisuushäiriö tarkoittaa, mistä sen oletetaan johtuvan ja mikä on ajankohtainen käsitys tehokkaasta hoidosta.

- Yleisiä hoitokeinoja ovat yhteistyöhön perustuvan hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen, vakaan hoitoprosessin ylläpito sekä muutosmotivaation luominen ja ylläpitäminen.
- Hoitosuhteen perustana on potilaan kokemukset vakavasti ottava, vastavuoroinen, tuomitsematon, joustava ja tukea tarjoava suhtautuminen potilaaseen.
- Potilasta tulee auttaa hahmottamaan käyttäytymisen lyhyen ja pitkän aikavälin seurauksia sekä erottamaan näitä toisistaan, jotta potilaan aktiivisuus ja kyky ratkaista ongelmia voivat lisääntyä

- Persoonallisuushäiriöitten hoito painottuu psykoterapeuttisiin menetelmiin.
- Etenkin epävakaaan persoonallisuushäiriön hoitoon on viime vuosina kehitetty tutkimuksissakin tehokkaiksi osoittautuneita menetelmiä, kuten dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia, muut kognitiiviset terapiat, psykoedukaatio ja transferenssikeskeinen psykoterapia.
- Pitkäaikaista psykoterapiaa harkittaessa on syytä tehdä tarkka diagnoosi sekä kiinnittää huomiota kykyyn solmia ihmissuhteita ja itsetunnon haavoittuvuuden, impulsiivisuuden ja epäsosiaalisuuden vaikeusasteeseen.
- Tavallisimpia potilaan perheen ongelmia ovat kommunikaatiovaikeudet, vaikeudet suhtautumisessa vihamielisiin reaktioihin ja pelko potilaan itsemurhasta.
- Perheterapiasta saattaa olla apua näihin ongelmiin.

- Mielialaa tasoittavia epilepsialääkkeitä ja psykoosilääkkeitä voidaan käyttää joidenkin vaikeiden oireulottuvuuksien tasoittamiseen.
- Persoonallisuushäiriöpotilas, joka kärsii monista psykiatrisista häiriöistä, saattaa hyötyä ajankohtaisen häiriön lääkehoidosta masennuslääkkeillä. Tällöin lääkehoito suunnitellaan muun häiriön hoidon periaatteiden mukaisesti, mutta hoitomyöntyvyyteen on syytä kiinnittää erityistä huomiota.
- Impulsiiviselle tai vaikeista oireista kärsivälle persoonallisuushäiriöpotilaalle ei ensisijaisesti tulisi määrätä bentsodiatsepiineja ahdistuneisuuden hoitoon.
- Pyrkimys hyvin erilaisten psykiatristen oireiden lievittämiseen saattaa johtaa epätarkoituksenmukaiseen monilääkitykseen.
- Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon lääkkeillä tehtävän itsemurhan ja vähemmän määrätietoisten itsemurhayritysten lisääntynyt riski, alttius lääkeriippuvuuteen ja päihteiden käyttöön, omaehtoisuus lääkehoidon toteutuksessa ja potilaan muut sairaudet.

- Korkeatasoista, luotettavaa ja kattavaa tutkimusnäyttöä ympärivuorokautisen sairaalahoidon hyödyistä ei ole käytettävissä, mutta päiväsairamuotoinen suunnitelmallinen hoito näyttää olevan tuloksellista.
- Ympärivuorokautisen sairaalahoidon aiheita voivat olla akuutti vakava itsemurhavaara, psykoottinen oireilu, jota ei hallita avohoidossa, vaikea dissosiaatio-oireilu, johon liittyy toimintakyvyn huomattava heikkeneminen, ja vaikea mielialahäiriö.

- Kuntoutustarpeen moniammatillinen arvio on aiheellinen psykiatrisen hoidon seurannassa.
- Tarve tulee arvioida etenkin, jos sairausloma pitkittyy tai potilaalla on pitkäaikaisia työllistymisvaikeuksia.
- Tarvittaessa arvio voidaan tehdä kuntoutuslaitoksessa kuntoutustarveselvityksenä.
- Potilas saattaa hyötyä psykiatrisesta kuntoutuksesta, jos hänen toimintakykynsä on vaikeasti ja pitkäaikaisesti heikentynyt tai hänellä esiintyy neuropsykologisen toiminnan puutoksia, kuten kyvyttömyyttä organisoida omaa elämää ja suunnitella tulevaisuutta.

- Potilaan neuropsykologisen kuntoutuksen tarve on arvioitava erityisesti silloin, kun hänellä esiintyy lukemisen, kirjoittamisen tai laskemiskyvyn häiriöitä tai muita neuropsykologisia vajeita.
- Lääkinnällinen kuntoutus voidaan toteuttaa joko psykoterapiana tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuntoutuspalveluina.
- Kuntoutuksella on erilaisia tavoitteita, kuten työkyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen työllistymisen tai opiskelun mukaan.
- Myös ryhmämuotoinen kurssitoiminta, esimerkiksi sopeutumisvalmennuksena, saattaa olla soveltuva vaihtoehto.

Yhteenvetoa:

Yl juha kemppinen

Pers.häiriö Suurin kl.pierre Kognitio Affekti Käyttäyt. Ihmissuhteet

Klusteri B *Epävakaa persoonallisuus (Borderline)*
 (dramaattinen, emotionaalinen, arvaamaton)



Epä-
vakaa

Impulsiivi-
suus

Hylätyksi
tulemisen
odotus, itsen
ja muiden yli-
ja aliarvioinnin
vaihtelu

Impulsiivi-
suus, aggres-
siivisuus,
masennus

Taistelee
toisten kanssa,
itsen vahingoit-
taminen

Useita
suhteita,
joissa
hätänty-
neitä
yrityksiä
välttää
hylkäys

Pers.häiriö Kokemus sairaudesta Ongelmallinen käytt. Hoitostrategia

Vastaa-
otolla BPD:
epävakaisuus
vuorovaikutus-
suhteissa,
omakuvassa
ja affekteissa,
huomattava
impulsiivisuus

Pelottavat
mielikuvat
sairaudesta

Chapter 7.
The Borderline
Personality



Pelko torjumisesta
ja hylkäämisestä,
itsetuhoiset teot,
hoitavan henkilön
ihailun ja
aliarvioinnin
vaihtelu

Vältä liiallista tutta-
vallisuutta
Ohjelmoi säännölliset
vierailuajat
Tarjoa selviä, ei-teknisiä
selityksiä
Siedä vihanpurkauksia,
mutta aseta rajat
Ylläpidä tietoisuutta
henkilökohtaisista
tunteista
Konsultoi psykiatria

- Hoito
- Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien **hoito on vaativaa** sekä potilaalle että hoitaville henkilöille. Potilaat ovat usein **regressiivisiä, impulsiivisia ja ajelehtivia**.
- Hoitosuhteissa ajaututaan helposti **monimutkaiseen vuorovaikutusongelmiin** varsinkin silloin, jos hoitavalla henkilöllä ei ole riittävää koulutusta tai työnohjausta.
- Potilaan hoito **tulee toteuttaa pääsääntöisesti avohoidossa**, mutta häiriöön liittyvät **kriisivaiheet** voivat edellyttää **sairaalahoidoa**, erityisesti jos potilaalla on **itsetuhoista käyttäytymistä** tai persoonallisuushäiriöoireiden kanssa samanaikaisia **psykoottisia tai vakavia mielialaoireita**.

- Hoito
- Potilaan oireilun ja toimintakyvyn **pitkäaikaisarviointi** on keskeistä sen tunnistamisessa, mikä on sellaista akuuttia hätää, joka on sairaalahoidon peruste.
- Päivystystilanteissa tällainen arviointi ei ole useinkaan helppoa, mutta **mahdollisimman monipuolinen tiedonkeruu potilasasiakirjoista ja potilaan tuntevia haastatteleminen** edistävät arvion osuvuutta.
- Potilaan **itsetuhokäyttämisen riskitekijöiden arviointi** (luku [«Itsetuhokäyttäytyminen»](#)) on tärkeää.
- Potilaan hoidon koordinoimiseksi on hyödyllistä **nimetä vastuuhenkilö ja vastuutyöryhmä**.
- Potilaan **hoidon tavoitteet** sekä avohoidolle että mahdollisille sairaalahoitajaksoille **suunnitellaan selkeästi**.

- Psykoterapia
- Psykoterapeuttiset hoitomenetelmät ovat hoidossa keskeisiä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiville on kehitetty **kognitiivis-behavioraalisen** psykoterapian muotoja, joihin sisältyy vuorovaikutuksellista ymmärtämistä ja vuorovaikutustaitojen harjoittelua.
- Vahvin tutkimusnäyttö on **dialektisesta käyttäytymisterapiasta** epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien persoonallisuushäiriöoireiden vakavuuden, päihteiden käytön, itsen vahingoittamisen ja itsemurhayritysten sekä psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen vähentämisessä.
- Psykodynaamisista terapioidista **mentalisaatioterapia** soveltuu hyvin epävakaan persoonallisuushäiriön hoidoksi. Myös **transferenssikeskeinen psykoterapia ja skeematerapia** ovat epävakaan persoonallisuushäiriön näyttöön perustuvia hoitoja.
- Psykoterapian onnistuminen edellyttää usein sitä, että psykoterapeutti saa säännöllistä **työnohjausta** ja että **moniammatillinen työryhmä** osallistuu potilaan kokonaishoitoon hyvin suunnitellulla tavalla.

- **Psykykenlääkehoito**
- Psykoosilääkkeet **saattavat lievittää** pieninä annoksina epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvää **vihamielisyyttä, epäluuloisuutta, tunnesäätelyn häiriöitä, psykoottisia oireita ja tahallista itsen vahingoittamista**. On harkittava, mitä etuja ja haittoja psykoosilääkkeiden käytöllä on silloin, kun potilaalla ei ole varsinaisia psykoottisia oireita.
- **Mielialaa tasaavista lääkkeistä** voi olla hyötyä impulsiivisuuden ja aggressiivisuuden vähentämisessä. **SSRI-lääkkeistä** voidaan käyttää depression ja muiden samanaikaisten häiriöiden kuten ahdistuneisuuden, mielialan vaihteluiden, vihamielisyyden, ärtyneisyyden, impulsiivisuuden ja itsetuhoisuuden hoidossa.
- **Bentsodiatsepiineja ei suositella epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa.**
- Epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoidon tulisi nojautua **selkeään hoitosuunnitelmaan**, johon kuuluu säännöllinen hoitovasteen arviointi.

BORDERLINE

BEHAVIORAL DEFINITION

1. Makes desperate attempts to avoid abandonment.
 2. Has unstable and intense relationships, usually involving alternately idealizing and denigrating another person.
 3. Sense of self or self-image is chronically unstable.
 4. Acts on impulse in ways that can be self-damaging (e.g., over-spending, sex, drugs).
 5. Makes frequent suicidal gestures or threats or mutilates himself/herself.
 6. Has highly unstable moods (e.g., gets depressed, irritable, or anxious for brief periods).
 7. Chronically experiences feelings of emptiness.
 8. Is easily provoked to anger or rage.
 9. Under stress, can become paranoid or experience dissociative symptoms.
-
-
-
-

LONG-TERM GOALS

1. Terminate suicidal and/or self-mutilating behavior.
2. Stabilize interpersonal relationships.
3. Increase respect for self.

4. Increase behavioral skills such as problem-solving and communication skills.
5. Increase emotional modulation and decrease emotional reactivity.
6. Increase realistic judgment while decreasing crisis-generating behavior.

SHORT-TERM OBJECTIVES

1. Express satisfaction with therapeutic relationship, either verbally or nonverbally, as indicated by the client conveying difficulties and concerns. (1)
2. Cooperate with psychological assessment. (2, 3)
3. Establish specific treatment goals. (4, 5)
4. Express trust in the relationship with the therapist either verbally or nonverbally. (6, 7, 8)
5. Verbalize an understanding of therapist's policy regarding suicidal behavior. (9, 10)
6. Respond appropriately to having limits set by therapist and/or significant others. (11, 12, 13)
7. Identify the reasons for suicidal ideation and/or self-mutilating behavior and the

THERAPEUTIC INTERVENTIONS

1. Express empathy for the client's difficulties (e.g., feeling out of control, fragile, or having relationship problems) through unconditional positive regard, warm acceptance, and reflective listening.
2. Administer or refer the client for personality testing to assess personality dynamics and emotional/behavioral/cognitive problems.
3. Review and process the results of psychological testing with the client.
4. Assist the client in developing a list of specific dissatisfactions he/she is presently experiencing, such as difficulties with relationships, feelings of emptiness, drug problems, or suicidal ideation.

- factors in the present environment that reward self-harmful ideas and actions. (14, 15)
8. Decrease frequency of or eliminate suicidal gestures, threats, and attempts. (16, 17)
 9. Cooperate with referral to a physician to evaluate the need for psychotropic medication to stabilize mood, decrease anxiety and/or depression, or stabilize thought process. (18)
 10. Take psychotropic medication as prescribed and report on the medication's effectiveness and side effects. (19, 20)
 11. Express anger in an appropriate fashion rather than with rage when responding to feeling wronged, abandoned, or betrayed. (21, 22, 23, 24, 25)
 12. Verbalize feeling more stable and in control of emotions. (26, 27, 28)
 13. Express appropriate displeasure or anger toward a person who generates frustration rather than becoming enraged. (24, 29, 30, 31)
 14. Report reducing or eliminating the use of alcohol and/or drugs. (32, 33, 34, 35)
 15. Verbalize increased capacity to cope with stress. (28, 36)
 16. Learn to self-soothe in healthy and appropriate ways rather than using
5. Explain Dialectical Behavior Therapy protocol (required individual therapy, group skills training meeting, long-term commitment to therapy, and prohibition against suicide attempts and self-mutilation). See *Cognitive Behavior Therapy of Borderline Personality Disorder* (Linehan).
 6. Explicitly acknowledge the client's difficulty with trust and reinforce any expressions of trust in the therapist.
 7. Express self in a clear, straightforward fashion.
 8. Clarify to the client that he/she need not talk about sensitive issues until ready to do so.
 9. Set a policy that telephone contacts with the client for emergencies will be brief and will be limited to dealing with the crisis situation.
 10. Using Dialectical Behavior Therapy, contract with the client during intake that suicidal behavior will lead to automatic dismissal from the program.
 11. Instruct the client regarding the requirements of therapy (regular attendance at sessions, payment schedules, arriving at sessions sober, etc.), and discuss the consequences of failing to comply.
 12. With a colleague, supervisor, or team members, pro-

84 THE PERSONALITY DISORDERS TREATMENT PLANNER

- drugs, performing self-mutilation, or engaging in impulsive, potentially dangerous actions. (26, 27, 28, 36)
17. Identify the impact of childhood sexual abuse on present relationships. (37, 38)
 18. Engage in sexual activity that is pleasurable and not dangerous. (35, 38, 39)
 19. Reduce the frequency of distorted, negative thoughts that lower self-esteem; increase frequency of positive thoughts. (27, 40, 41, 42, 43)
 20. Report little or no distress when in between romantic or other close relationships. (26, 27, 44)
 21. Express a firmer sense of self rather than feeling aimless and confused about own values and goals in life. (28, 45)
 22. Report a reduction in feelings of emptiness and depersonalization. (45, 46, 47)
 23. Report being able to cope with feelings of emptiness without resorting to self-mutilation or substance abuse. (26, 27, 28, 48)
 24. Report feeling calm in a situation that previously would have evoked feelings of terror or being overwhelmed. (26, 27, 28, 46, 49)
 25. Calmly accept the loss of a relationship rather than making frantic efforts to
- cess feelings toward the client (e.g., anger, exasperation, or feeling manipulated) that are related to the client's therapy-interfering behaviors (e.g., not showing up at sessions, expecting a friendship or intimate relationship with the therapist) in order to distill perspective and enhance ability to maintain therapeutic alliance.
13. Assign the client (and/or significant others, if appropriate) to read *Boundaries: Where You End and I Begin* (Katherine); process key ideas.
 14. Express compassion for the client's pain that leads to suicidal ideation and/or self-mutilating behavior. Use active listening to understand the depth of pain and suffering experienced by the client from his/her point of view.
 15. Once the therapist fully understands the pain that leads the client to want to die, examine the suicide attempt/gesture as a form of communication (e.g., a message to a significant other, a message to the world). Explore secondary gains received from such behavior (e.g., attention from significant others or medical staff, being taken seriously).
 16. When the therapist fully understands the pain that

- avoid abandonment.
(44, 50, 51)
26. Describe a person or relationship in shades of gray rather than as all good or all bad. (52)
27. Continue to think and act as an adult under stress rather than reverting to childlike behavior. (53)
28. Report having a friendship or intimate relationship that is comfortable and balanced. (54)
-
-
-
-
-
-
- leads the client to want to die, process reasons that the client wants to live. Help the client draw strength and specific treatment goals from this list.
17. Assess with the client the negative consequences of suicidal behavior/gestures on his/her long-term goals.
18. Refer the client to a physician for psychotropic medication evaluation; help the client to process costs and benefits of a medication evaluation.
19. Monitor the client's use of psychotropic medication for compliance with prescription, effectiveness, and side effects. Regularly assess for signs of dependence on or addiction to prescription medication.
20. On a regular basis, confer with prescribing physician about the effectiveness of the psychotropic medication.
21. Explore the history of consequences the client has had with excessive anger; process whether the consequences are consistent with his/her goals at this time.
22. Assign the client readings on assertiveness training (e.g., *Your Perfect Right* by Alberti and Emmons or *When I Say No I Feel Guilty* by Smith); discuss the key points. Emphasize how assertiveness is a tool to increase compliance with

86 THE PERSONALITY DISORDERS TREATMENT PLANNER

- requests and get needs met over long periods of time.
23. Use role play, modeling, and behavioral rehearsal with the client to simulate situations that demand assertiveness; provide feedback regarding the appropriateness of his/her responses.
 24. Instruct the client to imagine the person who angered him/her is in an empty chair in the room and to express his/her feelings toward that person in a respectful, controlled fashion.
 25. When the client becomes angry with the therapist, process the feelings, noting similarities between the therapeutic relationship and other important relationships in the client's life. Work collaboratively toward an appropriate resolution of the angry feelings.
 26. Conduct or refer the client to a Core Mindfulness skills training group in order to teach the client how to balance and regulate emotions. (See *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* by Linehan.)
 27. Conduct or refer the client to an Emotional Regulation skills training group in order to teach the client how to balance and regulate emotions. (See *Skills Training Manual for Treating*

- Borderline Personality Disorder* by Linehan.)
28. Train the client to use meditation (e.g., thought-watching exercise) by assigning *Full Catastrophe Living* (Kabat-Zinn) or *How to Meditate* (LeShan), processing key concepts with therapist; demonstrate technique during session and assign practice as homework.
 29. Assign the client to read *Of Course You're Angry* (Rosellini and Worden) or *Managing Anger* (Messer, Coronado-Bogdaniak, and Dillon); process key ideas.
 30. Institute stress inoculation training for anger by preparing the client to recognize early cues and mental precursors of anger, using behavioral rehearsal to establish appropriate responses and establishing self-rewards for maintaining control. (See *Stress Reduction and Prevention* by Meichenbaum and Jaremko.)
 31. Discuss forgiveness of perpetrators of pain as a process of letting go of anger.
 32. Assess the client's substance abuse pattern; if necessary, refer him/her to a chemical dependence treatment program (e.g., Rational Recovery).
 33. Refer the client to Alcoholics Anonymous or Nar-

- cotics Anonymous and have him/her report the impact of those meetings to the therapist.
34. Assist the client in developing a list of life changes needed in order to maintain long-term sobriety; process a plan of implementation of such changes.
 35. Process with the client the reasons for drug/alcohol use (e.g., to numb painful thoughts, to facilitate sex, to cope with memories of sexual abuse, or to “feel alive”). Discuss alternative strategies to meet those needs. (See *The Chemical Dependence Treatment Planner* by Perkinson and Jongsma.)
 36. Conduct or refer the client to a Distress Tolerance skills training group. (See *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* by Linehan.)
 37. Explore the client’s history of being sexually abused; discuss the impact that his/her experience has had on increasing promiscuity and decreasing sexual pleasure.
 38. Discuss the impact of being sexually abused on the ability to trust others.
 39. Assess the client’s knowledge of sexually transmitted disease and condom use; educate the client if necessary.
 40. Use thought-stopping technique (having the client

shout “Stop” silently whenever negative thoughts come to mind until the thought dissipates and can be replaced with pleasant, positive thoughts).

41. Assign the client to read *The Six Pillars of Self-Esteem* (Brandon), *Self-Esteem* (McKay and Fanning), or *Ten Days to Self-Esteem* (Burns); process central ideas with therapist.
42. Assign the client to keep a record of dysfunctional thoughts such as “I’m too inadequate to handle life on my own” and “I’m stupid.” Using Socratic dialogue, challenge the client to examine the evidence for and against such statements.
43. Empathize with the client’s feelings of low self-esteem. The therapist must be aware of his/her own feelings as they are impacted by the client and, assuming the therapeutic relationship is sufficiently established, provide feedback to the client about those feelings, thus facilitating perspective on the part of the client.
44. Challenge and dispute the client’s irrational beliefs regarding being alone (e.g., “It is awful to be alone,” “If I disagree with someone I will be abandoned, which would be horrible”). Replace extreme reactions with less extreme ones (e.g., it would

- be inconvenient to be alone or to break up).
45. Explore aspects of the client's life that provide a sense of meaning, purpose, or mission. Inquire about spiritual or religious participation that provides fortitude, comfort, or meaning to life; encourage increased participation.
 46. Teach the client to increase his/her body awareness through an assigned exercise such as having the person lie in a quiet room and pay attention to psychokinesthetic stimuli. (See "Body Scan" exercise in *Full Catastrophe Living* by Kabat-Zinn.)
 47. Ask the client to list any activity or relationship that would increase satisfaction or meaning to his/her life; process how to include that activity or relationship more consistently in his/her life.
 48. Explore the client's reasons for engaging in self-mutilation, substance abuse, or suicidal gestures; develop adaptive coping behaviors to overcome the tension associated with feelings of emptiness/detachment (implement relaxation techniques, call a friend or family member, engage in a self-soothing exercise, utilize spiritual meditation, practice vigorous physical exercise, etc.).
 49. To increase the client's feelings of confidence in social

situations, provide relationship skills training, including a focus on *sending skills* (delivering a message to others), *receiving skills* (getting a message from others), and *processing skills* (choosing which skill to use in a particular situation). (See *Social Skills Training for Psychiatric Patients* by Liberman, DeRisi, and Mueser.)

50. Challenge the client's catastrophizing (e.g., the belief that the end of the relationship is a disaster that will lead to endless loneliness and isolation), replacing the irrational belief with more balanced ones (e.g., endings are painful, but the pain subsides and new beginnings emerge).
51. Process the client's thoughts and feelings about ending therapy, facilitating his/her ending this relationship differently from others.
52. Challenge all-or-none thinking by asking the client to recall or imagine instances in which someone was average rather than extreme on a particular dimension (e.g., a person who was neither awesomely talented nor completely inept, a person who elicited friendly feelings rather than total love or total hatred).
53. When the client experiences regression during a session, analyze the impact of regressive actions on the ther-

- apeutic relationship; process this with the client.
54. Refer the client to an Interpersonal Effectiveness skills training group, in which the client can learn to decrease worry, increase self-respect, learn to balance “wants” and “shoulds” in relationships, and set appropriate limits in relationships. (See *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* by Linehan.)

DIAGNOSTIC SUGGESTIONS

Axis I:	309.81 296.89 300.14 304.80 296.xx _____	Posttraumatic Stress Disorder Bipolar II Disorder Dissociative Identity Disorder Polysubstance Dependence Major Depressive Disorder _____
Axis II:	301.83 301.7 301.50 301.6 301.9 _____	Borderline Personality Disorder Antisocial Personality Disorder Histrionic Personality Disorder Dependent Personality Disorder Personality Disorder NOS (Passive-Aggressive/Negativistic) _____

Tausta-aineistoa

Yl juha kemppinen

BORDERLINE—PETULANT

BEHAVIORAL DEFINITION

1. Is generally negativistic, sullen, pessimistic, and easily disillusioned.
2. Tends to be impatient and restless.
3. Is stubborn and defiant and has difficulty with authority figures.
4. Has deep, ambivalent feelings about connecting to others, fears losing independence, and dreads isolation and abandonment.
5. Is hypersensitive to criticism and easily feels slighted.
6. Is prone to brief, transient psychotic episodes, especially with mood-dominated features (e.g., delusions of worthlessness).
7. Is prone to suicidal gestures and behaviors.

LONG-TERM GOALS

1. Decrease suicidal and/or self-mutilating behavior.
2. Stabilize interpersonal relationships.
3. Increase self-esteem and emotional stability.
4. Increase behavioral skills, such as deferring gratification and tolerating criticism, problem solving, and communication skills.
5. Resolve ambivalence regarding independence from versus connection to others.
6. Reduce sensitivity to criticism.

7. Reduce frequency and severity of brief psychotic episodes.

SHORT-TERM OBJECTIVES

1. Express satisfaction with therapeutic relationship, either verbally or nonverbally, as indicated by the client conveying difficulties and concerns. (1)
2. Identify specific emotional, relational, or behavioral problems. (2)
3. Express trust in the relationship with the therapist either verbally or nonverbally. (3, 4, 5)
4. Verbalize an understanding of therapist's policy regarding emergency contact. (6)
5. Make a contract for no self-harm between sessions. (7)
6. Respond appropriately to having limits set by therapist. (8, 9, 10)
7. Identify the reasons for suicidal ideation and/or self-mutilating behavior and the factors in the present environment that reward self-harmful ideas and actions. (11)

THERAPEUTIC INTERVENTIONS

1. Express empathy for the client's difficulties (e.g., feeling unappreciated, resentful, or having relationship problems) through unconditional positive regard, warm acceptance, and reflective listening.
2. Assist the client in developing a list of specific dissatisfactions he/she is presently experiencing, such as difficulties with relationships, feelings of emptiness, drug problems, or suicidal ideation; emphasize how treatment is a way of getting his/her needs met.
3. Explicitly acknowledge the client's difficulty with trust and reinforce any expressions of trust in the therapist.
4. Express self in a clear, straightforward fashion, eliminating any jargon that might be misinterpreted by the client.

BORDERLINE—PETULANT

BEHAVIORAL DEFINITION

1. Is generally negativistic, sullen, pessimistic, and easily disillusioned.
2. Tends to be impatient and restless.
3. Is stubborn and defiant and has difficulty with authority figures.
4. Has deep, ambivalent feelings about connecting to others, fears losing independence, and dreads isolation and abandonment.
5. Is hypersensitive to criticism and easily feels slighted.
6. Is prone to brief, transient psychotic episodes, especially with mood-dominated features (e.g., delusions of worthlessness).
7. Is prone to suicidal gestures and behaviors.

LONG-TERM GOALS

1. Decrease suicidal and/or self-mutilating behavior.
2. Stabilize interpersonal relationships.
3. Increase self-esteem and emotional stability.
4. Increase behavioral skills, such as deferring gratification and tolerating criticism, problem solving, and communication skills.
5. Resolve ambivalence regarding independence from versus connection to others.
6. Reduce sensitivity to criticism.

8. Decrease frequency of or eliminate suicidal gestures, threats, and attempts. (12, 13)
 9. Cooperate with referral to a physician to evaluate the need for psychotropic medication to stabilize mood, decrease anxiety and/or depression, or stabilize thought process. (14)
 10. Take psychotropic medication as prescribed and report on the medication's effectiveness and side effects. (15, 16)
 11. Express anger in an appropriate fashion rather than with rage or resentment when responding to feeling wronged, abandoned, or betrayed. (17, 18, 19, 20)
 12. Verbalize feeling calm and relaxed in situations that would have previously evoked feelings of anger, resentment, or frustration. (21, 22, 23)
 13. Verbalize feeling more stable and in control of emotions. (22, 24)
 14. Describe an experience as neutral, tolerable, or humorous that was previously considered provocative or anxiety provoking. (24, 25)
 15. *Verbalize increased capacity to cope with stress.* (21, 22, 23, 24, 26)
 16. Rather than becoming enraged or resentful, express appropriate displeasure or
5. Clarify to the client that he/she need not talk about sensitive issues until ready to do so.
 6. Set a policy that telephone contacts with the client for emergencies will be brief and will be limited to dealing with the crisis situation.
 7. Contract with the client not to engage in self-harm behavior between sessions; if necessary, have the client sign a written no-self-harm contract.
 8. Instruct the client regarding the requirements of therapy (regular attendance at sessions, payment schedules, arriving at sessions sober, etc.); discuss the consequences of failing to comply.
 9. Address fears of abandonment; assure the client that the therapeutic relationship, within the limits discussed, is resilient and secure.
 10. With a colleague, supervisor, or team members, process feelings toward the client (e.g., anger, exasperation, feelings of hopelessness) that are related to the client's therapy-interfering behaviors (e.g., not showing up at sessions, expecting a *friendship or intimate relationship* with the therapist) in order to distill perspective and enhance ability to maintain therapeutic alliance.

BORDERLINE—SELF-DESTRUCTIVE

BEHAVIORAL DEFINITIONS

1. Has punitive feelings (anger and guilt) toward self.
2. Feels hopeless, helpless, and powerless.
3. Has history of conforming, deferential, and ingratiating behavioral pattern.
4. Makes frequent suicidal gestures or threats or mutilates himself/herself.
5. Is high-strung, moody, and easily angered toward others.
6. Is hypervigilant and fearful.
7. Is hypersensitive to any distorted perception of being abandoned.

SHORT-TERM OBJECTIVES

1. Express satisfaction with therapeutic relationship, either verbally or nonverbally, as indicated by the client conveying difficulties and concerns. (1)
2. Identify sources of feelings of dissatisfaction with self and others. (2)
3. Express trust in the relationship with the therapist either verbally or nonverbally. (3, 4, 5)
4. Verbalize an understanding of therapist's policy regarding self-destructive behavior. (6, 7)
5. Agree to the structure of the psychotherapy format. (8)
6. Identify the reasons for suicidal ideation and/or self-mutilating behavior and the factors in the present environment that reward self-harmful ideas and actions. (9, 10)
7. Decrease frequency of or eliminate suicidal gestures, threats, and attempts and

THERAPEUTIC INTERVENTIONS

1. Express empathy for the client's difficulties (e.g., feeling self-destructive, desperate, or having relationship problems) through unconditional positive regard, warm acceptance, and reflective listening.
2. Assist the client in developing a list of specific dissatisfactions he/she is presently experiencing, such as feelings of helplessness, hopelessness, or suicidal ideation.
3. Explicitly acknowledge the client's difficulty with trust; reinforce any expressions of trust in the therapist.
4. Express self in a clear, straightforward fashion, free from jargon that could be misinterpreted by the client.
5. Clarify to the client that he/she need not talk about sensitive issues until ready to do so.
6. Set a policy that telephone contacts with the client for

BORDERLINE—SELF-DESTRUCTIVE

BEHAVIORAL DEFINITIONS

1. Has punitive feelings (anger and guilt) toward self.
2. Feels hopeless, helpless, and powerless.
3. Has history of conforming, deferential, and ingratiating behavioral pattern.
4. Makes frequent suicidal gestures or threats or mutilates himself/herself.
5. Is high-strung, moody, and easily angered toward others.
6. Is hypervigilant and fearful.
7. Is hypersensitive to any distorted perception of being abandoned.

- increase hopeful statements about life and the future. (11, 12)
 8. Cooperate with a referral to a physician to evaluate the need for psychotropic medication to stabilize mood, decrease anxiety and/or depression, or stabilize thought process. (13)
 9. Take psychotropic medication as prescribed and report on the medication's effectiveness and side effects. (14, 15)
 10. Report situations in which increased capacity to cope with stress was demonstrated. (16, 17, 18)
 11. Verbalize feeling more stable and in control of emotions. (16, 17, 18)
 12. Learn to self-soothe in healthy and appropriate ways rather than engaging in substance abuse, self-mutilation, or suicidal gestures/ideation. (16, 17, 18, 19, 20)
 13. Reduce the frequency of distorted, negative thoughts that lower self-esteem. (21, 22, 23)
 14. Identify the impact of childhood sexual abuse on present relationships. (24, 25)
 15. Verbalize understanding of the connection between prior abuse and present punitive feelings, beliefs, and behaviors. (26)
- emergencies will be brief and will be limited to dealing with the crisis situation.
 7. Contract with the client not to engage in self-harm between sessions.
 8. Instruct the client regarding the requirements of therapy (regular attendance at sessions, payment schedules, arriving at sessions sober, etc.); discuss the consequences of failing to comply.
 9. Express compassion for the client's pain that leads to suicidal ideation and/or self-mutilating behavior. Use active listening to understand the depth of pain and suffering experienced by the client from his/her point of view.
 10. Once the therapist fully understands the pain that leads the client to want to die, examine the suicide attempt/gesture as a form of communication (e.g., a message to a significant other, a message to the world). Explore secondary gains received from such behavior (e.g., attention from significant others or medical staff, being taken seriously).
 11. When the therapist fully understands the pain that leads the client to want to die, process reasons that the client wants to live. Help the client draw strength and specific treatment goals from this list.

BORDERLINE—SELF-DESTRUCTIVE

BEHAVIORAL DEFINITIONS

1. Has punitive feelings (anger and guilt) toward self.
2. Feels hopeless, helpless, and powerless.
3. Has history of conforming, deferential, and ingratiating behavioral pattern.
4. Makes frequent suicidal gestures or threats or mutilates himself/herself.
5. Is high-strung, moody, and easily angered toward others.
6. Is hypervigilant and fearful.
7. Is hypersensitive to any distorted perception of being abandoned.

16. Verbalize positive beliefs about self, including acceptance of own intrinsic value. (27, 28, 29)
17. Express anger in a healthy fashion rather than becoming enraged at himself/herself. (30, 31)
18. Express self assertively rather than becoming guilty or punitive. (32, 33)
19. Reduce or eliminate patterns of impulsive expression of anger and resentment followed by guilt and contrition. (24, 30, 32, 33, 34)
20. Acknowledge that own needs and desires are independent of what others want; state how they can be reasonably satisfied. (32, 35)
21. Risk displeasing someone in order to meet own needs in an area that is considered important. (32, 33, 35, 36)
22. Set limits on another person without feeling guilty. (32, 33, 37)
23. Acknowledge that behaviors often elicit a great deal of guilt from others. (10, 12, 38)
24. Verbalize an understanding of the destructive impact of excessive guilt on the self and on relationships. (38, 39)
25. Identify resentments held toward others (including the therapist, if applicable) that have been previously
12. Assess with the client the negative consequences of suicidal behavior/gestures on his/her long-term goals.
13. Refer the client to a physician for psychotropic medication evaluation; help the client to process costs and benefits of a medication evaluation.
14. Monitor the client's use of psychotropic medication for compliance with prescription, effectiveness, and side effects. Regularly assess for signs of dependence on or addiction to prescription medication.
15. On a regular basis, confer with prescribing physician about the effectiveness of the psychotropic medication.
16. Train the client to use meditation (e.g., thought-watching exercise) by assigning *Full Catastrophe Living* (Kabat-Zinn) or *How to Meditate* (LeShan), processing key concepts with therapist; demonstrate technique during session and assign practice as homework.
17. Provide the client with relaxation training utilizing progressive muscular relaxation, self-hypnosis, autogenics training, and/or visualization; assign the client to use these techniques at times of stress.
18. Institute stress inoculation training for dealing with

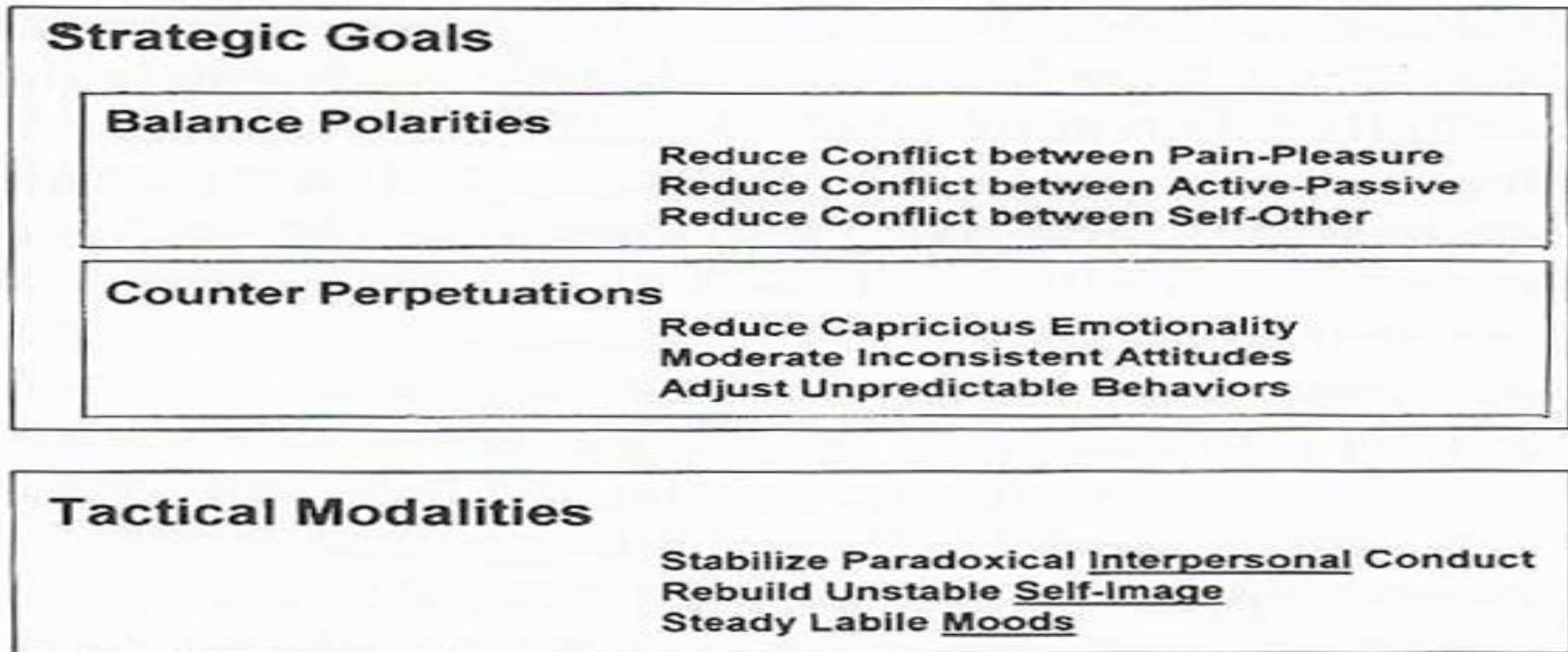
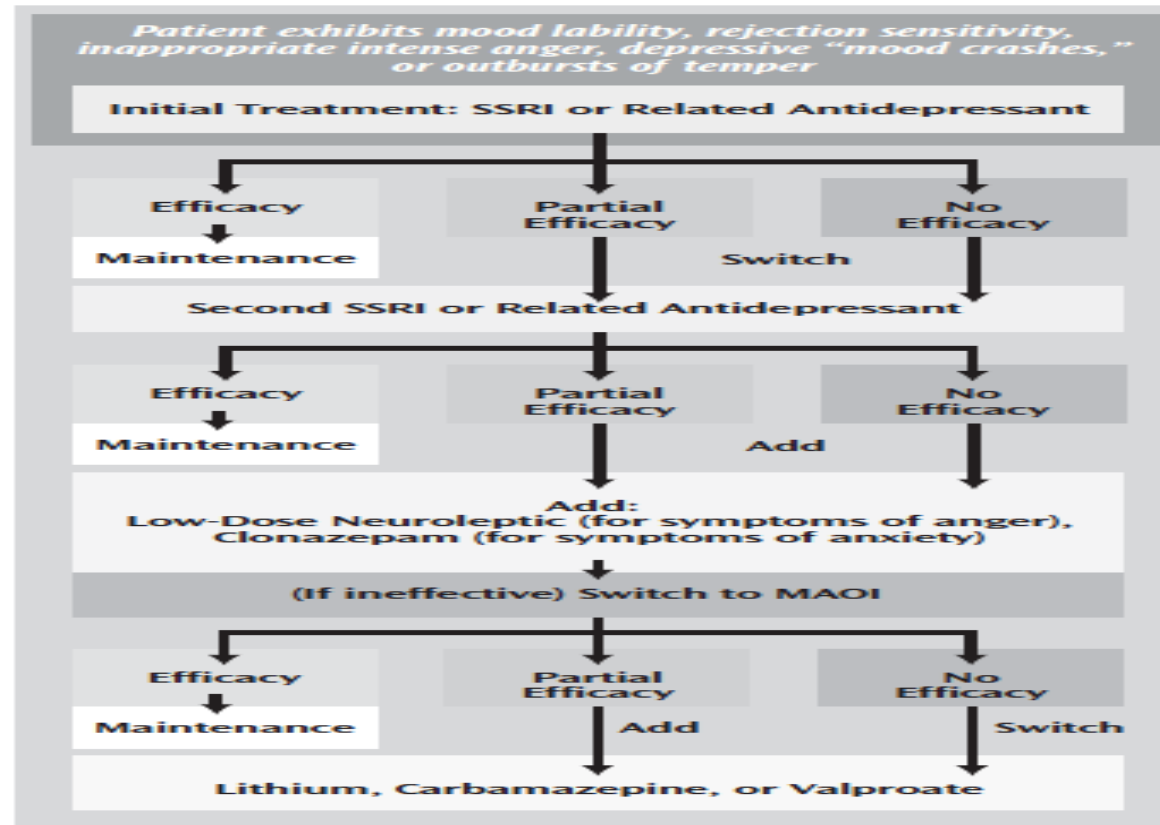


Figure 18.6 Therapeutic strategies and tactics for the prototypal borderline personality.

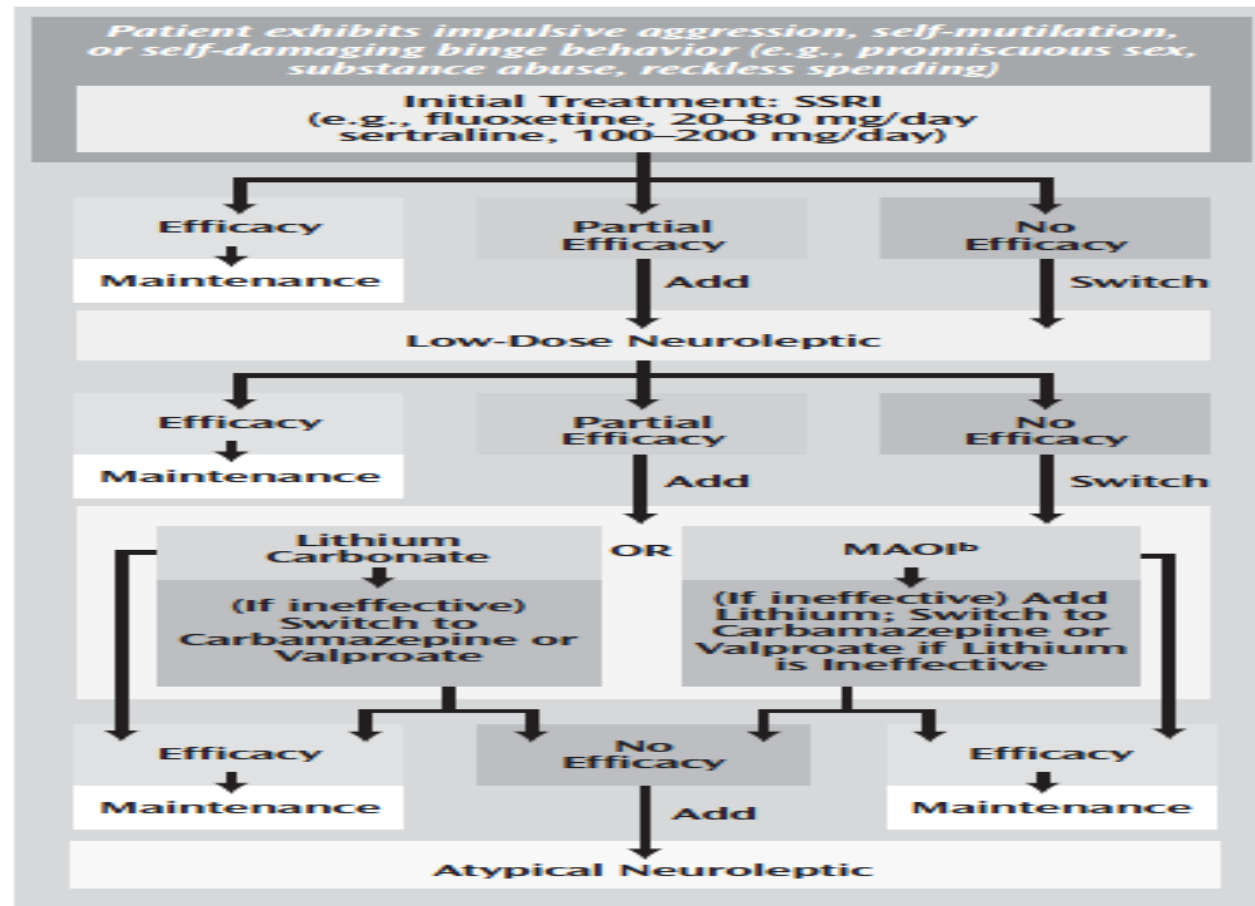
PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT ALGORITHMS

APPENDIX 1 PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT OF AFFECTIVE DYSREGULATION SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER^a.



^aAlgorithm based on clinical judgment that uses evidence currently in the literature, following the format of the International Psychopharmacology Algorithm Project (2). The first step in the algorithm is generally supported by the best empirical evidence. Recommendations may not be applicable to all patients or take individual needs into account. The empirical research studies on which these recommendations are based may be "first trials" involving previously untreated patients and may not take into account previous patient nonresponse to one, two, or even three levels of the algorithm (i.e., patients who, by definition, have more refractory disorders). There are no empirical trials of the complete algorithm.

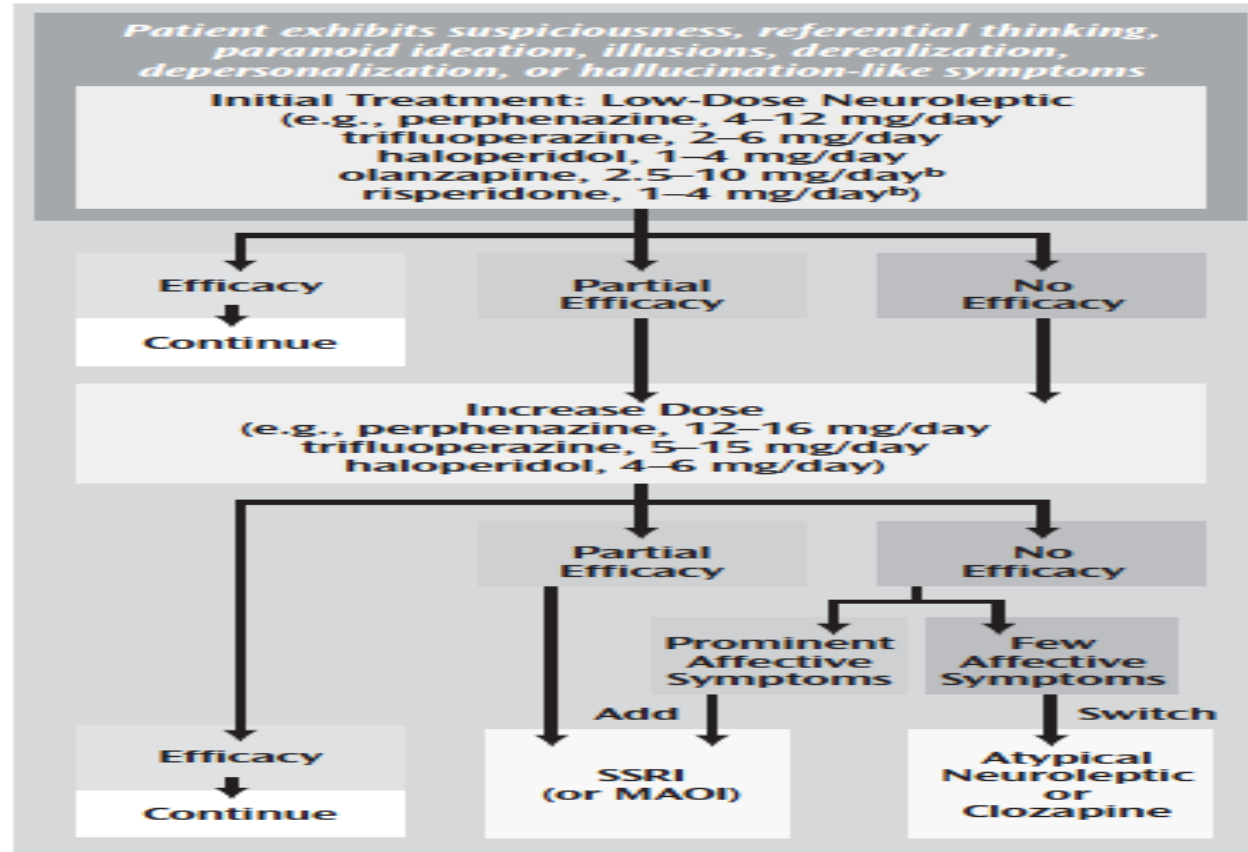
**PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT OF IMPULSIVE-BEHAVIORAL
DYSCONTROL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER^a.**



^aAlgorithm based on clinical judgment that uses evidence currently in the literature, following the format of the International Psychopharmacology Algorithm Project (2). The first step in the algorithm is generally supported by the best empirical evidence. Recommendations may not be applicable to all patients or take individual needs into account. The empirical research studies on which these recommendations are based may be “first trials” involving previously untreated patients and may not take into account previous patient nonresponse to one, two, or even three levels of the algorithm (i.e., patients who, by definition, have more refractory disorders). There are no empirical trials of the complete algorithm.

^bSSRI treatment must be discontinued and followed with an adequate washout period before initiating treatment with an MAOI.

PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT OF COGNITIVE-PERCEPTUAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER^a.



^aAlgorithm based on clinical judgment that uses evidence currently in the literature, following the format of the International Psychopharmacology Algorithm Project (2). The first step in the algorithm is generally supported by the best empirical evidence. Recommendations may not be applicable to all patients or take individual needs into account. The empirical research studies on which these recommendations are based may be “first trials” involving previously untreated patients and may not take into account previous patient nonresponse to one, two, or even three levels of the algorithm (i.e., patients who, by definition, have more refractory disorders). There are no empirical trials of the complete algorithm.

^bThe generally favorable side effect profiles of the newer atypical neuroleptic medications compared with those of conventional neuroleptics underscore the need for careful empirical trials of these newer medications in the treatment of patients with borderline personality disorder.

TABLE 2. Psychopharmacological Treatment Recommendations for Affective Dysregulation Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder

Drug Class	Specific Medications Studied	Symptoms for Which Medication Is Recommended	Strength of Evidence ^a	Issues
SSRIs and related antidepressants	Fluoxetine, sertraline, venlafaxine ^b	Depressed mood, mood lability, rejection sensitivity, anxiety, impulsivity, self-mutilation, anger/hostility, psychoticism, and poor global functioning	A	Relatively safe in overdose; favorable side effect profile; evidence obtained from acute (6–14 weeks), continuation (up to 12 months), and maintenance (1–3 years) treatment trials; second SSRI trial may still be effective if first trial fails (“salvage strategy,” strength of evidence=C)
MAOIs	Phenelzine, tranylcypromine	Mood reactivity, rejection sensitivity, impulsivity, irritability, anger/hostility, atypical depression, hysteroid dysphoria	B	Second-line treatment after SSRI failure; complete elimination of initial SSRI required before MAOI treatment; adherence to required dietary restrictions problematic; effective for atypical depression only when borderline personality disorder is secondary, not primary, diagnosis
Mood stabilizers	Lithium carbonate	Mood lability, mood swings, anger, suicidality, impulsivity, poor global functioning	C	Can be used as primary or adjunctive treatment (overlaps with treatment of impulsive-behavioral domain); narrow margin of safety in overdose; blood level monitoring required; risk of hypothyroidism; to date, best studied of the mood stabilizers in treatment of personality disorders, but older literature focuses on reduction of impulsive behavior
	Carbamazepine	Suicidality, anxiety, anger, impulsivity	C	Efficacy in patients exhibiting hysteroid dysphoria; can precipitate melancholic depression; risk of bone marrow suppression; blood draws required to monitor WBC count
	Valproate	Global symptom severity, depressed mood, anger, impulsivity, rejection sensitivity, irritability, agitation, aggression, anxiety	C	Paucity of research support for this indication despite widespread use; blood draws required to monitor liver function
Benzodiazepines ^c	Alprazolam, clonazepam	Refractory anxiety, impulsivity, agitation	C	Risk of abuse, tolerance; alprazolam associated with behavioral dyscontrol
Neuroleptics ^c	Haloperidol	Behavioral dyscontrol, anger/hostility, assault, self-injury	A	Rapid onset of effect provides immediate control of behavior

^aRatings used by Jobson and Potter (2): A=supported by two or more randomized, placebo-controlled, double-blind trials; B=supported by at least one randomized, placebo-controlled, double-blind trial; C=supported by open-label studies, case reports, and studies that do not meet standards of randomized, placebo-controlled, double-blind trials. See text for specific supporting studies.

^bA mixed norepinephrine/serotonin reuptake blocker.

^cAgents primarily used as adjunctive treatment.

TABLE 3. Psychopharmacological Treatment Recommendations for Impulsive-Behavioral Dyscontrol Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder

Drug Class	Specific Medications Studied	Symptoms for Which Medication Is Recommended	Strength of Evidence ^a	Issues
SSRIs and related antidepressants	Fluoxetine, sertraline	Impulsive aggression, anger, irritability, self-injurious behavior, poor global functioning	A	Effects on anger and impulsive aggression may appear earlier and independently of effects on depressed mood and anxiety; no published literature on second “salvage” trials if first trial fails to reduce impulsive behavior
MAOIs	Phenelzine, tranylcypromine	Anger, irritability; impulsivity in patients with hysteroid dysphoria	A	Second-line treatment after SSRI failure; complete elimination of initial SSRI required before MAOI treatment; adherence to required dietary restrictions problematic
Mood stabilizers	Lithium carbonate	Impulsive aggression in patients with related personality disorders, impulsive behavior in patients with borderline personality disorder	A	Can be used as primary or adjunctive treatment (overlaps with treatment of affective dysregulation domain); older literature does not address borderline personality disorder; toxicity a concern in overdose; blood monitoring necessary; risk of hypothyroidism with long-term use
	Carbamazepine	Impulsivity in patients with hysteroid dysphoria	C	Risk of precipitating melancholic depression reported; blood monitoring required
	Valproate	Impulsive aggression, agitation; for adolescents with disruptive behavior disorders: tension, anxiety, chronic temper outbursts, poor global functioning	C	Paucity of research support for this indication despite widespread use; one randomized, placebo-controlled, double-blind trial is under way
Atypical neuroleptics	Clozapine	Severe self-mutilation, psychoticism	C	Risk of agranulocytosis renders clozapine treatment a last resort for this indication; blood monitoring required
Typical neuroleptics (low-dose) ^b	Haloperidol	Acute anger, hostility, assaultiveness, self-injury	A	Nonspecific effects on impulsivity as adjunctive agent; more specific effects on anger; rapid onset of effect provides immediate control of escalating impulsive symptoms

^aRatings used by Jobson and Potter (2): A=supported by two or more randomized, placebo-controlled, double-blind trials; B=supported by at least one randomized, placebo-controlled, double-blind trial; C=supported by open-label studies, case reports, and studies that do not meet standards of randomized, placebo-controlled, double-blind trials. See text for specific supporting studies.

^bAgents primarily used as adjunctive treatment.

TABLE 4. Psychopharmacological Treatment Recommendations for Cognitive-Perceptual Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder

Drug Class	Specific Medications Studied	Symptoms for Which Medication Is Recommended	Strength of Evidence ^a	Issues
Typical neuroleptics (low-dose)	Haloperidol, perphenazine, thiothixene, thioridazine, flupentixol, loxapine, chlorpromazine, trifluoperazine	Ideas of reference, illusions, and paranoid ideation (and associated anger/hostility); global symptom severity, depressed mood, anxiety, impulsivity, recurrent suicidal behavior	A	Effects demonstrated in short-term studies (e.g., 5–16 weeks); poor tolerance over longer trials (e.g., 22 weeks) with increased akinesia, depression; reduction of recurrent parasuicidal behaviors reported in one long-term (6-month) study; risk of tardive dyskinesia with maintenance treatment
Atypical neuroleptics	Clozapine, olanzapine, risperidone	In theory, same as for typical neuroleptics as well as self-mutilation and severe, neuroleptic-resistant psychoticism	C	No published randomized, placebo-controlled, double-blind trials in support of this indication despite widespread use; risk of agranulocytosis renders clozapine treatment a last resort for this indication
SSRIs ^b		Irritability, anger/hostility, depressed mood, impulsive aggression	A	Especially effective if affective symptoms are present; overlaps with treatment of affective dysregulation and impulsive-behavioral dyscontrol domains
MAOIs ^b		Same as for SSRIs	A	Adherence to required dietary restrictions problematic

^aRatings used by Jobson and Potter (2): A=supported by two or more randomized, placebo-controlled, double-blind trials; B=supported by at least one randomized, placebo-controlled, double-blind trial; C=supported by open-label studies, case reports, and studies that do not meet standards of randomized, placebo-controlled, double-blind trials. See text for specific supporting studies.

^bAgents primarily used as adjunctive treatment.

Etiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Persoonallisuushäiriöissä korostuneet temperamentti- ja persoonallisuuspiirteet ovat jatkumoa väestössä tavallisille piirteille.
- Temperamenttipiirteiden syntyyn liittyy merkittävä perinnöllinen osatekijä.
- Myös persoonallisuushäiriöiden taustalla näyttää olevan perinnöllinen osatekijä, josta osa saattaa välittyä temperamenttipiirteen kautta, mutta osa välittyy myös neuropsykologisen toimintakyvyn vajauksen kautta.
- Pitkäaikaiset seurantatutkimukset tukevat kahta syntymallia.
- Komplikaatiomallin mukaan persoonallisuushäiriöstä aikuisiässä kärsivä on lapsuudessaan kärsinyt kliinisesti merkittävästä ahdistuneisuudesta tai masennuksesta, joka komplisoituu persoonallisuushäiriöksi kehityksen aikaisten traumaattisten kokemusten vuoksi.
- Altistusmallin mukaan altistavat tekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja saavat aikaan häiriön kehittymisen.

Etiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Altistavista tekijöistä suurin osuus on perinnöllisyydellä, joka saattaa selittää 50–60 % häiriöitten ja sen piirteiden esiintyvyyden vaihtelusta.
- Persoonallisuushäiriöitä on yhdistetty muun muassa serotoniinin kuljettajaproteiinin geeniin ja dopamiinireseptorien geeneihin.
- Matala sosioekonominen asema yhdistyy B-ryhmän häiriöihin, se kolminkertaistaa niiden riskin ja nelinkertaistaa antisosiaalisen persoonallisuushäiriön riskin.
- Raskauden aikainen tupakointi ja äidin kokema poikkeuksellinen stressi lisäävät lapsen persoonallisuushäiriön riskiä.

Etiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Varsin suuri osa etenkin B-ryhmän häiriöistä kärsivistä raportoi poikkeuksellisen paljon (60–80 % potilaista) ja vaikeita lapsuuden traumoja, seksuaalista kaltoin kohtelua, fyysistä pahoinpitelyä ja vakavaa huolenpidon laiminlyöntiä.
- Toisaalta lapsuuden traumat yhdistyvät vanhempien mielenterveyden häiriöihin, etenkin vanhemman psykopaattisuuteen, joka moninkertaistaa lapsen traumariskin.
- Osin välittyvä yhteys riippuu perinnöllisistä tekijöistä, joita vanhemman toiminta voimistaa.
- Persoonallisuushäiriöön liittyy poikkeavaa kiintymyssuhdetyyliä, ja lapsuuden ajan kiintymyssuhteet ovat saattaneet edistää häiriön kehittymistä.

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Rakenteellisia ja toiminnallisia kuvantamistutkimuksia on tehty epävakaasta, antisosiaalisesta ja skitsotypaalisesta persoonallisuushäiriöstä.
- Persoonallisuushäiriöitten keskeisten oireulottuvuuksien ajatellaan liittyvän tunneinformaatiota välittävien verkostojen rakenteeseen ja toimintaan.
- Tutkimuksissa on havaittu muuttunutta toimintaa frontolimbisissä rakenteissa antisosiaalisessa ja epävakaassa persoonallisuushäiriössä.
- Skitsotypaalisessa häiriössä toiminnan muutoksia on havaittu sen sijaan temporaalilohkossa sekä striatumin ja talamuksen toiminnoissa.
- Tekniikan kehityksen myötä on viime vuosina kyetty myös tutkimaan aivojen valkean aineen rakenteita. Yksi alustava mielenkiintoinen havainto on traumaattisen kokemuksen ja verbaalisen kaltoin kohtelun liittyminen aivojen valkean aineen rakenteelliseen poikkeavuuteen.

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy mm. hippokampuksen ja manteliumakkeen samanaikaista molemminpuolista pienentymistä, mutta muutokset eivät näytä liittyvän häiriön piirteisiin vaan vaikeusasteeseen, komorbiditeettiin ja mahdolliseen traumataustaan.
- Varsinkin manteliumakkeen muutokset saattavat olla yhteydessä traumaattisiin kokemuksiin ja serotonergisten välittäjäainejärjestelmää säätelevien geenien polymorfismeihin.
- Etuotsalohkon kuorikerroksen ja limbisten rakenteiden ulkopuolisia muutoksia koskevat löydökset ovat olleet epä johdonmukaisia

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Epävakaassa persoonallisuushäiriössä harmaata ainetta on havaittu olevan verrokkeja vähemmän, aivolohkoja yhdistävän aivokurkiaisien ja lisäksi etummaisen pihtipoimun olevan tavallista pienempi koko sekä aivolisäkkeen tavallista suurempi koko.
- Korkeampi ikä näyttää liittyvän suurempaan vasemman päälakinaiköaivokuoren harmaan aineen tilavuuteen.
- Pihtipoimun kokoa koskeva löydös on myös yhdistetty itseä vahingoittavaan toimintaan ja impulsiivisuuteen.
- Epävakaassa persoonallisuushäiriössä on havaittu myös otsalohkon valkean aineen rakenteen yhtenäisyyden heikkenemistä etenkin dorsolateraaliossa etuotsalohkon kuorikerroksessa.

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Toiminnallisissa kuvauksissa on havaittu otsalohkon aktiviteetin ja aineenvaihdunnan muutoksia. Otsalohko aktivoituu kognitiivisissa ja emotionaalisissa tehtävissä tavallisesta poikkeavasti.
- Negatiivisten ärsykkeiden yhteydessä aktiviteetti näyttää olevan vaimentunutta molemmiin puolin etuotsalohkon yläsivuosan kuorikerroksen ja samanaikaisesti manteliumakkeen aktivaatiotason olevan lisääntyntä.
- Manteliumakkeen yliaktiivisuus on vaimentuneempaa lääkehoitoa käyttävillä.
- Lepotilaverkostossa on keskiviivan alueella yliaktiviteettia, mutta samanaikaisesti ohimolohkon ja etuotsalohkon kuorikerroksen alueella näyttää esiintyvän aliaktiviteettia. Nämä aktiviteetin muutokset ilmeisesti liittyvät tunteiden säätelyn vaikeuksiin ja vuorovaikutussuhteiden ongelmiin.
- Traumaperäisestä stressihäiriöstä, masennuksesta ja epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä havaitaan sekä yhdistäviä että toisistaan erottelevia aivojen aktivaatiokuvioita.

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Lapsuuden traumoja kokeneilla epävakailta potilailla hylkäämistä kuvaavat tarinat aktivoivat tavallista enemmän etuotsalohkon kuorikerrosta, etenkin dorsolateraalisesti, ja etummaista pihtipoimua.
- Fenfluramiinikokeessa aineenvaihdunnallinen vaste tässä häiriössä oli tavallista vähäisempi etuotsalohkossa (oikealla mediaalisesti ja etuotsalohkossa), mikä viittaa serotonergisten hermoverkkojen toiminnan häiriöön. Löydös yhdistyi aggression puutteelliseen säätelyyn.
- Heikentynyt fenfluramiinivaste on havaittu myös vasemmalla nucleus caudatuksessa.
- Myös impulsiivisuus on yhdistetty serotonergisen järjestelmän häiriöihin. Manteliumakkeen aineenvaihdunta näyttää olevan häiriössä heikentynyttä, kun aktivaatiotestinä on käytetty hylkäämiskertomusta. Sen sijaan vastaava testi näyttää aktivoivan tavallista enemmän temporaalisia alueita.

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Antisomiaalisessa persoonallisuushäiriössä on todettu tiettyjen rakenteiden (oikea *n. lentiformis*), vasemman puolen aivosaaressa ja frontopolaarinen kuorikerroksen liittyvän tavanomaista pienempään harmaan alueen tilavuuteen.
- Toisaalta tietyissä rakenteissa oikealla (mm. *gyrus fusiformis*, ja päälakilohkon ylempi ja alempi *lobulus*, pihtipoimu) harmaata ainetta näyttäisi olevan tavanomaista enemmän.
- Hippokampuksen kokoa selvittäneissä tutkimuksissa on todettu ristiriitaisia löydöksiä, mutta oikealla manteliumakkeen koko saattaa olla pienempi.
- Aivokurkiaisesta on havaittu olevan tässä häiriössä tavallista pitempi ja valkean aineen määrän suurempi. Viimeksi mainittu löydös on yhdistetty psykopaattisuuden asteeseen ja katumuksen puutteeseen.

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Emotionaaliset signaalit aktivoivat toiminnallisissa tutkimuksissa otsalohkoa poikkeavasti, mutta näyttöä on saatu myös aivojen kuorikerroksen alapuolella olevien rakenteiden, kuten manteliumakkeen, parahippokampuksen ja oikealla pihtipoimun, epätavanomaisesta toiminnasta.
- Manteliumake näyttäisi aktivoituvan vastenmielisten ehdollistumattomien ärsykkeiden vuoksi tavallista heikommin ja voimakkaammin, jos ehdollistumista on tapahtunut. Tämän ajatellaan liittyvän vaikeuksiin muodostaa ehdollistuneita yhteyksiä ärsykkeiden välille, jos ärsyke ei sellaisenaan aiheuta voimakasta pelkoa.
- Löydös on yhtenevä psykopatiassa havaitun kanssa: myös siinä on todettu, että autonominen vaste negatiivisiin yllykkeisiin on heikentynyt. Funktionaalisissa magneettikuvauksissa on havaittu poikkeavaa aktivaatiota myös oikealla ylemmässä temporaalipoimussa, okkipitaalisesti, parietaalisesti ja aivosaaren alueella..

Neurobiologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Ohimolohkon ylempi poimu näyttää olevan psykoosipiirteisillä potilailla tavallista pienempi, mutta löydös on havaittu johdonmukaisesti vain miehillä.
- Putamen on havaittu niin ikään kooltaan pienemmäksi, ja vastaava löydös on todettu myös nucleus caudatuksessa, mutta viimeksi mainittua havaintoa ei ole kyetty toistamaan.
- Talamuksen rakenteista *pulvinar*-tumakkeessa näyttäisi myös olevan poikkeavuuksia.
- Anteriorisessa capsula internassa koon on todettu olevan oikealla pienempi, mutta vasemmalla kokomuutosta ei havaittu. Skitsofreniapotilailla vasemmalla puolella sen sijaan on muutoksia.
- Striataalista dopamiinia vapautui skitsotyyppisillä potilailla PET-tutkimuksessa amfetamiinin annostelemisen jälkeen enemmän kuin terveillä koehenkilöillä. Havainto on verrannollinen remissiossa olevien skitsofreniapotilaiden tutkimuksissa tehtyihin löydöksiin.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Persoonallisuushäiriöitä luonnehtii jäykkä ja joustamaton tapa käsitellä informaatiota.
- Joustamattomuus viittaa vaikeuteen muokata omaa käyttäytymistä ympäristöpalautteen mukaisesti ja oppia uusia, tarkoituksenmukaisempia toimintamalleja.
- Tunteet eivät viriä intensiteetiltään tilanteen mukaisesti, vaan intensiteetti on joko kohtuuton tai liian vähäinen tai tunteiden käsittelyksi on kehittynyt haitallisia keinoja.
- Persoonallisuushäiriöiden neuropsykologiaa tarkasteltaessa on erityisen merkille pantavaa, miten kognitiivinen ja tunnesäätely ovat kietoutuneet toisiinsa.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Kuvantamistutkimusten tapaan neuropsykologista tutkimustyötä on tehty viime vuosina etenkin A- ja B-ryhmän persoonallisuushäiriöistä (ks. taulukko).
- Erityisesti on selvitetty tiedonkäsittelyn mahdollisia erityispiirteitä diagnoosiryhmittäin ja toisaalta neurokognitioiden yhteyksiä eri oireulottuvuuksiin.
- Kliinisesti neurokognitiivisten rajoitteiden ja vahvuuksien tunnistamisella voi olla eräissä tapauksissa diagnostista lisäarvoa (erityisesti A-ryhmä), ja niiden huomiointi laajentaa hoidon ja interventioiden näkökulmaa.
- Tutkimustulokset ovat kuitenkin alustavia, eikä täsmällisiä, tiettyjä persoonallisuushäiriöitä luonnehtivia kognition heikentymiä ole juuri todennettu.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön saattaa liittyä toiminnanohjauksen ja muistin joidenkin osatekijöiden rajoittuneisuutta.
- Toiminnanohjauksen ongelmat ilmentyvät varsinkin vaikeuksina estää asiaankuulumattoman ärsykkeen vaikutus käyttäytymisessä ja häiriöalttiutena keskittymistä vaativassa tilanteessa.
- Negatiivisesti painottuneet tunnetekijät voivat heikentää kognitiivista joustavuutta.
- Hermostolliset mekanismit viittaavat etuotsalohkon kuorikerroksen ja frontolimbisten piirien häiriötoimintaan, mikä on yhtenevä havainto edellä esitettyjen kuvantamistutkimusten kanssa.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Kuvantamistutkimuksista viitteet hippokampusalueen pientymisestä epävakailta henkilöillä ennustaisivat heikentymää tapahtumamuistissa. Tämänsuuntaisia tuloksia onkin saatu, mutta tutkimustulokset eivät ole yhteneväisiä.
- Ristiriitaisuus tutkimustuloksissa voi viitata siihen, että neurokognitiiviset häiriöt ovat diagnostisen luokituksen sijasta yhteydessä pikemminkin tiettyihin oireulottuvuuksiin, joiksi on esitetty impulsiivisuutta ja dissosiativisia oireita.
- Kyseisten ulottuvuuksien katsotaan kuvastavan minäkokemuksen tai identiteetin epäjatkuvuutta ja herkästi viriäviä muutoksia kognitiivis-affektiivisessä tilassa.
- Näin myös tapa prosessoida tietoa – esimerkiksi mihin kunakin hetkenä kohdistaa huomion ja mitä muistaa – vaihtelee kulloisenkin tilan mukaisesti.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Kehityksellisesti epävakauden taustalla on usein temperamenttisten alttiustekijöiden ohella häiriintynyt kiintymyssuhde, jonka on esitetty vaikuttavan myös kognitiivisten taitojen rakentumiseen, kuten tahdonalaiseen kognitiiviseen kontrolliin.
- Toisaalta on huomattava, että kaikilla, joilla on diagnosoitu epävakaa persoonallisuushäiriö, ei välttämättä ole todettavissa neurokognitiivisia ongelmia.
- On alustavia havaintoja siitä, että neurokognitiiviset heikentymät saattavat lievittyä hoidon aikana, kun reaktiivisuus stressille vähenee ja kognitiivis-emotionaalinen säätely kehittyy paremmaksi.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Antisosiaalisen persoonallisuushäiriön neurokognitiivisissa tutkimuslöydöksissä painottuvat toiminnanohjauksen häiriöt, psykopatiassa taas erityisesti vaikeus muuttaa omaa reagoititapaa palautteen perusteella.
- Toiminnanohjauksen ongelmat ovat yhteydessä käyttäytymisen ja tunteiden säätelyyn, minkä taustalla psykopatiassa vaikuttaisi olevan poikkeavuutta ainakin palkkioihin ja rangaistuksiin perustuvassa oppimisessa sekä pelottavien ja surullisten tunteiden prosessoinnissa.
- Tästä seuraa, että ei opita välttämään toista vahingoittavia tekoja, ja vastavuoroisuuden sekä moraalisen sosiaalistumisen kehitys häiriintyy.
- Epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön on yhdistetty myös muita neurokognitiivisia rajoituksia, mutta on epävarmaa, kuvaavatko ne tämän ryhmän ydinoireulottuvuuksia.

Neuropsykologia

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- A-ryhmän persoonallisuushäiriöistä erityisesti psykoosipiirteisessä (ICD-10: psykoosipiirteinen häiriö) persoonallisuushäiriössä neurokognitiiviset rajoitukset muistuttavat lievämuotoisena skitsofrenian negatiiviseen oireulottuvuuteen yhdistettyjä neurokognitiivisia puutoksia.
- Skitsotyyppinen neurokognitiivinen suoritusprofiili on siis samanmallinen kuin skitsofreniapotilailla, ja tasoltaan suoritukset sijoittuvat terveiden ja skitsofreniapotilaiden välimaastoon.
- Tavallisimmin heikentymää on havaittu työmuistin, toiminnanohjauksen, kielellisen muistin ja prosessoinnin alueilla. Sosiaalisen kognition tai kyvyn ymmärtää toisen mieltä (mielenteorian puutoksien) on arveltu ilmentyvän ihmissuhteissa ystävien vähäisyytenä ja sosiaalisena ahdistuvuutena.
- Toisaalta on esitetty, että kliinisesti oudon ja eriskummallisen käytöksen, maagisen ajattelun ja epätavallisten havaintokokemusten käänköpuolena voi olla lisääntynyt tuotteliaisuus ja luovuus.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Potilaan vuorovaikutussuhteiden ongelmat saattavat ylläpitää virheellisiä mielikuvia hoidon tehottomuudesta ja huonosta ennusteesta.
- Vain osa persoonallisuushäiriöitten kriteerit täyttävistä hakeutuu hoitoon, ja usein hoitoon hakeutuminen liittyy ensisijaisesti muuhun psykiatriseen häiriöön tai somaattiseen sairauteen.
- Vaikeammista persoonallisuushäiriöistä kärsivät ovat yleensä jossain elämänsä vaiheessa saaneet psykiatrasta hoitoa.
- B-ryhmän häiriöistä kärsivät potilaat saattavat käyttää terveydenhuollon palveluita runsaasti ja hakea apua samanaikaisesti usealta taholta. Tämän ryhmän häiriöistä kärsivillä on muita persoonallisuushäiriöitä tavallisemmin päihdehäiriöitä, minkä vuoksi heitä on paljon päihdehuollon piirissä.
- Antisosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä esiintyy muita enemmän päihteiden käyttöä sekä vilpillistä ja väkivaltaista käyttäytymistä, minkä vuoksi häiriöstä kärsiviä on paljon päihdepalvelujen käyttäjissä ja vankien keskuudessa

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- B-ryhmän häiriöistä kärsiville ovat tyypillisiä myös taajaan toistuvat lyhyet hoitokontaktit ja vaikeudet luoda pitkäaikaista luottamuksellista hoitokontaktia.
- Ahdistuneet persoonallisuushäiriöpotilaat saattavat käyttää myös runsaasti erilaisia lääkehoitoja, jolloin polyfarmasian riski on suuri.
- Osa potilaista saattaa ajautua säännöllisten hoitojen ulkopuolelle mutta jatkaa silti lääkkeiden haitallista ja riippuvaisuuskäyttöä.
- Tällöin hoidon asianmukaisuutta voidaan yrittää varmistaa esimerkiksi apteekki-sopimuksen avulla

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Hoidon alussa on tehtävä laaja-alainen riskiarvio, määriteltävä kriisien hallinnan vaihtoehdot ja sovittava hoidon yksityiskohdista yhteistyössä potilaan kanssa.
- Potilaan riskiä arvioitaessa on huomioitava akuutti ja krooninen itsetuhoisuus, itsemurhasuunnitelmat, aiemmat suunnitelmat ja yritykset, hoitosuhdetta mahdollisesti uhkaavat tekijät, impulsiivisuus ja päihteiden käyttö, tuskaisuuden ja toivottomuuden aste, kyky hahmottaa vaihtoehtoja ja kyky kokea ja vastaanottaa huolenpitoa.
- Potilaalle on syytä tarjota tietoa siitä, mitä persoonallisuushäiriö tarkoittaa, mistä sen oletetaan johtuvan ja mikä on ajankohtainen käsitys tehokkaasta hoidosta.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Yleisiä hoitokeinoja ovat yhteistyöhön perustuvan hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen, vakaan hoitoprosessin ylläpito sekä muutosmotivaation luominen ja ylläpitäminen.
- Hoitosuhteen perustana on potilaan kokemukset vakavasti ottava, vastavuoroinen, tuomitsematon, joustava ja tukea tarjoava suhtautuminen potilaaseen.
- Potilasta tulee auttaa hahmottamaan käyttäytymisen lyhyen ja pitkän aikavälin seurauksia sekä erottamaan näitä toisistaan, jotta potilaan aktiivisuus ja kyky ratkaista ongelmia voivat lisääntyä

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Persoonallisuushäiriöitten hoito painottuu psykoterapeuttisiin menetelmiin.
- Etenkin epävakkaan persoonallisuushäiriön hoitoon on viime vuosina kehitetty tutkimuksissakin tehokkaiksi osoittautuneita menetelmiä, kuten dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia, muut kognitiiviset terapiat, psykoedukaatio ja transferenssikeskeinen psykoterapia.
- Pitkäaikaista psykoterapiaa harkittaessa on syytä tehdä tarkka diagnoosi sekä kiinnittää huomiota kykyyn solmia ihmissuhteita ja itsetunnon haavoittuvuuden, impulsiivisuuden ja epäsosiaalisuuden vaikeusasteeseen.
- Tavallisimpia potilaan perheen ongelmia ovat kommunikaatiovaikeudet, vaikeudet suhtautumisessa vihamielisiin reaktioihin ja pelko potilaan itsemurhasta.
- Perheterapiasta saattaa olla apua näihin ongelmiin.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Mielialaa tasoittavia epilepsialääkkeitä ja psykoosilääkkeitä voidaan käyttää joidenkin vaikeiden oireulottuvuuksien tasoittamiseen.
- Persoonallisuushäiriöpotilas, joka kärsii monista psykiatrisista häiriöistä, saattaa hyötyä ajankohtaisen häiriön lääkehoidosta masennuslääkkeillä. Tällöin lääkehoito suunnitellaan muun häiriön hoidon periaatteiden mukaisesti, mutta hoitomyöntyvyyteen on syytä kiinnittää erityistä huomiota.
- Impulsiiviselle tai vaikeista oireista kärsivälle persoonallisuushäiriöpotilaalle ei ensisijaisesti tulisi määrätä bentsodiatsepiinejä ahdistuneisuuden hoitoon.
- Pyrkimys hyvin erilaisten psykiatristen oireiden lievittämiseen saattaa johtaa epätarkoituksenmukaiseen monilääkitykseen.
- Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon lääkkeillä tehtävän itsemurhan ja vähemmän määrätietoisten itsemurhayritysten lisääntynyt riski, alttius lääkeriippuvuuteen ja päihteiden käyttöön, omaehtoisuus lääkehoidon toteutuksessa ja potilaan muut sairaudet.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Korkeatasoista, luotettavaa ja kattavaa tutkimusnäyttöä ympärivuorokautisen sairaalahoidon hyödyistä ei ole käytettävissä, mutta päiväsairaalamuotoinen suunnitelmallinen hoito näyttää olevan tuloksellista.
- Ympärivuorokautisen sairaalahoidon aiheita voivat olla akuutti vakava itsemurhavaara, psykoottinen oireilu, jota ei hallita avohoidossa, vaikea dissosiaatio-oireilu, johon liittyy toimintakyvyn huomattava heikkeneminen, ja vaikea mielialahäiriö.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Kuntoutustarpeen moniammatillinen arvio on aiheellinen psykiatrisen hoidon seurannassa.
- Tarve tulee arvioida etenkin, jos sairausloma pitkittyy tai potilaalla on pitkäaikaisia työllistymisvaikeuksia.
- Tarvittaessa arvio voidaan tehdä kuntoutuslaitoksessa kuntoutustarveselvityksenä.
- Potilas saattaa hyötyä psykiatrisesta kuntoutuksesta, jos hänen toimintakykynsä on vaikeasti ja pitkäaikaisesti heikentynyt tai hänellä esiintyy neuropsykologisen toiminnan puutoksia, kuten kyvyttömyyttä organisoida omaa elämää ja suunnitella tulevaisuutta.

Hoito ja kuntoutus

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Potilaan neuropsykologisen kuntoutuksen tarve on arvioitava erityisesti silloin, kun hänellä esiintyy lukemisen, kirjoittamisen tai laskemiskyvyn häiriöitä tai muita neuropsykologisia vajeita.
- Lääkinnällinen kuntoutus voidaan toteuttaa joko psykoterapiana tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuntoutuspalveluina.
- Kuntoutuksella on erilaisia tavoitteita, kuten työkyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen työllistymisen tai opiskelun mukaan.
- Myös ryhmämuotoinen kurssitoiminta, esimerkiksi sopeutumisvalmennuksena, saattaa olla soveltuva vaihtoehto.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Kaikkien persoonallisuushäiriöitten ennusteesta ei ole paljoa tietoa.
- Persoonallisuushäiriön oireet näyttävät kuitenkin lievittyvän sekä väestössä että kliinisissä aineistoissa ajan kuluessa. Toisaalta jos kriteerit täyttää jo nuoruusiässä ja vaikeita oireita on runsaasti, häiriö jatkuu vaikeana vielä yli 30 vuoden iässä.
- Oireitten lievittyminen saattaa ainakin osittain liittyä persoonallisuuspiirteiden muutoksiin ja aivojen kypsymisprosessiin.
- Negatiivinen emotionaalisuus eli neuroottinen temperamenttipiirre lievittyy yli 30 vuoden ikään tultaessa, muun muassa impulsiivisuus ei enää ole niin voimakasta.
- Aivojen ohimolohkojen tunteita prosessoivien alueiden myelinisaatio jatkuu ainakin 25. ikävuoteen asti.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Ennuste on monimuotoinen kuitenkin jo yhdessäkin persoonallisuushäiriössä, kuten epävakaassa persoonallisuushäiriössä.
- Runsaan viiden vuoden kuluessa 50–70 % epävakaasta persoonallisuushäiriöistä kärsivistä saavuttaa remission ja 10 vuoden kuluttua enää vajaa viidennes ei ole saavuttanut remissiota.
- Myös mielialaoireissa ja toimintakyvyssä tapahtuu kliinisesti merkitsevää toipumista.
- Kliinisissä tutkimuksissa tavanomaisessa hoitoon liittyy vähäisempää toipumista kuin testatuissa hoitomalleissa, mutta hoidon tai terapian kesto ei näytä liittyvän hyvään ennusteeseen.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Impulsiivisilla ja päihteitä haitallisesti käyttävillä saattaa lyhyen aikavälin ennuste olla heikompi.
- Pitkän aikavälin ennuste voi olla heikompaa jos potilas täyttää useamman persoonallisuushäiriön kriteerit.
- Suomessa persoonallisuushäiriödiagnoosin saaneella, työelämässä mukana olleella on yhtä suuri riski päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle kuin masennuksessa, johon ei liity persoonallisuushäiriötä, ja riski on kaksinkertainen ahdistuneisuushäiriöihin verrattuna.

Ennuste

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- Itsemurhakuolleisuus on antisosiaalisessa ja epävakaassa persoonallisuushäiriössä huomattava.
- Epävakaassa persoonallisuushäiriössä runsaan viiden vuoden kuluessa 2–5 % päätyy tekemään itsemurhan.
- Häiriöön liittyy myös huomattava itsensä vahingoittamisen riski, jossa kuolemanaie ei ole vakava.
- Yritykset näyttävät liittyvän äkillisesti lisääntyvään tuskaisuuteen, jonka aikana myös kipukynnyksen on havaittu nousevan.

Persoonallisuushäiriöt; Keskeiset käsitteet

Kliininen neuropsykiatria 06.08.2021 *Jyrki Korkeila ja Hely Kalska*

- **Monihäiriöisyys.** Henkilö täyttää useamman kuin yhden häiriön kriteerit. Käsitteellä voidaan viitata samanaikaisuuden lisäksi häiriön kulun aikana aiemmin tai myöhemmin ilmeneviin psykiatrisiin häiriöihin.
- **Persoonallisuuden piirre.** Viittaa temperamenttia korkeampaan persoonallisuuden perusrakenteen osiin, joka kumpuaa temperamentista ja kokemuksellisista seikoista.
- **Persoonallisuus.** Erilaisista piirteistä, luonteenomaisista sopeutumiskeinoista, minuuden kokemuksesta ja vuorovaikutustyylyistä koostuvaksi dynaaminen kokonaisuus, joka on enemmän kuin osiensa summa.
- **Persoonallisuushäiriö.** Pitkäkestoinen, syvälle juurtunut ja joustamaton käyttäytymismalli, joka haittaa sosiaalisia suhteita ja toimintakykyä, ja joka alkaa nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa.
- **Temperamentti.** Koostuu myötäsytymisestä reaktiivisista valmiuksista tunnekokemuksissa, motoriikassa ja tarkkaavaisuudessa. Temperamentti tarkoittaa psykobiologisista mekanismeista kumpuavaa persoonallisuuden emotionaalista perustaa viitaten tunnekynnykseen, tunteiden intensiteettiin ja rytmiin. Temperamentti on tunnistettavissa varhain yksilön kehityksen aikana.

130526 Epävakaata persoonallisuus

- Ihmisillä ilmenevistä impulsiivisista vihanpurkauksista, maniasta ja melankoliasta ovat kirjoittaneet jo Hippokrates, Homer ja Aretaus. Epävakaata ihmisiä on siis ollut maailman sivu.
- Psykoanalyttikko Adolf Stern 1938 julkaisi artikkelin potilaista, jotka eivät sopineet neurootikoiksi eivätkä psykoottisiksi. Lisäksi he osoittautuivat huonosti psykoanalyttisesti hoidettavaksi.
- Hän identifioi 10 oiretta, luonteenpiirrettä ja ”reaktionmuodostusta”.
- Nämä 10 piirrettä tulivat sittemmin epävakaan persoonallisuushäiriön kriteereiksi.

130526 Epävakaa persoonallisuus

- Adolf Stern (1938):
 1. "Narcissism", luonteenpiirre joka liittyi äidin puutteelliseen kiintymykseen
 2. "Psychic bleeding", itseäsuojeleva saamattomuus tai liikkumattomuus stressiin reagoinnissa.
 3. "inordinate hypersensitivity", kohtuuton varovaisuus tai äärimmäinen tietoisuus pienistäkin loukkauksista
 4. "Psychic rigidity", jatkuva, suojaavan refleksiivinen kehon jäykkyys vaaran odotukselle

130526 Epävakaa persoonallisuus

- Adolf Stern (1938): jatkuu
- 5. "Negative therapeutic reactions", nopeasti reagoi vihalla, masennuksella tai ahdistuksella, jos yrittää tulkita itsetuntoon liittyvillä asioilla.
- 6. "feelings of inferiority", huolimatta selvästä näytöstä itsepärjäävyydestä, väittää olevansa henkilökohtaisesti riittämätään, minkä vuoksi välttelee aikuista vastuuta.
- 7. "Masocism", masentuneen sävyttynyt itsesääli, "wound-licking", itseään kohtaan myötätunto

130526 Epävakaa persoonallisuus

- Adolf Stern (1938) jatkuu
- 8. "Somatic anxiety", oletus että oma keho on riittämätön toimimaan ilman ulkopuolista apua.
- 9. "Projection mechanism", taipumus nimetä omat sisäiset vaikeudet massiivisen vihamielisen ulkoisen ympäristön syyksi.
- 10. "difficulties in reality testing", ei-psykoottisia puutteita päätöksenteossa ja empaattisessa tarkkuudessa.
- Ref. T. Millon and R. Davis, Disorders of personality DSM-IV and Beyond, 2nd ed, 1996, 649.

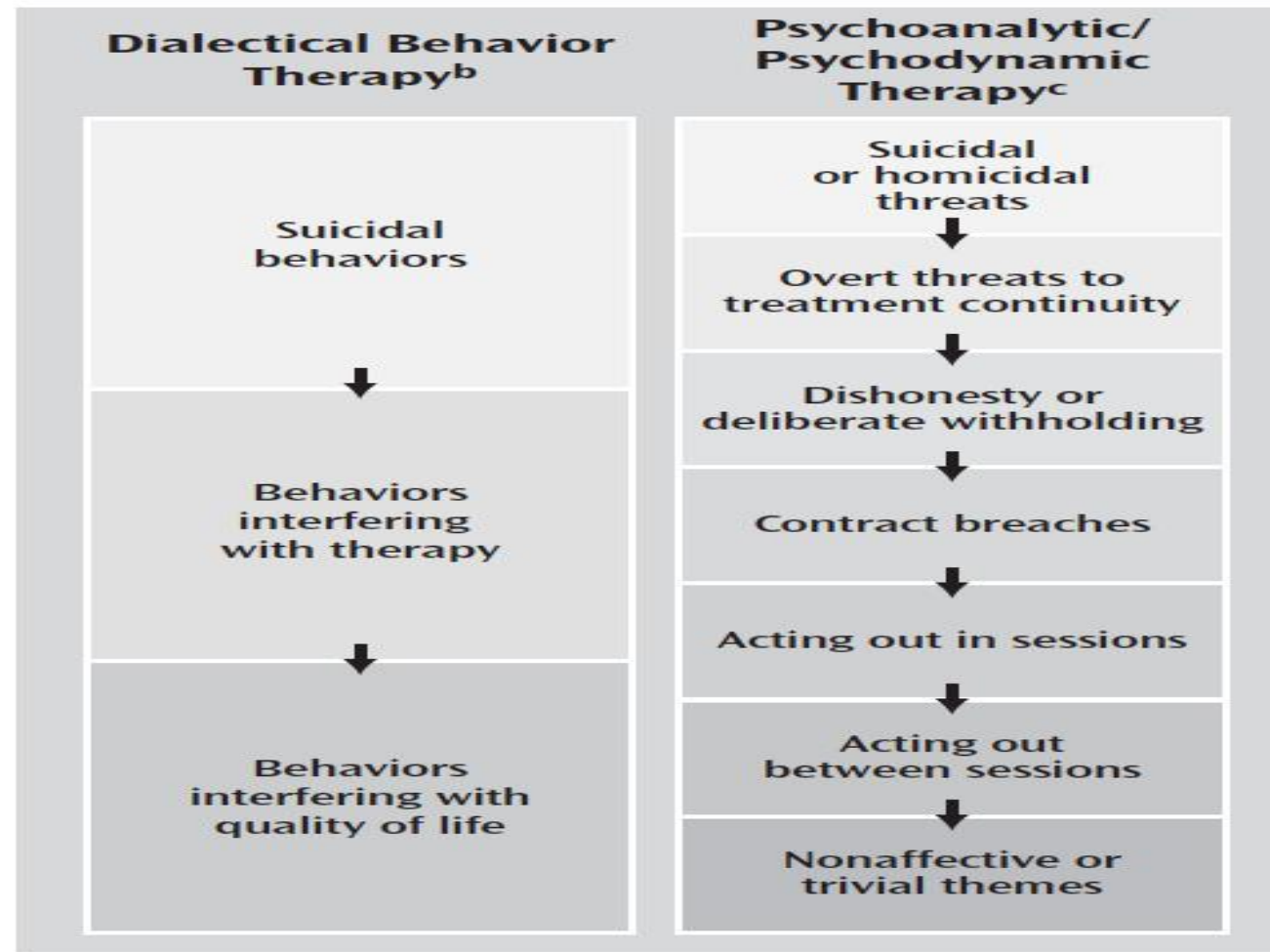


FIGURE 1. Treatment Priorities of Two Psychotherapeutic Approaches for Patients With Borderline Personality Disorder.^a

^aSpecific behaviors that practitioners of each approach may encounter in patients with borderline personality disorder are presented, with those of highest priority sitting atop the “ladder”; treatment priority lessens as one goes down the ladder.

^bAs described by Linehan et al. (5).

^cAs described by Kernberg et al. (4) and Clarkin et al. (13).

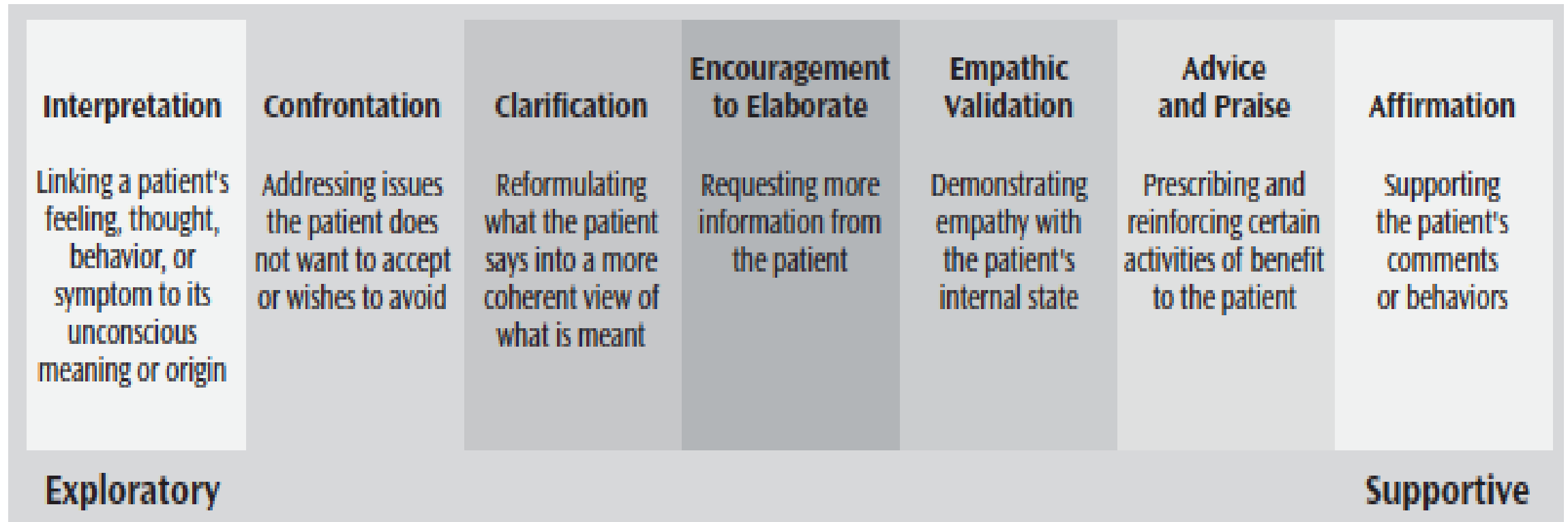


FIGURE 2. The Exploratory-Supportive Intervention Continuum of Psychodynamic Psychotherapy.

Source. Adapted from Gabbard (139).

TABLE 18.1 Clinical Domains of the Borderline Prototype

Behavioral Level

(F) *Expressively Spasmodic*. Displays a desultory energy level with sudden, unexpected, and impulsive outbursts; abrupt, endogenous shifts in drive state and inhibitory controls; not only places activation and emotional equilibrium in constant jeopardy, but engages in recurrent suicidal or self-mutilating behaviors.

(F) *Interpersonally Paradoxical*. Although needing attention and affection, is unpredictably contrary, manipulative, and volatile, frequently eliciting rejection rather than support; frantically reacts to fears of abandonment and isolation, but often in angry, mercurial, and self-damaging ways.

Intrapsychic Level

(F) *Regression Mechanism*. Retreats under stress to developmentally earlier levels of anxiety tolerance, impulse control, and social adaptation; among adolescents, is unable to cope with adult demands and conflicts, as evident in immature, if not increasingly infantile behaviors.

(S) *Split Organization*. Inner structures that exist in a sharply segmented and conflictful configuration in which a marked lack of consistency and congruency is seen among elements; levels of consciousness often shift and result in rapid movements across boundaries that usually separate contrasting percepts, memories, and affects; this leads to periodic schisms in what limited psychic order and cohesion may otherwise be present, often resulting in transient, stress-related psychotic episodes.

Phenomenological Level

(F) *Cognitively Capricious*. Experiences rapidly changing, fluctuating, and antithetical perceptions or thoughts concerning passing events, as well as contrasting emotions and conflicting thoughts toward self and others, notably love, rage, and guilt; vacillating and contradictory reactions are evoked in others by virtue of one's behaviors, creating, in turn, conflicting and confusing social feedback.

(S) *Uncertain Self-Image*. Experiences the confusions of an immature, nebulous, or wavering sense of identity, often with underlying feelings of emptiness; seeks to redeem precipitate actions and changing self-presentations with expressions of contrition and self-punitive behaviors.

(S) *Incompatible Objects*. Internalized representations comprise rudimentary and extemporaneously devised, but repetitively aborted learnings, resulting in conflicting memories, discordant attitudes, contradictory needs, antithetical emotions, erratic impulses, and clashing strategies for conflict reduction.

Biophysical Level

(S) *Labile Mood*. Fails to accord unstable mood level with external reality; has either marked shifts from normality to depression to excitement, or has periods of dejection and apathy, interspersed with episodes of inappropriate and intense anger, as well as brief spells of anxiety or euphoria.

(F) = Functional domain.

(S) = Structural domain.

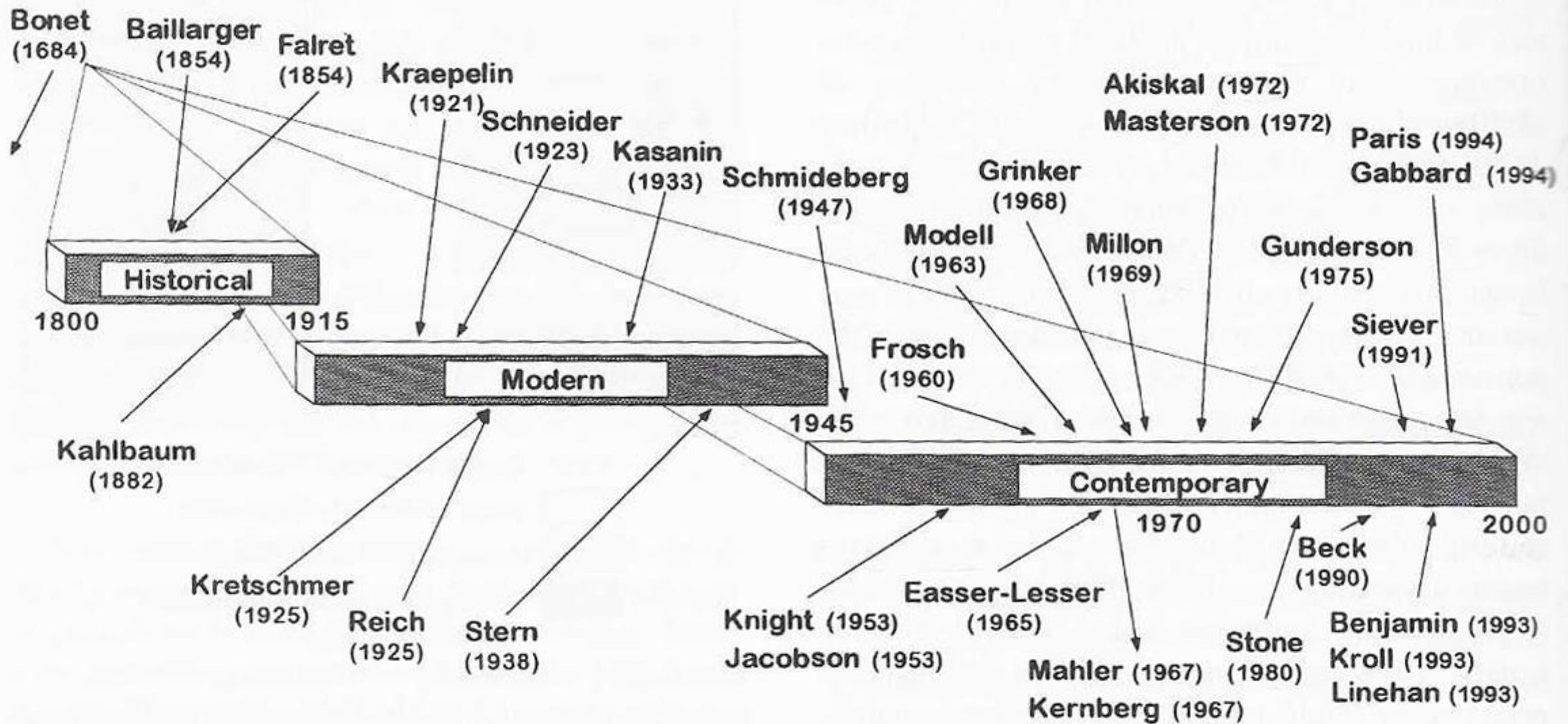


Figure 18.2 Historical review of major contributors to the borderline personality disorder.

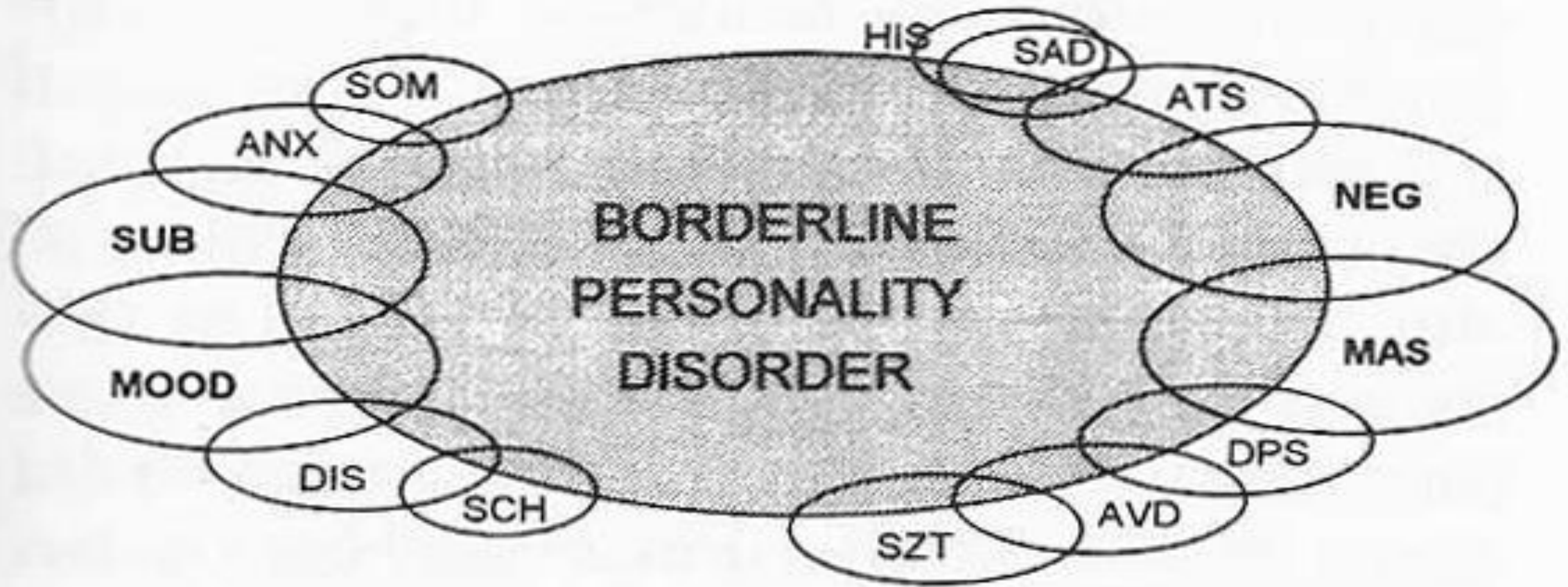


Figure 18.4 Comorbidity between borderline personality disorder and other DSM Axis I and Axis II disorders.

BORDERLINE PROTOTYPE

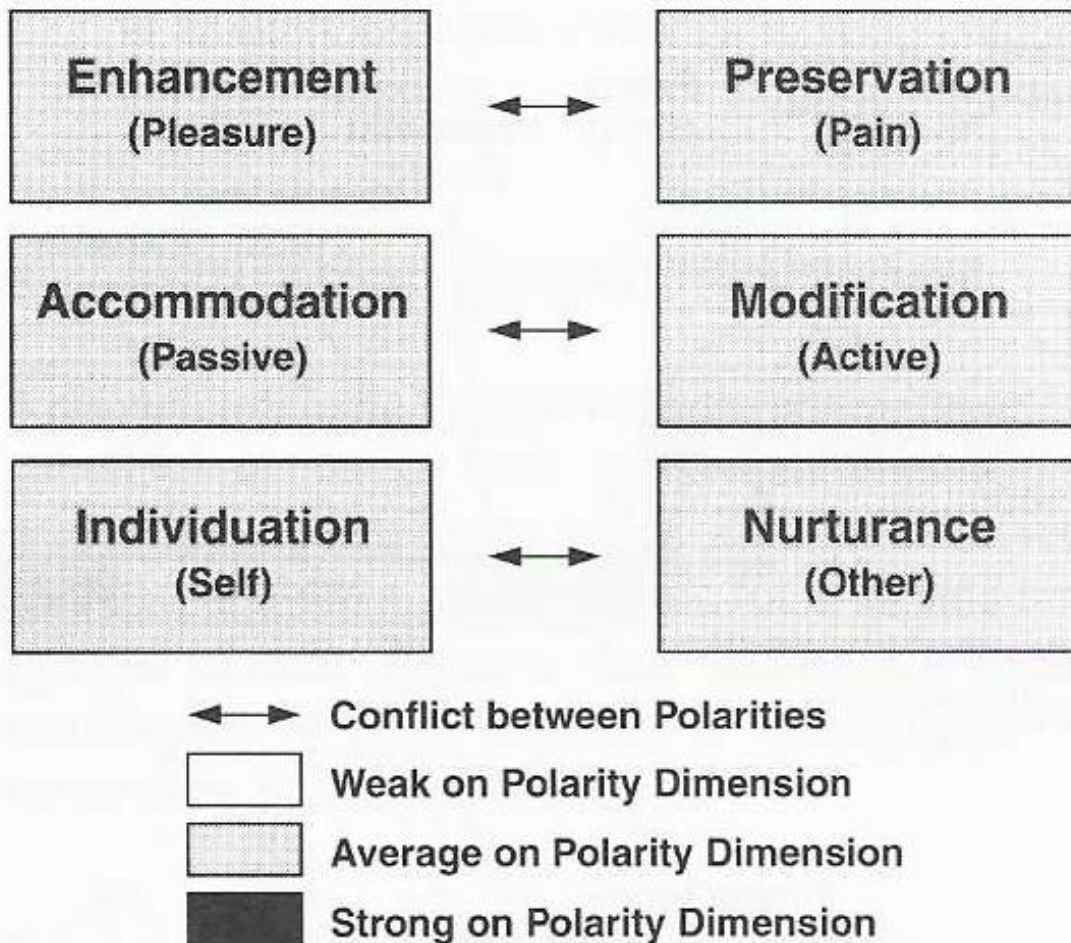


Figure 18.1 Status of the borderline personality prototype in accord with the Millon Polarity Model.

Strategic Goals

Balance Polarities

Reduce Conflict between Pain-Pleasure
 Reduce Conflict between Active-Passive
 Reduce Conflict between Self-Other

Counter Perpetuations

Reduce Capricious Emotionality
 Moderate Inconsistent Attitudes
 Adjust Unpredictable Behaviors

Tactical Modalities

Stabilize Paradoxical Interpersonal Conduct
 Rebuild Unstable Self-Image
 Steady Labile Moods

Figure 18.6 Therapeutic strategies and tactics for the prototypical borderline personality.

Table 4.1
Comparison of Borderline Personality Style and Disorder

<i>Personality Style</i>	<i>Personalty Disorder</i>
Tend to experience passionate, focused attachments in all relationships. Nothing in the relationship is taken lightly	Pattern of unstable and intense relationships noted by alternating between extremes of overidealization and devaluation
Emotionally active and reactive, they show their feelings and put their hearts into everything	Impulsive in at least two areas that are potentially self-damaging, e.g., spending, sex, substance abuse, shoplifting, reckless driving, binge eating, suicidal threats, gestures, or behavior
Tend to be uninhibited, spontaneous, fun-loving, and undaunted by risk	Affective instability marked by shifts from baseline mood to depression, irritability or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days

Tend to be creative, lively, busy, and engaging individuals. They show initiative and can stir others to activity

Imaginative and curious, they are willing to experience and experiment with other cultures and value systems

Regularly tend to be deeply involved in a romantic relationship with one person

Inappropriate, intense anger or lack of control of anger, e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights; chronic feelings of emptiness or boredom

Marked and persistent identity disturbance characterized by uncertainty about at least two of the following: self-image, sexual orientation, long-term goals or career choice, type of friends desired, preferred values

Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment

TABLE 2.2. Typical Overdeveloped and Underdeveloped Strategies

Personality disorder	Overdeveloped	Underdeveloped
Obsessive-compulsive	Control Responsibility Systematization	Spontaneity Playfulness
Dependent	Help seeking Clinging	Self-sufficiency Mobility
Passive-aggressive	Autonomy Resistance Passivity Sabotage	Intimacy Assertiveness Activity Cooperativeness
Paranoid	Vigilance Mistrust Suspiciousness	Serenity Trust Acceptance
Narcissistic	Self-aggrandizement Competitiveness	Sharing Group identification
Antisocial	Combativeness Exploitativeness Predation	Empathy Reciprocity Social sensitivity
Schizoid	Autonomy Isolation	Intimacy Reciprocity
Avoidant	Social vulnerability Avoidance Inhibition	Self-assertion Gregariousness
Histrionic	Exhibitionism Expressiveness Impressionism	Reflectiveness Control Systematization

TABLE 5.1. Examples of a Therapist's Disrespectful Behaviors

1. Misses or forgets appointments
2. Cancels appointments without rescheduling
3. Arbitrarily changes his or her policies with the patient (e.g., changes phone policy, fees, appointment times)
4. Does not return messages or phone calls, or delays calling back
5. Loses papers/files/notes
6. Does not read the notes/papers patient gives him or her
7. Is late for appointments
8. Appears or dresses unprofessionally
9. Has poor physical hygiene
10. Has a messy or unclean office space
11. Smokes during appointments
12. Eats/chews gum during appointments
13. Does not close the door during therapy sessions
14. Allows interruptions such as phone calls or messages
15. Is inattentive during sessions or phone calls, or engages in other activities
16. Forgets important information (name, relevant history/information)
17. Repeats self, often forgets what he or she said
18. Appears visibly tired or fatigued
19. Dozes off when with the patient
20. Avoids eye contact
21. Talks about other patients
22. Talks about how he or she would rather be doing something else
23. Watches the clock when with the patient
24. Ends sessions prematurely
25. Refers to patient in a sexist, paternalistic, or maternalistic manner
26. Treats patient as inferior to the therapist

Note. From *Developing a Scale to Measure Individuals' Stress-Proneness to Behaviors of Human Service Professionals* by M. Miller, 1990, unpublished manuscript, University of Washington. Reprinted by permission of the author.

TABLE 9.3

“Early Maladaptive Schemas” Hypothesized by Young to be Characteristic of Borderline Personality Disorder

Early Maladaptive Schema	Possible Expression
Abandonment/loss	“I’ll be alone forever. No one will be there for me.”
Unlovability	“No one would love me or want to be close to me if they really got to know me.”
Dependence	“I can’t cope on my own. I need someone to rely on.”
Subjugation/lack of individuation	“I must subjugate my wants to the desires of others or they’ll abandon me or attack me.”
Mistrust	“People will hurt me, attack me, take advantage of me. I must protect myself.”
Inadequate self-discipline	“It isn’t possible for me to control myself or discipline myself.”
Fear of losing emotional control	“I must control my emotions or something terrible will happen.”
Guilt/punishment	“I’m a bad person. I deserve to be punished.”
Emotional deprivation	“No one is ever there to meet my needs, to be strong for me, to care for me.”

Note. Adapted from *Schema-Focused Cognitive Therapy for Personality Disorders* by J. Young, 1987, unpublished manuscript. Adapted by permission of the author.

TABLE 9.2

Possible Indications of Borderline Personality Disorder

In Presenting Problems and Symptoms:

1. A diverse assortment of problems and symptoms, which may shift from week to week
2. Unusual symptoms or unusual combinations of symptoms
3. Intense emotional reactions that are out of proportion to the situation
4. Self-punitive or self-destructive behavior
5. Impulsive, poorly planned behavior that is later recognized as foolish, “crazy,” or counterproductive
6. Brief periods of psychotic symptoms that meet DSM-III-R criteria for brief reactive psychosis (but that may have been misdiagnosed as schizophrenia)
7. Confusion regarding goals, priorities, feelings, sexual orientation, etc.
8. Feelings of emptiness or void, possibly localized in the solar plexus

In Interpersonal Relationships:

1. Lack of stable intimate relationships (possibly masked by stable nonintimate relationships or relationships that are stable as long as full intimacy is not possible)
2. Tendency to either idealize or denigrate others, perhaps switching abruptly from idealization to denigration
3. A tendency to confuse intimacy and sexuality

In Therapy:

1. Frequent crises, frequent telephone calls to the therapist, or demands for special treatment in scheduling sessions, making final arrangements, etc.
2. Extreme or frequent misinterpretations of therapist's statements, intentions, or feelings
3. Unusually strong reactions to changes in appointment time, room changes, vacations, or termination of therapy
4. Low tolerance for direct eye contact, physical contact, or close proximity
5. Unusually strong ambivalence on many issues
6. Fear of change or unusually strong resistance to change

In Psychological Testing:

1. Good performance on structured tests such as the WAIS, combined with poor performance or indications of thought disorder on projective tests
2. Elevation of both "neurotic" and "psychotic" MMPI scales (2, 4, 6, 7, 8) or indications of an unusually wide variety of problems

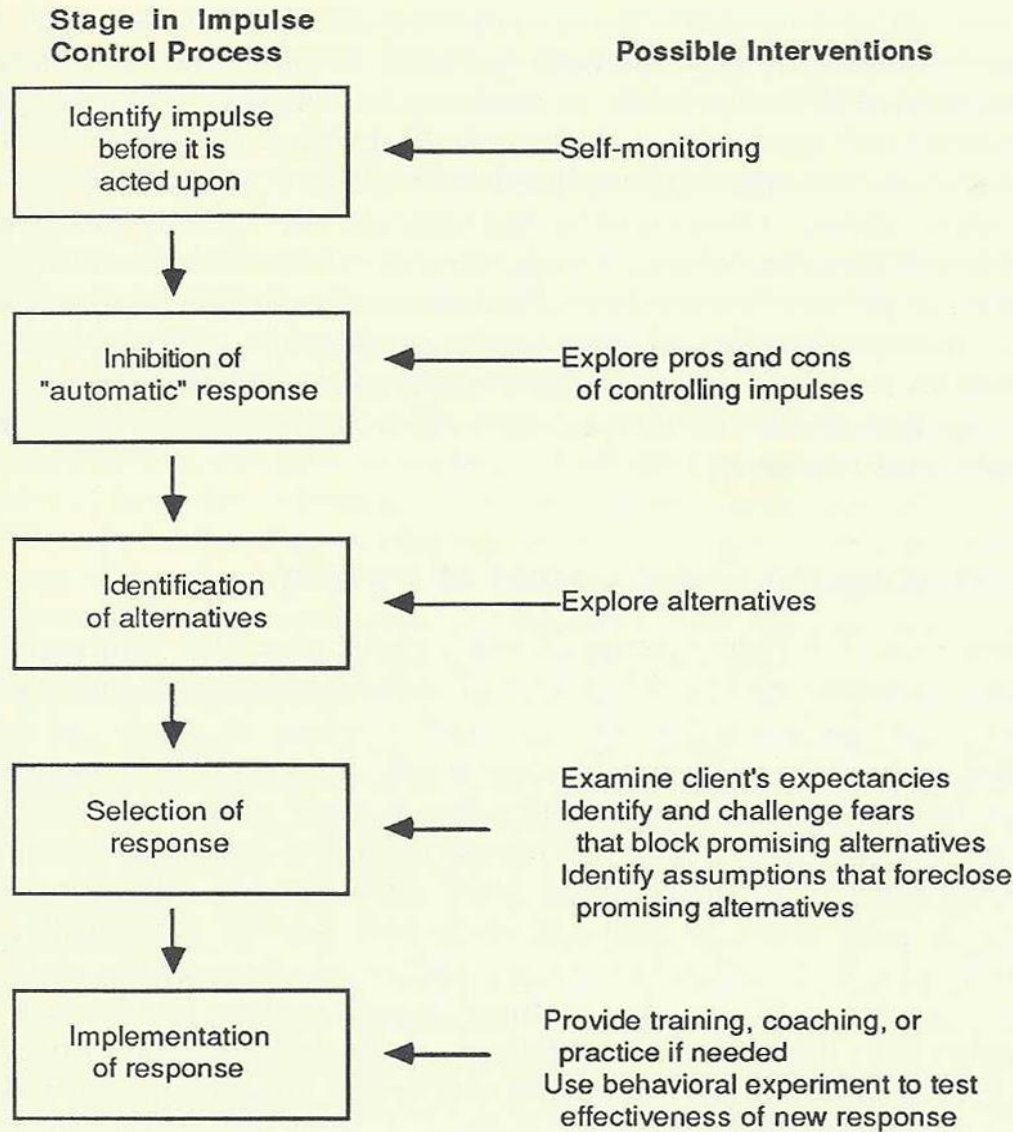


FIGURE 9.1 Possible points for intervention in the impulse control process.

13.5.2026

yl juha kemppinen

Beck et al, 1991

Examples of Automatic Thoughts

Although each person's automatic thoughts will be unique, here are some generalized examples of what your automatic thoughts might be, based on the personality disorder(s) you're struggling with:

- **Antisocial personality disorder:** "The rules aren't meant for me." "I'm not responsible for anything." "Why should I care?" "Other people aren't as important as I am." "Other people get what they deserve."
- **Avoidant personality disorder:** "Everyone is always judging me." "Those people will criticize me." "I'm no good at making friends." "Other people are better than I am." "There's something wrong with me."
- **Borderline personality disorder:** "I don't want to be left alone." "No one understands me." "I always get hurt by others." "I'm worthless." "I'm empty inside."
- **Dependent personality disorder:** "I can't take care of myself." "I always need help." "I'm not smart enough." "If I do anything wrong, I'll be punished." "I shouldn't disagree with others."
- **Histrionic personality disorder:** "Other people should like me." "I need to be the center of attention." "I must please others." "If other people don't like me, I'll be left alone." "I need to be seductive in order to be liked."
- **Narcissistic personality disorder:** "I'm better than other people at most things." "Other people should compliment me more often." "I'm entitled to special privileges." "Very few people can truly understand me." "Other people should help me get what I want."
- **Obsessive-compulsive personality disorder:** "I need to keep everything in order." "I should never make a mistake." "If I mess up, I'll be punished." "I should always follow the rules." "I must always strive for perfection."
- **Paranoid personality disorder:** "I can't trust anyone." "People are trying to harm me." "I often feel threatened by others." "People will betray me if given the chance." "Others don't deserve my forgiveness."
- **Schizoid personality disorder:** "I'd rather be alone." "I don't know how to act around other people." "I'm very awkward in social situations." "Why bother trying? I'll just embarrass myself." "I don't need others' approval."
- **Schizotypal personality disorder:** "I don't fit in with the rest of society." "I don't know how to behave in social situations." "No one understands my special abilities." "I don't want to be alone." "People often try to take advantage of me."
- **Personality disorder not otherwise specified:** "Other people get special privileges that I don't." "Other people always have it easier than me." "Why should I care? No one helps me." "I'm never going to feel happy." "There's always something wrong with me."

207

Wood, 2010

Table 7.3 Therapeutic Strategies and Tactics for the Prototypal Capricious/ Borderline Personality

Strategic Goals

Balance Polarities

- Reduce conflict between pain–pleasure
- Reduce conflict between active–passive
- Reduce conflict between self–other

Counter Perpetuations

- Reduce capricious emotionality
- Moderate inconsistent attitudes
- Adjust unpredictable behaviors

Tactical Modalities

- Stabilize paradoxical *interpersonal* conduct
- Rebuild unstable *self-image*
- Steady labile *moods*

	MBT	TFP	CAT	DBT	TC
Framework Frequency Length Setting	2–5 x week 18-months OPD/Partial Hospital	2 x week 1 year OPD	1 x week 6 months OPD	2 x week 1 year In-patient/OPD	5 x week 1–2 years In-patient
Key Constructs	Self-structure Psychic equivalence Pretend Mode Teleological Stance Mentalization	Object relationships Identity diffusion Aggression	Reciprocal roles Self states	Affect dysregulation Invalidating environment Dialectical failure	Communality Permissiveness Democracy Social analysis
Modalities	Individual Group analytic Expressive	Individual	Individual	Individual Social skills group Homework	Groups
Core Techniques	Interpretation Transference Mentalizing Affect and meaning Integrated psychiatric care	Interpretation Transference	Reformulation Interpretation	Problem solving Validation Skills training Affect control Mindfulness	Sharing Social understanding

Fig. 4.1 Comparison of treatments.