

**MAX KARUKIVI**

dosentti, kliininen opettaja,  
ylilääkäri  
Turun yliopisto, Psykiatria sekä  
Satakunnan sairaanhoitopiiri,  
nuorisopsykiatrian vastuuyksikkö

**MAARIA KOIVISTO**

LL, psykiatrian erikoislääkäri,  
psykoterapian ja psykoterapian  
kouluttajan erityispätevyys (SLL)

## Persoonallisuuspiirteistä häiriöksi – klinikon näkökulma

- Persoonallisuushäiriöitä luonnehtivat poikkeavasti korostuneet persoonallisuuden piirteet, joihin liittyy merkittävä haitta yksilölle tai muille.
- Häiriö on potilaan paras yritys sopeutua perimänsä, kasvuympäristön ja niiden yhteisvaikutuksen haasteisiin.
- Persoonallisuuskehityksen häiriöt alkavat yleensä ilmetä nuoruusiässä. Leimaamisen välttely ei saisi johtaa puutteelliseen hoitoon.
- Epävakaan persoonallisuuden kehityksessä lapsen tunteet eivät ole tulleet kohdatuksi hänen tarvitsemallaan tavalla. Häiriön hoitoon on toimivia terapioita.

Persoonallisuus on meistä jokaiseen liittyvä ominaisuuksien summa. Synnynnäinen temperamentti valaa pohjan persoonallisuudelle, joka jalostuu erityisen kiivaasti ensimmäisinä ikävuosina ja nuoruusiässä. Nuoruusikää kutsutaan persoonallisuuden kehityksen toisen vaiheen ohella toiseksi mahdollisuudeksi. Tähän sisältyy myös toivo siitä, että yksilö pystyy kehittyneemmin työkaluin lähestymään varhaiskehityksen pulmakohтия. Toisaalta persoonallisuuspiirteet kehittyvät häiriöksi tavallisesti juuri nuoruusiässä.

Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys on länsimaisessa väestössä arviolta 4–15 %, ja häiriöt ovat jonkin verran yleisempiä miehillä kuin nai-

sittäisestä persoonallisuushäiriöstä. Epävakaan persoonallisuuteen liittyvät psykososiaaliset haitat ovat tyypillisesti merkittäviä. Häiriöstä kärsivät kuormittavat terveydenhuoltoa runsaasti. On arvioitu, että noin 6 %:lla perusterveydenhuollon potilaista (7) ja vähintään neljäsosalla kaikista psykiatrisen avohoidon potilaista olisi epävakaata persoonallisuutta (8).

### Temperamentti ja kiintymyssuhde persoonallisuuden kivijalkoina

Temperamentti on synnynnäinen ja varsin pysyvä ominaisuus, joka ilmenee jo syntymästä lähtien. Se ei luonnehdi yksilön yksittäistä tapaa tai ominaisuutta, vaan yleisemmällä tasolla yksilön aktiivisuutta, sosiaalisuutta ja kynnystä reagoida ärsykeisiin (9).

Temperamenttipiirteiden luokitteluun on eri tapoja. Persoonallisuuskehityksen näkökulmasta luokittelu seuraaviin kolmeen on luonteva: ensimmäinen, positiivinen emotionaalisuus, kuvaa yksilön taipumusta kokea asioita myönteisesti, toinen, negatiivinen emotionaalisuus, kielteisesti ja kolmas yksilön kykyä säädellä tunnereaktioitaan ja käyttäytymistään (10,11).

Temperamentti perustuu perimään, mutta persoonallisuus kehittyy temperamentin ja ympäristön jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Ympäristöllä on suora vaikutus siihen, miten perimä ilmenee. Vuorovaikutuksen laatuun ja tapaan vaikuttaa olennaisesti myös lapsen ja vanhempien temperamenttien yhteensopivuus (11). Toistaiseksi ymmärretään vain rajallisesti, missä määrin ja minkälaisin mekanismein temperamentti vaikuttaa myöhempään persoonallisuuteen (10).

*Tunteet täytyy ensin tunnistaa ja hyväksyä,  
jotta niitä voisi säädellä.*

silla (1,2). Niihin liittyy tyypillisesti merkittävää inhimillistä kärsimystä ja elämänlaadun heikentymistä. Haitta ja taloudelliset kustannukset ovat verrannollisia vakaviin somaattisiin sairauksiin (3,4). Viime vuosina on saatu lisää tutkimusnäyttöä siitä, että häiriön tyyppiä olennaisempaa saattaa olla sen vaikeusaste kokonaisuudessaan (5). Toisaalta myös diagnostiset kynnysarvot alittavat häiriöt ovat usein kliinisesti merkittäviä (6).

Tässä katsauksessa käsittelemme persoonallisuushäiriöiden kehityskulkua kokonaisuutena ja epävakaata persoonallisuutta esimerkkinä yk-



## KIRJALLISUUTTA

- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188:423–31.
- Huang Y, Kotov R, De Girolamo G ym. DSM-IV personality disorders in the WHO world mental health surveys. *Br J Psychiatry* 2009;195:46–53.
- Soeteman DJ, Verheul R, Busschbach JJ. The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *J Pers Disord* 2008;22:259–66.
- Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurensen EM, Verheul R, Busschbach JJ, Soeteman DJ. The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *J Pers Disord* 2012;26:593–604.
- Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry* 2010;197:193–9.
- Karukivi M, Vahlberg T, Horjamo K, Nevalainen M, Korkeila J. Clinical importance of personality difficulties: diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC Psychiatry* 2017;17:16.
- Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am* 2014;98:1049–64.
- Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health* 2014;8:91–101.
- Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R ym. Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Dev* 1987;58:505–29.
- Tackett JL. Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2006;26:584–99.
- Martin T, Karlsson L, Marttunen M. Temperamentti ja kiintymyssuhde nuoruusiän masennuksen riskitekijöinä. *Suom Lääkäril* 2011;66:547–52.
- Bowlby J. A secure base. Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books 1988.
- Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:94–104.
- Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *Am Psychol* 1993;48:26–34.
- Cloninger C, Svrakic D. Personality disorders. Kirjassa: Sadock B, Sadock V, Ruiz P, toim. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott 2009.

Kiintymyssuhdeteoria kuvaa varhaisvaiheissa kehittyvää lapsen ja vanhemman vuorovaikutussuhdetta. Lapsuuden kiintymyssuhteet voidaan luokitella turvalliisiin ja turvattomiin, ja turvattomat edelleen vältteviin, ristiriitaisiin ja hajanaisiin. Vaikka kiintymyssuhdetta pidetään varsin pysyvänä, se saattaa elinolosuhteista ja elämäkokemuksista riippuen muuttua turvallisemmaksi tai turvattommaksi (12).

Kiintymyssuhteen rakentumiseen vaikuttavat temperamenttipiirteet sekä lapsen ja vanhemman temperamenttien yhteensopivuus. Lapsuuden kiintymyssuhde vaikuttaa yksilön tapaan muodostaa kiintymyssuhteita myös aikuisuudessa. Kiintymyssuhteella on todettu monia yhteyksiä persoonallisuushäiriöihin. Esimerkiksi turvattoman kiintymyssuhteen ja epävakaan persoonallisuushäiriön yhteys on vahva (13).

Yksi keskeinen mekanismi, jolla lapsuuden kiintymyssuhteet vaikuttavat persoonallisuushäiriöiden kehitykseen, liittyy reflektiivisyyteen eli kykyyn tiedostaa omia ja muiden kokemuksia, tunteita ja toiveita. Laajemmin voidaan puhua mentalisaatiokyvystä eli ”kyvystä pitää toisen mieltä mielessään”.

## Persoonallisuusmallit

Myös persoonallisuuspiirteiden määrittelyyn ja luokitteluun on useita malleja. Niistä keskeisiä ovat viiden tekijän malli (”Big Five”) (14) ja Cloningerin persoonallisuusmalli (15) (taulukko 1). Viiden tekijän malli vaikuttaa toimivalta myös nuoruusikäisillä (16).

Persoonallisuuspiirteiden yhteys persoonallisuushäiriöihin liittyy tyypillisesti piirteiden jatkumoiden ääripäihin. Esimerkiksi vähäinen

ulospäin suuntautuneisuus on yhdistetty estyneeseen persoonallisuuteen ja suuri negatiivinen emotionaalisuus epävakaaseen persoonallisuuteen (17) Kaksostutkimusten perusteella persoonallisuuspiirteiden ja -häiriöiden yhteydet ovat myös geneettisiä (18).

## Persoonallisuushäiriöt

Yksinkertaistaen persoonallisuushäiriöt voidaan käsittää poikkeavalla tavalla korostuneiksi persoonallisuuspiirteiksi, jotka aiheuttavat olennaista haittaa yksilölle itselleen tai muille. Piirteet ja niihin liittyvä käyttäytyminen ovat korostuneen jäykkiä, ja persoonallisuushäiriötä sairastavien on vaikeaa tunnistaa piirteiden ja niihin liittyvien ongelmien yhteyttä. Häiriöt ovat tyypillisesti kehityksellisiä ja pitkäaikaisia.

Arviot persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydestä psykiatrisilla avohoitopotilailla vaihtelevat, mutta varovaisetkin arviot viittaavat merkittävään esiintyvyyteen (40–50 %) (8). Psykiatrisessa diagnostiikassa hyödynnetään usein DSM-5-tautiluokitusta (19). Tässä yhteydessä käytämme kuitenkin virallista ICD-10-tautiluokitusta (20), jota käytetään kliinisessä työssä (taulukko 2).

Persoonallisuushäiriöt tyypillisesti altistavat muiden mielenterveyden häiriöiden kehittymiselle, vaikeuttavat niiden hoitoa ja suurentavat merkittävästi uusiutumisriskiä (21). Häiriön vaikeusaste ennakoii psykososiaalisten ongelmien määrää ja samanaikaissairastavuutta (5,6).

Diagnostiikka perustuu huolelliseen kliiniseen arvioon. Arvion ja erotusdiagnoosiikan tukena voidaan käyttää myös psykologisia tutkimuksia, joilla voidaan tunnistaa esimerkiksi

## TAULUKKO 1.

### Keskeiset persoonallisuusmallit: Viiden tekijän (”Big Five”) persoonallisuusmallin ja Cloningerin persoonallisuusmallin sisältämät piirteet (14,15).

Viiden tekijän malli	Cloningerin persoonallisuusmalli	
	Temperamenttipiirteet	Luonteenpiirteet
Neuroottisuus / negatiivinen emotionaalisuus	Elämishakuisuus	Itseohjautuvuus
Avoimuus kokemuksille	Vaikeuksien välttäminen	Yhteistyöhalukkuus
Tunnollisuus	Hyväksynnän hakeminen	Henkisyys
Sovinnollisuus	Sinnikkyyys	
Ulospäin suuntautuneisuus	Irrallisuus/välinpitämättömyys	

- 16 John OP, Caspi A, Robins RW, Moffitt TE, Stouthamer-Loeber M. The "little five": exploring the nomological network of the five-factor model of personality in adolescent boys. *Child Dev* 1994;65:160-78.
- 17 De Fruyt F, De Clercq BJ, van de Wiele L, Van Heeringen K. The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions. *J Pers* 2006;74:479-510.
- 18 Kendler KS, Aggen SH, Gillespie N ym. The genetic and environmental sources of resemblance between normative personality and personality disorder traits. *J Pers Disord* 2017;31:193-207.
- 19 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. painos. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.
- 20 World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10, Vol 1*. Geneva: WHO 1992.
- 21 Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717-26.
- 22 First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc. 1996.

häiriöille luonteenomaisia kehittymättömiä puolustuskeinoja. Arvion tukena käytetään usein puolistrukturoitua Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) -haastattelua (22). Siinä diagnostiset kriteerit täyttyvät vasta, kun oireiden lukumäärä ylittää tietyn kynnsarvon.

Monet kliinikot kokevat kategorisen luokittelun hyödylliseksi (23). Se on kuitenkin myös pulmallinen, koska persoonallisuus häiriöineen on selkeästi dimensionaalinen käsite. Eri persoonallisuushäiriöissä on monia päällekkäisyyksiä toisiinsa nähden (24). Esimerkiksi kotiin eristäytyminen voi viitata yhtä lailla estyneeseen kuin eristäytyvään persoonallisuuteen ja impulssikontrollin ongelmat ja aggressiivinen käyttäytyminen niin epävakaaseen kuin epäsosiaaliseen persoonallisuuteen.

Diagnostisen kynnyksen niukasti alittavat häiriöt ovat vielä suurempi ongelma. Tällöin diagnoosia ei herkästi aseteta, vaikka näiden persoonallisuusvaikeuksien kliininen merkitys on monesti merkittävä (5,6). Valmistella olevassa ICD-11 tautiluokituksessa onkin esitetty, että yksittäisistä häiriökategorioista luovuttaisiin ja ne korvattaisiin kolmiportaisella luokittelulla lievistä vaikeaan persoonallisuushäiriöön (taulukko 3) (21). Karkean vaikeusastearvion lisäksi potilaan ongelma-alueita voi kuvata tar-

kemmin viiden piirreluokan avulla. Niillä on yhteys myös edellä esitettyyn persoonallisuuden viiden tekijän malliin.

Koska useimmat häiriöt aiheuttavat ongelmia ihmisten välisissä suhteissa, ovat tiedot potilaan pari-, ystävyys- ja työsuhteista erityisen olennaisia. Tärkeää on myös selvittää potilaan käsitys itsestään ja omasta pystyvyydestään. Ongelmallisten piirteiden tunnistaminen on häiriötä sairastaville kuitenkin tyyppillisesti vaikeaa. Siten pelkkä itsearviointi on usein epäluotettava (25). Arviota onkin yleensä tarpeen täydentää tiedoilla muista lähteistä (26).

### Persoonallisuuspiirteistä häiriökäsi

Osa vahvoistakin persoonallisuuspiirteistä saattaa olla suhteellisen ongelmattomia. Eristäytyvän persoonallisuuden omaava voi viettää mielestään varsin laadukasta elämää ja suoriutua työstään huolimatta erittäin vähäisistä sosiaalisista kontakteista. Tässäkin on kyse yksilön ja ympäristön yhteensopivuudesta.

Persoonallisuushäiriöiden oirekuvalla on luonteenomaista vaihtelu ajan mittaan. Seurantatutkimusten perusteella valtaosa myös toipuu, toisin kuin usein luullaan (27). Yksilön ikäännytyessä impulsiiviset piirteet keskimäärin vähenevät ja ystävällisyys ja luotettavuus lisääntyvät. Ongelmallisimmat piirteet muuttuvat kes-

TAULUKKO 2.

### Persoonallisuushäiriöt ICD-10-tautiluokituksessa (20).

Häiriö	Tyypipiirteitä	Diagnoosinnumero	Ryhmä <sup>1</sup>
Psykoosiipiirteinen persoonallisuus	Niukat ihmissuhteet ja outo käyttäytyminen	F21	A
Epäluuloinen persoonallisuus	Epäluuloinen suhtautuminen muihin ja heidän tarkoituksiperiinsä	F60.0	"Psykoosityypiset"
Eristäytyvä persoonallisuus	Välinpitämätön suhtautuminen ihmissuhteisiin ja yksinäisten aktiviteettien priorisointi	F60.1	
Epäsosiaalinen persoonallisuus	Välinpitämättömyys yhteiskunnan normeja ja muita ihmisiä kohtaan	F60.2	B
Epävakaata persoonallisuus	Tunnesäätelyn epävakaas, voimakkaat tunnereaktiot ja huomattavan negatiivinen tai häilyvä minäkuva	F60.3	"Impulsiiviset ja dramaattiset"
Huomionhakuinen persoonallisuus	Dramaattinen tunneilmaisu ja huomion hakeminen	F60.4	
Vaativa persoonallisuus	Hyvin korkea vaatimustaso ja hallinnantarve suhteessa itseän ja muihin	F60.5	C
Estynyt persoonallisuus	Voimakasta estyneisyyttä sosiaalisia vuorovaikutustilanteita kohtaan ja usein korostuneen kielteinen käsitys omasta pystyvyydestä	F60.6	"Ahdistuneet"
Riippuvainen persoonallisuus	Takertuva ja alistuva käyttäytyminen läheisissä ihmissuhteissa	F60.7	

<sup>1</sup> Erityisesti DSM-5-tautiluokituksessa (19) käytettävä tapa karkeasti luokitella häiriöt kolmeen ryhmään (A, B ja C).

- 23 Spitzer RI, First MB, Shedler J, Westen D, Skodol AE. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a "consumer preference" study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:356–74.
- 24 Livesley WJ, Jackson DN. Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:609–18.
- 25 Carlson EN, Vazire S, Oltmanns TF. Self-other knowledge asymmetries in personality pathology. *J Pers* 2013;81:155–70.
- 26 Reardon KW, Mercadante EJ, Tackett JL. The assessment of personality disorder: methodological, developmental, and contextual considerations. *Curr Opin Psychol* 2017;21:39–43.
- 27 Gutiérrez F. The course of personality pathology. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:78–83.
- 28 Torvik FA, Welander-Vatn A, Ystrom E ym. Longitudinal associations between social anxiety disorder and avoidant personality disorder: A twin study. *J Abnorm Psychol* 2016;125:114–24.

kimääräisesti eniten, mutta yksilötasolla häiriö saattaa olla hyvinkin pysyvä (27).

Kliinisessä työssä voidaan nähdä tiettyjä tyypillisiä jatkumoa. Osa sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivistä ei ole ollut lapsuudessaan ujoja. Toisilla sairauden kulusta muodostuu kuitenkin jatkumo, jossa lapsuuden ujoisuus ja varautuneisuus muuttuvat häiriötasoiseksi ongelmaksi nuoruusiässä. Osalla potilaista sosiaalisten tilanteiden pelko kroonistuu estyneeksi persoonallisuudeksi, jos hoitoon hakeutuminen viivästyy. Häiriöiden välillä onkin myös geneettinen yhteys (28). Vastaava kehityskulku todetaan toisinaan myös potilailla, joilla lapsuuden uhmakkuus etenee nuoruusiän käytöshäiriöksi ja kroonistuu aikuisuuden epäsosiaaliseksi persoonallisuudeksi.

Persoonallisuushäiriöiden riskitekijät ovat hyvin samanlaiset kuin muissakin mielenterveyden häiriöissä. Kehityskulkuun vaikuttavat monet epäsuotuisat ympäristötekijät, kuten lapsuuden traumaattiset kokemukset ja

laiminlyönnit, vanhempien mielenterveyden häiriöt sekä muut psykososiaaliset ongelmat (15). Joillakin häiriöillä on havaittu tyypillisiä neurobiologisia ja geneettisiä yhteyksiä, esimerkiksi ns. psykoosityypiset (psykoosipiirteinen, epäluuloinen ja eristäytyvä) persoonallisuushäiriöt ovat yleisempiä suvuissa, joissa on myös psykoosisairauksia (29). On tärkeää huomata, että ajankohtainen mielenterveyden häiriö (esim. depressio) vaikuttaa persoonallisuushäiriön arviointiin – ja päinvastoin.

### Epävakaan persoonallisuuden kehitys

Monien asiantuntijoiden mukaan persoonallisuushäiriötä tulisi ymmärtää potilaan parhaina yrityksenä sopeutua biologiseen perimäänsä ja kasvuympäristöönsä (kuvio 1). Negatiivinen emotionaalisuus -temperamenttipiirre on yleensä korostunut lapsella, jolle myöhemmin kehittyy epävakaata persoonallisuutta (30). Tällainen lapsi on synnynnäiseltä temperamentil-

## TAULUKKO 3.

### Persoonallisuushäiriöiden luokittelu ICD-11 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. Piiittaamattomuus sosiaalisista velvoitteista, yhteiskunnan normeista ja muiden tunteista. Esimerkiksi tunnekylläisyys, vihamielisyyden 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).	Kyvottomuus/haluttomuus hallita impulsseja Pakonomaisuus/vaativuus	Toimii impulsiivisesti ja harkitsematta tekojensa seurauksia. Vastuuttomuus, impulsiivisuus ja harkitsemattomuus luonnehtivat. On hyvin jäykkä siinä, minkälaisia 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.

- 29 Marttunen M, Eronen M, Henriksson M. Persoonallisuushäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria, 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017.
- 30 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Epävakaata persoonallisuutta. Käypä hoito -suositus 23.6.2015. www.kaypahoito.fi
- 31 Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press 1993.
- 32 Beblo T, Fernando S, Kamper P ym. Increased attempts to suppress negative and positive emotions in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2013;210:305-9.
- 33 Karan E, Niesten IJM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. The 16-year course of shame and its risk factors in patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health* 2014;8:169-77.
- 34 Klimstra TA, Hale WW 3rd, Raaijmakers QA, Branje SJ, Meeus WH. Identity formation in adolescence: change or stability? *J Youth Adolesc* 2010;39:150-62.
- 35 Chanan AM, Jovev M, McCutcheon LK, Jackson HJ, McGorry PD. Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Curr Psychiatry Res* 2008;4:48-57.

### *Invalidaatiossa lapsen omat tulkinnat kokemuksistaan ja käyttäytymisestään ohitetaan tai mitätöidään.*

- 36 Kaess M, Brunner R, Chanan A. Borderline disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134:782-93.
- 37 Becker DF, Grilo CM, Edell WS, Mc-Glashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry* 2002;159:2042-7.
- 38 Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:1307-20.
- 39 Moran P, Romaniuk H, Coffey C ym. The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *Lancet*

taan emotionaalisesti labiili ja altis kokemaan keskimääräistä enemmän negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta, masennustunteita ja ärtyisyyttä. Korostuneiden temperamentti- ja ääripiirteiden lisäksi häiriön synty saattaa osalla painotua orgaanisiin ja neurokognitiivisiin tekijöihin, kuten enkefaliittiin, epilepsiaan, oppimishäiriöihin ja lapsuuden ADHD-häiriöön (30).

Persoonallisuushäiriön ymmärretään siis kehittyvän synnynnäisten ja ympäristötekijöiden monimutkaisessa yhteisvaikutuksessa. Vanhemman tehtävä olisi auttaa lasta tunnistamaan, ymmärtämään ja säätelemään tunteitaan.

Vanhemman voi kuitenkin olla tavallista vaikeampi rauhoittaa voimakkaasti tuntevaa ja äärimmäisen reaktiivista, vilkasta tai neurokognitiivisesti erityistä lastaan. Niinpä hän voi joko alkaa kokea lapsen hankalana (31) tai itsensä kyvyttömänä vanhempänä. Oletetaan, että tällaisen toistuvan vuorovaikutuksen takia lapsi voi alkaa kokea itsensä pahana ja kelpaamattomana tai muut ihmiset kyvyttöminä tai haluttomina auttamaan. Hän voi alkaa kokea, että tunteet ovat hallitsemattomia tai vaarallisia ja että hän itse on avuton ja kyvytön kestämään niitä. On katsottu, että tällaiset nk. sekundaariset reaktiot omiin tunteisiinsa, kuten tunteiden pelko (31) ja vaikeus hyväksyä tun-

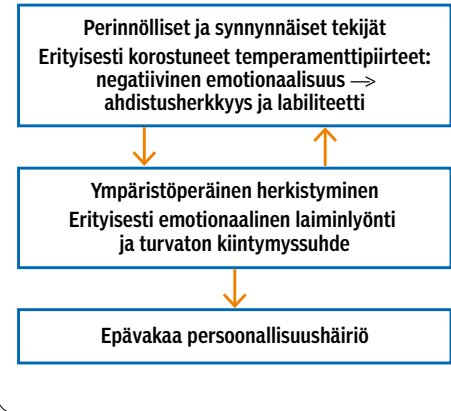
teita, ovat keskeisiä emotionaalisen prosessin häiriintymisessä (32).

Epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitetty dialektinen käyttäytymisterapia käyttää termiä invalidoiva (mitätöivä) ympäristö. Se kuvaa kasvuympäristöä, joka ei ihanteellisella tavalla kykene auttamaan voimakkaasti tuntevaa, reaktiivista lasta ymmärtämään, mistä hänen tunnereaktioissaan kulloinkin on kysymys ja miten omia reaktioita voi säädellä.

Siinä missä validaatiolla tarkoitetaan kokemuksen hyväksymistä ja perustelluksi vahvistamista, tarkoitetaan invalidaatiolla tämän vastakohtaa: lapsen omat tulkinnat kokemuksistaan, käyttäytymisestään ja sen motivaatioista ohitetaan tai mitätöidään. Invalidointi voi olla erityi-

KUVIO 1.

**Epävakaan persoonallisuuden kehittyminen yrityksenä sopeutua perimään ja kasvuympäristöön.**



sesti yksityisten, muille näkymättömien kokemusten (esim. kipu ilman objektiivista, mitattavissa olevaa komponenttia) mitätöimistä tai reaktioiden tulkittamisesta vanhemman – ei lapsen – lähtökohdista käsin. Vanhempi voi tulkita, että lapsen toimintaa motivoi tahallinen halu vahingoittaa jotakuta, vaikka lapsen käyttäytymisen ongelmalliset seuraukset eivät ole tarkoituksellisia. Vanhempi voi tulkita lapsen läikyttävän maidon pöydälle kiusataksaan häntä, vaikka lapsi kaataa mukinsa vahingossa.

Lapsen tunteiden ohittaminen ei ole aina tahallista. Vanhempi voi esimerkiksi olla liian ahdistunut kyetäkseen rauhoittamaan lastaan, tai perheessä voi olla liikaa kuormitusta, jolloin lapsi jää voimakkaiden tunteidensa kanssa yksin. Vanhemmat ovat myös voineet itse kasvaa tunteet ohittaneessa ympäristössä ja mieltää kokemusten mitätöimisen toimivana kasvatustyylinä, joka karaisee lasta kovaa maailmaa varten (31).

Mitätöinti kuitenkin viestittää lapselle, että hän joko ei tunne, mitä tuntee, tai että hänen ei pitäisi tuntea, mitä tuntee. Siitä seuraa häpeän tunne (31), joka voi alkaa sävyttää koko minäkuvaa (33). Tunteiden ohittaminen johtaa myös siihen, ettei lapsi opi luottamaan kokemustensa pätevytyteen, vaan hän oppii päinvastoin oma-toimisesti kyseenalaistamaan ja mitätöimään tunteensa ja mielipiteensä. Seurauksena on, että

- Psychiatry 2016;3:636–45.
- 40 Kantojärvi L, Hakko H, Riiipinen P, Riala K. Who is becoming personality disordered? A register-based follow-up study of 508 inpatient adolescents. *Eur Psychiatry* 2016;31:52–9.
- 41 Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Pers Disord* 2005;19:466–86.
- 42 Aronen E, Kuosa M, Tallila M, Arajärvi T. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen - 15 vuoden seuranta-tutkimus. *Duodecim* 1995;111:505–9.
- 43 Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J ym. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:1314–23.e2.
- 44 Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2009;15:163–72.
- 45 Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319–28.
- 46 Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What works in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 2017;4:21–30.
- 47 Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:60–8.

#### TAULUKKO 4.

### **Epävakaan persoonallisuushäiriön psykoterapioiden olennaisia yhteisiä piirteitä (30,47).**

**Hoidolla on puitteet**

**Fokus on tunteissa / potilaan emotionaalisessa kokemuksessa**

**Hoitosuhteen laatua havainnoidaan jatkuvasti**

**Terapeutti on aktiivinen**

**Työskentelyllä on yhteisesti sovitut tavoitteet ja hoidon kohteilla hierarkia**

**Työote on tutkiva**

tunteita ei ehkä voi edes tunnistaa, kun on taipuvainen itse mitätöimään ne jo ennen niiden tiedostamista. Tunteet täytyy kuitenkin ensin tunnustaa ja hyväksyä, jotta niitä voisi säädellä (31).

#### **Persoonallisuushäiriöt nuoruusiässä**

Lääkärin kynnys asettaa persoonallisuushäiriödiagnosi alaikäiselle on korkea. Tämä on perusteltua, sillä persoonan kehitys on alaikäisellä vielä kesken, vaikka tietyt piirteet vakiintuvat toisia aikaisemmin (34). Persoonan kehityksen kannalta 18 ikävuoden täyttymisellä on sinänsä olematon merkitys: 15–17-vuotiaalle asetettu epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi on seurannassa yhtä pitävä kuin aikuisikäisellekin asetettu (35,36).

Nuoruusikäisten normaaliväestössä epävakaan persoonallisuuden esiintyvyyden arvioidaan olevan n. 3 %, psykiatrisen avohoidon potilailla n. 10 % ja osastohoitopotilailla jopa 50 % (37,38). Ydinpiirteet saattavat tulla esille jo ennen kouluikää.

Kliinisessä työssä aiheutuu ongelmia, jos ilmeisestä patologisesta persoonallisuuskehityksestä kärsivälle nuorelle ei leimaamisen pelossa aseteta asianmukaista diagnoosia. Puuttuva diagnoosi ohjaa hoitoa herkästi niin, että ongelmalliset mutta diagnosoimattomat persoonallisuuspiirteet jäävät vaille tarvitsemaansa huomiota. Jos piirteet edellyttävät hoitoa, mutta

diagnoosia ei ole perusteltua asettaa kehitysvaiheen takia, on usein mielekäästä käyttää identiteettihäiriön diagnoosia (F93.89).

Nuoruudessa kehittyneen persoonallisuushäiriön vaikutukset ovat kauaskantoisia. Nuorten aikuisten seuranta-tutkimuksessa persoonallisuusvaikeudet ja persoonallisuushäiriö ennustivat aiemmasta hyvinvoinnista riippumatta myöhempää masennusta, ahdistuneisuutta ja pitkien ihmissuhteiden niukkuutta (39). Nuoren persoonallisuuskehitystä tulisikin tarkastella yksilöllisenä jatkumona eikä juuttua kalenteri-ikään.

#### **Voiko kehityskulkuun puuttua?**

Persoonallisuushäiriöiden riskitekijät huomioon ottaen näiden häiriöiden parasta ennaltäehkäisyä ovat todennäköisesti väestön hyvinvointia yleisesti parantavat tekijät, kuten sosiaaliturvasta huolehtiminen ja työllisyyden kohentaminen. Koska osassa persoonallisuushäiriöistä on taustalla komplikaatiotyyppejä tekijöitä, häiriöiden kehitykseen voidaan ehkä vaikuttaa ensivaiheen häiriön tehokkaalla hoidolla. Esimerkiksi epävakaan persoonallisuuden kehitystä edeltää joskus ahdistuneisuushäiriö, masennus tai käytöshäiriöoireilu (40,41). Tällöin hyvä hoitointerventio saattaa ehkäistä persoonallisuushäiriön kehittymistä. Riskiperheiden vanhempainohjauksesta on myös saatu hyviä kokemuksia lasten käytösongelmien ehkäisyssä (30,42).

Nuorille on kehitetty erityisesti epävakaan persoonallisuuskehityksen varhaiseen hoitoon kaksi ohjelmaa: Emotion regulation training (ERT) (43) ja Helping young people early (HYPE) (44). ERT on psykoedukaatiiviseen taitovalmennusryhmään perustuva manualisoitu ryhmäinterventio ja HYPE kognitiivis-analyttiseen terapiaan ja hoitotiimiin pohjautuva monimuotoinen hoito. Ohjelmat vaikuttavat jossain määrin hyödyllisiltä, mutta näyttö on vielä vailinaista (43,44). Koska epävakauteen liittyvät dramaattiset oireet koskettavat nuoren perhettä monin tavoin, perhe on tärkeää ottaa huomioon alusta alkaen.

#### **Lopuksi**

Häiriintynyt persoonallisuuskehitys ilmenee tyypillisesti nuoruusiän kuluessa. On tärkeää, että nuoren persoonallisuuskehitystä arvioidaan asianmukaisesti eikä diagnoosin asettamisen

pelko johda puutteelliseen hoitoon. Hoidon ja siihen motivoitumisen kannalta on usein olennaisinta, että potilas tiedostaa persoonallisuuspiirteidensä ja kokemansa tai aiheuttamansa kärsimyksen yhteyden.

Epävakaaseen persoonallisuuteen on kehitetty räätälöityjä terapiamuotoja. Nuoruusikäisillä on käytössä esimerkiksi dialektiseen käyttäytymisterapiaan (DKT) ja kognitiivis-analyttiseen terapiaan pohjautuvia menetelmiä. Aikuisten

### *Vanhemman tehtävä olisi auttaa lasta tunnistamaan, ymmärtämään ja säätelemään tunteitaan.*

hoidossa on näyttöä mm. DKT:n, transferenssi-keskeisen terapian, mentalisaatioterapian ja skeematerapian toimivuudesta (30,45).

Häiriöstä kärsivä potilas tulisi ohjata mahdollisimman nopeasti tällaiseen hoitoon. Vaikuttavaksi todetut terapiat ovat kuitenkin varsin intensiivisiä eivätkä vielä läheskään kaikkien ulottuvilla. Siksi viime vuosina on pyritty kehittämään suppeampia hoito-ohjelmia useampien ulottuville (46).

Weinberg (2011) työtovereineen selvitti, mitä yhteisiä piirteitä on epävakaan persoonallisuuden vaikuttaviksi osoitetuilla psykoterapioilla, sekä hoito-ohjelmille ominaisia yksilöllisiä piirteitä (47). Työote on tutkiva ja muutosta tavoitteleva (taulukko 4). Keskeistä on luoda havainnoinnin ja kuvailun ilmapiiri: ”juuri nyt minua pelottaa, kun olen menossa lääkäriin ja ennakoin, että hän ei ehkä ymmärrä minua”. Tällaisessa ilmapiirissä tunteita on mahdollista tuntea ja hyväksyä – ja lopulta säädellä. Tämän voi yleistää koskemaan persoonallisuushäiriöiden kohtaamista ylipäätään. Häiriöiden onnistunut tunnistaminen, arviointi ja hoito yleensä edellyttää, että potilaat kyetään kohtamaan ei-tuomitsevässä ympäristössä ja asettamaan yhteiset tavoitteet. ●

#### **SIDONNAISUUDET**

Max Karukivi: (Artikkelin ulkopuolinen, aiheen kannalta olennainen toiminta); apurahat (Satakunnan maakuntarahasto, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Valtion tutkimusrahoitus), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

Maaria Koivisto: (Artikkelin ulkopuolinen, aiheen kannalta olennainen taloudellinen toiminta) koulutus-palkkiot (Lundbeck, Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy).

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

From personality features to a disorder – a clinician’s perspective

**MAX KARUKIVI**

M.D., Ph.D., Clinical Lecturer,  
Chief Physician  
University of Turku, Department  
of Psychiatry  
Satakunta Hospital District,  
Department of Adolescent  
Psychiatry  
max.karukivi@utu.fi

**MAARIA KOIVISTO**

# From personality features to a disorder – a clinician's perspective

Personality disorders are characterized by abnormally pronounced personality features. They are chronic disorders by nature and associated with problematic interpersonal relationships and a variety of social dysfunction. The detrimental effect of personality disorders on quality of life is often significant and the burden related to them is comparable to that of severe somatic illnesses. They are common disorders, in particular among certain patient populations. Personality disturbances below the diagnostic threshold also have a significant negative effect on the individual's well-being and social functioning. Borderline personality disorder (BPD) is typically associated with high use of health care services and significant dysfunction and, therefore, in this review BPD is used as an example of personality disorder development. Personality disorders can be perceived as an individual's best effort to adapt to biological factors, growth environment and the challenges in their compatibility. Regarding compatibility, one central factor in the development of BPD is the concept of an invalidating environment. This denotes a growth environment that does not adequately meet the emotional needs of the child. Rather than to intentional neglect, this is typically linked to compatibility issues, where factors related to the child, such as temperament and neurocognitive factors, also play a role. The difficulties in personality development typically emerge in adolescence, but the threshold for diagnosing personality disorders in adolescence is fairly high. However, personality development should be assessed individually and if the development appears to be problematic, it is of utmost importance to take this into account in the treatment. Interventions for high-risk children and adolescents have been developed, but the evidence is still sparse. The core aim in successful treatment interventions for BPD is to improve the understanding and acceptance of emotions. The first major step typically is that the patients realize the association between their personality characteristics and the difficulties they are experiencing.