

Epävakaan persoonallisuuden hoito

Satunnaistettuun, kontrolloituun tutkimukseen perustuvaa näyttöä hoidon vaikuttavuudesta epävakaan persoonallisuuden oireiden hallinnassa on saatu kognitiivisen psykoterapian sovelluksista, dialektisesta käyttäytymisterapiasta ja skeemakeskeisestä terapiasta sekä psykoanalyttiseen viitekehykseen pohjautuvasta mentalisaatioon perustuvasta terapiasta. Dialektinen käyttäytymisterapia ja mentalisaatioon perustuva terapia ovat multimodaalisia, sekä yksilö- että ryhmäpsykoterapeuttisista elementeistä rakentuvia strukturoituja hoito-ohjelmia. Lääkehoito auttaa osaltaan joidenkin häiriön piirteiden kuten affektiivisen epävakaan, impulsiivisuuden ja lyhytkestoisten psykoottisten oireiden hallinnassa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tarvittaisiin suunniteltuja, jäsentyneitä ja persoonallisuushäiriöpotilaiden erityisongelmiin keskittyviä hoito-ohjelmia.

Epävakaana persoonallisuus on vakava mielen terveyden häiriö, josta kärsivät henkilöt käyttävät runsaasti terveyspalveluja impulsiivisuutensa, itsetuhoisuutensa ja psykiatrisen monihäiriöisyytensä vuoksi. Kiinnostus epävakaana persoonallisuutta kohtaan alkoi kehittyä psykoanalyysin piirissä jo 1960-luvun lopulla, mikä johti yhä jäsentyneempiin käsityksiin tämän häiriön psykoterapeuttisesta hoidosta (Kernberg ym. 1989). Epävakaan persoonallisuuden hoidossa ensisijaisena pidettiin aina 1990-luvulle asti pitkäkestoista psykoanalyttista yksilöpsykoterapiaa. Siitä on julkaistu kymmeniä oppikirjoja, mutta satunnaistettuihin kliinisiin kokeisiin perustuva tutkimustieto on viime vuosiin saakka puuttunut.

Laajempaan psykiatrian kentän tietoisuuteen käsite siirtyi, kun sille vuonna 1980 annettiin operationalisoidut diagnostiset oirekriteerit DSM-III-järjestelmässä. Nykyiset psykiatriset häiriöluokitukset ICD-10 ja DSM-IV sisältävät myös epävakaan persoonallisuuden oirekriteerit. Näissä luokituksissa epävakaana persoonallisuus on siis olemukseltaan oireyhtymä. Deskrip-

tiivisen diagnostiikan kehittyminen on muuttanut yleiskuvaa epävakaan persoonallisuuden epidemiologiasta, pitkäaikaisennusteesta sekä häiriöön liittyvästä toimintakyvyn heikkenemisestä ja runsaasta itsemurhakuolleisuudesta. Se on myös mahdollistanut hoitomuotojen vaikuttavuutta koskevan oiretason kvantitatiivisen tutkimusnäytön vähittäisen kertymisen.

Uusia teoreettisia näkemyksiä ja vakiintuneita psykoterapeuttisia hoitomuotoja on ilmaantunut, psykoanalyysin piiristä kehittyneistä tärkeimpänä mentalisaatioon perustuva terapia (Bateman ja Fonagy 2004). Kognitiivisen psykoterapian piiristä ovat kehittyneet dialektinen käyttäytymisterapia, joka on laajimmin satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa tutkittu epävakaan persoonallisuuden hoitomuoto, sekä skeemakeskeinen terapia. Suomessa dialektista käyttäytymisterapiaa on kehitetty ainakin Järvenpään sosiaalisairaalassa, Kupittaa sairaalassa ja Jorvin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Mentalisaatioon perustuvaa ja skeemakeskeistä terapiaa ovat kehittäneet yksittäiset psykoterapeutit.

Psykoterapeuttiset hoidot perustuvat yhteis-

ten tekijöiden ohella kunkin terapiamuodon taustateoriaan. Potilaan ongelmia voidaan siten käsitteellistää usealla vaihtoehdoisella tavalla. Psykoterapioiden vaikuttavuutta on tarpeen arvioida paitsi ryhmätasolla tehokkuutena hoidettavan häiriön oireiden lievittämisessä myös kunkin terapiamuodon teoreettisten lähtökohtien mukaisista näkökulmista (Strupp ym. 1988, Wampold 2001, Leiman 2004, Keinänen 2006, Keinänen ym. 2006). Rajoitumme kuitenkin tässä arvioimaan vain erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuutta oireiden lievittäjänä satunnaisesti klinisiin kokeisiin perustuvan näytön valossa. Terveystieteiden toiminnan kannalta olennainen lähtökohta on selvittää, kuinka paljon ja pysyvästi eri hoidot lievittävät epävakaan persoonallisuuden oireita ja parantavat potilaan toimintakykyä.

Epävakaata persoonallisuutta luonnehtivat tunteiden säätelyn ja impulssikontrollin laaja-alaiset vaikeudet sekä ihmissuhteiden ja minäkuvan epävakaat (taulukko 1). Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät henkilöt ovat hyvin monihäiriöisiä; mieliala-, päihde-, ahdistuneisuus- ja syömishäiriöt ovat heillä tavallisia, samoin muut samanaikaiset persoonallisuushäiriöt (Lieb ym. 2004). Häiriön tavanomainen hoito psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa jää usein paremminkin reaktiiviseksi kuin proaktiiviseksi, ja sen vaikuttavuus on kyseenalaista (Bateman ja Fonagy 2004, 2006). Hyvin strukturoiduissa hoitomalleissa pyritään huomioimaan toistuvien kriisien ja akuuttitilanteiden muodostamat haasteet, mikä tuo turvallista ennakoitavuutta sekä potilaille että hoitaville henkilöille.

Hoitosuosituks

Arvovaltaisten hoitosuosituksien luominen on edistänyt epävakaan persoonallisuuden hoidon kehitystä. Keskeisin hoitosuositus lienee American Psychiatric Associationin (APA) vuonna 2001 julkaisema. Se korostaa riskien arvioinnin tärkeyttä läpi koko hoidon. Alkuarvioinnin pohjalta tulee ratkaista, suositellaanko potilaalle polikliinistä, päiväosasto- vai kokovuorokautista osastohoitoa.

TAULUKKO 1. Epävakaan persoonallisuuden DSM-IV-kriteerit uudelleen ryhmiteltyinä (Lieb ym. 2004).

Affektiiviset kriteerit

Asiaankuulumaton, voimakas suuttumus tai vaikeus kontrolloida suuttumusta (esim. toistuva äkkipikaisuus, jatkuva vihaisuus, toistuva tappeleminen)

Krooniset tyhjyyden tuntemukset

Affektiivinen epävakaat, joka johtuu mielialan merkittävästä reaktiivisuudesta (esim. intensiivinen jaksoittainen dysforia, ärtyneisyys tai ahdistuneisuus, joka kestää tavallisesti muutama tunteja ja vain harvoin muutamia päiviä kauemmin)

Kognitiiviset kriteerit

Hetkellinen stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai vakava dissosiativinen oireilu

Identiteettihäiriö: merkittävästi ja jatkuvasti epävakaat minäkuva tai kokemus itsestä

Behavioraaliset kriteerit

Toistuva itsetuhoisuus, siihen viittaavat eleet tai uhkaukset tai itsensä viiltely ym. vahingoittaminen

Impulsiivisuus ainakin kahdella potentiaalisesti itselle vahingollisella alueella (esim. tuhlaaminen, seksi, kemiallisten aineiden käyttö, holtiton liikennekäyttäytyminen, ahmiminen)

Interpersonaaliset kriteerit

Kiihkeitä yrityksiä välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta

Epävakaat ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu

Alkuarvion jälkeen hoito tulisi kohdistaa sekä persoonallisuushäiriöön että samanaikaisiin muihin psykiatrisiin tai päihdehäiriöihin ja ensisijaisuuden ratkaisevat riskiarvio ja vallitsevat oireet. Koska vaikeus sitoutua hoitoon on usein keskeinen ongelma, yhdessä potilaan kanssa suunniteltu yksilöllinen hoitosuunnitelma on olennainen.

Hoitosuosituksen mukaan epävakaan persoonallisuuden ensisijaisia yksittäisiä hoitomuotoja ovat psykoanalyttinen psykoterapia ja dialektinen käyttäytymisterapia, joiden ohella voidaan käyttää oireisiin kohdistuvaa lääkehoitoa. Toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi moni potilas tarvitsee myös kuntoutusta (APA 2001).

APA:n hoitosuositusta arvioitaessa on tärkeää muistaa, että empiirinen tieto sen taustalla on varsin rajallinen. Erityisesti suosituksen ohjeet kokovuorokautisesta sairaalahoitosta ja pelkän yksilöterapiassa asemasta ovat kiistanalaisia.

Kognitiiviset psykoterapiat

Kognitiivisen psykoterapian sovelluksista persoonallisuushäiriöiden hoidossa on osoitettu vaikuttaviksi dialektinen käyttäytymisterapia (Linehan 1993) ja skeemakeskeinen terapia (Young ym. 2003). Näiden ohella teoreettisesti keskeinen on ollut kognitiivista psykoterapiaa kiintymyssuhteiden ja interpersonaalisten motivaatiojärjestelmien suuntaan laajentava kognitiivis-evolutionistinen näkökulma (Liotti 2002). Sen mukaan huonosti jäsentynyt kiintymyssuhde voi johtaa siihen, että kyky tunnistaa ja reflek-

Potilailta ajatellaan puuttuvan tunteesäätely- ja ihmissuhdetaitoja, joita on kuitenkin mahdollista opetella

toida omia ajatuksia ja tunnekokemuksia (nk. metakognitiivinen kyky) kehittyvä vaillinaisesti. Tällöin hoidossa on aluksi keskeisintä yhteistyöhön pyrkivän terapiasuhteen luominen.

Vasta tämän jälkeen tavanomaiset kognitiiviset työtavat mahdollistuvat (Holmberg ja Karila 2001).

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) pohjautuu biososiaaliseen teoriaan. Tämän teorian mukaan epävakaa persoonallisuuden ajattelaa syntävän biologiselta rakenteeltaan haavoittuvan yksilön kasvaessa ympäristössä, jonka ominaisuudet sopivat huonosti yhteen hänen temperamenttinsa kanssa (Linehan 1993). Kasvu-ympäristön epävalidoivan suhtautumisen ajatellaan johtavan vaikeuteen luottaa omien kokemusten pätevyyteen sekä heilahteluun tunteiden tukahduttamisen ja äärimmäisen tunneilmaisun välillä. Epävakaa persoonallisuus ymmärretään ensisijaisesti emootioiden säätelyjärjestelmän häiriönä. Potilailta ajatellaan puuttuvan tunteesäätely- ja ihmissuhdetaitoja, joita on kuitenkin mahdollista opetella.

DKT on useasta menetelmästä koostuva hoito-ohjelma, jonka keskeisiä elementtejä ovat yksilöpsykoterapia (1–2 kertaa viikossa), ryhmämuotoinen taitovalmennus (kerran tai kahdesti viikossa 1–2,5 tuntia kerrallaan), mahdollisuus puhelinyhteyteen yksilöpsykoterapeutin kanssa kriisitilanteissa sekä tiimityönohjaus. Taitoval-

mennus koostuu tietoisuustaitojen (mindfulness-taitojen), ihmissuhdetaitojen, tunteidensäätelytaitojen ja kriisitaitojen harjoittelusta.

DKT:n keskeiset hoitostrategiat validointi- ja muutosstrategiat ovat dialektisia. Dialektisuu-della viitataan ilmiöiden monitahoisuuden ymmärtämiseen ja ristiriitaisia puolia sisältävien kokonaisuuksien näkemiseen. Validointi tarkoittaa hyväksyntää tai todesta ottamista, kokemuksen vahvistamista, ja se muodostaa koko menetelmän perustan. Pyrkimys luoda uudenlaisia, parantavia vahvistussuhteita pohjautuu oppimisteoriaan. Potilasta esimerkiksi rohkaistaan pyytämään ajoissa apua asianmukaisella tavalla. Siksi terapeutille voi tarvittaessa soittaa kriisitilanteessa, mutta itsensä vahingoittamisen jälkeen potilas ei saa soittaa vuorokauteen, jotta hoito ei tahattomasti vahvistaisi itsetuhoista käyttäytymistä. Myös tietoisella läsnäololla (mindfulness) ajatellaan olevan suuri vaikutus tunteisiin ja niiden säätelyyn. Sitä pidetään opittavissa olevana taitona, jonka oletetaan luovan pohjan kyvyllä havainnoida itseä. Kognitiivisen psykoterapian perusmenetelmiä käytetään potilaan ajatusten, tunteiden ja uskomusten yhteiseen tutkimiseen keskittyen validoimaan sitä, mikä niissä on toimivaa (Linehan 1993).

DKT:stä on julkaistu useita pieniä satunnaisesti, kontrolloituja hoitotutkimuksia (taulukko 3), ja se on niissä näyttänyt vaikuttavan epävakaa persoonallisuuden kohdeoireisiin. Oire-tason muutokset ovat tosin pisimpien – kahden vuoden mittaisten – kontrolloitujen tutkimusten perusteella olleet vain osin pysyviä hoitojakson päättymisen jälkeen. Vaativammassa satunnaisesti vertailuasetelmassa DKT:tä verrattiin erityisesti perehtyneiden kunnallisten ei-behavioraalisesti orientoituneiden psykoterapeuttien tarjoamaan epävakaa persoonallisuuden hoitoon (Linehan ym. 2006). Molemmissa ryhmissä masennus, itsemurha-ajatukset ja itsetuhokäyttäytyminen muussa kuin itsemurhatarkoituk-sessa vähenivät ja elämänhalu lisääntyi. DKT:tä saaneiden potilaiden itsemurhayritykset ja itsetuhokäyttäytymisen vaarallisuus sekä erityisesti itsetuhoisuudesta aiheutuvien päivystyskäyntien määrä ja sairaalahoidon tarve vähenivät kuitenkin merkittävästi enemmän. Terapian keskeyt-

täminen oli myös DKT-ryhmässä merkitsevästi vähäisempää kuin vertailuryhmässä.

Skeemakeskeinen terapia on kognitiivisen psykoterapian integratiivinen sovellus, joka laajentaa kognitiivisen ja behavioraalisen teorian näkökulmaa erityisesti kiintymyssuhdeteorian suuntaan. Tässä yhdysvaltalaisen Jeffrey Youngin kehittämässä psykoterapiamallissa (Young ym. 2003) yhdistyy yhtenäiseksi hoitomalliksi myös elementtejä psykodynaamisesta (pääasiassa objektsuhdeteoriasta) ja konstruktivistisesta teoriasta sekä Gestalt-terapiasta.

Varhaisella sopeutumista heikosti palvelevalla skeemalla (early maladaptive schema) ymmärretään varhain kehittyneitä ja vakiintunutta tapaa tulkita itse ja muihin liittyvää tietoa (Young ym. 2003). Young on hahmotellut skeemamoodin käsitettä epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvien vaihtuvien emotionaalisten tai minätilojen kuvaamiseen. Skeemamoodilla hän tarkoittaa kullakin hetkellä aktiivisena olevia skeemoja ja näihin liittyviä selviytymisstrategioita, jotka ilmenevät erityyppisinä ajattelu-, tuntemis- ja kokemistapoina ja käyttäytymismalleina. Young olettaa neljän perusmoodin kuvaavan epävakaata persoonallisuutta. Näitä ovat hylätyn lapsen moodi, vihaisen lapsen moodi, vetäytyvän suojautujan moodi ja rankaisevan vanhemman moodi.

Teoreettinen moodimalli on saanut myös alustavaa kokeellista tukea (Arntz ym. 2005). Epävakaan persoonallisuuden hoidossa tavoitteina ovat yksittäisten skeemojen tunnistaminen, niiden ymmärtäminen lapsuus- ja nuoruusiän kehityksen pohjalta sekä vähittäinen lievittyminen tai korjaantuminen, dialogi moodien välillä ja dissosioituneiden tai äärimmäisten moodien asteittainen integraatio sekä terveen aikuisen moodin kehittyminen (Young ym. 2003). Terapeuttisen muutoksen ajatellaan tapahtuvan erityyppisten behavioraalisten, kognitiivisten ja kokemuksellisten terapeuteknikoiden ja -strategioiden avulla. Nämä tekniikat ja strategiat on kohdennettu terapiasuhteeseen, terapian ulkopuoliseen arkielämään ja aiempiin (traumaattisiin) elämänkokemuksiin (Giesen-Bloo ym. 2006).

Vastikään julkaistiin skeemakeskeistä terapiaa ja transferenssikeskeistä psykoterapiaa vertaava

kolmivuotinen monikeskustutkimus (Giesen-Bloo ym. 2006). Siinä satunnaistettiin 86 potilasta saamaan jompaakumpaa terapiaa kahdesti viikossa. Kolmen vuoden hoito osoittautui tulokselliseksi molemmissa ryhmissä, mutta skeemakeskeistä terapiaa saaneilla muutokset olivat merkitsevästi suurempia (taulukko 2).

Ensimmäinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus antoi siis näyttöä skeemakeskeisen psykoterapian tehosta epävakaan persoonallisuuden hoitona. On huomionarvoista, että hoito koostui ainoastaan yksilöpsykoterapiasta ja tehosi kaikkiin oireulottuvuuksiin. Tutkijat arvelevat skeematerapian tuloksellisuuden saattavan liittyä 1) mallin avoimuuteen ja läpinäkyvyyteen, 2) vanhemmuuden koettujen puutteiden osittaista korvaamista (limited reparenting) heijastavaan terapeutin suhtautumistapaan yhtenä keskeisenä hoidollisena asenteena, 3) lukuisiin struktuuria tuottaviin tekniikoihin ja strategioihin sekä 4) mahdollisuuteen ottaa yhteyttä terapeuttiin istuntojen välillä (Giesen-Bloo ym. 2006).

Kognitiivis-analyttinen psykoterapia

Kognitiivis-analyttisessä psykoterapiassa (KAT) epävakaan persoonallisuuden piirteiden ymmärretään heijastavan persoonallisuuden osittaista dissosiaatiota useammiksi minätiloiksi, joilla kullakin on omat tunnusomaiset piirteensä, jotka liittyvät mielialaan, tunteiden tunnistamiseen ja säätelyyn sekä vastavuoroiseen ihmissuhteissa ja itsesäätelyssä ilmenevään roolinmuodostukseen (reciprocal role repertoire). Potilas ja terapeutti pyrkivät tunnistamaan ja tutkimaan näitä usein nopeasti toisikseen vaihtuvia minätiloja tavoitteena itsehavainnoinnin ja integraation lisääntyminen. Näkökulma on näiltä osin samansuuntainen kuin skeematerapiassa. KAT:llä on yhtymäkohtia myös MBT:n kanssa, esimerkiksi keskittymisessä tunteiden tunnistamiseen ja itsesäätelyä edistävien vuorovaikutusten tarkasteluun. KAT:stä epävakaan persoonallisuuden hoidossa on julkaistu naturalistinen seuranta-tutkimus (Ryle ja Golyunkina 2000).

TAULUKKO 2. Satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset epävakaan persoonallisuuden psykoterapeuttisesta hoidosta. Mukailtu Liebin ym. (2004) artikkelista.

Hoitomuodot (potilaita)	Tutkimus	Mukaanottokriteerit	Kesto (v)	Keskeiset havainnot
DKT (24) vs tavanomainen psykiatrinen hoito (22)	Linehan ym. 1991, 1994	epävakaa persoonallisuus + ajankohtainen itsetuhoisuus naisella	1	DKT: itsemurhayritysten ja tarkoituksellisen itsensä vahingoittamisen väheneminen, vertailuryhmään nähden vähemmän terapian keskeytyksiä, päivystyskäyntien ja sairaalapäivien väheneminen, vihaisuuden väheneminen, sosiaalisen ja yleisen sopeutumisen lisääntyminen
DKT (12) vs tavanomainen päihde-/psykiatrinen hoito (16)	Linehan ym. 1999	epävakaa persoonallisuus + ajankohtainen huumeriippuvuus naisella (12 %:lla myös epäsosiaalinen persoonallisuus)	1	DKT: laittomien pähteiden käytön väheneminen, vertailuryhmään nähden vähemmän terapian keskeytyksiä, sosiaalisen ja yleisen sopeutumisen lisääntyminen
DKT + opioidikorvaushoito (11) vs validointi-DKT ilman muutosstrategioita + NA + opioidikorvaushoito (12)	Linehan ym. 2002	epävakaa persoonallisuus + opiaattiriippuvuus naisella (44 %:lla myös epäsosiaalinen persoonallisuus)	1	DKT: opiaattien käytön väheneminen
DKT (12) vs asiakaskeskeinen terapia (12)	Turner 2000	epävakaa persoonallisuus, lähete ensiapupoliklinikasta itsemurhayrityksen jälkeen	1	DKT: itsemurhayritysten ja muun tahallisen itsensä vahingoittamisen, sairaalapäivien, itsemurha-ajatusten, impulsiivisuuden, vihaisuuden ja masennuksen väheneminen, yleisen psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen
DKT (10) vs sotaveteraanien mielenterveyspalveluiden piirissä annettu tavanomainen psykiatrinen hoito (10)	Koons ym. 2001	epävakaa persoonallisuus naispuolisella sotaveteraanilla	0,5	DKT: itsetuhoajatusten, toivottomuuden, depression ja vihaisuuden ilmausten väheneminen
DKT (31) vs tavanomainen päihde-/psykiatrinen hoito (33)	Verheul ym. 2003	epävakaa persoonallisuus naisella (53 %:lla samanaikainen päihdehäiriö)	1 + seuranta 0,5 v	DKT: vähemmän terapian keskeytymisiä kuin vertailuryhmässä, impulsiivisen itsen vahingoittamisen väheneminen erityisesti niillä, joilla se oli lähtötilanteesta runsasta
DKT (52) vs epävakaan persoonallisuuden hoitoon erityisesti perehtyneiden ei-behavioraalisten terapeuttien kunnallinen psykiatrinen hoito (49)	Linehan ym. 2006	epävakaa persoonallisuus + ajankohtaiset itsemurhayritykset ja muu tahallinen itsensä vahingoittaminen naisilla	1 + 1 v:n seuranta	Molemmissa ryhmissä masennuksen, itsemurha-ajatusten ja itsetuhokäyttäytymisen merkitsevää vähenemistä DKT: itsemurhayritysten – erityisesti vakavien – väheneminen, itsetuhoisuuden vaarallisuuden väheneminen, vertailuryhmään nähden vähemmän terapian keskeytyksiä, sairaalahoidon ja päivystyskäyntien väheneminen
Psykoanalyttinen päiväsairaalahoito (MBT) (19) vs tavanomainen psykiatrinen hoito (19)	Bateman ja Fonagy 1999, 2001, 2004	epävakaa persoonallisuus	1,5 + seuranta 1,5 v	MBT: itsetuhokäyttäytymisen, itsemurhayritysten, sairaalahoidon, ahdistuneisuuden ja depression väheneminen, sosiaalisen ja yleisen sopeutumisen lisääntyminen, persoonallisuuden vakaantuminen, terveyspalvelujen käytön ja hoitokustannusten väheneminen, monissa muuttujissa havaittujen hoitovaikutusten vahvistuminen
SFT (44) vs TFP (42)	Giesen-Bloo ym. 2006	epävakaa persoonallisuus	3	Molemmissa ryhmissä merkitsevää paranemista epävakaan persoonallisuuden kaikkien oireulottuvuuksien suhteen, yleisen psykopatologian ja elämänlaadun paranemista, muutosta persoonallisuuden piirteissä, SFT-ryhmässä kaikilla mittareilla arvioituna enemmän toipuminen (BPDSI-IV:llä mitattuna) SFT: 45,5 % TFP: 23,8 % merkitsevää korjaantumista (BPDSI-IV:llä mitattuna): SFT: 65,9 % TFP: 42,9 % hoidossa pysyminen: SFT 73,3 % TFP 48,8 %

DKT = dialektinen käyttäytymisterapia, MBT = mentalisaatioon perustuva terapia, SFT = skeemakeskeinen terapia, TFP = transferensikeskeinen psykoterapia, NA = Nimettömät narkomaanit, BPDSI-IV = borderline personality disorder severity index, neljäs versio

Psykodynaamiset psykoterapiat

Mentalisaatioon perustuva psykoterapia (MBT). Mentalisaatiolla tarkoitetaan kehityksellisesti syntyvää kykyä ajatella omia ja toisten mielentiloja ja itseä suhteessa muihin ihmisiin sekä kykyä käsitellä tunteita ja asioita mielensisäisesti ja ilmaista niitä (Bateman ja Fonagy 2004). Kiintymyssuhteen häiriintymisen – erityisesti jäsentymättömän ja huonosti organisoituneen kiintymyssuhdemallin – oletetaan voivan johtaa mentalisaatiokyvyn kehittymättömyyteen ja minän rakentumisen puutteellisuuteen. Toisin kuin Linehan, joka pitää emotionaalisen säätelyn häiriötä epävakaan persoonallisuuden ydinongelmana, Bateman ja Fonagy näkevät affektiivisen epävakaan ja impulsiivisuuden sekundaarisina, seurauksina mentalisaatiokyvyn vaillinaisuudesta. Omien mielentilojen tunnistamisen vaikeus ilmenee myös tyhjyyden tunteena ja kaoottisina ja eriytymättöminä minätiloina. Erityisesti läheisissä ihmissuhteissa ja psyykkisen kuormituksen hetkinä voi tunne-elämän epävakaudesta kärsivien jo primaaristi vaillinainen mentalisaatiokyky heikentyä lähes olemattomaksi.

MBT nojautuu psykodynaamiseen kehitysteoriaan, ja siinä yhdistyy piirteitä psykoanalyttisestä objektsuhdeteoriasta (mm. Kernberg ym. 1989) ja kiintymyssuhdeteoriasta (Bateman ja Fonagy 2004). MBT:n tärkeimmäksi tehtäväksi epävakaan persoonallisuuden hoidossa nähdään mentalisaatiokyvyn kesken jääneen kehityksen käynnistäminen. Päätaavoitteena on vakauttaa potilaan kokemusta itsestä, mikä luo pohjaa kyvyllä muodostaa turvalliseen kiintymyssuhteeseen perustuvia turvallisia ihmissuhteita (Bateman ja Fonagy 2004) ja kyvyllä havainnoida ja ilmaista tunteita. Potilas ja psykoterapeutti työstävät yhdessä potilaan kokemuksia ja tunnetiloja käytännönläheisesti, tässä ja nyt. Psykoterapeutti auttaa empaattisesti potilasta ymmärtämään ja nimeämään tunnetiloja, näkemään niiden mieli ja sijoittamaan niitä kulloiseenkin vuorovaikutukselliseen yhteyteen, erityisesti suhteessa psykoterapeuttiin.

Potilaiden tunteidenprosessointikyvyn vaillinaisuutta pidetään tärkeänä seikkana: ei oleteta, että potilas hoidon alussa kykenisi ilmaisemaan

tunteita sanallisesti, vastustamaan toimintayllykkeitä tai refleктоimaan itseään. Toisin kuin persoonallisuudeltaan neuroottisoiden potilaiden psykodynaamisissa terapioissa epävakaan persoonallisuuden MBT:ssä hoidon fokuksena ei ole tunteensiirto (transferenssi) menneisyyden toistona eikä tiedostamattomaan liittyviä tulkin-toja käytetä. Transferenssia lähestytään potilaan ja terapeutin nykysuhteessa nimeämällä potilaan kanssa kaoottisesta tunnemassasta hänen tunteitaan (Bateman ja Fonagy 2004, Keinänen 2006).

Batemanin ja Fonagyn (1999, 2001) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa selvitettiin mentalisaatiokyvyn lisäämiseen tähtäävän päiväsairaalahoiton vaikuttavuutta vaikeaoireisessa epävakaassa persoonallisuushäiriössä. Hoito-ohjelma koostui viikoittaisesta psykoanalyttisesti suuntautuneesta yksilöterapiasta, kolmesti viikossa toteutettavasta psykoanalyttisestä ryhmäpsykoterapiasta, luovan terapian ryhmistä, viikoittaisista yhteisötapaamisista ja kuukausittaisesta lääkehoidon seurannasta.

Päiväsairaalahoitoa saaneiden potilaiden vointi parani merkittävästi verrattuna tavanomaista psykiatrista hoitoa saaneiden verrokkien vointiin. Itsemurhayritykset ja muu itsetuhokäyttäytyminen, sairaalahoiton tarve, ahdistuneisuus ja depressio vähenivät ja sosiaalinen ja yleinen sopeutuminen lisääntyivät (taulukko 2). Keskipitkässä 18 kuukauden seurannassa (Bateman ja Fonagy 2001) vaikuttavuus kohdeoireisiin nähden säilyi tai jopa voimistui. Ryhmäpsykoterapia tosin jatkui kahdesti viikossa seurannan aikana. Terveyspalvelujen käyttö ja hoitokustannukset olivat hoitoryhmässä pienemmät kuin verrokki-ryhmässä.

Eräät satunnaistamattomat seurantatutkimukset (mm. Stevenson ym. 2005) tukevat käsitystä psykoanalyttisen psykoterapian ja psykoedukaation aikaansaamien muutosten pitkäaikaisuudesta. Psykodynaamisen kehitysteorian mukaan persoonallisuuden organisaation vakaantuminen on hoidon kannalta ratkaisevaa (Kernberg ym. 1989, Keinänen 2006). On ajateltu, että psyykkisen sitomiskyvyn kehittymiseen perustuva kyky tunteiden psyykkiseen säätelyyn takaa hoidon tulosten pysyvyyden (Keinänen 2006).

Transferenssikeskeinen psykoterapia (TFP).

Transferenssikeskeinen psykoterapia on psykodynaaminen psykoterapia, jolla on spesifinen yhtenäinen objektsuhdeteoreettinen viitekehys ja manualisoitu hoitotekniikka. Se perustuu Kernbergin ym. (1989) kehittämään rajatilapersoonallisuusorganisaation (BPO) käsitteeseen, jota määrittää neljä keskeistä piirrettä: identiteettidiffuusio, varhaiset puolustusmekanismit, pääasiassa toimiva realiteettitestaus ja objek-

Alpratsolaami saattaa heikentää kykyä hallita tunneimpulsseja

tisuhteiden epävakaus. BPO:n etiologia käsittää geneettisen alttiuden ohella mm. varhaisen kiintymyssuhteen patologian, varhaisen trauman (esim. separaatiotrauma tai seksuaalinen hyväksikäyttö) tai perhepatologian.

TFP on avohoidossa kahdesti viikossa toteutettava yksilöpsykoterapia, joka kestää yleensä vuoden. Sen tekniikka perustuu keskeisesti BPO:n spesifisiin kahdenvälisiin objektsuhteisiin, joita hallitsee halkomisen (splitting) käyttö puolustusmekanismina. Itse ja tunnetasolla tärkeä toinen on jaettu mielessä hyviin ja pahoihin osaobjektsuhteisiin, jotka potilas ulkoistaa (transferoi) hoitosuhteeseen. Tämä mahdollistaa niiden käsittelyn tässä ja nyt vuorovaikutuksessa. Hoidossa tavoite on näiden halottujen osaobjektsuhteiden integraatio ja asteittainen siirtyminen ehyiden, vakaiden ihmissuhteiden maailmaan. Tähän tavoitteeseen psykoterapeutti pyrkii yhdessä potilaan kanssa spesifisellä manualisoidulla hoitotekniikalla.

Yhdysvalloissa on meneillään TFP:stä satunnaistettu tutkimus, jonka tulokset ovat valmistumassa (Clarkin ym. 2004). Giesen-Bloon ym. (2006) vertailussa kognitiiviseen skeematerapiaan TFP selviytyi heikommin, mutta molemmissa hoitoryhmissä tapahtui merkittävää toipumista.

Ryhmäpsykoterapia

Interpersonaalista ryhmäpsykoterapiasta epävakaan persoonallisuuden hoidossa on julkaistu yksi satunnaistettu, kontrolloitu vuoden mittai-

nen tutkimus. Terapia koostui 25 viikoittaisesta puoleltoista tunnin istunnosta ja viidestä niiden jälkeisestä istunnosta kahden viikon välein. Verrokkiryhmä sai psykodynaamista yksilöpsykoterapiaa kerran tai kahdesti viikossa.

Molemmissa ryhmissä potilaiden oireet vähenivät merkitsevästi. Muun muassa käyttäytymisen hallinta ja sosiaalinen sopeutuminen lisääntyivät ja yleiset psykiatriset oireet ja mielialaoireet vähenivät (Munroe-Blum ja Marziali 1995).

Lääkehoito

Epävakaan persoonallisuuden hoidon osana voidaan käyttää lääkitystä, mutta tutkimuspohja on sen osalta kovin puutteellinen (Binks ym. 2006a). Saavutettavat hoitovasteet ovat tavallisesti kliinisesti merkittäviä mutta vain osittaisia. Perusteettomaan polyfarmasiaan ajautumisen vaara on suuri, ja itsetuhotarkoituksessa otetun yliannoksen riski on aina huomioitava lääkkeitä määrättäessä. Hoito kohdennetaan yleensä joihinkin persoonallisuushäiriön olennaisiin piirteisiin tai muihin samanaikaisiin oireyhtymiin (APA 2001, Lieb ym. 2004). Tuloksellisuuden luotettava arviointi vaatii yleensä kuukausien hoitajakson. Monihäiriöisyyden hoidossa on olennaista saada mahdollinen päihdehäiriö ensiksi hallintaan. Masennustilan tai ahdistuneisuushäiriön hoidossa on mielekkäintä valita epävakaan persoonallisuuden oirekuvan kannalta hyödyllinen lääke, yleensä serotoniinin takaisinoton estäjä (SSRI) (Depressio: Käypä hoito-suositus 2004).

Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää affektiivista epävakautta on pyritty hoitamaan erityisesti SSRI-lääkkeillä. Parhaiten tutkittu on fluoksetiini (Coccaro ja Kavoussi 1997), mutta myös sertraliini ja venlafaksiini saattavat olla hyödyksi. Tuoreen Cochrane-katsauksen mukaan SSRI-lääkkeet ovat suositeltavimpia (Binks ym. 2006a). Useissa tutkimuksissa on saavutettu eniten hyötyä suurilla annoksilla (fluoksetiinia 60–80 mg/vrk), mutta pienemmätkin annokset ovat usein tehonneet. Masennuslääkehoito voidaan yleensä aloittaa pienellä annoksella, ja tarvittaessa annosta lisätään myöhemmin. Olantsa-

piinin ja fluoksetiinin yhtäaikainen käyttö saattaa olla tehokkaampaa pelkkään fluoksetiiniin verrattuna (Zanarini ym. 2004).

Potilaiden taipumusta impulsiiviseen ja aggressiiviseen purkaukselliseen käytökseen on pyritty hallitsemaan mielialaa tasaavilla lääkkeillä. Parhaiten vaikuttavaksi tässä suhteessa on osoitettu valproaatti (Hollander ym. 2001, 2005). Menestyksellisesti on käytetty myös karbamatsepiinia (Cowdry ja Gardner 1988), topiramaattia (Nickel ym. 2004, 2005) ja lamotrigiinia (Tritt ym. 2005). Omega-3-rasvahapoista etyyllieikosapentaenihappo (E-EPA) saattaa olla hyödyksi (Zanarini ja Frankenburg 2003). Bentsodiatsepiineista voi olla haittaa – ainakin alpratsolaami saattaa joillakin potilailla suurina annoksina (4–5 mg/vrk) heikentää kykyä hallita tunneimpulsseja (Cowdry ja Gardner 1988).

Taipumusta lyhytaikaisiin todellisuudentajun häiriöihin (ohimenevät harhaluulot, aistiharhat ja -illuusiot) on aiemmin yritetty lievittää pienannoksisella neuroleptilääkityksellä vaihtelevin tuloksin. Atyypisistä psykoosilääkkeistä olantsapiini annoksilla 5–20 mg vaikuttaa tehokkaalta paitsi psykoottisten taipumusten hallinnassa myös laaja-alaisemmin tunne-elämän epävakauden kannalta (Zanarini ym. 2004, Soler ym. 2005). Myös risperidonista, ketiapiinista ja klotsapiinista on pienissä tutkimuksissa vaikuttanut olevan hyötyä. Lääkehoidon ja dialektisen käyttäytymisterapian yhdistäminen on todennäköisesti tehokkaampaa oireiden hallinnan kannalta kuin pelkkä DKT (Soler ym. 2005).

Lopuksi

Epävakaan persoonallisuuden hoito kehittyy. Uusia psykoterapeuttisia menetelmiä on luotu ja niiden vaikuttavuutta tutkittu, lääkehoidon vaihtoehdot ovat laajentuneet, ja arvovaltaisia hoitosuosituksia on julkaistu. Epävakaan persoonallisuuden hoitoa käsittelevä Käypä hoito -työryhmä on aloittanut työn-

sä Suomessa. Lupaavasta kehityksestä huolimatta myös tietopohjan monet rajoitukset on syytä nähdä selkeästi (Binks ym. 2006a, b). Erityisen ongelmallisia ovat yhä hoitotulosten yleistettävyyteen, vaikuttaviin tekijöihin ja pysyvyyteen liittyvät kysymykset.

Dialektinen käyttäytymisterapia on laajimmin satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa tutkittu epävakaaseen persoonallisuuteen kohdennettu, useita menetelmiä hyödyntävä hoito. Se näyttää vaikuttavalta erityisesti häiriöön liittyvän itsetuhokäyttäytymisen ja impulsiivisuuden osalta. Olennaisesti samansuuntaisia tuloksia on saatu useissa tutkimuksissa eri maissa, joten hoitomuotoa voitaneen soveltaa erilaisissa toimintaympäristöissä. Tutkimuksiin liittyvissä yhden vuoden seurantatutkimuksissa on kyetty osin todentamaan muutosten pysyvyys, parhaiten itsetuhoisuuden ja impulsiivisuuden osalta (Linehan ym. 1991, 1994 ja 2006, Verheul ym. 2003, van den Bosch ym. 2005). Skeematerapian vaikuttavuuteen kohdistuvia jatkotutkimuksia on meneillään.

Mentalisaatioon perustuvaa psykoterapiaa on tutkittu toistaiseksi vain osana laajempaa hoito-ohjelmaa pienehkössä potilasotoksessa (Ba-

YDINASIA T

- **Epävakaan persoonallisuuden hoitomuodoista keskeisimmät ovat mentalisaatioon perustuva terapia, dialektinen käyttäytymisterapia ja skeemakeskeinen terapia.**
- **Dialektinen käyttäytymisterapia on laajimmin satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa tutkittu epävakaan persoonallisuuden monimenetelmäinen hoito.**
- **Mentalisaatio- tai metakognitiivisen kyvyn ajatellaan lisääntyvän eri terapiamuodoissa potilaan kokemusten yhteisen tarkastelun seurauksena.**
- **Psykiatrasta lääkohoitoa voidaan kohdentaa joihinkin persoonallisuushäiriön olennaisiin piirteisiin tai muihin samanaikaisiin oireyhtymiin, mutta perusteettomaan polyfarmasiaan ajautumisen vaara on suuri.**

teman ja Fonagy 1999, 2001, 2004). Lupaavat hoitotulokset ovat kyllä olleet johdonmukaisia (Bateman ja Fonagy 2001, 2004), mutta niiden yleistettävyyttä jää vielä avoimeksi. Psykoanalyttistä psykoterapiaa on lisäksi tutkittu pitkäaikaisissa satunnaistamattomissa tutkimuksissa (mm. Stevenson ym. 2005). On tarpeellista tutkia vaikuttavuutta vielä uusissa ja laajemmissa potilasaineistoissa, ja tällaisia tutkimuksia onkin meneillään.

Näiden jo vakiintumassa olevien hoito-ohjelmien ohella tutkitaan parhaillaan ainakin psykodynaamisen psykoterapian (Stevenson ym. 2005), psykodynaamisen transferenssikeskeisen terapian (Clarkin ym. 2004), kognitiivis-

*Tunne-elämän epä-
vakaudesta kärsivien
potilaiden ei ole helppo
sitoutua hoitoon, eikä
heitä ole helppo hoitaa*

lyyttisen terapian (Ryle ja Golykina 2000), psykoedukaatiivisen STEPPS-ohjelman (Blum ym. 2002) sekä lääkehoidon tehokkuutta ja käyttöä osana

kokonaishoitoa. Myös Tampereella päiväsairaalahoidossa kehitetty psykoanalyttiseen objektisuhdeteoriaan perustuva hoitomalli vaikuttaa tulokselliselta (Vikeväinen-Tervonen 2005). Kaikkien näiden kokeellisten hoitojen vaikuttavuus on avoin.

Epävakaan persoonallisuuden hoidossa vaikuttavilla menetelmillä on joitakin yhteisiä piirteitä (taulukko 3). Niitä ovat koherentti ohjelma, joka DKT:ssä ja MBT:ssä koostuu useammasta hoitomuodosta, vähintään yksilö- ja ryhmäterapiasta samanaikaisesti. DKT, skeematerapia, TFP ja MBT toimivat avoimesti siten, että potilas tietää, miten hoitavat henkilöt hänen vaikeuksiaan ymmärtävät. Muita yhteisiä piirteitä ovat mm. terapeutin ja työryhmän omaa toimintaansa korostuneesti punnitseva ja potilaan kokemusta validoiva asenne sekä mentalisaatio- tai metakognitiivisen kyvyn vajausten merkityksen ymmärtäminen.

Bateman ja Fonagy (2004, 2006) sekä Linehan (1993) korostavat hoidossa joustavuuden merkitystä tiukkojen käyttäytymiselle ja osallistumiselle asetettujen tavoitteiden asemesta. Ensin mainittujen mukaan mentalisaatiokyvyn kehittä-

TAULUKKO 3. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa vaikuttaviksi todettujen hoitomuotojen yhteisiä piirteitä.

Painopiste vuorovaikutuksellisten vaikeuksien ymmärtämisessä ja hoitamisessa
Selkeä rakenne ja yhtenäinen taustateoria
Johdonmukainen ja luotettava toteutus
Monien menetelmien käyttö tarpeen mukaisesti
Selkeä fokusointi
Eksplisiittisyys
Suhteellisen pitkä kesto (vähintään yksi vuosi)
Joustavuus
Tarpeenmukainen intensiteetti
Yksilöllisyys
Terapeutin ja työryhmän tiivis työnohjaus
Yhdistäminen muihin palveluihin

minen turvallisten kiintymyssuhteiden puitteissa on keskeisintä epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Tämä kyky lisääntyy eri terapioissa potilaan kokemusten yhteisen tarkastelun seurauksena (Bateman ja Fonagy 2004). Kognitiivisessa psykoterapiassa sovellettu metakognitiivisen kapasiteetin käsite on hyvin lähellä mentalisaation käsitettä. Näkemykset hoidon olennaisista elementeistä eivät siis ole kaukana toisistaan: kaikissa malleissa keskeisenä on pyrkimys saavuttaa asteittain jatkuvampaa ja vakaampaa kokemusta itsestä. Tosin MBT:ssä mentalisaation kehittymisen nähdään tapahtuvan turvallisessa terapiasuhteessa pääosin tiedostamattomana ja ei-tahdonalaisena mielen rakentumisena (Bateman ja Fonagy 2004, Keinänen 2006), kun taas kognitiivisen psykoterapian piirissä ajatellaan metakognitiivisen kyvyn ja tunnesäätelyn kehittymisen olevan myös opittavissa.

Maassamme on merkittävä pula persoonallisuushäiriöpotilaiden hoitoon erikoistuneista hoitoyksiköistä. Tarvetta yhtenäisen, portaittaisen hoitoketjun luomiselle strukturoituine, tarpeenmukaisine hoito-ohjelmineen kyllä olisi. Erikoistunut ja kohdennettu hoito voisi pidemmällä aikavälillä olla myös kustannustehokasta (Bateman ja Fonagy 2004). Tunne-elämän epävakaudesta kärsivien potilaiden ei ole helppo sitoutua hoitoon, eikä heitä ole helppo hoitaa. Hyvin suunnitellut, jäsentyneet ja nimenomaan persoonallisuushäiriöpotilaiden erityisongelmiin keskittyvät hoito-ohjelmat veisivät kehitystä merkittävästi eteenpäin.

Kirjallisuutta

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158 (10 Suppl):1–52.
- Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of schema mode model for borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005;36:226–39.
- Bateman A, Fonagy P. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;188:1–3.
- Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford University Press, 2004.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36–42.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563–9.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(a);(1):CD005653.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(b);(1):CD005652.
- Blum N, Pfohl B, John DS, ym. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder – a preliminary report. *Compr Psychiatry* 2002;43:301–10.
- Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, ym. The personality disorders Institute/Borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord* 2004; 18:52–72.
- Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1081–8.
- Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranlylcypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:111–9.
- Depressio [verkkoulkaisu]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2004 [päivitetty 29.1.2004]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi.
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, ym. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649–58.
- Hollander E, Allen A, Lopez RP, ym. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62:199–203.
- Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TB. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162:621–4.
- Holmberg N, Karila I. Persoonallisuushäiriöt. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Jyväskylä: Duodecim, 2001.
- Keinänen M. Psychosemiosis as a key to body-mind continuum: the reinforcement of symbolization-reflectiveness in psychotherapy. New York: Nova Science Publishers, 2006.
- Keinänen M, Lahti I, Pylkkänen K. Psykoterapia ja näyttöön perustuva lääketiede – mielen vuorovaikutuksellinen tieteenteoria. *Suom Lääkäril* 2006;61:1221–7.
- Kernberg O, Selzer M, Koenigsberg H, ym. Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. New York: Basic Books, 1989.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, ym. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001;32:371–90.
- Leiman M. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim* 2004;120:2645–53.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, ym. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364:453–61.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, ym. Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060–4.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, ym. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757–66.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, ym. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002;67:13–26.
- Linehan M, Heard H, Armstrong H. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1994;50:971–4.
- Linehan MM, Schmidt HI, Dimeff LA, ym. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999;8:279–92.
- Liotti G. The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: a cognitive-evolutionary approach. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly* 2002;3:349–66.
- Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Person Disord* 1995; 9:190–8.
- Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, ym. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;57:495–9.
- Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, ym. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1515–9.
- Ryle A, Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *Br J Med Psychology* 2000;73:197–210.
- Soler J, Pascual JC, Campins J, ym. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:1221–4.
- Stevenson J, Mearns R, D'Angelo R. Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychol Med* 2005;35:79–87.
- Strupp HH, Schacht TE, Henry WP. Problem-treatment-outcome congruence: a principle whose time has come. Kirjassa: Dahl H, Kächele H, toim. Psychoanalytic process research strategies. New York: Springer, 1988, s. 1–14.
- Tritt K, Nickel C, Lahmann C, ym. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol* 2005;19:287–91.
- Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract* 2000;7:413–9.
- Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, ym. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005;43:1231–41.
- Verheul R, Van den Bosch LM, Koeter MW, ym. Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003;182:134–40.
- Vikeväinen-Tervonen L. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden päiväsaairaalahoito Tampereella – objektiivisuuksiteoriaan perustuva tuloksetutkimus. *Suom Lääkäril* 2005;60:3273–8.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65:903–7.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry* 2003;160:167–9.
- Wampold BE. The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah, London, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate Publishers, 2001.

MAARIA KOIVISTO, LL, erikoislääkäri
HUS, Jorvin sairaala, Espoonlahden psykiatrian poliklinikka
02320 Espoo

MATTI KEINÄNEN, LKT, dosentti
matti.keinanen@pp.fimnet.fi
Turun yliopisto ja
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö
20540 Turku

ERKKI ISOMETSÄ, professori, ylilääkäri
erkki.isometsa@hus.fi
HYKS, Psykiatriakeskus
PL 590, 00029 HUS