

Epävakaan persoonallisuushäiriön piirteiden kehittyminen lapsuudessa ja nuoruudessa

Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos

Nuorisopsykiatria

Sakarias Lintunen

29.03.2026

Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu

Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Syventävien opintojen opinnäytetyö

Tutkinto-ohjelma, oppiaine: Nuorisopsykiatria

Tekijä: Sakarias Lintunen

Otsikko: Epävakaan persoonallisuushäiriön piirteiden kehittyminen lapsuudessa ja nuoruudessa

Ohjaaja: LT Katri Lahti

Sivumäärä: 26 sivua

Päivämäärä: 01.04.2026

Epävakaa persoonallisuushäiriö on vakava mielenterveyden häiriö, joka alkaa tyypillisimmin nuoruudessa. Häiriöön liittyy korkea itsemurhariski, runsas oheissairastuvuus ja lisääntynyt terveydenhuollon palveluiden käyttö. Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyyden on aikuisväestössä arvioitu olevan 1–3 %. Häiriön varhainen tunnistaminen on tärkeää, mutta sen kehittymisestä ja ilmenemisestä nuoruudesta on rajallisesti tietoa. Syventävän opinnäytetyön tarkoitus on lisätä ymmärrystä epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymisestä lapsuudessa ja nuoruudessa. Työ toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena: haku käsitti 1249 julkaisua, joista 28 sisällytettiin narratiiviseen katsaukseen. Kirjallisuuden mukaan keskeiset teorit tunne-elämän epävakaan kehityksen taustalla ovat mentalisaatioteoria, biopsykososiaalinen malli ja haavoittuvuus-stressimalli. Häiriön kehittymiselle altistavat lapsen varhaiset temperamenttipiirteet, liitännäissairaudet sekä ympäristötekijät, ja sitä ylläpitävät moninaiset psykologiset prosessit. Lisätutkimusta tulisi suunnata siten, että se tukisi jatkossa kehitykseen liittyvän tuen tarpeessa olevien nuorten tunnistamista ja hoidon kohdentamista.

Avainsanat: epävakaa persoonallisuus, persoonallisuushäiriö, nuoret, nuorisopsykiatria, lapsuuden kehitys

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
1.1	Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi	5
1.2	Psykologiset teoriat epävakaan persoonallisuushäiriön taustalla	6
2	Aineisto ja menetelmät	8
2.1	Hakulauseke	8
2.2	Artikkeleiden rajaus kehitysnäkökulmasta	8
2.3	Vuokaavio hakuprosessista	10
2.4	Kirjallisuuskatsauksessa esiintyvät tilastolliset tunnusluvut	11
3	Tulokset	12
3.1	Epävakaan persoonallisuushäiriön kehitykseen liittyvät tekijät	12
3.1.1	Lapsuuden kasvuympäristö ja kasvatukseen liittyvät tekijät	12
3.1.2	Temperamenttipiirteet	13
3.1.3	Psykiatrinen sairastavuus ennen persoonallisuushäiriödiagnoosia	14
3.1.4	Eksternalisoivat oireet	15
3.1.5	Internalisoivat oireet	16
3.1.6	Itsetuhoisuus nuoruuden epävakauden oirekuvassa	17
3.2	Nuoruusiän vaikutus oireiden ilmenemiseen	18
3.2.1	Oirekuvan pysyvyys nuoruudessa	19
3.3	Sukupuolen vaikutus tunne-elämän epävakauteen	19
4	Pohdinta	21
	Lähteet	23

1 Johdanto

Epävakaalla persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan kokonaisuutta, jossa yksilön tunne-elämän, ihmissuhteiden ja käyttäytymisen osa-alueilla säätely on häiriintynyt.

Epävakauteen liittyy mielialaoireita, itsetuhoista käytöstä ja merkittävä somaattinen ja psyykkinen oheissairastavuus (1). Potilaille tyypillistä on runsas terveystalvaiden käyttö, toimintakyvyn ongelmat sekä heikompi koulutus- ja työelämäosallisuus.

Epävakaudesta kärsivien potilaiden koettu elämänlaatu on usein heikko, ja potilaille tyypillistä on laaja somaattinen ja psykiatrinen oheissairastavuus. Häiriöön liittyy kaksinkertainen kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna kahden vuoden seurannassa. (2)

Tunne-elämän epävakaas ja epävakaan persoonallisuushäiriön piirteet ovat osin päällekkäisiä tavallisen lapsuuden ja nuoruusiän kehityksen kanssa. Voimakkaat tunnevaihtelut, identiteetin murros, impulsiivisuus ja kokeilunhalu mielletään tavanomaisiksi nuoruudessa ilmeneviksi piirteiksi. (3) Normatiiviseen kehitykseen kuuluvien epävakaiden piirteiden määrän on havaittu hitaasti laskevan nuoruusiästä kohti aikuisuutta: piirteiden määrä pysyy vakaana tai hitaasti laskusuuntaisena ikävuosien 14–17 välillä laskun ollessa voimakkaampaa n. 17 ikävuodesta eteenpäin. Aiemman tutkimuksen perusteella niillä nuorilla, joille myöhemmin asetetaan epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi, epävakaat piirteet kuitenkin lisääntyvät juuri ikävuosien 14–17 välillä, mikä poikkeaa ns. nuoruusikään kuuluvasta normatiivisesta epävakaudesta. (4) Nuoren identiteetin ja minäkuvan ollessa jatkuvassa muutoksessa pitkälle aikuisuuteen asti, nuoruus mielletään alttiiksi ajanjaksoksi persoonallisuushäiriön kehittymiselle (5).

Tähän normaalin kehityksen näkökulmaan liittyen, on diagnoosin asettamisen kynnyistä aiemmin pidetty hyvin korkeana ja diagnoosien asettamisesta jopa pidättäytytty. Nykytiedon mukaan häiriötasoinen oirekuva on viimeistään keskinuoruudessa erotettavissa normatiivisesta nuoruusikäisen epävakaudesta. Häiriötasoisen oirekuvan kulku on vakaa ja sille voidaan tunnistaa useita ennustavia tekijöitä varhaisnuoruudessa. (5)

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyyden on aikuisväestössä arvioitu olevan 1–3 % (1). Nuorilla psykiatrisen avohoidon potilailla esiintyvyyden arvio on 11 % ja psykiatrisista vuodeosastopotilaista 30–49 % täyttää häiriön kriteerit (6).

Tutkimustiedon mukaan nuoret saattavat oireilla voimakkaasti jo 12–14-vuotiaina (4).

Epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymistä ei täysin tunneta, mutta häiriölle altistavia tekijöitä ovat temperamenttipiirteet (7) sekä sosiaalinen ympäristö, perheolot ja lapsen kokema kaltoinkohtelu (8).

Huolimatta edistyksistä persoonallisuustutkimuksen saralla, nuorilla tunne-elämän epävakaas saattaa edelleen olla alidiagnosoitua. Diagnoosin asettamatta jättämisen taustalla on usein ongelmien mieltäminen väliaikaisina, minkä seurauksena epävakaat nuoret saattavat jäädä vaille tarvitsemaansa hoitoa. Nuorten epävakaan hoitoon suunnatuista hoitomuodoista on rajallisesti näyttöä, ja alidiagnostiikka voi vaikeuttaa hoitomuotojen kehittämistä tulevaisuudessa. (9)

Persoonallisuushäiriöiden kehitys on lisääntyvän mielenkiinnon kohteena. Tämän syventävän opinnäytetyön tarkoitus on perehtyä epävakaan persoonallisuushäiriön kehitykseen lapsuudessa ja nuoruudessa.

1.1 Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi

Psykiatrisessa asiayhteydessä tautiluokitusta lähestytään usein eurooppalaisen ICD-10- ja yhdysvaltalaisen DSM-5-järjestelmän kautta. Suomessa käytetyn ICD-10:n mukaan impulsiivisen alatyypin kriteerit täyttyvät, mikäli potilas täyttää persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit ja oirekuvaan liittyy taipumus käyttäytyä riitaisasti ja joutua ristiriitatilanteisiin muiden kanssa. Riitatilanteet liittyvät usein muiden pyrkimyksiin estää tai arvostella potilaan käytöstä. Lisäksi potilaan on täytettävä vähintään kaksi seuraavista: epävakaa ja oikukas mieliala, impulsiivisuus, alttius vihaisille ja väkivaltaisille pyrkimyksille ilman näiden asianmukaista itsehillintää tai toiminnan ylläpitämisen kyvyttömyys ilman välitöntä palkkiota. Rajatilamuotoisen alatyypin kriteerit puolestaan täyttyvät potilaan täyttäessä persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit sekä vähintään kolme edellä kirjatun impulsiivisen alatyypin oirelistauksesta ja lisäksi ainakin kaksi seuraavista: minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautuneisuuden epävarmuus ja häiriintyneisyys, taipumus

intensiivisiin ja epävakaasiin ihmissuhteisiin ja niiden tuomiin tunne-elämän kriiseihin, liiallinen hylätyksi tulemisen välttäminen, toistuva itsensä vahingoittaminen tai sillä uhkailu sekä jatkuva tyhjyyden tunne. (10)

1.2 Psykologiset teorit epävakaan persoonallisuushäiriön taustalla

Tunne-elämän epävakaan piirteitä on pyritty selittämään erilaisten mielen prosessien avulla. Mentalisaatio, eli kyky ymmärtää omaa ja muiden käyttäytymistä tunteiden ja ajatusten kautta, on ollut pitkään merkittävä taustateoria ja viitekehys epävakaan persoonallisuushäiriön tutkimuksessa. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liitetyn haitallisen käytöksen ajatellaan olevan reaktio poikkeavaan/virheelliseen mentalisaatioon tilanteissa, joissa henkilöllä viriää voimakas usein negatiivinen tunne. Sharp ja kollegat tutkivat Fonagyn kehityksellistä mallia, jonka mukaan mentalisaatio kehittyi turvallisten kiintymyssuhteiden kautta. Toisin sanoen mallin mukaan kiintymyssuhteiden turvattomuus johtaisi mentalisaation kehityksen häiriintymiseen. Aiempien teoreetikkojen pohtiman mentalisaatiokyvyn puutteellisuuden rinnalle on noussut teoria siitä, että epävakaan taustalla voisikin olla liiallinen mentalisaatiotaipumus. Varhaisten kiintymyssuhteiden vaikutus oirekuvaan ilmenisi hypermentalisaatioteorian mukaan häiriintyneen tunnesäätelyn kautta. (6)

Haavoittuvuus-stressimallilla on pyritty selittämään persoonallisuushäiriön kehittymistä: yksilön emotionaalinen haavoittuvuus yhdistettynä kuormittaviin ympäristötekijöihin käynnistäisivät häiriön kehityskulun. Kirjallisuudessa esitetty esimerkki haavoittuvuudesta ja ympäristön kuormituksesta on varhaisen temperamentin yhteisvaikutus kiusaamiskokemuksen kanssa. (11)

Epävakaudelle spesifimpi teoria, Linehanin biopsykososiaalinen malli, pohjaa haavoittuvuus-stressimalliin. Mallilla on selitetty tunne-elämän epävakaas yksilön alttiuden ja invalidoivan ympäristön yhteisvaikutuksen kautta: altistavia piirteitä omaava yksilö kehittää häiriön kasvuympäristössä tapahtuvan vuorovaikutuksen seurauksena. Piirteet heijastuvat edelleen ympäristöön, mahdollisesti muovaten siitä vielä invalidoivamman. Mallille välilliseksi on osin epäilty eräänlaista psykologisesta joustavuudesta etäännyttä eli tilannetta, jossa yksilö välttää oman sisäisen maailman

kohtaamista. Taipumuksen on arveltu ennustavan epävakaan persoonallisuuden piirteiden määrän kasvua nuoruudessa. (12)

Teorioita yhdistävä nuoren kehityksen urautuminen selittää normatiivisesta epäsuotuisten persoonallisuuspiirteiden laskusta poikkeavaa tilannetta, jossa epävakaiden piirteiden määrä vakiintuu nuoruudessa ja vaikeissa tapauksissa jopa lisääntyy. (8)

2 Aineisto ja menetelmät

2.1 Hakulauseke

Syventävä opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa haettiin PubMed- ja PsycInfo-tietokannoista. Hakulauseketta muodostettaessa haku kohdennettiin tunne-elämän epävakaan kehitymistä lapsilla ja nuorilla käsitteleviin julkaisuihin. Hakulauseke on kuvattu taulukossa 1. Vain englanninkieliset julkaisut, jotka olivat luettavissa Turun yliopiston lisenssillä, huomioitiin. Hakua ei rajattu julkaisupäivämäärän mukaan. Valtaosa kirjallisuudesta oli länsimaalaiseen aineistoon perustuvaa.

Taulukko 1. Hakulausekkeessa huomioidut seikat.

OR-operaattoreilla erotellut hakusanat yhdistettiin toisiinsa lopulliseksi lausekkeeksi AND-operaattoreilla.

Diagnoosi	Kehitysnäkökulma	Ikäriteeri
("Borderline personality" OR "Borderline personality disorder" OR "Borderline traits")	Development	(Adolescent* OR Youth OR Teen*)

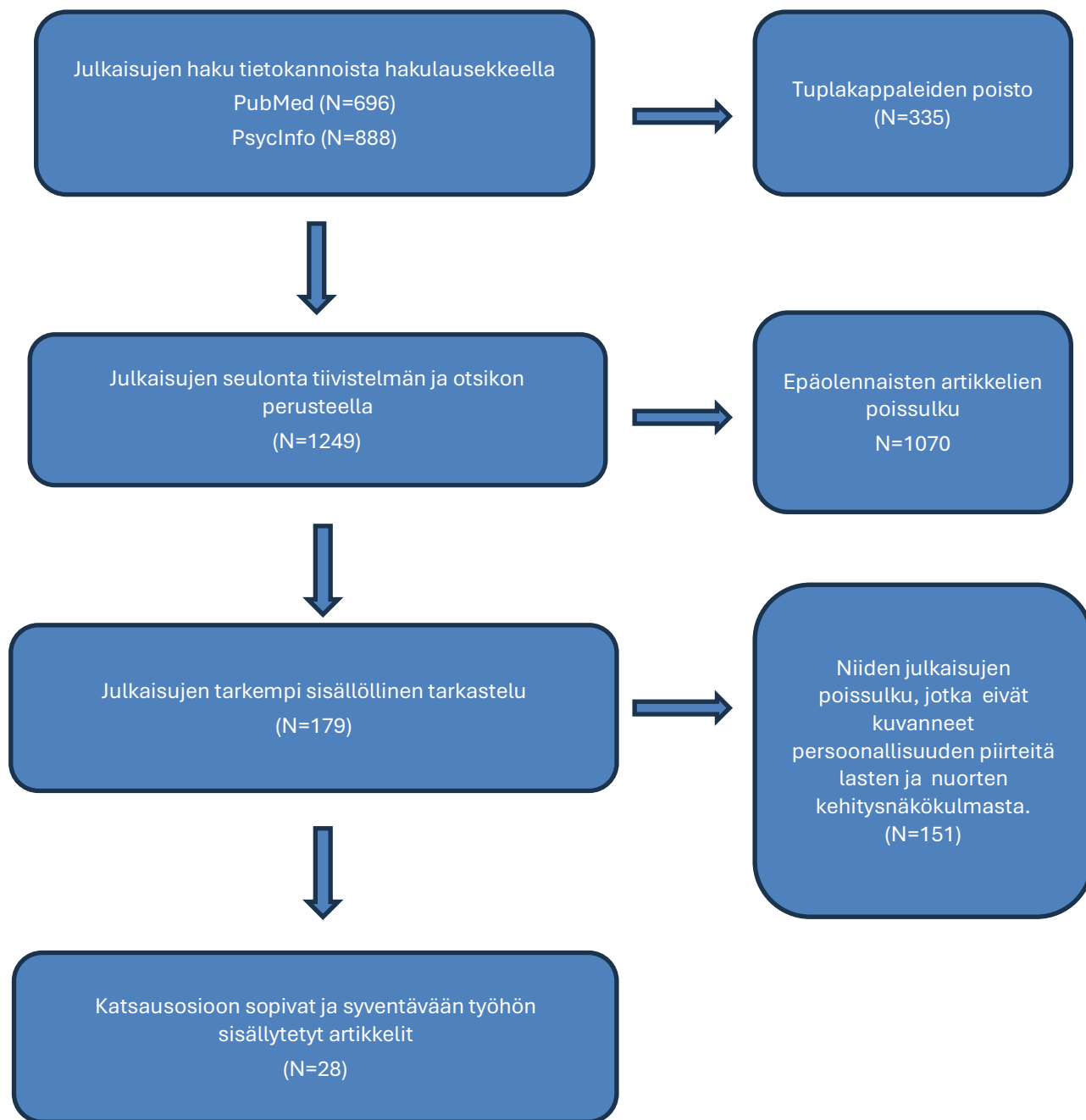
2.2 Artikkeleiden rajaus kehitysnäkökulmasta

Mukaan hyväksyttiin artikkelit, jotka otsikon ja tiivistelmän pohjalta käsittelevät epävakaan persoonallisuushäiriön kehitystä lapsuudessa ja nuoruudessa tai siihen liittyviä tekijöitä. Erityisen kuvaavina nähtiin julkaisut, jotka seurasivat lasten tai nuorten erilaisia epävakaisten piirteiden kehityskulkuja. Psykologista mekanistista näkökulmaa pyrittiin tuomaan katsaukseen sisällyttämällä tätä näkökulmaa lapsilla ja nuorilla käsitteleviä artikkeleita.

Vaikka hakua ei rajattu julkaisuvuoden perusteella, nykyyksitystä parhaiten kuvaavina nähtiin uudemmat julkaisut. Tutkimusasetelman puolesta pitkittäistutkimukset, joita tosin oli rajallisesti, nähtiin osuvimpina persoonallisuushäiriön kehittymisen kuvaamiseksi.

Pois rajattiin artikkelit, jotka eivät käsitelleet häiriötä lapsilla tai nuorilla. Lisäksi esimerkiksi puhtaasti teoreettiset näkökulmat ja potilastapausselostukset jäivät huomiotta. Julkaisuja, joissa kuvattiin vain lapsen syntymää edeltäviä riskitekijöitä tai lasten neurobiologiaa, ei oletusarvoisesti huomioitu, ellei niissä kuvattu katsauksen pääasiallista näkökulmaa eli häiriön varsinaista kehityskulkua.

2.3 Vuokaavio hakuprosessista



Kuvio 1. Katsausta havainnollistava mukailtu PRISMA-kaavio.

2.4 Kirjallisuuskatsauksessa esiintyvät tilastolliset tunnusluvut

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia käsiteltäessä niiden vaikuttavuutta on ilmaistu tilastollisin tunnusluvuin. Niiden lukemisen helpottamiseksi suureiden merkintätavat ja kuvaukset koottiin taulukkoon.

Nimi	Lyhenne	Kuvaus
Estimaatti	b	Regressioanalyysiin liittyvä tunnusluku, joka kuvaa vaikutuksen suuntaa ja voimakkuutta alkuperäisessä mitta-asteikossa. Positiivinen luku tarkoittaa sitä, että ehdotetun selittävän muuttujan kasvu lisää tarkasteltavan vastemuuttujan määrää.
Keskivirhe	SE	Regressioanalyysissä käytetty epävarmuuden mittari. Arvon suuruutta arvioidaan suhteessa estimaattiin, pieni estimaatin ja keskivirheen välinen suhde tarkoittaa pienempää epävarmuutta.
Korrelaatiokerroin	r	Kerroin, kuvaa kahden muuttujan välistä lineaarista yhteyttä ja suuntaa. Ilmoitusväli -1,0–1,0: arvo 1,0 tarkoittaa täydellistä positiivista korrelaatiota ja -1,0 täydellistä negatiivista korrelaatiota. Arvo 0 kuvaa tilannetta, jossa lineaarista yhteyttä ei ole.
Matriisi	B	Monitasomallinnuksessa käytetty vakioitu kerroin. Luku kuvaa mallissa sitä, kuinka paljon tarkasteltu muuttuja muuttuu valitun selittävän tekijän muuttuessa yhdellä yksiköllä. Tarkastelussa muut muuttujat pysyvät vakioina.
Odds ratio	OR	Luku, joka kuvaa todennäköisyyttä sille, että jokin tekijän ryhmässä ennustaa toista tekijää (esimerkiksi päätetapahtuma). Luku ilmoitetaan suhteessa verrokkiryhmään, joka ei ole altistunut. Arvolla 1,0 tekijällä ei ole merkitystä, yli yhden arvolla on kyseessä altistava yhteys ja puolestaan alle yhden arvolla puhutaan suojaavasta, todennäköisyyttä pienentävästä vaikutuksesta.
p-arvo	p	Tilastollista merkitsevyyttä kuvaava arvo. Yleinen raja-arvo on $p < 0,05$, mikä tarkoittaa sitä, että todennäköisyys sille, että tulos olisi vain sattumaa, on alle 5 %.
Regressiokerroin	β	Kyseessä on vakioitu kerroin, joka mahdollistaa toisistaan riippumattomien muuttujien keskinäisen vertailun, vaikka ne olisi mitattu eri asteikoilla. Arvon suuruus kuvaa sitä, miten selittävä muuttuja on tarkastellun tekijän suhteen.
T-tilasto	t	Tilastollista merkitsevyyttä testaava suure. Luvun suurentuessa kasvaa todennäköisyys sille, että havaittu yhteys on todellinen eikä sattumaa.
95 % luottamusväli	95 % CI	Tulosten ilmoittamisessa käytetty tapa, jolla ilmaistaan tulokselle väli, jolla todellinen arvo sijaitsee 95 % todennäköisyydellä. Kapea väli yhdistetään luotettavuuteen, leveämpi väli voi tarkoittaa sitä, että tulos on epävarmempi. Mikäli luottamusväli sisältää nollan, tulos ei ole merkitsevä.

Taulukko 2. Tilastolliset tunnusluvut, ilmoitustapa ja kuvaus.

3 Tulokset

3.1 Epävakaan persoonallisuushäiriön kehitykseen liittyvät tekijät

3.1.1 Lapsuuden kasvuympäristö ja kasvatukseen liittyvät tekijät

Monia kasvuympäristöön liittyviä tekijöitä on tutkittu epävakaan persoonallisuushäiriön kehityksen taustalla. Vanhempien kasvatusotteen merkitystä häiriön kehittymisessä on tutkittu. Tuoreessa katsauksessa vaikutuksen pohditaan olevan kaksisuuntainen. Rankaiseva tai kylmä kasvatusympäristö voi lisätä käytösoireilua, ja ongelmakäytöksen lisääntyminen voi puolestaan yhä johtaa kasvatusotteen kovenemiseen. (13) Eräässä tutkimuksessa vanhemmuuden roolia epävakaan kehityskulussa tutkittiin autoregressiivisellä latentilla kehityskulun (ALT) mallilla. Mallinnus perustui itseraportoituun pitkittäiseen tietoon tyttöaineistossa. Ryhmä totesi analyysin antavan alustavaa näyttöä sille, että epävakaan oireiden lisääntyminen assosioituu myöhemmin ilmenevään vanhemmuustyylin kovenemiseen. Toisen suuntaista yhteyttä ei tutkimuksessa todettu: vanhemmuustyylin koventaminen ei ollut yhteydessä oireiden lisääntymiseen. (13)

Systemaattisessa katsauksessaan Skabeikyte ja kollegat (2021) toteavat pitkittäistutkimusaineistossa, että traumaattiset lapsuuden kokemukset, kuten vanhemman menetys, koulusta erottaminen ja syrjintä, eivät ole yhteydessä epävakaaseen kehityskulkuun lapsuudessa ja nuoruudessa. (8) Vanhempien välisen väkivallan todistamisen yhteyttä lapsen epävakauteen selvittänyt tutkimus määrittäi latentin kasvukäyrän osallistuneiden oireille. Mallinnuksessa havaittiin se, että vanhempien välistä väkivaltaa todistaneiden lasten oireet olivat lähtötilanteessa korkeammalla tasolla ($B=4,68$, $SE=0,91$ $p<0,001$). Lisäksi havaittiin, että altistuneiden lasten epävakaan oireet vähenivät keskimääräistä hitaammin ($B=-1,08$, $SE=0,39$ $p=0,006$). (14) Eräässä tutkimuksessa lapsuudenaikaiset kielteiset kokemukset, ACES-pistemittarilla määritettyinä, yhdistettiin heikompaan tunnetietoisuuteen (arviokerroin = $0,9412$, $p<0,0331$). Heikko tunnetietoisuus oli merkittävä epävakaan oireisiin yhdistyvä tekijä (arviokerroin= $0,1214$, $FDR p<0,0001$). (3)

Eräs epävakauden oireiden kehityskulkuja käsitellyt tutkimus vertaili epävakauden oireiden määriltään poikkeavia ryhmiä. Tutkimuksessa itseraportoitu reaktiivinen temperamentti (korkein 20 %) yhdessä kiusatuksi tulemisen (korkein 20 %) kanssa lisäsi korkeimpaan oireryhmään kuulumisen todennäköisyyttä (OR 10,23; CI95% 2,4–43,6). (11)

3.1.2 Temperamenttipiirteet

Temperamenttipiirteet vaikuttavat persoonallisuuden kehitykseen lapsuudesta lähtien, sillä ne ovat synnynnäisiä. Lapsen varhaisten temperamenttipiirteiden, kuten negatiivisen emotionaalisuuden, matalan sosiaalisuuden ja ujouden, on todettu olevan yhteydessä epävakaaseen persoonallisuushäiriöön myöhemmin. (7,15) Epävakaana persoonallisuus kuvataankin kirjallisuudessa kehityksellisenä häiriönä, joka on luotettavasti tunnistettavissa nuoruusiässä etenkin tapauksissa, joissa tutkittavalla tunne-elämän epävakauden piirteiden määrä on suuri. (13,15)

Osana normaalia lapsuutta ilmeneville persoonallisuuspiirteille, on tyypillistä laimeneminen iän myötä. Tällaisia ovat esimerkiksi taipumus kokea herkemmin kielteisiä tunteita ja alttius voimakkaille tunnevaihteluille. Pienelle osalle lapsista nämä voivat olla ensimmäisiä merkkejä häiriötason ongelman kehityksessä ja persoonallisuushäiriötutkimuksen saralla varhaiset piirteet ovat lisääntyneen mielenkiinnon kohteina. (8)

Laajassa pittsburghilaista tyttöaineistoa hyödyntävässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään lapsen temperamenttipiirteiden roolia tunne-elämän epävakauden kehittymisessä. 5–8-vuotiaiden lasten temperamenttipiirteitä arvioitiin alussa vanhemmille ja opettajille teetettyjen kyselyiden pohjalta. Myöhemmin nuoruusiässä teetettiin nuorilla persoonallisuushäiriökysely ja analysoitiin tulokset. Vanhempien arvioimana emotionaalisuus ($B=0,12$, $t=4,01$, $p<0,001$), aktiivisuus ($B=0,06$, $t=2,26$, $p<0,05$), matala sosiaalisuuden taso ($B=0,07$, $t=2,37$, $p<0,05$), ja ujous ($B=-0,11$, $t=-3,45$, $p<0,001$) ja opettajan arvioimana emotionaalisuus ($B=0,11$, $t=3,77$, $p<0,001$) olivat tutkimuksessa yhteydessä epävakaan tunne-elämän piirteiden määrään alkutilanteessa. Lisäksi opettajan arviot matalasta sosiaalisuudesta ($B=0,12$, $t=2,25$,

$p < 0,05$), aktiivisuudesta ($B=0,11$, $t=2,26$, $p < 0,05$) ja ujoudesta ($B=-0,12$, $t=-2,18$, $p < 0,05$) olivat yhteydessä oireiden kehittymiseen ajan saatossa. (15)

Suomalaiseen aineistoon perustuvassa pitkittäistutkimuksessa epävakaa persoonallisuushäiriöille altistavaksi tekijäksi esitettiin räjähdysherkkä temperamenttiprofiili. Tässä varhaisessa profiilissa korostui uutuudenviehätys ja virikehakuisuus sekä eräänlainen varovaisuutena ilmenevä turvallisuudentunteen tarve. Profiilissa käytös oli keskivertoa vähemmän ulkoisten palkitsevien kokemusten ohjaamaa. (16) Aloitteellisuuden välillistä vaikutusta epävakauden oireiden kehitykseen on tutkittu. Havainnoitua lasten aloitteellisuutta tutkivassa tutkimuksessa aloitteellisuus oli yhteydessä monitasomallissa epävakauden internalisoiviin ($b=0,57$, $p=0,011$) ja eksternalisoiviin ($b=1,42$, $p=0,013$) oireisiin. Huomattavaa mallissa oli se, että lapsilla, joilla ei ennestään ollut merkittävää oirekuormaa, aloitteellisuus vaikutti lisäävän epävakaiden oireiden määrää. Vastakkaisena vaikutuksena mallissa aloitteellisuus toimi suojaavana tekijänä niillä lapsilla, joilla epävakauden oiremäärä oli korkeampi. (17)

Käytöshavaintoihin perustuvaa tunnollisuuden tasoa 3–7-vuotiailla tarkastelevassa tutkimuksessa alhainen tunnollisuuden taso lisäsi epävakaaan persoonallisuushäiriön todennäköisyyttä 14-vuotiaana. Tutkimusryhmä tarkasteli tunnollisuutta rakenneyhtälömallinnuksella. Tutkimuksessa valittiin kouluikäisten vertaissuhteet välittäväksi tekijäksi lopputulokselle eli epävakauden oireille. Yleisessä mallissa matala tunnollisuuden taso oli yhteydessä epävakauden oireisiin ($b=-0,52$; 95 % CI $-0,95$, $-0,10$; std. $b=-0,22$, $p=0,015$). Huomattavaa oli, että yhteys tunnollisuuden alhaisen tason ja epävakauden oireiden välillä oli suora: vertaissuhteilla ei voitu selittää yhteyttä. Yhteys oli spesifi epävakaaalle persoonallisuushäiriölle eikä mallilla havaittu vastaavaa yhteyttä depression. (7)

3.1.3 Psykiatrinen sairastavuus ennen persoonallisuushäiriödiagnoosia

Lapsen tullessa kouluikänsä huomio epävakauden tutkimuksessa siirtyy synnyntäisistä piirteistä sosiaalisen puolen haavoittuvuuksien rooliin ulos- ja sisäänpäin suuntautuvassa oireilussa.

3.1.4 Eksternalisoivat oireet

Eksternalisoivilla oireilla tarkoitetaan ulospäin eli ympäristöön ja muihin suuntautuvaa käytösoireilua, kuten sääntöjen rikkomista, fyysistä väkivaltaa, rajatonta käyttäytymistä, vilkkautta ja päihdekäyttöä. Käsite on osa karkeaa tapaa ilmaista psykopatologian ilmentymiä yksilöillä. Epävakaudessa eksternalisoivan oireilun ajatellaan osin johtuvan impulsiivisuudesta. (18)

Erään käytösoireilua selvittäneen tutkimuksen mukaan lapsuuden käytösoireet, kuten ihmissuhteissa ilmenevä vihamielisyys ($r=0,4$, $p<0,001$), fyysinen riitaisuus ($r=0,35$, $p<0,001$) ja ADHD-oireet ($r=0,17$, $p=0,001$), ovat yhteydessä epävakaan persoonallisuushäiriön oireisiin (18). Toinen eksternalisoivaa oireilua käsitellyt tutkimus totesi ADHD:n ja käytöshäiriön yhdistyvän epävakauteen nk. kasvukäyrämallissa. Tutkimuksessa tutkittiin 8-vuotiaiden lasten eksternalisoivien oireiden tason vaikutusta epävakaan oireisiin lähtötilanteessa ja 14-vuotiaana. Lähtötilanteen ADHD-oireiden määrä ($\beta=0,14$, 95 % CI [0,05, 0,26], $p<0,01$) ja uhmakkuushäiriön oireiden määrä ($\beta=0,15$, 95 % CI [0,01, 0,30], $p<0,05$) yhdistyivät epävakaan oireisiin 14-vuotiaana. ADHD-oireiden lisääntymisnopeus ($\beta=0,17$, 95 % CI [0,05, 0,26], $p<0,05$) 10–13-vuotiaana yhdistyi korkeampaan epävakaan oire määrään 14-vuotiaana. Puolestaan käytöshäiriön oireiden määrän kasvu 8–10 ikävuoden välillä ($\beta=0,24$, 95 % CI [0,03, 0,39], $p<0,01$) yhdistyi korkeampaan epävakaan oire määrään 14-vuotiaana. (19).

Eräessä kaksi vuotta nuoria seuranneessa seurantatutkimuksessa tarkasteltiin 506:ta nuorta. Aineiston ikäväli oli 13–17 vuotta ja tutkimuksessa pyrittiin tutkimaan nuorella ilmenevän riskikäyttäytymisen yhteyttä epävakauteen. Jo seurantaa edeltäneen alkoholin käytön jatkuminen (OR=1,31 95 % CI [1,17, 2,39], $p=0,01$), käytön lopettaminen (OR=1,67, 95 % CI [1,07, 1,62], $p=0,01$) ja käytön alkaminen seurannassa (OR=1,29, 95 % CI [1,12, 1,50], $p=0,003$) olivat yhteydessä epävakaan oireisiin kahden vuoden seurannassa. (20)

Eräessä tutkimuksessa lapsilta määritettiin 8–12 ikävuosien välillä tekijöitä kuten temperamenttipiirteitä, ahdistuneisuutta, kehollista oireilua ja kiusaamiseen liittyviä tekijöitä. Myöhemmin seurannassa nuoret jaoteltiin kolmeen ryhmään epävakaan oire määrään kehityksen pohjalta. Piirteiden kehittymistä seurattiin 13–16-vuotiaana.

Merkittävimpanä löydöksenä vaikeimman häiriönkulun ryhmään kuulumisen todennäköisyyttä lisäsi ADHD-oireilu (OR=1,33, 95 % CI [1,16, 1,52], $p < 0,001$). Lisäksi huomattavaa oli, että kehollisella oireilulla pystyttiin erottamaan keskivaikea ja vaikeimman häiriönkulun ryhmä tilastollisesti merkitsevästi. (OR=1,15, 95 % CI [1,04, 1,28], $p = 0,02$). (11)

3.1.5 Internalisoivat oireet

Internalisoivilla oireilla tarkoitetaan yksilön sisäiseen kokemusmaailmaan kohdistuvaa oireilua, kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, itsetunnon ongelmia ja mielialan voimakasta vaihtelua. Epävakaalle persoonallisuushäiriölle tyypillistä on monimuotoinen internalisoiva oireilu. Häiriön kehitystä on pyritty valottamaan tutkimalla näitä oireita, niiden kehitystä ja ilmenemistä nuoruudessa. (21)

Tunne-elämän epävakauden taustalla on paljon samoja tekijöitä kuin masennuksen taustalla, ja häiriöt esiintyvät usein yhdessä. Siinä, missä masennusoireet ovat tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä usein pitkäkestoisia, vaikuttaa ahdistuneisuuden määrä muuttuvan merkittävästi lyhyessäkin seurannassa. (21) Eräs tutkimus lähestyi epävakaassa persoonallisuushäiriössä ilmeneviä poikkeavuuksia surun ja vihan käsittelyssä monitasomallilla. Epävakauden oireita ja surun ja vihan ilmenemistä tutkittiin kyselykaavakkeilla. Monitasomallissa mallinnettiin epävakauden oireiden yhteyttä surun ja vihan kehitysnopeuden suhteen. Epävakauden oireet yhdistyivät surun käsittelyn hitauteen ($b = -0,008$, $SE = 0,001$, $p < 0,0001$), surun tukahduttamiseen ($b = 0,005$, $SE = 0,002$, $p = 0,0048$) ja surun säätelyn häiriintymiseen ($b = 0,003$, $SE = 0,001$, $p = 0,0234$). Vihan hallinnan puute ($b = -0,005$, $SE = 0,001$, $p = 0,0036$) ja vihan säätelyn häiriö ($b = 0,003$, $SE = 0,001$, $p = 0,0040$) olivat niin ikään yhteydessä epävakauteen. (3)

Epävakautta on tutkittu myös itseinhon ja itsemyötätunnon näkökulmista. Eräässä tutkimuksessa lähestyttiin aihetta rakenneyhtälömallinnuksella. Tutkimusryhmän mallin mukaan itseinho oli yhteydessä suurempaan lähtötilanteen epävakauden oireiden määrään ($b = 0,61$, $p < 0,001$) ja epävakauden oireiden lisääntymiseen seurannassa ($b = 0,36$, $p = 0,03$). (22). Itsetuhoisia nuoria käsittelevä tutkimus mallinsi itsemyötätunnon ja epävakauden oireiden välistä yhteyttä. Nuoren korkeampi itsemyötätunnon taso oli yhteydessä siihen, että aiemmat epävakauden oireet eivät

ennustaneet epävakauden oireiden lisääntymistä seurannassa ($B=-0,40$, 95 %CI $[-0,72, -0,08]$, $p=0,01$). (23)

Epävakauteen on yhdistetty vaikeus tunnistaa ja ymmärtää omia tunteita, mutta toisaalta muiden ihmisten tunteiden suhteen potilaat ovat herkkiä ja tarkkaavaisia. Eräs tutkimusryhmä tuli myös tähän tulokseen tutkiessaan mentalisaatioprofiileja monimuuttujamallilla. Mallissa omien tunteiden ymmärryksen puute oli voimakkain epävakauteen yhdistyvä tekijä ($\beta=0,621$, $p<0,001$). Muiden tunnetilojen tarkempi ($r=0,1$, $p=0,03$) ja herkempi ($r=0,268$, $p<0,01$) tunnistus oli yhteydessä epävakauden oireisiin, kun tarkkuutta tutkittiin ilmetunnistusmallilla ja herkkyyttä itseraportointikaavakkeella. (24) Toisessa tutkimuksessa mentalisaation merkitys korostui erityisesti vertaissuhteissa. Heikompi mentalisaatiokyky oli yhteydessä heikompiin vertaissuhteisiin ($r=0,27$, $p<0,01$). Mentalisaatiokyky ($r=-0,547$, $p<0,01$) ja vertaiskiintymys olivat yhteydessä epävakaan persoonallisuushäiriön oireisiin ($r=0,338$, $p<0,01$). (25)

Ballespi ja kollegat tutkivat epävakautta ja sen oirekuvaan liitännäistä kehollista oireilua mentalisaatioviitekehityksen kautta. Epävakaas oli vahvasti yhteydessä somatisaatio-oireisiin ($b=0,291$, 95 % CI $[0,13, 0,45]$, $p=0,0006$) kun mentalisaatio oli keskimääräistä tunnetiedostuksen ja tunteiden ymmärtämisen osalta. Mallin mukaan omien tunteiden koetun selkeyden lisääntyminen yli 84. persentiilin vähensi epävakaan yhteyden tasolle, joka ei ollut enää tilastollisesti merkitsevä. (26)

3.1.6 Itsetuhoisuus nuoruuden epävakaan oirekuvassa

Itsetuhoisuuden eri muodot on mielletty leimallisiksi epävakaan persoonallisuushäiriön kehityskululle. Eräs tutkimus selvitti itsetuhoisten osastohoitoon kirjattujen nuorten riskiä saada tunne-elämän epävakaan diagnoosi tai epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi itsetuhoisen käyttäytymisen pohjalta. Ainoa epävakauteen viiden vuoden kuluttua merkitsevästi assosioituva tekijä oli itsemurhalla uhkailu (OR=1,31, 95 % CI 1,06–1,62, $p<0,01$): itsensä vahingoittaminen ei-itsemurhamielessä, itsemurhayritys ja itsemurha-ajatukset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Yhdistetyssä mallissa, jossa oli uhkailun lisäksi huomioitu nämä muut itsetuhoisuuteen

liittyvät tekijät, yhden keskihajonnan positiivinen poikkeama itsemurhalla uhkailussa oli yhteydessä epävakauden riskin kaksinkertaistumiseen. (27)

Saksalaiseen nuorisoiaineistoon pohjaavassa tutkimuksessa jo ennen lähtötilannetta ilmenneen itsetuhoisen käytöksen jatkuminen kahden vuoden seurannassa oli epävakauden oireisiin voimakkaimmin yhdistyvä tekijä (OR=1,75, 95 % CI [1,46, 2,10], $p<0,001$). Uusi itsetuhoisen käytös seurannassa assosioitui myös epävakauteen (OR=1,57, 95 % CI [1,25, 1,98] $p<0,001$). (20)

3.2 Nuoruusiän vaikutus oireiden ilmenemiseen

Nuoruus on persoonallisuuden kypsymisen kannalta tärkeä ajanjakso.

Persoonallisuushäiriöiden ymmärtämiseksi nuoruuden aikaisten kehitysvaiheiden tunteminen on tärkeää. Epävakaisten piirteiden ilmenemisen voisi ajallisesti olettaa noudattavan tavanomaisen nuoruuteen liittyvän tunnemyrskyn kehittymistä lisääntyen ikävuosien 14–17 välillä. Myöhemmin epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saavien nuorten tunne-elämän kehitykselle on kuitenkin tyypillistä, että tunne-elämän säätelyyn liittyvien haasteiden ”oirehuippu” esiintyy jo 12–14 vuoden iässä. Näillä nuorilla oireiden määrä on alkuun 14–17 ikävuosien välillä suhteellisen muuttumaton laskien kuitenkin hitaasti kohti aikuisuutta siirryttäessä. (4)

Tunne-elämän nopeat vaihtelut tunnistetaan myös itsetuhoisuutta pysyvämpänä oireulottuvuutena ollen pysyviä pitkälle aikuisuuteen asti. Affektiivinen epävakaus kuvataan yleispäteväksi piirteeksi, joka ennustaisi taudinkulkua luotettavimmin. Häiriöön liittyvän itsetuhoisuuden on esitetty olevan seurausta mielialan voimakkaasta vaihtelusta. Häiriön diagnoosin asettamisen kannalta itsetuhoisuus ei ole välttämätön oire. (28)

Identiteetin muodostus on keskeinen nuoruusiän kehitystehtävä. Tunne-elämän epävakaudessa identiteetin ongelmien merkitys vaikuttaa korostuvan psykiatrasta osastohoitoa vaativissa kriiseissä. (28) Identiteetin häiriöt on verkostanalyysissä kuvattu myös häiriölle keskeisimpänä piirteenä, mikä korostaa sitä, että nuoren normaalin identiteetin muodostuminen on epävakauden identiteetin hämärtymisestä erillinen ilmiö. (29)

3.2.1 Oirekuvan pysyvyys nuoruudessa

Aiemmin persoonallisuushäiriöiden ajateltiin olevan elinikäisiä ja pitkälti hoitoon reagoimattomia. Nykyaikaisen käsityksen mukaan epävakaata persoonallisuutta harvemmin on lopullinen diagnoosi, etenkin nuoruudessa. Seurantatutkimusten valossa 50–70 %:lla epävakaa persoonallisuushäiriön piirteitä omaavista todetaan seurannassa häiriön oirekuvan laskevan subkliiniselle tasolle. Tämä oirekuvan muuttuminen, eräänlainen säännönmukainen oireiden lievittyminen, etenkin lievissä ja keskivaikeissa tapauksissa, on esitetty taudinkuvan nuoruusaikaiselle kehitykselle ominaiseksi piirteeksi. (11) Tuoreessa neljätoista pitkäaikaistutkimusta käsittäneessä systemaattisessa katsauksessa epävakaata persoonallisuushäiriö nähtiin käypänä diagnoosina nuorilla: lieventymistäipumuksestaan huolimatta epävakauden piirteet osalla nuoria jatkavat määrällistä kasvuaan aina häiriötasoisiksi (8).

Bornovalova ja kollegat tutkivat epävakaan persoonallisuushäiriön oireiden kehittymistä 10 vuoden seurannassa. Tutkiessaan nuoria ikävuosien 14 ja 24 välillä, tutkimusryhmä havaitsi epävakaiden piirteiden määrän pienenevän aikuisuutta kohti. Oireiden lukumäärä pieneni merkittävästi seurannassa MPQ-BPD-oiremittarilla (Multidimensional Personality Questionnaire - Borderline Personality Disorder Scale) määritettynä (pistekeskiarvot 14-v. 41,26, SD=8,12, 17-v. 40,86, SD=8,03, 20-v. 37,21, SD=6,58, 24-v. 35,19, SD=6,41). Seurattujen nuorten välinen järjestäytyminen oireskaalalle oli vakaata ($r=0.53-0.73$ $p<0,001$), mikä käytännössä tarkoitti sitä, että enemmän oireilevilla nuorilla oireiden määrä oli suhteessa muihin säännönmukaisesti korkeampi oireiden keskimääräisestä laskusta huolimatta. Lisäksi tutkimusryhmä mallinsi aiempia kaksostutkimustuloksia tullen siihen lopputulokseen, että lähtötilanteen oireiden määrällä ja oireiden myöhemmällä laskulla oli tilastollisesti merkitsevä geneettinen yhteys ($r=0.60$). (4)

3.3 Sukupuolen vaikutus tunne-elämän epävakauteen

Sukupuolen vaikutusta epävakaan persoonallisuushäiriön kehitykseen on tutkittu. Alkuperäinen oletus on ollut, että miehillä ja naisilla epävakaata persoonallisuushäiriöä ilmenisi osin eri tavoin. Sukupuolten välillä onkin havaittu eroja oireulottuvuuksien

ilmenemisessä. Ilmiö on havaittu paitsi länsimaalaisissa myös hiljattain iranilaisessa aineistossa. Tähän aineistoon pohjautuvassa tutkimuksessa todettiin aiempaa tutkimustietoa mukaileva käsitys siitä, että pojilla eksternalisoivat oireet korostuvat suhteessa tyttöjen oireistoihin, joissa internalisoivat oireet vallitsevat. (30)

Kanadalainen pitkittäistutkimus jakoi kouluikäisiä osallistuneita epävakauden oire määrän pohjalta. Tytöistä 31,8 % jakautui vaikeimpaan oireryhmään ja pojista vaikeimpaan ryhmään lukeutui merkittävästi pienempi osuus (14,3 %). Matalaan oireryhmään puolestaan lukeutui pojista 43,3 % ja tytöistä osuus oli 27,4 %.

Tutkimusryhmä ajatteli havainnon tukevan vallitsevaa käsitystä siitä, että tunne-elämän epävakauden sukupuolierot ovat nähtävissä jo kouluikäisillä. (11)

Eräs tutkimus havaitsi MSI-BPD-mittarilla (McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder) määritettyjen epävakauden oireiden olevan yhteydessä muiden tunteiden ymmärtämiseen, joka määritettiin TAS-DIF-mittarilla (Toronto Alexithymia Scale - difficulty identifying feelings) ($r=0.27$, $p<0,1$). Selvin sukupuoliero tutkimuksessa oli tyttöjen kyky asettua toisen asemaan. Tätä määritettiin IRI-EC-mittarilla (Interpersonal Reactivity Index - Empathic Concern): mallinnettaessa tuloksia ikään nähden, 6 % piste-eroista selittyi sukupuolella (vaikutuskokoluku=0,06, $p<0,001$). (24)

Eräessä käytösoireilua seuranneessa tutkimuksessa mallinnettiin eksternalisoivia oireita sukupuolikohtaisesti. Tytöillä fyysinen riitaisuus ($\beta=0,30$, $p<0,001$) ja ADHD-oireet ($\beta=0,18$, $p=0,002$) yhdistyivät epävakauteen. Pojilla vain ihmissuhteiden vihamielisyys oli yhteydessä epävakauteen ($\beta=0,17$, $p=0,048$), mikä nähtiin mahdollisena sukupuolierona epävakaan persoonallisuushäiriön ilmenemisessä. (18)

4 Pohdinta

Epävakaata persoonallisuushäiriötä kehittyä lapsuudessa ja nuoruudessa (8). Yleinen trendi alaikäisten epävakauden tutkimuksessa on se, että lapsuudessa huomio on altistavissa piirteissä (7,17) ja arvelluissa esiasteissa (19,31). Nuoruudessa tutkimuksissa mielenkiinto siirtyä varsinaisen häiriön pysyvyyden ja kehityskulkujen tutkimiseen (4,22).

Häiriön nuoruusmuodolle keskeisimpiä oireita ovat alentunut mieliala, mielialan voimakkaat vaihtelut ja identiteetti-kehityksen ongelmat (21,28,29). Häiriölle altistavat piirteet, kuten temperamenttipiirteet (7,16), kotiympäristö (8) ja vanhemmuusote (13), muodostavat häiriön pohjan, jolle varhaisnuoruudessa rakentuu häiriötasoinen ongelma useiden sosiaalisten tekijöiden, kuten kiusatuksi tulemisen (11) ja vertaissuhteiden (8), välittävän vaikutuksen kautta. Häiriötä edistäviin ja ylläpitäviin psykologisiin prosesseihin kuuluvat mentalisaation poikkeamat (24,25), defensiivisen joustamattomuuden lisääntyminen (12) sekä negatiivinen minäkuva (22).

Käytöshäiriö ja ADHD ovat vahvasti yhteydessä tunne-elämän epävakauteen. Häiriöt jakavat yhteisiä altistavia tekijöitä, ja toisaalta joissain tapauksissa eksternalisoivilla häiriöillä on tunne-elämän epävakautta ennakoiva vaikutus. (5,19,32) Lapsuuden vertaissuhteiden riittäisyys on osin normaali ohittava ilmiö, mutta lisääntynyt riittäisyys ja aggressiivisyys ovat yhteydessä epävakaan persoonallisuushäiriön kehitykseen. Sukupuolen on arveltu vaikuttavan riittäisyyden ilmenemismuotoihin seuraavasti: tytöillä vertaissuhteiden riittäisyys näyttäytyä usein psykologisina jännitteinä ja pojilla fyysinen puoli riidoissa korostuu. Ei-normatiiviset riitautumisen muodot saattavat olla spesifejä, tunne-elämän epävakauteen yhdistyviä ilmiöitä. (18)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, jonka varhainen tunnistaminen on yhteydessä parempiin hoitotuloksiin niin koetun mielenterveyden kuin ammatillisen ja sosiaalisen osallisuudenkin saralla (2).

Epävakaan persoonallisuuden diagnoosin asettamisen viivästyminen on omiaan aiheuttamaan haittaa potilaalle (9). Tunne-elämän epävakauden piirteiden realisoitumista on pohdittava myös komorbiditeettien kehityksen näkökulmasta. Häiriöllä on arvioitu olevan yhteys syömishäiriön kehitykseen. Epävakauden

riskitekijöiden hoito onkin yleishyödyllistä: epävakaan syömishäiriöyhteyttä lisää yhteinen assosiaatio, kiusatuksi tuleminen. (32)

Epävakaa persoonallisuushäiriö, joka lyhentää elämää keskimäärin 6–7 vuotta, on yleisestä vanhentuneesta käsityksestä poiketen hyvin hoitoon reagoiva häiriö.

Diagnostinen remissio saavutetaan seurannassa keskimäärin 60 %:ssa tapauksista. (2)

Diagnoosin asettamisen viivästyminen voi vaikuttaa negatiivisesti myös häiriön tutkimukseen ja hoitomenetelmien kehittämiseen. (9)

Tämän kirjallisuuskatsauksen rajoitteita ja toisaalta myös vahvuuksia on kahden eri tieteenalan, lääketieteen ja psykologian, julkaisujen käyttö. Molempien näkökulmien mukaan ottaminen luo katsaukselle laajan pohjan, mutta toisaalta tieteellisten tyylien eroavaisuudet haastavat osittain artikkeleita vertailtaessa. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin kahden eri tieteenalan tietokannoissa ja raportoinnissa päädyttiin narratiiviseen lähestymistapaan. On mahdollista, että tällä tavalla toteutetun katsauksen ulkopuolelle jää julkaisuja ja teemoja, jotka systemaattisessa katsausrakenteessa tulisivat huomioiduiksi.

Tulevaisuudessa lisää tutkimustietoa kaivataan tunne-elämän epävakaudesta pojilla, jotka olivat tutkimusaineistoissa aliedustettuja. Häiriön oletettujen esiasteiden ja riskitekijöiden pohjalta on testattu useita teorioita, mutta yhtä yhteistä taudinkulkua ei ole tunnistettu tai pidetty todennäköisenä: kyse on todennäköisimmin hyvin heterogeenisestä potilasryhmästä. (6,24,29) Nykyaikaisista varhaiseen tunnistamiseen kannustavista hoitosuosituksista huolimatta epävakaudesta kärsivien potilaiden diagnostiikassa on parantamisen varaa (1,27).

Lähteet

1. Kaess M, Cavelti M. Research Review: What we have learned about early detection and intervention of borderline personality disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. joulukuuta 2025;66(12):1829–48. doi:10.1111/jcpp.70011 PubMed PMID: 40659496; PubMed Central PMCID: PMC12626185.
2. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet*. 23. lokakuuta 2021;398(10310):1528–40. doi:10.1016/S0140-6736(21)00476-1 PubMed PMID: 34688371.
3. Vogel AC, Geselowitz B, Tillman R, Barch DM, Luby JL, Whalen DJ. Developmental trajectories of anger and sadness dysregulation in childhood differentially predict later borderline symptoms. *Dev Psychopathol*. 21. kesäkuuta 2023;1–16. doi:10.1017/S0954579423000627 PubMed PMID: 37340976; PubMed Central PMCID: PMC10733555.
4. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*. Fall 2009;21(4):1335–53. doi:10.1017/S0954579409990186 PubMed PMID: 19825271; PubMed Central PMCID: PMC2789483.
5. Sharp C, Vanwoerden S, Wall K. Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. joulukuuta 2018;41(4):669–83. doi:10.1016/j.psc.2018.07.004 PubMed PMID: 30447731.
6. Sharp C, Venta A, Vanwoerden S, Schramm A, Ha C, Newlin E, ym. First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Compr Psychiatry*. tammikuuta 2016;64:4–11. doi:10.1016/j.comppsy.2015.07.008 PubMed PMID: 26298843.
7. Huntington C, Puricelli A, Wright AJ, Gilbert K, Vogel AC, Barch DM, ym. Preschool Big Five Personality Traits Predict Childhood Peer Relationships and BPD but Not MDD in Late Adolescence. *Personal Ment Health*. elokuuta 2025;19(3):e70027. doi:10.1002/pmh.70027 PubMed PMID: 40635192.
8. Skabeikyte G, Barkauskiene R. A systematic review of the factors associated with the course of borderline personality disorder symptoms in adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 19. huhtikuuta 2021;8. Located at: APA PsycInfo; 2021-38420-001. doi:10.1186/s40479-021-00151-z
9. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 11. helmikuuta 2013;7(1):3. doi:10.1186/1753-2000-7-3 PubMed PMID: 23398887; PubMed Central PMCID: PMC3583803.

10. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Epävakaa persoonallisuus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.; 2024. (Käypä hoito -suositus.).
11. Haltigan JD, Vaillancourt T. Identifying Trajectories of Borderline Personality Features in Adolescence: Antecedent and Interactive Risk Factors. *Can J Psychiatry*. maaliskuuta 2016;61(3):166–75. doi:10.1177/0706743715625953 PubMed PMID: 27254092; PubMed Central PMCID: PMC4813416.
12. Sharp C, Kalpakci A, Mellick W, Venta A, Temple JR. First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. maaliskuuta 2015;24(3):283–90. doi:10.1007/s00787-014-0574-3 PubMed PMID: 24958159; PubMed Central PMCID: PMC10754299.
13. Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN, Zalewski M, Loeber R, Hipwell AE. Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Dev Psychopathol*. toukokuuta 2014;26(2):361–78. doi:10.1017/S0954579413001041 PubMed PMID: 24443951; PubMed Central PMCID: PMC4103652.
14. Sharp C, Vanwoerden S, Jouriles EN, Godfrey DA, Babcock J, McLaren V, ym. Exposure to interparental intimate partner violence and the development of borderline features in adolescents. *Child Abuse Negl*. toukokuuta 2020;103:104448. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104448 PubMed PMID: 32171797; PubMed Central PMCID: PMC10176899.
15. Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE, Krueger RF. The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. joulukuuta 2014;1(1):18. doi:10.1186/2051-6673-1-18 PubMed PMID: 26064524; PubMed Central PMCID: PMC4459747.
16. Saarinen ALL, Rosenström TH, Hakulinen CA, Cloninger CR, Hintsanen MHM, Pulkki-Råback LM, ym. Longitudinal Associations of Explosive and Adventurous Temperament Profiles With Character Development: The Modifying Effects of Social Support and Attachment. *J Clin Psychiatry*. huhtikuuta 2018;79(2):17m11587. doi:10.4088/JCP.17m11587 PubMed PMID: 29469244.
17. Boone K, Vogel AC, Tillman R, Wright AJ, Barch DM, Luby JL, ym. Identifying moderating factors during the preschool period in the development of borderline personality disorder: a prospective longitudinal analysis. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 15. syyskuuta 2022;9(1):26. doi:10.1186/s40479-022-00198-6 PubMed PMID: 36109772; PubMed Central PMCID: PMC9479250.
18. Vaillancourt T, Brittain HL, McDougall P, Krygsman A, Boylan K, Duku E, ym. Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity

- disorder. *Development and Psychopathology*. 1. elokuuta 2014;26(3):817–30. Located at: APA PsycInfo; 2014-31364-020. doi:10.1017/S0954579414000418
19. Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*. tammikuuta 2012;40(1):7–20. doi:10.1007/s10802-011-9530-6 PubMed PMID: 21671009; PubMed Central PMCID: PMC3214601.
 20. Ghinea D, Koenig J, Parzer P, Brunner R, Carli V, Hoven CW, ym. Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Res*. maaliskuuta 2019;273:127–33. doi:10.1016/j.psychres.2019.01.010 PubMed PMID: 30641342.
 21. Franssens R, Costantini G, Kaurin A, De Clercq B. A Longitudinal Network of Borderline-Related Trait Vulnerabilities from Childhood to Adolescence. *Res Child Adolesc Psychopathol*. maaliskuuta 2024;52(3):443–55. doi:10.1007/s10802-023-01132-2 PubMed PMID: 37947955.
 22. Carreiras D, Cunha M, Castilho P. Trajectories of borderline features in adolescents: A three-wave longitudinal study testing the effect of gender and self-disgust over 12 months. *Personality and Individual Differences*. 1. kesäkuuta 2022;191:1–6. Located at: APA PsycInfo; 2022-44433-001. doi:10.1016/j.paid.2022.111577
 23. Carreiras D, Castilho P, Cunha M. Does self-compassion protect adolescents with non-suicidal self-injury from developing borderline features? A two-wave longitudinal study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 1. tammikuuta 2023;35(1–3):1–12. Located at: APA PsycInfo; 2024-77814-001. doi:10.2989/17280583.2023.2289607
 24. Malcorps S, Vliegen N, Luyten P. Mentalizing in adolescence: Developmental trends and associations with borderline personality disorder features. *Personal Disord*. toukokuuta 2025;16(3):272–85. doi:10.1037/per0000712 PubMed PMID: 39883406.
 25. Beck E, Sharp C, Poulsen S, Bo S, Pedersen J, Simonsen E. The mediating role of mentalizing capacity between parents and peer attachment and adolescent borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4:23. doi:10.1186/s40479-017-0074-4 PubMed PMID: 29204276; PubMed Central PMCID: PMC5701352.
 26. Ballespí S, Nonweiler J, Sharp C, Vives J, Barrantes-Vidal N. Self- but not other-mentalizing moderates the association between BPD symptoms and somatic complaints in community-dwelling adolescents. *Psychol Psychother*. joulukuuta 2022;95(4):905–20. doi:10.1111/papt.12409 PubMed PMID: 35746823; PubMed Central PMCID: PMC9795931.

27. Homan KJ, Sim LA, Fargo JD, Twohig MP. Five-year prospective investigation of self-harm/suicide-related behaviors in the development of borderline personality disorder. *Personal Disord.* huhtikuuta 2017;8(2):183–8. doi:10.1037/per0000169 PubMed PMID: 26751277.
28. Ramstad CG, Graff C, Bo S, Sharp C, Jørgensen MS, Beck E, ym. Exploring borderline personality features in adolescents: which features best predict borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* tammikuuta 2026;192:390–5. doi:10.1016/j.jpsychires.2025.10.051 PubMed PMID: 41202769.
29. Rivnyák A, Pohárnok M, Péley B, Láng A. Identity Diffusion as the Organizing Principle of Borderline Personality Traits in Adolescents-A Non-clinical Study. *Front Psychiatry.* 2021;12:683288. doi:10.3389/fpsy.2021.683288 PubMed PMID: 34295274; PubMed Central PMCID: PMC8289896.
30. Mohajerin B, Howard RC. The Impact of Age and Sex on the Expression and Severity of Borderline Symptoms in Individuals With Borderline Personality Disorder: An Iranian Study. *Personal Ment Health.* helmikuuta 2025;19(1):e70004. doi:10.1002/pmh.70004 PubMed PMID: 39800490.
31. Stepp SD, Scott LN, Jones NP, Whalen DJ, Hipwell AE. Negative emotional reactivity as a marker of vulnerability in the development of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol.* helmikuuta 2016;28(1):213–24. doi:10.1017/S0954579415000395 PubMed PMID: 25925083; PubMed Central PMCID: PMC4418187.
32. Lee KS, Vaillancourt T. Trajectories, comorbidity, and risk factors for adolescent disordered eating and borderline personality disorder features. *Development and Psychopathology.* 17. elokuuta 2023. Located at: APA PsycInfo; 2024-01576-001. doi:10.1017/S0954579423000792