

John J. Söderholm

Tunne-elämän epävakauden merkitys masennuksessa

Masennus esiintyy usein samanaikaisesti epävakaan persoonallisuuden kanssa. Yhdessä nämä häiriöt ovat yhteydessä huonompaan ennusteeseen ja suurempaan itsemurhariskiin kuin kumpikaan yksinään. Epävakautta on usein käsitelty kategorisesti, mutta kyseessä on pikemminkin jatkumo. BiBoDep-kohorttitutkimuksessa tutkimme epävakauden vaikeusasteen merkitystä unipolaarisessa sekä kaksisuuntaiseen mielialalahäiriöön liittyvässä masennuksessa kuuden kuukauden seurannassa. Epävakauden vaikeusaste oli yhteydessä sekä aiempiin että seurannan aikana tapahtuviin itsemurhayrityksiin ja ennusti myös pitempää toipumisaikaa masennuksesta. Epävakaut piirteet lievenivät seurannan aikana, ja muutos oli yhteydessä masennuksen lievenemiseen epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja kaksisuuntaiseen mielialalahäiriöön liittyvissä masennusjaksoissa mutta ei unipolaarisissa masennusjaksoissa. Masennuspotilaiden epävakaisten piirteiden vaikeusasteen määrittäminen tarkoittaa ennustetta monin tavoin ja voi auttaa hoitosuunnitelman laatimisessa.

Mielenterveyden häiriöistä masennustilat ovat väestön terveyden ja kansantaloudenkin kannalta keskeisiä maailmanlaajuisesti ja Suomessa (1,2). Yleisimpien psykiatristen luokittelujärjestelmien, WHO:n ICD-11- ja Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen DSM-5-luokitusten, mukaan vakava masennustila voi liittyä joko (unipolaariseen) vakavaan masennukseen tai kaksisuuntaiseen mielialalahäiriöön, jossa esiintyy myös kohonneen tai ärtyneen mielialan jaksoja eli manioita tai hypomanioita (3–6).

Monet asiat vaikuttavat masennustilan syntyyn. Osa niistä, kuten elämäntapa ja vastoin käymiset, toimivat usein laukaisevina tekijöinä. Toisia, esimerkiksi perinnöllisiä ja lapsuudenaikaisiin kokemuksiin perustuvia seikkoja, voidaan pitää pitkäkestoisesti altistavina riskitekijöinä (7). Lääketieteen aikaisimmista ajoista lähtien on epäilty, että tietyt temperamentti- ja persoonallisuuspiirteet altistavat masennukselle. Nykykäsityksen mukaan persoonallisuuden ja masennuksen väliset yhtey-

det ovat monimuotoisia ja vaikutukset osittain kaksisuuntaisia (8). Persoonallisuus vaikuttaa masennuksen riskiin, mutta toisaalta ajankohdainen masennusjakso voi vaikuttaa ihmisen kokemukseen itsestään ja lisätä ongelmallisten persoonallisuuspiirteiden ilmenemistä. Masennusoireiden ja persoonallisuuden tarkempia ajallisia yhteyksiä ei kuitenkaan kaikilta osin vielä tunneta.

Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäkestoisia, monelle elämänalueelle ulottuvia ja merkittävää haittaa aiheuttavia tiloja, joissa persoonallisuuden toiminnoissa on selkeitä poikkeamia. Nämä ilmenevät ihmisen tavassa kokea ympäröivä maailma ja oma paikkansa siinä sekä käyttäytymisessä ja reaktioissa esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa. Persoonallisuushäiriöiden joukossa epävakaata persoonallisuutta kuuluu kliinisesti keskeisiin, muun muassa koska se on mielialalahäiriöpotilailla tavallinen ja itsetuhoisuudelle altistava oheishäiriö (9–11).

Masennuspotilaalla saattaa olla unipolaarinen eli vakavaan masennukseen (major

Ydinasiat

- ▶ Masennuspotilaiden epävakaa persoonallisuus lisää itsemurhayritysten riskiä.
- ▶ Epävakaan persoonallisuuden piirteet ovat yhteydessä itsetuhoisiin ajatuksiin ja tekoihin masennuksen yhteydessä.
- ▶ Epävakaa persoonallisuus pidentää toipumisaikaa masennuksesta.
- ▶ Muutokset masennuksen vaikeusasteessa korreloivat suisidaalisen ajattelun riskin muutoksiin myös lyhyellä aikavälillä.
- ▶ Epävakauden asteen määrittäminen antaa arvokasta lisätietoa masennuksen enusteesta.

depressive disorder) liittyvä tai bipolaarinen eli kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä masennustila. Kumpaakin saattaa komplisoida samanaikainen epävakaa persoonallisuus. Näillä potilasryhmillä kliininen kuva on alkutilanteessa samankaltainen, mutta häiriöt eroavat toisistaan ennusteen ja hoidon kannalta. Symmetriset, vertailevat tutkimusasetelmat ryhmien välillä ovat olleet harvassa, joten potilasryhmien väliset riskit ja riskitekijöiden erot ovat epävarmoja.

Taustaa

Epävakaa persoonallisuus – kategoria vai jatkumo? Epävakaan persoonallisuuden kriteereihin kuuluvat muun muassa epävakaus ihmissuhteissa, tunne-elämässä ja identiteetissä, impulsiivinen käytös, itsetuhoisuus, vihanhallinnan puutteet sekä dissosiativiset tai lyhytkestoiset paranoidiset oireet. DSM-5:ssä diagnoosi asetetaan, jos yhdeksästä mahdollisesta oirekriteeristä vähintään viisi täyttyy ja yleiset persoonallisuushäiriökriteerit täyttyvät (4). Diagnosointi on siis kategorista. ICD-10:ssä vastaavasta oireyhtymästä käytetään termiä tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus (12).

Persoonallisuushäiriödiagnooseja on arvoiteltu selkeän rajan puuttumisesta ”terveiden” ja

persoonallisuushäiriöiden diagnostiset kriteerit täyttävien ihmisten välillä. Lisäksi erilaisten kriteerien ryhmittely diskreetteihin persoonallisuushäiriöoireyhtymiin ei suurelta osin perustu näyttöön vaan pikemminkin erilaisiin tutkimus- ja hoitotraditioihin (13). Onkin esitetty, että olisi aiheellista siirtyä dimensionaaliseen tarkasteluun, jolloin arvioitaisiin, millaisia persoonallisuuspiirteitä potilailla on ja miten vakavia vaikeuksia niistä seuraa. ICD-11 noudattaa näitä periaatteita (3,4). Kategorisella diagnostiikalla on kuitenkin hyötynsä, ja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä löytyy paljon tutkimustietoa (9,14). ICD-11:ssä päätettiin asiantuntijakeskustelun jälkeen säilyttää mahdollisuus epävakaan piirteistön diagnoositar kennukseen, joskin vakavuusasteeseen nähden toissijaisena (15).

Nykyjärjestelmien puitteissakin on mahdollista arvioida epävakaan oireilun vaikeusastetta, esimerkiksi laskemalla positiivisten kriteerien määrää, mikä on kuitenkin menetelmänä melko karkea. Tutkimushaastattelu Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) on herkempi menetelmä, joka määrittää epävakaan oireilun vaikeusasteen tätä tarkemmin edeltävien kolmen kuukauden aikana (16). Tämä muutoksille herkempi haastattelu on myös suomennettu (17).

Totunnainen näkemys epävakaan persoonallisuushäiriön pysyvyydestä on usean pitkäaikais tutkimuksen perusteella muuttunut: oiretasolla epävakauden oireet lievittyvät jo muutamman vuoden seurannassa siten, että diagnostiset kriteerit täyttyvät enää vähemmistöllä (18). Elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat ovat pitkäkestoisempia. Lyhyemmän aikavälin muutoksista epävakaissa piirteissä on vähemmän aiempaa tutkimustietoa.

Mielialahäiriöt ja epävakaus. Ihmisistä, joilla on epävakaa persoonallisuus, lähes kaikki (96 %) kärsivät jossain elämänsä vaiheessa mielialahäiriöstä (19). Mielialahäiriöpotilaiden merkittävällä osalla todetaan epävakaa persoonallisuus, suomalaisaineistossa tämä komorbiditeetti oli merkitsevästi ($p = 0,004$) yleisempi kaksisuuntaista mielialahäiriötä (22 %) kuin masennusoireyhtymää sairastavilla potilailla (12 %) (20). Epävakaat piirteet

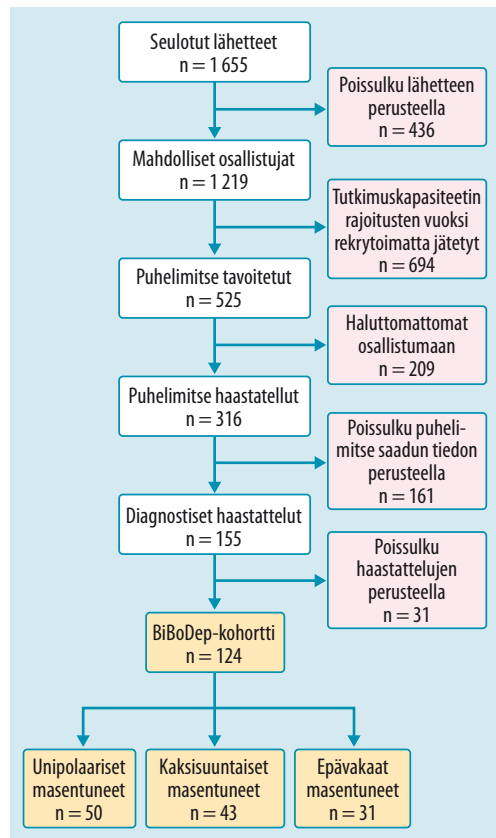
lisäävät masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kehittymisen riskiä (21,22). Epävakaus siis voi edeltää masennusta ja mahdollisesti olla sen osittainen syy. Toisaalta sitä on toisinaan pidetty mielialahäiriön alatyypinä, minkä lisäksi mielialahäiriöllä ja epävakaudella on yhteisiä altistavia tekijöitä kuten neuroottisuus ja lapsuudenaikainen kaltoinkohtelu (8,23).

Useimmat vakavasta masennuksesta kärsivät ihmiset toipuvat täysin, mutta relapsit ovat tavallisia (24). Kroonistunut masennus on kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessäkin harvinaista, mutta pitkäaikaisseurannassa merkittävä osuus ajasta vietetään depressiivisessä tilassa ja vain puolet eutymiaassa (25). Epävakaata persoonallisuutta ja masennus vaikuttavat negatiivisesti toistensa ennusteisiin, epävakaan ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön välinen yhteys on jonkin verran heikompi (23). Masennusjakson kestoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä uni- ja bipolaari- sekä epävakailla masentuneilla (eli potilailla, joilla on sekä vakava masennustila että epävakaata persoonallisuutta) ei kuitenkaan ole aiemmin vertailtu toisiinsa symmetrisessä tutkimusasetelmassa.

Suisidaalisuus. Mielialahäiriöiden tiedetään altistavan itsemurhakuolemille (26–28). Riski on erityisen suuri masennusvaiheiden aikana, ja masentuneena vietetty aika lisää näin ollen kokonaisriskiä esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä (25,29). Itsetuhoisuus on yksi epävakaan persoonallisuuden diagnostisista kriteereistä, ja noin 5–10 % potilaista kuolee pitkäaikaisseurannassa itsemurhaan (30,31). Vaikka useita itsemurhan riskitekijöitä on tunnistettu, useimmat niistä vaikuttavat pitkäkestoisesti, ja tieteellinen näyttö monesta laajassakin kliinisessä käytössä olevasta akuutin riskin merkistä on vähäistä (32).

BiBoDep-kohorttitutkimus

Bipolar, Borderline and Depression- eli BiBoDep-kohorttitutkimus on HUS:n ja Helsingin yliopiston naturalistinen kuuden kuukauden seurantatutkimus (33). Tutkimuksessa on verrattu potilaita, jotka kuuluvat kolmeen eri diagnoosiryhmään: unipolaarinen masennus,



KUVA 1. BiBoDep-kohortti, rekrytointi ja alakohortit (33).

kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso (bipolaarinen masennus) sekä samanaikainen uni- tai bipolaarinen masennus ja epävakaata persoonallisuutta (epävakaata masennus) (1,2). Toisena tavoitteena on ollut ilmiöiden tutkiminen sekä kategorisesta että dimensionaalista näkökulmasta.

Tutkittavat rekrytoitiin psykiatriseen erikoissairaanhoidon tulleista masennuspotilaista. Riittävän edustavuuden varmistamiseksi sovellettiin osoitettua, satunnaistettua otantaa. Mukaanottokriteereinä olivat ajankohtainen masennusjakso ja pistemäärä Montgomery–Åsbergin masennusasteikolla (MADRS) vähintään 15, poissulkukriteereihin kuuluivat ajankohtainen merkittävä päihdekäyttö (tutkimukseen kuuluvan kognitiivisen testauksen takia), psykoottisuus ja antisosiaalinen persoonallisuus.

Osallistujia oli 124, ja heidät jaettiin osakohortteihin siten, että unipolaariseen masennuskohorttiin kuuluivat potilaat, joilla oli vakava

TAULUKKO 1. BiBoDep-kohortin sosiodemografiset ja kliiniset tiedot (35).

Muuttujat	Unipolaariset masentuneet n (%) tai ka. (kh)	Kaksisuuntaiset masentuneet n (%) tai ka. (kh)	Epävakaat masentuneet n (%) tai ka. (kh)	Koko kohortti n (%) tai ka. (kh)	P-arvo
n	50	43	31	124	—
Miehiä	21 (42,0 %)	12 (27,9 %)	8 (25,8 %)	41 (33,1 %)	0,237
Ikä	31,4 (10,2)	31,6 (9,1)	28,5 (7,6)	30,8	0,301
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	0 (0 %)	43 (100 %)	8 (25,8 %)	51 (41,1 %)	< 0,001
Epävakaat persoonallisuus	0 (0 %)	6 (14,0 %)	31 (100 %)	37 (29,8 %)	< 0,001
MADRS	25 (6,0)	25,2 (6,9)	26,3 (6,0)	25,4 (6,3)	0,639
BPDSI	14,4 (8,3)	16,8 (6,6)	20,8 (13,8)	16,8 (9,7)	0,013

¹Alakohorttien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys (khiin neliö -testi tai varianssianalyysi).

BPDSI = Borderline Personality Disorder Severity Index; ka. = keskiarvo; kh = keskihajonta; MADRS = Montgomery-Åsbergin masennusasteikko

unipolaariset masentuneet = vakava masennus, ei epävakaata persoonallisuutta; kaksisuuntaiset masentuneet = kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso; epävakaat masentuneet = epävakaat persoonallisuus ensisijaisena diagnoosina, samanaikainen (unipolaarinen tai kaksisuuntainen) vakava masennusjakso

masennus ilman epävakaata persoonallisuutta, bipolaarimasennuskohorttiin potilaat, joilla oli kaksisuuntainen mielialahäiriö, ja epävakaaseen potilaat, joilla oli epävakaat persoonallisuus uni- tai bipolaarimasennuksen lisäksi. Ne kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat, joilla oli samanaikainen epävakaat, luokiteltiin bipolaarikohorttiin, jos heillä oli tyyppin 1 häiriö, ja muuten joko epävakaaseen tai bipolaarikohorttiin vallitsevan oirekuvan mukaan. Tuloksia analysoitiin sekä alakohorteittain että diagnoosin mukaisesti (diagnoosiryhmittäin). Joissakin analyysissä ne kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat, joilla oli samanaikainen epävakaat (n = 11), muodostivat oman ryhmänsä. Rekrytointiprosessi ja osakohortit esitetään **KUVASSA 1**.

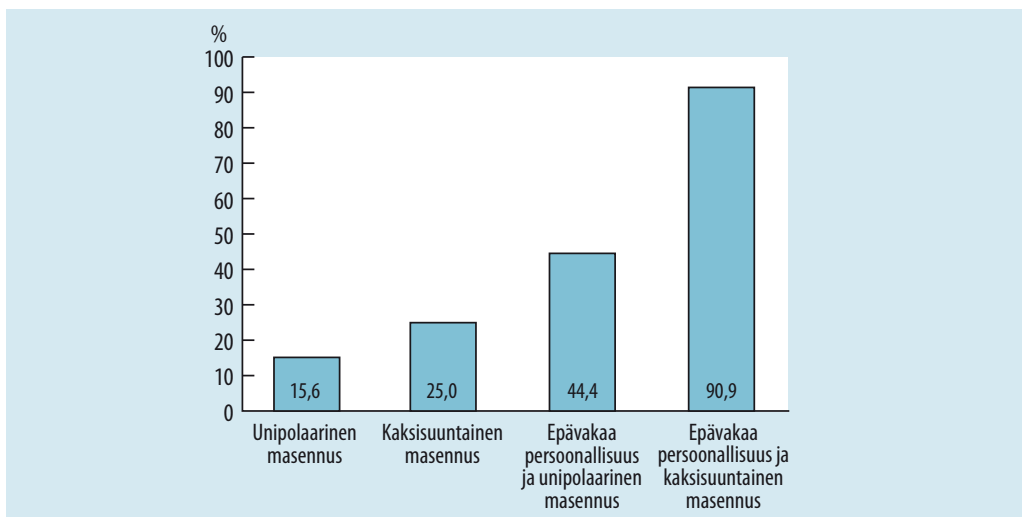
Potilaat tutkittiin diagnostisin haastatteluin DSM-5:n diagnostisten kriteerien mukaisesti, ja masennuksen vaikeusastetta sekä muun muassa ahdistuneisuuden ja toivottomuuden määrää mitattiin kyselyin. Itsetuhoisuutta kartoitettiin Columbia Suicide Severity Rating Scalella (CSSRS) ja epävakaan oireilun voimakkuutta BPDSI:llä (34). Alkuvaiheen jälkeen mielialaoireita seurattiin kuuden kuukauden ajan kahden viikon välein internetkyselyllä. Seurantavaiheen jälkeen toistettiin alkuvaiheen tutkimukset. Lisäksi kartoitettiin mielialaoireiden kehitystä seurantavaiheen aikana elämänjal-

la. Tässä elämänjaksossa seurantajakso jaettiin vähintään vuorokauden mittaisiin mielialavaiheisiin, joiden välillä siirtyminen tarkoitti muutosta mielialassa depressiivisellä tai maanisella akselilla taikka molemmilla. BiBoDep-tutkimusaineisto kuvataan **TAULUKOSSA 1**.

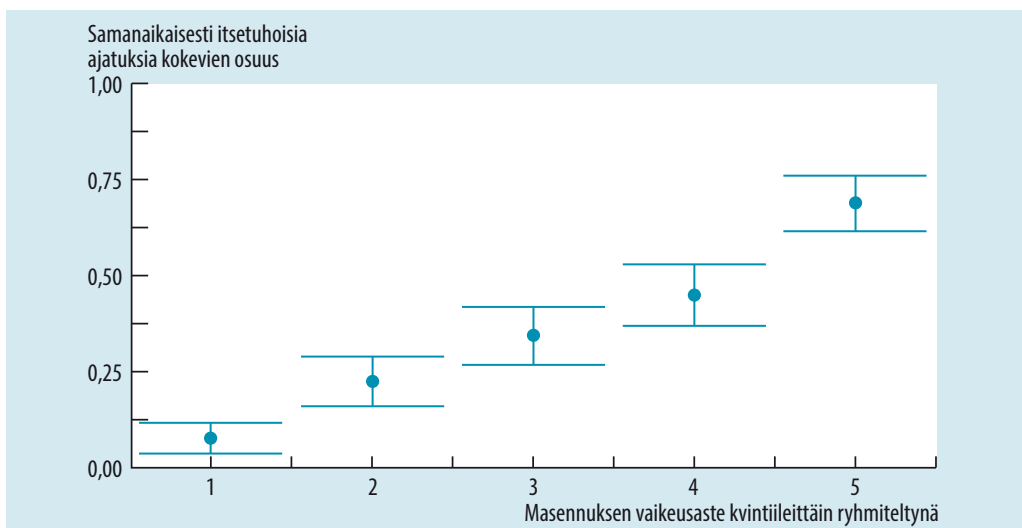
Kohorttitutkimuksen tuloksia

Itsetuhoiset ajatukset ja teot. Tutkimme itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja takautuvassa ja etenevässä asetelmassa (35,36). Löysimme aiemman historian osalta merkittäviä eroja diagnostisten ryhmien välillä: itsetuhoiset teot ja merkittävät itsetuhoiset ajatukset (eli sellaiset, joihin liittyi aikomus oman elämän päättämisestä) olivat yleisimpiä epävakailla masentuneilla sekä kohorttina että diagnoosiryhmänä tarkasteltuina (**KUVA 2**). Itsemurhayritysten elämänaikainen esiintyvyys oli erityisen suuri (noin 90 %), kun potilailla oli samanaikainen epävakaat persoonallisuus ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso (**KUVA 2**). Aiemmassa tutkimuksessa raportoitiin samansuuntaisia löydöksiä (37).

Multinominaalisissa regressiomalleissa epävakaisten piirteiden määrä korreloi aiemman itsemurhayrityksen riskin kanssa, kun iän, sukupuolen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, masennuksen vaikeusasteen sekä toivottomuuden



KUVA 2. Itsemurhayritysten elämänaikainen esiintyvyys eri diagnoosiryhmissä.



KUVA 3. Masennuksen vaikeusasteen ja samanaikaisen itsetuhoisen ajattelun riski (36).

vaikutus vakioitiin. Vaihtoehtoisessa mallissa BPDSI-pistemäärä korreloi viimeaikaisten itsemurhayritysten riskin kanssa samojen muuttujien kanssa kontrolloituna.

Seurannan aikana 22 % epävakaita, mutta vain 4 % muista masentuneista teki itsemurhayrityksen. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,029$, vetosuhde 6,28). Muiden diagnostisten ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Epävakaa persoonallisuus diagnoosina, ja monelta osin myös epävakauden aste, oli siis yhteydessä usean suuroidaalisen päätetapahtuman riskiin sekä takautuvasti että etenevästi tarkasteltuna.

Tarkastelimme myös masennuksen vaikeusasteen yhteyttä samanaikaiseen itsetuhoiseen ajatteluun kahden viikon välein tehdyn seurannan perusteella. Kun vastaukset jaettiin kvintiileihin masennuksen vaikeusasteen mukaan, itsetuhoisen ajattelun riski suureni annosvastetyyppisesti kaikissa diagnoosiryhmissä (**KUVA 3**). Yksilötasolla löysimme monitasomallinnuksella merkitsevän kovariaation masennuksen vaikeusasteen ja itsetuhoisen ajattelun välillä kaikissa potilasryhmissä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteydessä kovariaatio oli kuitenkin selvempi kuin muiden. Itsetuhoisuus oli siis heillä vahvemmin yhtey-

TAULUKKO 2. Kliininen tila seurantavaiheen jälkeen. Muokattu lähteestä 41.

Muuttujat	Unipolaariset masentuneet n (%) tai ka. (kh)	Kaksisuuntaiset masentuneet n (%) tai ka. (kh)	Epävakaat masentuneet n (%) tai ka. (kh)	Koko kohortti n (%) tai ka. (kh)	P-arvo
n	39	33	23	95	–
Miehiä	18 (46,2 %)	8 (24,2 %)	7 (30,4 %)	33 (34,7 %)	0,13
Ikä	31,4 (10,3)	39,9 (9,7)	28,0 (7,1)	31,1 (9,5)	0,25
Masennus remissiossa	22 (56,4 %)	20 (60,6 %)	12 (52,2 %)	54 (56,8 %)	0,82
MADRS	15,69 (9,5)	13,67 (12,0)	16,91 (7,2)	15,28 (10,0)	0,78

¹Alkohorttien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys (khiin neliö -testi tai varianssianalyysi)

MADRS = Montgomery–Åsbergin masennusasteikko

unipolaariset masentuneet = vakava masennus, ei epävakaata persoonallisuutta; kaksisuuntaiset masentuneet = kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso; epävakaat masentuneet = epävakaata persoonallisuus ensisijaisena diagnoosina, samanaikainen (unipolaarinen tai kaksisuuntainen) vakava masennusjakso

dessä masennusoireiden määrään ja vakavuuteen kuin unipolaarisilla masentuneilla. Tämä tukee aiempia löydöksiä itsemurhayrityksen riskin liittymisestä nimenomaan masennusoirevaiheisiin kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä (29,38). Yleisemmällä tasolla löydöksemme osoittavat, että masennuksen syveneminen on merkki itsetuhoisen ajattelun riskin lisääntymisestä lyhyelläkin aikavälillä, minkä voidaan katsoa olevan tavallisen kliinisen käytännön näyttöön perustuva validaattori.

Sairauden kulku ja toipuminen. Olimme kiinnostuneita siitä, eroavatko potilasryhmät toisistaan masennusjakson pitkittävien oirekuvan ja toipumisen osalta. Kliininen tila oli eri potilasryhmissä seurannan jälkeen samankaltainen, vaikka kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyi odotetusti muita enemmän lieviä kohonneen mielialan oireita.

Taudinkulkua tarkastettiin elämänajan mielialavaiheiden määrän ja keskimääräisen keston osalta. Havaitsimme, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla oli enemmän ja lyhyempiä mielialavaiheita kuin muilla. Regressiomalleissa naissukupuoli, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja sekamuotoiset oireet alkuvaiheessa liittyivät suurempaan ja epävakaan oireilun vaikeusaste pienempään määrään mielialavaiheita. Vaikka mielialan hyperreaktiivisuus lyhyellä aikavälillä (minuuteista tunteihin) on epävakaan oire, se ei siis ollut yhteydessä affektiivisten oireiden suurempaan vaihteluun päivien ja viikkojen aikavälillä. Tämä tukee käsitystä siitä, että epävakaan persoonallisuuden affektilabiilius ei

edustaisi kaksisuuntaisen mielialahäiriön alatyyppejä ja että nämä häiriöt olisivat useimmiten erotettavissa toisistaan (39).

Seurantavaiheen jälkeen hieman yli puolet tutkittavista saavutti remission masennuksesta (TAULUKKO 2). Regressiomalleissa masennuksen vaikeusaste ($p = 0,004$) sekä epävakaan aste ($p = 0,023$) olivat yhteydessä pidempään ja kaksisuuntainen mielialahäiriö ($p = 0,004$) sekä alkoholin riskikäyttö ($p = 0,013$) lyhyempään remission saavuttamisaikaan, kontrolloituina toisillaan sekä iällä ja sukupuolella. Epävakaan aste näyttää siis vaikuttavan itsenäisesti masennusvaiheen kestoon. Tämä laajentaa aiempia, kategoriseen arviointiin perustuvia löydöksiä ja näyttää, että sama dynamiikka havaitaan myös dimensionaalisella tasolla (23).

Epävakaiden piirteiden kehitys. Tarkastelimme epävakaiden piirteiden kehittymistä seurannan aikana sekä masentuneisuuden ja epävakaan kovariaatiota (40). Yhtä moni täytti epävakaan persoonallisuuden diagnoosikriteerit tutkimuksen lopussa kuin sen alussa, mutta sekä BPDSI-pisteet (muutoksen keskiarvo $-4,23$, $p < 0,001$) että diagnostiset kriteerit täyttävien epävakaampiirteiden määrä (muutoksen keskiarvo $-0,35$, $p = 0,016$) vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Potilasryhmät eivät eronneet muutoksen suuruuden osalta toisistaan. Aiemmassa kirjallisuudessa esille tullut suuri taipumus oireremissioon epävakaudesta vaatii yli puoli vuotta, ainakin jos potilailla on samanaikainen vakava masennustila (18).

Masennuksen vaikeusasteen ja epävakauden välillä löytyi heikko mutta merkitsevä kovariaatio ($r = 0,28$, $p = 0,012$). Potilasryhmät erosivat toisistaan siten, että unipolaarisessa masennuksessa yhteyttä ei näyttänyt olevan ja bipolaarisessa masennuksessa yhteys oli enintään kohtalainen ($r = 0,37$, $p = 0,055$), mutta epävakailla masentuneilla se oli vahva ($r = 0,73$, $p = 0,020$). Epävakaas siis lieveni seurannassa jo kuuden kuukauden aikana, ja muutos korreloitui masennuksen lievenemiseen epävakailla masentuneilla ja kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä muttei unipolaarimasentuneilla ilman epävakaasdiagnoosia. Tämä löydös vaatii vielä toistoa, sillä yhdessä aiemmassa tutkimuksessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja epävakauden taudinkulut olivat toisistaan riippumattomampia kuin unipolaarisen masennuksen ja epävakauden (23). Ero voi johtua menetelmäseikoista (esimerkiksi siitä, käytetäänkö kategorisia vai dimensionaalisia mittareita) ja osittain tutkimuksiin osallistuneiden potilaiden sairaukukuvien eroista.

JOHN J. SÖDERHOLM, LT, psykiatrian erikoislääkäri, vs. apulaissylielääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS, riippuvuuspsykiatrian poliklinikka

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

Lopuksi

Tutkimustuloksemme vahvistavat näkemystä epävakaan persoonallisuuden ja sen piirteiden tärkeästä merkityksestä huonon ennusteen riskitekijänä masennuksessa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja epävakauden yhteissairastavuuteen liittyy erityisen suuri itsemurhayrityksen riski, ja tälle potilasryhmälle suunnattu integroitu, farmakologista ja terapeutista hoitoa yhdistävä hoitomalli voisi olla tutkimisen arvoinen. Epävakauden dimensionaalinen tarkastelu antaa kategorista diagnostiikkaa tarkempaa tietoa, jolla on teoreettista ja kliinistä merkitystä. Epävakaas ei ole staattinen ilmiö, mutta muutoksen havaitseminen potilastasolla lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä edellyttää herkkien mittareiden käyttöä. Persoonallisuushäiriödiagnostiikka muuttuu kategorisesta dimensionaalisempaan suuntaan, ja tämän muutoksen hyödyntämisessä kliinisesti voi piillä hoidollisiakin mahdollisuuksia. ■

SIDONNAISUUDET

John J. Söderholm: Luento-/asiantuntijapalkkio (Addictum Oy), hankkeet (Etelä-Suomen yhteistoiminta-alueen mielenterveystyöryhmä, sihteeri)

KIRJALLISUUTTA

- Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. *Lancet Psychiatry* 2022;9:137–50.
- Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 2015;173:73–80.
- International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization 2019. <https://icd.who.int/en>.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revised (DSM-5-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2022. <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021 [viitattu 30.10.2023]. www.kaypahoito.fi.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2023 [viitattu 2.10.2023]. www.kaypahoito.fi.
- Marx W, Penninx BWJH, Solmi M, ym. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2023;9:44.
- Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Räback L, ym. Personality and depressive symptoms: individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety* 2015;32:461–70.
- Epävakaas persoonallisuus. Käypä Hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [viitattu 6.11.2023]. www.kaypahoito.fi.
- Leichsenring F, Heim N, Leweke F, ym. Borderline personality disorder: a review. *JAMA* 2023;329:670.
- Söderholm JJ. Borderline personality disorder – a narrative review. *Psychiatria Fennica* 2024;55:124–39.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization 1993.
- Widiger TA. Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry* 2003;2:131–5.
- Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M, ym. The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *J Pers Disord* 2017;31:577–89.
- Mulder R. Personality disorders. Teoksessa: Making sense of the ICD-11 for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press 2023. s. 110–9.
- Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, ym. Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Pers Disord* 2003;17:45–59.
- Leppänen V, Lindeman S, Arntz A, ym. Preliminary evaluation of psychometric properties of the Finnish Borderline Personality Disorder Severity Index: Oulu-BPD-Study. *Nord J Psychiatry* 2013;67:312–9.

18. Alvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, ym. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: a meta-analysis of prospective studies. *Eur Psychiatry* 2019;56:75–83.
19. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018;41:583–93.
20. Mantere O, Melartin TK, Suominen K, ym. Differences in axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:584–93.
21. Liu Y, Li B, Hao F, ym. Associations between borderline personality disorder features and the risk of first onset major depressive disorder: findings from a 2-year longitudinal study in a sample of first-year university students in China. *J Affect Disord* 2021;295:5–10.
22. Frías Á, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* 2016;202:210–9.
23. Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, ym. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry* 2014;75:829–34.
24. Holma KM, Holma IAK, Melartin TK, ym. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry* 2008;69:10742.
25. Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, ym. Five-year outcome of bipolar I and II disorders: findings of the Jorvi Bipolar Study. *Bipolar Disord* 2015;17:363–74.
26. Favril L, Yu R, Uyar A, ym. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Mental Health* 2022;25:148–55.
27. Isometsä ET. Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry* 2001;16:379–85.
28. Isometsä ET. Suicides in mood disorders in psychiatric settings in Nordic national register-based studies. *Front Psychiatry* 2020;11:721.
29. Holma KM, Haukka J, Suominen K, ym. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord* 2014;16:652–61.
30. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, ym. Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *J Clin Psychiatry* 2019;80:18m12436.
31. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42:482–7.
32. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, ym. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017;143:187–232.
33. Socada JL, Söderholm JJ, Rosenström T, ym. Presence and overlap of bipolar symptoms and borderline features during major depressive episodes. *J Affect Disord* 2021;280:467–77.
34. Posner K, Brown GK, Stanley B, ym. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168:1266–77.
35. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, ym. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients – a comparative study. *Front Psychiatry* 2020;11:290.
36. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström TH, ym. Borderline personality disorder and depression severity predict suicidal outcomes: a six-month prospective cohort study of depression, bipolar depression, and borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2023;148:222–32.
37. Zimmerman M, Martinez J, Young D, ym. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *J Pers Disord* 2014;28:358–64.
38. Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, ym. Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: a 5-year follow-up study. *Bipolar Disord* 2017;19:13–22.
39. Bassett D, Mulder R, Outhred T, ym. Defining disorders with permeable borders: you say bipolar, I say borderline! *Bipolar Disord* 2017;19:320–3.
40. Söderholm JJ, Socada JL, Ekelund J, ym. How changes in depression severity and borderline personality disorder intensity are linked – a cohort study of depressed patients with and without borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2024;11:3.
41. Söderholm J, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä E. Bipolar disorder predicted shorter and borderline personality disorder symptoms longer time to remission – A prospective cohort study of major depressive patients. *J Affect Disord* 2022;316:161–8.