



UNIVERSITY
OF TAMPERE

This document has been downloaded from
TamPub – The Institutional Repository of University of Tampere

 *Publisher's version*

The permanent address of the publication is <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201505051391>

Author(s): Kampman, Olli; Poutanen, Outi; Aromaa, Esa
Title: Temperamentti ja persoonallisuushäiriöt masennuksen muovaajina
Year: 2013
Journal Title: Duodecim
Vol and number: 129 : 18
Pages: 1908-1914
ISSN: 0012-7183
Discipline: Neurology and psychiatry
School /Other Unit: School of Medicine
Item Type: Journal Article
Language: fi
URN: URN:NBN:fi:uta-201505051391
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11230.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

Temperamentti ja persoonallisuushäiriöt masennuksen muovaajina

Persoonallisuus on yksilön psyykkisistä ja fyysisistä tekijöistä rakentuva dynaaminen järjestelmä, joka selittää yksilön ainutlaatuisia tapoja sopeutua ympäristöönsä. Persoonallisuutta voidaan tarkastella sekä ulottuvuuksien että kehityksellisten teorioiden avulla. Temperamentilla tarkoitetaan ihmisen synnynnäistä, biologisesti ja geneettisesti määräytyvää psyyken perusrakennetta, josta kehittyy vuorovaikutuksen kautta yksilöllinen persoonallisuus. Temperamentin yhteys masennukseen ilmenee erityisesti korostuneen vaikeuksien välttämisperiteen muodossa. Persoonallisuushäiriöt johtavat poikkeaviin tapoihin tehdä havaintoja itsestä ja muista ihmisistä, säädellä tunteita ja tulla toimeen muiden ihmisten kanssa. Persoonallisuushäiriö huonontaa merkittävästi masennuksen ennustetta siten, että toipuminen masennuksesta on hitaampaa ja uudelleen sairastuminen on todennäköisempää kuin jos kyse olisi pelkästään masennuksesta. Aikuisiän temperamentti- ja persoonallisuus- ja persoonallisuushäiriöt ovat yhteydessä masennukseen.

Arkikielessä käsitteet temperamentti, persoonallisuus ja luonne sekoittuvat usein toisiinsa. Temperamentilla tarkoitetaan ihmisen synnynnäistä, biologisesti ja geneettisesti määräytyvää psyyken perusrakennetta, josta ympäristövuorovaikutuksen kautta kehittyy yksilöllinen persoonallisuus (Saucier ja Simonds 2006). Luonteella viitataan tavallisesti pysyviksi miellettyihin mielen sisäisiin persoonallisuuden piirteisiin. Persoonallisuushäiriöt ilmenevät sopeutumista häiritsevinä pysyvinä ja joustamattomina ajattelu- ja käyttäytymismalleina. Tarkastelemme aikuisiän

temperamenttipiirteiden, persoonallisuuden ja persoonallisuushäiriöiden yhteyttä masennukseen. Lapsuus- ja nuoruusiän temperamentti- ja persoonallisuuspiirteiden yhteyttä myöhempään psykopatologiaan on tutkittu paljon (De Pauw ja Mervielde 2010). Tämä tutkimusalue on teoreettisesti ja käytännön tutkimusasetelmiltaan hyvin laaja, ja siksi ai-noastaan sivuamme sitä.

Persoonallisuus

Allport on jo 1950-luvulla (1951) rakentanut erilaisista persoonallisuuden määrittelyistä kokoavan määritelmän, jonka mukaan persoonallisuus on yksilön psyykkisistä ja fyysisistä tekijöistä rakentuva dynaaminen järjestelmä, joka selittää yksilön ainutlaatuisia tapoja sopeutua ympäristöönsä. Persoonallisuuden käsitteeseen kuuluvat siis sekä mielen sisäiset ilmiöt että ulkoinen käyttäytyminen.

Persoonallisuuden tutkimuksessa on ollut kaksi pääsuuntausta, joista ensimmäisessä on etsitty psykologisia piirreulottuvuuksia, jotka selittäisivät suuret yksilölliset erot siinä, kuinka ihmiset suhtautuvat ja toimivat ulkoisesti samankaltaisissa tilanteissa ja sosiaalisissa ympäristöissä. Persoonallisuuden piirteillä tarkoitetaan suhteellisen pysyviä ominaisuuksia, jotka selittävät yksilölle tyypillisiä ajattelu-, tuntemis- ja käyttäytymistäipumuksia (McCrae ja Costa 2003). Henkilön persoonallisuuden rakenteen ajatellaan muodostuvan useiden eri piirteiden yhdistelmästä. Kaikkein tunnetuin ja tutkituin piirremalli muodostuu viidestä persoonallisuuden piirreulottuvuudesta (Big Five), jotka ovat neuroottisuus, ulospäin suuntautuneisuus, tunnollisuus, sovinnaisuus ja avoimuus uusille kokemuksille (McCrae ja Costa 2003). Persoonallisuushäiriöissä

korostuvat tämän mallin mukaisista piirre-ominaisuuksista vahva neuroottisuuspiirre ja heikko sovinnaisuuspiirre. Voimakkaimmin neuroottisuuspiirre on korostunut epävakaassa, estyneessä ja riippuvaisessa persoonallisuushäiriössä ja sovinnaisuuspiirre on heikoin epäluuloisessa, epäsosiaalisessa ja narsistisessa persoonallisuushäiriössä (Saulsman ja Page 2004).

Monet tutkimukset ovat osoittaneet yksilöllistä vaihtelua piirteiden pysyvyydessä ja muutosten suunnassa. Varhaislapsuuden temperamentin ja aikuisiän piirteiden väliltä ei ole löydetty kovin vahvaa yhteyttä. Piirteiden pysyvyys näyttää keskimäärin vahvistuvan keski-ikään saakka. Tunnollisuuteen ja sovinnaisuuteen liittyvät piirteet näyttävät keskimäärin vahvistuvan myöhäiskeskä-ikästä asti ja neuroottisuuteen liittyvät piirteet vähenevän (McAdams ja Olson 2010). Big Five -persoonallisuusmallin mukaiset piirteet voivat vaikuttaa lapsuus- ja nuoruusiässä psykopatologian kehittymiseen esimerkiksi pelko- ja ahdistusoireiston (korostunut neuroottisuus), heikentyneen huomio- tai tunnesäätelykyvyn (heikko tunnollisuus) tai heikon empatiakyvyn (heikko sovinnaisuus) välityksellä (De Pauw ja Mervielde 2010). Kotov ym. (2010) totesivat laajassa meta-analyyssissä vakavan masennustilan diagnoosin olevan suorassa yhteydessä korostuneeseen neuroottisuuspiirteeseen mutta hieman yllättäen käänteisessä yhteydessä tunnollisuuspiirteeseen. Temperamentin ja persoonallisuuden piirteiden vaikutusta myöhemmin ilmenevään masennukseen on selitetty kolmella keskenään vaihtoehtoisella tavalla, jotka voivat olla myös samanaikaisia: 1) persoonallisuus muodostaa pohjan myöhemmälle psykopatologialle ja on osa sitä (esiastemalli); 2) persoonallisuus on psykopatologiaan nähden erillinen, mutta on syytekijä sen kehityksessä (altistumismalli); 3) persoonallisuus vaikuttaa psykopatologian ilmenemiseen häiriön alkamisen jälkeen (patoplastinen malli) (Klein ym. 2011).

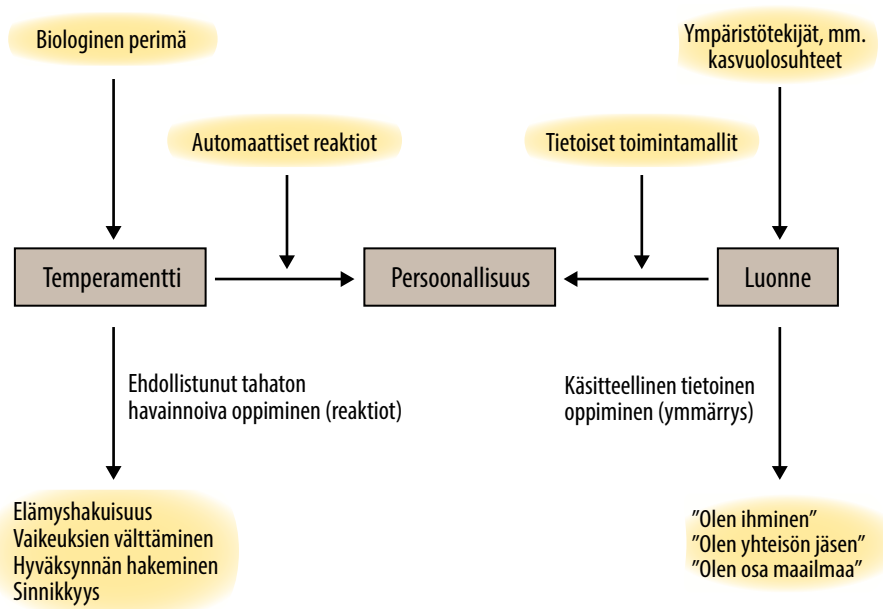
Toinen persoonallisuuden tutkimuksen lähestymistapa on ollut kehityspsykologinen. Siinä yksilön persoonallisuutta tarkastellaan joustavana ja läpi elämän vaihteittain muuttu-

vana. Tätä muutosta ohjaavat tarpeet ja motiivit. Tällöin kysytään, mitä ihminen tahtoo, arvostaa tai välttelee. Ihminen nähdään elämänsä haltuun ottavana, selviytyjänä, valintoja tekevänä ja toivovana (Mroczek ym. 2006).

McAdams ja Olson (2010) ovat rakentaneet kokoavan mallin, jossa he tarkastelevat persoonallisuuden kehittymistä kolmesta näkökulmasta: ihminen piirteidensä määrittämänä sosiaalisena toimijana, tavoitteidensa ohjaamana itsensä säätelijänä ja lopulta oman tarinansa luojana ja kertojana. Vastasyntyneen pienokaisen temperamentti muovautuu keski-ikäisen suhteellisen pysyviksi persoonallisuuden piirteiksi. Tämän syvärakenteen päälle alkavat jo lapsuudessa vahvistua motiivijärjestelmät, jotka antavat voimaa ja suuntaa, ja myöhemmin nuoruusvuosista lähtien ihminen alkaa muodostaa myös sisäistä kertomusta identiteettiään määrittämään sekä voidakseen kokea elämänsä merkitykselliseksi.

Temperamentti

C. Robert Cloninger työryhmineen (1993) on kehittänyt persoonallisuuden psykobiologisen mallin, johon sisältyy temperamentin ja luonteen seitsemän ulottuvuutta (KUVA). Cloningerin mallissa keskeistä on tieto persoonallisuuden yhteydestä oppimiseen ja muistiin. Malli pohjautuu kaksos- ja perhetutkimuksiin, väestön seurantatutkimuksiin sekä neurofarmakologisiin ja neurobehavioraalisiin kokeellisiin eläin- ja ihmistutkimuksiin. Muisti voidaan jaotella tapahtuma- eli havainnoivaan muistiin ja tieto- eli käsitteelliseen muistiin. Malli koostuu seitsemästä ulottuvuudesta, joista neljä liittyy havainnoivaan muistiin. Näiden neljän katsotaan olevan periytyviä ominaisuuksia. Ominaisuudet liittyvät yksilöisiin eroihin miellelyhtymiin perustuvan (assosiatiivisen) oppimisen elämyshakuisuudessa (novelty seeking), vaikeuksien välttämässä (harm avoidance), hyväksynnän hakemisessa (reward dependence) ja sinnikkyydessä (persistence). Lisäksi persoonallisuuden muo-
vautumisessa keskeistä on kolmen, käsitteelliseen oppimiseen liittyvän ominaisuuden kehittyminen. Nämä ovat itsen kokeminen 1) autono-



KUVA. Persoonallisuuden rakentuminen Cloningerin psykobiologisen mallin mukaan (Kampman 2011).

misena yksilönä (self-directedness, 2) osana ihmisjoukkoa, toisin sanoen lajinsa edustajana (cooperativeness) ja 3) maailmankaikkeuden osana (self-transcendence).

Temperamentti ja masennus

Temperamenttipiirteiden ja masennuksen välinen yhteys on todettu lukuisissa aikuisväestön tutkimuksissa, niin yleisväestössä esiintyvien masennusoireiden suhteen kuin vakavaa masennustilaa sairastavillakin (Cloninger ym. 2006, Klein ym. 2011, Kitamura ym. 2012).

Aiemmassa meta-analyysissa todettiin korostuneen vaikeuksien välttämisperheen olevan yleisväestössä selkeästi yhteydessä ajankohtaisen masennusoireiston esiintymiseen. Lisäksi havaittiin heikompi yhteys saman temperamenttipiirteiden ja myöhemmin ilmenevien masennusoireiden välillä, minkä katsottiin olevan osoitus masennuksen piirteomaisuuden ja vaikeuksien välttämisperheen välisestä yhteydestä (Kampman ja Poutanen 2011). Muilla temperamenttipiirteillä ei ollut selvää yhteyttä masennustaipumukseen, mutta hyväksynnän hakemisperiteellä oli yksittäisissä tutkimuksissa negatiivinen yhteys ajan-

kohtaiseen masennusoireistoon. Korostunut vaikeuksien välttämisperhe ennusti Pohjois-Suomen 1966 kohortin seurantatutkimuksessa myös suurempaa myöhemmin ilmenevän masennuksen riskiä (Miettunen ym. 2012).

Kliinisesti diagnosoitua masennusta sairastavilla potilailla vaikeuksien välttämisperheen heikkeneminen on useimmissa tutkimuksissa ollut yhteydessä masennuksesta toipumiseen ja parempaan hoitovasteeseen (Kampman ja Poutanen 2011). On myös viitteitä siitä, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla esiintyy masennusjakojen yhteydessä temperamenttiprofilissa vastaavia edellä kuvattuja muutoksia kuin yksisuuntaisen masennuksen yhteydessä (Jylhä ym. 2011, Sasayama ym. 2011).

Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat eri elämäalueilla ilmeneviä jäykkiä ja toistuvia malleja ajatella ja käyttäytyä. Ne johtavat poikkeaviin tapoihin tehdä havaintoja itsestä ja muista ihmisistä, säädellä tunteita ja tulla toimeen muiden ihmisten kanssa. Yleensä persoonallisuushäiriöstä kärsivä henkilö ei itse tunnista poik-

TAULUKKO. Yleiset, kaikkia persoonallisuushäiriöitä koskevat diagnostiset ohjeet ICD-10:ssä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

G1. Yksilön luonteenomaiset ja pysyvät sisäisen kokemisen tavat ja käytös kokonaisuudessaan poikkeavat merkittävästi kulttuurin sisäisistä normeista. Poikkeama ilmenee vähintään kahdella alla luetellulla alueella:

- 1) tiedollinen toiminta (eli kuinka ihminen havaitsee ja tulkitsee asioita, ihmisiä ja tapahtumia, miten hän asennoituu ihmisiin ja muodostaa mielikuvia itsestään ja muista)
- 2) tunne-elämä (eli tunne-elämän kirjo, voimakkuus ja asianmukaisuus tilanteeseen nähden)
- 3) impulssikontrolli ja tarpeiden tyydyttäminen
- 4) ihmissuhteiden luonne ja toimintatapa muiden ihmisten kanssa

G2. Poikkeama ilmenee pysyvänä käytösmallina, joka on joustamaton, sopeutumaton tai muutoin häiriintynyt laajalti eri henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa tilanteissa (eli se ei esiinny yksinomaan jonkin laukaisevan tekijän tai tilanteen aikaansaamana).

G3. Kohdassa G2 kuvattu käytösmalli aiheuttaa henkilökohtaista kärsimystä tai vastoinkäymisiä sosiaalisessa selviytymisessä tai molempia.

G4. On näyttöä siitä, että häiriö on pysyvä ja pitkäaikainen ja että se on alkanut myöhäislapsuudessa tai nuoruusiässä.

G5. Häiriö ei ole muun aikuispsykiatrisen häiriön ilmenemismuoto tai sen seurausta, vaikka väliaikaisia tai kroonisia luokissa F00–F59 tai F70–F79 kuvattuja tiloja voi esiintyä persoonallisuushäiriön rinnalla tai samanaikaisesti.

G6. Elimellinen syy, aivosairaus, -vamma tai toimintahäiriö, tulee sulkea pois. (Jos tilanteen on aiheuttanut tunnettu elimellinen tekijä, käytetään ryhmän F07 koodeja.)

keavuuttaan, mutta hän tunnistaa kyllä huonon pärjäämisensä sosiaalisissa suhteissa.

Suomessa on käytössä Maailman Terveysjärjestön (WHO) ICD-10-tautiluokituksen perustuva psykiatrian luokituskäsi kirja, josta on vuonna 2012 ilmestynyt toinen, tarkistettu painos (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Sen yleiset kriteerit persoonallisuushäiriölle on esitetty **TAULUKOSSA**.

Käsikirjassa jaetaan persoonallisuushäiriöt alaluokkiin epäluuloinen, eristäytyvä (skitsoidinen), epäsosiaalinen, tunne-elämältään epävakaa (joka jaetaan impulsiiviseen ja rajatilatyyppiin), huomiohakuinen, vaativa, estynyt ja riippuvainen persoonallisuus. Lisäksi maini-

taan narsistinen, epäkypsa, passiivis-aggressiivinen ja psykoneuroottinen persoonallisuus.

ICD-10-tautiluokituksen ohella on kansainvälisesti laajalti käytössä APA:n (American Psychiatric Association) laatima DSM-tautiluokitus (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), jonka nykyinen versio on 4. korjattu painos (American Psychiatric Association 2000). Sen persoonallisuushäiriöitä koskeva kohta eroaa ICD-10:stä merkittävimmin siten, että häiriöt on siinä ryhmitelty kolmeen alaluokkaan eli klusteriin. A-klusteriin kuuluvat vaikeat, lähellä psykoottisuutta olevat persoonallisuudet eli epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosipiirteinen (joka ICD-10:ssä on luokiteltu skitsofreniaryhmään koodilla F21, skitsotyyppinen häiriö). B-klusteriin kuuluvat dramaattiset, emotionaalisesti usein labiilit persoonallisuudet eli epäsosiaalinen, epävakaa (ilman alajakoa), huomiohakuinen ja narsistinen. C-klusteriin taas kuuluvat ahdistuneet tai pelokkaat persoonallisuudet eli estynyt, riippuvainen ja pakko-oireinen (jota ICD-10:ssä vastaa vaativa persoonallisuus).

Kumpaakin tautiluokitusta ollaan uudistamassa lähivuosina (Tyrer ym. 2011). ICD-11:ssä on suunniteltu persoonallisuushäiriökäsitteen lähtökohdaksi, että kyse on häiriöstä inhimillisessä vuorovaikutuksessa. ICD-11:een on alun perin ollut tulossa ensisijainen luokittelu neljästä viiteen persoonallisuushäiriön luokkaan oirekuvan vaikeuden perusteella sekä toissijainen luokittelu viiteen oirealueeseen: asosiaalinen tai skitsoidinen, dissosiaalinen tai antisosiaalinen, pakkomieltainen tai vaativa (anankastinen), ahdistunut tai riippuvainen tai emotionaalisesti epävakaa persoonallisuus. Uudessa DSM-V-luokituksessa on kuitenkin lopulta päädytty takaisin kategoriseen malliin, joka sisältää kriteerit jo DSM-IV-versiossa olleille kymmenelle persoonallisuushäiriölle. Tämä tarkoittanee samankaltaiseen ratkaisuun päätymistä myös ICD-11:ssä. Uusi DSM-V-tautiluokitus on ilmestynyt tänä vuonna (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>). ICD-11 valmistunee vuonna 2015.

Meillä kaikilla on tavallisia, arkisia persoonallisuuden piirteitä, jotka saattavat kuor-

YDINASIAIAT

- ▶▶ Temperamentilla tarkoitetaan perinnöllistä psyyken perusrakennetta.
- ▶▶ Yksilön luonne eli hänen persoonallisuutensa piirteet kehittyvät temperamenttipiirteiden ja ympäristövuorovaikutuksen seurauksena.
- ▶▶ Masennuksella on yhteys neuroottis- ja välttämistyyppisiin temperamenttipiirteisiin.
- ▶▶ Persoonallisuushäiriöt ilmenevät jäykkinä ja sopeutumista heikentävinä ajattelu- ja käyttäytymismalleina, ja osaan niistä liittyy suurentunut alttius sairastua masennukseen.

mittavissa elämäntilanteissa korostua. Käsite persoonallisuushäiriö on näistä diagnoosin saava ääripää, kun tavanomaisesta poikkeavat piirteet ovat sitkeitä ja johtavat monenlaisiin ongelmiin sosiaalisissa suhteissa. Persoonallisuushäiriöt tulee myös erottaa niistä persoonallisuuden muutoksista, jotka tapahtuvat elämän aikana aivovamman, sairauden tai vain pitkittyneen ylikuormitustilan seurauksena.

Persoonallisuushäiriöt ja masennustila

Masennuksen ja persoonallisuushäiriöiden keskinäinen yhteys on monimutkainen. Laajan katsausartikkelin mukaan masennus voi vaikuttaa persoonallisuuspatoologiaan ja jopa sen syntyyn, ja toisinpäin persoonallisuushäiriö voi johtaa vakavaan masennukseen (Fara-
baugh ym. 2004). Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että onnistunut masennuksen hoito on yhteydessä persoonallisuushäiriön oireiden lukumääräiseen vähenemiseen (Hirschfeld 1999, Fava ym. 2002), ja nämä tulokset on voitu vahvistaa myöhemmin (Mulder ym. 2010). Kun on erikseen tarkasteltu pelkästään epävakausta persoonallisuuden piirteenä, on havaittu, että persoonallisuushäiriön oireiden helpottumisesta seuraa myös
1912 masennusoireiden paraneminen (Gunderson

ym. 2004). Tutkimuksissa, joissa masennuksen hoito on toteutettu kontrolloidusti, persoonallisuushäiriö onkin vaikuttanut masennuksen hoitotulokseen vain vähän (Mulder 2002). Kaksostutkimuksissa on todettu alttiuden vakavaan masennustilaan ja alttiuden epävakaaseen, epäluuloiseen tai eristäytyvään persoonallisuushäiriöön olevan geneettisesti läheisessä yhteydessä toisiinsa (Reichborn-Kjennerud ym. 2010).

Persoonallisuushäiriö ja masennus yhtäkkiä ovat hyvin yleinen ilmiö (Fava ym. 2002, Iacoviello ym. 2007). Laajan meta-analyysin mukaan persoonallisuushäiriö heikentää merkittävästi masennuksen ennustetta (Newton-Howes ym. 2006). Persoonallisuushäiriön yhteydessä toipuminen masennuksesta on hitaampaa ja uudelleen sairastuminen on todennäköisempää kuin jos kyse olisi pelkästä masennuksesta (Gunderson ym. 2008, Grilo ym. 2010). Persoonallisuushäiriön yhteydessä sosiaalinen toipuminen voi tapahtua huomattavan hitaasti, vaikka masennuksen oireet lievittyvät (Casey ym. 1996). Todennäköisesti sellainen masentunut potilas, jolla on myös persoonallisuushäiriö, saa kuitenkin käytännössä vähemmän asianmukaista hoitoa masennukseensa verrattuna potilaaseen, jolla ei ole persoonallisuushäiriötä.

Tarkasteltaessa masennuksen oirekuvaa ja kulkua eri persoonallisuushäiriöissä on hyvä ottaa avuksi DSM-tautiluokitusjärjestelmän klusterikäsite. A-klusterin potilaat kokevat stressiä voimakkaammin kuin muista persoonallisuushäiriöistä kärsivät, ja he ovat myös kognitiivisesti keinottomampia ja haavoittuvampia. Heillä ongelmat masennuksesta toipumisessa saattavat liittyä nimenomaan näihin ilmiöihin (Candrian ym. 2007, Candrian ym. 2008). A-klusterin persoonallisuushäiriöiden yhteydessä remissio vakavasta masennuksesta saavutetaan muita persoonallisuushäiriöpotilaita hitaammin (Grilo ym. 2005). Kun A-klusteriin kuuluvat ovat oireiltaan lähellä psykooseja, ei ole yllättävää, että psykoottisten masennusoireiden ja nimenomaan A-klusterin epäluuloisen ja psykoosi-piirteisen persoonallisuushäiriön välillä on havaittu yhteys (Tonna ym. 2011). B-klusterin persoonallisuushäiriö

ennustaa masennuksen vaikea-asteisuutta sekä yksittäisen masennusjakson pitkää kestoa (Iacoviello ym. 2007). B-klusteriin kuuluvissa epävakaissa persoonallisuushäiriöissä ilmenee masennuksen yhteydessä ahdistuneisuutta ja mielialan säätelyn ongelmia, jotka selittävät myös kognitiivisia ja puutteita, kuten hitautta psykomotoriikassa ja yleisessä motoriikassa, vaikeutta keskittyä, huonontunutta muistia ja keskittymiskykyä sekä toiminnanohjauksen heikentymistä (Fertuck ym. 2006). Mielenkiintoista käytännön kannalta on se, että epävakaa henkilö tuntuu itse arvioivan masennusoireensa vakavammiksi kuin ulkopuolinen arvioitsija (Stanley ja Wilson 2006). C-klusterin persoonallisuushäiriöön liitetään masennuksen kroonistuminen (Viinamäki ym. 2003, Iacoviello ym. 2007, Oleski ym. 2012) sekä toiminnalliset vaikeudet akuutista masennuksesta toipumisen jälkeenkin (Morse ym. 2005).

Itsetuhoinen ajattelu näyttää liittyvän samanaikaiseen jaksoittain toistuvaan ja ilman somaattista oireyhtymää ilmenevään masennukseen ja epävakaaseen persoonallisuushäiriöön (Hansen ym. 2003). B-klusterin persoonallisuushäiriö ennustaa itsetuhoisuutta itse asiassa paremmin kuin masennusoireet sinänsä (Corbitt ym. 1996).

Aikusiällä esiintyvä masennustaipumus näyttää eri tutkimusten mukaan olevan yhteydessä temperamenttipiirteisiin, erityisesti vaaran välttämistäipumukseen varsinaisen masennustilan yhteydessä ja tarkasteltaessa masennusoireiden esiintymistä väestössä. Persoonallisuus voi kytkeytyä myöhemmin ilmenevään masennukseen osana masennustilaa, erillisenä syytekijänä tai oireiden ilmenemiseen vaikuttavana tekijänä. Persoonallisuushäiriön merkitys alttiuteen sairastua masennukseen sekä masennuksen kulkuun ja toipumisennusteeseen on merkittävä. Eri persoonallisuushäiriöryhmissä voidaan erotella häiriöön liittyviä riskitekijöitä, jotka heijastuvat masennuksen vaikeusasteeseen ja toipumisennusteeseen.

Persoonallisuus selittää yksilön ainutlaatuisia tapoja sopeutua ympäristöönsä. Persoonallisuuden ilmenemismuodot voidaan jaotella mielen sisäisiin ilmiöihin ja ulkoiseen käyttäytymiseen. Temperamentti muodostaa biologi-

sesti määräytyvän perustan käyttäytymispiirteille, jotka lapsuusvuosista lähtien muovautuvat ympäristön vaikutuksesta yksilölliseksi ajattelun ja käyttäytymisen piirrekokoelmaksi, jota voidaan nimittää persoonallisuudeksi. Persoonallisuuden viimeaikainen tutkimus on painottunut piirreulottuvuuksien tutkimiseen. Tunnetuin piirremalli on Big Five, joka tulevaisuudessa huomioidaan osana persoonallisuushäiriöiden luokittelua.

Lopuksi

Persoonallisuushäiriöiden luokittelujärjestelmien murros liittyy osittain lisääntyneeseen tietoon mielenterveyshäiriöiden biologisista taustatekijöistä. Temperamentin merkitys masennuksen ja muiden mielialahäiriöiden alttiustekijänä on ajankohtainen tutkimuskohde. Lähitulevaisuudessa pystytään todennäköisesti nykyistä paremmin erottamaan persoonallisuushäiriöihin liittyvät joustamattomat käyttäytymispiirteet ja persoonallisuushäiriöiden mahdolliset seuraukset mielialahäiriöihin liittyvistä oireista ja mielen tasapainon vaihteluista. Myös havainto- ja kielellisten toimintamekanismien nykyistä parempi tunnistaminen ja niiden erottelu toisistaan persoonallisuushäiriöiden alttiustekijöinä voi luoda edellytykset luotettavan ja empiirisesti kiistattoman persoonallisuushäiriöiden kehitysteorian syntymiselle. ■

OLLI KAMPMAN, LT, dosentti, kliininen opettaja
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö
ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri,
psykiatrian toiminta-alue

OUTI POUTANEN, LT, dosentti, ylilääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala,
akuuttipsykiatrian vastuualue

ESA AROMAA, PsT, psykologi
Vaasan sairaanhoitopiiri, psykiatrinen klinikkaryhmä
ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL),
Vaasan alueyksikkö

SIDONNAISUUDET

Olli Kampman: Asiantuntijapalkkio (Janssen-Cilag), luentopalkkio (Janssen, Janssen-Cilag, Lundbeck, Pfizer), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (BMS)

Outi Poutanen: Luentopalkkio (Janssen-Cilag), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Lundbeck)

Esa Aromaa: Ei sidonnanaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Allport GW (toim.) *Personality: A psychological interpretation*. New York, Holt, 1951.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association, 2000.
- Candrian M, Farabaugh A, Pizzagalli DA, Baer L, Fava M. Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorder comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder: A path analysis study. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:729–37.
- Candrian M, Schwartz F, Farabaugh A, Perlis RH, Ehlert U, Fava M. Personality disorders and perceived stress in major depressive disorder. *Psychiatry Res* 2008;160:184–91.
- Casey P, Meagher D, Butler E. Personality, functioning, and recovery from major depression. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:240–5.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975–90.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006;92:35–44.
- Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996;39:61–72.
- De Pauw SS, Mervielde I. Temperament, personality and developmental psychopathology: A review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010;41:313–29.
- Farabaugh A, Mischoulon D, Fava M, Guyker W, Alpert J. The overlap between personality disorders and major depressive disorder (MDD). *Ann Clin Psychiatry* 2004;16:217–24.
- Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, ym. Personality disorders and depression. *Psychol Med* 2002;32:1049–57.
- Fertuck EA, Marsano-Jozefowicz S, Stanley B, ym. The impact of borderline personality disorder and anxiety on neuropsychological performance in major depression. *J Personal Disord* 2006;20:55–70.
- Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, ym. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Cons Clin Psychol* 2005;73:78–85.
- Grilo CM, Stout RL, Markowitz JC, ym. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: A 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1629–35.
- Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, ym. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1049–56.
- Gunderson JG, Stout RL, Sanislow CA, ym. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *J Affect Disord* 2008;111:40–5.
- Hansen PE, Wang AG, Stage KB, Kragh-Sorensen P, Danish University Antidepressant Group. Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: A 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:436–40.
- Hirschfeld RM. Personality disorders and depression: Comorbidity. *Depress Anxiety* 1999;10:142–6.
- Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: A prospective study. *J Personal Disord* 2007;21:371–83.
- Jylhä P, Mantere O, Melartin T, ym. Differences in temperament and character dimensions in patients with bipolar I or II or major depressive disorder and general population subjects. *Psychol Med* 2011;41:1579–91.
- Kampman O. Persoonallisuushäiriöihin liittyvät biologiset tekijät. Teoksessa Heiskanen T, Huttunen MO, Tuulari J (toim.) *Masennus*. Helsinki, Duodecim 2011, s. 291–2.
- Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2011;135:20–7.
- Kitamura T, Cloninger CR, Fossati A, Richter J. Temperament and character domains of personality and depression 2012. *Depress Res Treat* 2012;2012:946725.
- Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:269–95.
- Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2010;136:768–821.
- McAdams DP, Olson BD. Personality development: Continuity and change over the life course. *Annu Rev Psychol* 2010;61:517–42.
- McCrae RR, Costa PTJ. Personality in adulthood: A five-factor theory perspective. 2. painos. New York, Guilford Press 2003.
- Miettunen J, Isohanni M, Paunio T, ym. Predicting depression with psychopathology and temperament traits: The Northern Finland 1966 birth cohort. *Depress Res Treat* 2012;2012:160905.
- Morse JQ, Pilkonis PA, Houck PR, Frank E, Reynolds CF, 3rd. Impact of cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:808–14.
- Mroczek, D. K., Spiro A. III, & Griffin, P. W. Personality and aging. Kirjassa Birren JE, Schaie KW (toim.) *Handbook of the psychology of aging*, 6. painos. San Diego, CA, Academic Press, 2006, s. 363–377.
- Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *Am J Psychiatry* 2002;159:359–71.
- Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:219–25.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13–20.
- Oleski J, Cox BJ, Robinson J, Grant B. The predictive validity of cluster C personality disorders on the persistence of major depression in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Personal Disord* 2012;26:322–33.
- Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Røysamb E, ym. Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders: A population-based twin study. *Psychol Med* 2010;40:1475–84.
- Sasayama D, Hori H, Teraishi T, ym. Difference in temperament and character inventory scores between depressed patients with bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord* 2011;132:319–24.
- Saucier G, Simonds J. The structure of personality and temperament. Kirjassa *Handbook of personality development*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 2006: s. 109–28.
- Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2004;23:1055–85.
- Stanley B, Wilson ST. Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2006;20:307–18.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (toim.) *Psykiatrian luokituskäsikirja*. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit, toinen painos. Luokitukset, termit ja tilasto-ohjeet. Tampere, Juvenes Print Oy, 2012.
- Tonna M, De Panfilis C, Proveni C, Marchesi C. The effect of severity and personality on the psychotic presentation of major depression. *Psychiatry Res* 2011;190:98–102.
- Tyrer P, Crawford M, Mulder R, ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011;377:1814–5.
- Viinamäki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, ym. Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. *J Personal Disord* 2003;17:341–50.

Summary

Temperament and personality disorders as modifiers of depression

The connection of temperament with depression is manifested especially as an accentuated feature of avoidance of problems. Personality disorders lead to aberrant ways to make observations of oneself and other people, to control feelings and get along with other people. A personality disorder significantly worsens the prognosis of depression so that compared with mere depression, recovery is slower and recurrence more likely. We discuss the connection of adulthood temperament features, personality and personality disorders with depression.