

Itsetuhoisen potilaan arviointi

Aikaisempi itsemurhayritys merkitsee liki 40-kertaista itsemurhariskiä. Itsemurhavaaraa arvioitaessa potilaalta on aina kysyttävä suoraan mahdollisista itsemurha-ajatuksista tai -suunnitelmista. Riskitekijöitä kartoitettaessa on muistettava, ettei jonkin yksittäisen seikan olemassaolon tai puuttumisen avulla voida varmasti todeta tai sulkea pois itsemurhan mahdollisuutta. Koska valtaosalla itsemurhan tehneistä ja itsemurhaa yrittäneistä on psykiatrinen sairaus, näiden sairauksien diagnosointi ja hoito ovat tärkeitä keinoja ehkäistä itsetuhoista käyttäytymistä. Aktiivisen ja tiiviin hoidon ohella toivon välittäminen kaikissa tapaamisissa on olennaista. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen tila on arvioitava, ja lisäksi tulee järjestää tarkoituksenmukainen jatko- hoitopaikka. Itsetuhoisten potilaiden arviointi ja hoito on vaativaa, mutta näin itsemurhakuolleisuutta voidaan kuitenkin ehkäistä tehokkaasti.

Itsetuhoisen potilaan tutkiminen kuuluu päivystävän lääkärin vaativimpiin tehtäviin. Suurella potilasjoukolla on jossain määrin itsetuhoisia ajatuksia, ja ongelmana onkin erottaa potilaat, jotka ovat huomattavassa itsemurhavaarassa. Erityisenä haasteena ovat potilaat, jotka käyttävät runsaasti päihteitä.

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, johon sisältyy itsen vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisuus voi olla epäsuoraa tai suoraa. Epäsuoralla itsetuhoisella käyttäytymisellä tarkoitetaan toimintaa, johon liittyy hengenvaarallisten riskien ottamista ilman tietoista itsen vahingoittamisen tai kuoleman päämäärää. Suora itsetuhoisuus voi ilmetä itsemurha-ajatuksina, itsemurhayrityksinä tai itsemurhana.

Itsemurhayrityksen määritelmäksi suositellaan käytettäväksi Amerikan psykiatriyhdistyksen määritelmää: itsemurhayritys on itseä vahingoittavaa käytöstä, johon liittyy kuolemanhalu (American Psychiatric Association 2003).

Yhdellekään itsemurhalle ei voida osoittaa vain yhtä ainoaa tyhjentävää syytä. Jokaisella itsemurhalla on oma ainutlaatuinen historiaansa, joka voidaan jäsentää itsemurhaprosessiksi. Kehityskulku muodostuu altistavista tekijöistä (esim. sairaudet), suojaavien tekijöiden vähyydestä (esim. sosiaalisen tukiverkoston puute), laukaisevista tekijöistä (esim. menetystilanne), itsemurhamenetelmien (esim. ampuma-aseet) saatavuudesta sekä itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja siihen puuttumiseen liittyvistä seikoista (esim. väliintulon mahdollisuus itsemurhaa yritettäessä). Itsemurhaprosessissa on yleensä kyse kasautuvista, suhteellisen pitkäaikaisista ongelmista ja riskitekijöiden summavaikutuksesta. Kokonaisriskiä arvioitaessa on muistettava, että jonkin yksittäisen tekijän olemassaolon tai puuttumisen avulla itsemurhavaaraa ei voida tunnistaa luotettavasti tai sulkea pois varmasti. Hoitavan henkilön on viime kädessä luotettava omaan potilasta koskevaan kokonaisarvioonsa.

Riskitekijät

Aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen. Jokaiselta psykiatriselta potilaalta tulee kartoittaa ajankohtaisen itsetuhoisen käyttäytymisen lisäksi aikaisempaa itsetuhoista käyttäytymistä, johon kuuluvat itsemurhayritykset, keskeytyneet itsemurhayritykset ja itsemurha-ajatukset. Aikaisempi itsemurhayritys merkitsee liki 38-kertaista itsemurhariskiä diagnoosista riippumatta (Harris ym. 1997). Itsemurhayritykseen käytetty menetelmä vaikuttaa myös

YDINASIAT

- ▶ Masennuksen mahdollisimman hyvä hoito on olennainen osa itsetuhokäyttäjymisen ennaltaehkäisyä.
- ▶ Itsetuhoista käyttäytymistä on kartoitettava aktiivisesti.
- ▶ Itsetuhoisen potilaan hoidon tulee olla tiivistä ja aktiivista.

itsemurhakuolleisuuteen. Hirttäytymisyrittys ennustaa suurta itsemurhavaaraa molemmilla sukupuolilla. Miehillä tämän lisäksi aseilla, hyppäämällä ja hukuttautumalla tehdyt itsemurhayritykset ennakoivat suurta vaaraa; naisilla puolestaan hukuttautumisyrittysmerkittävät huomattavaa itsemurhariskiä. Koska suvussa esiintyvä itsetuhoisen käyttäytyminen on tärkeä itsetuhoista käyttäytymistä ennustava tekijä riippumatta diagnoosista ja psykiatrisen häiriön periytyvyydestä, on tärkeää kysyä potilaan suvussa tapahtuneista itsemurhista ja itsemurhayrityksistä.

Psykiatrinen sairastavuus. Itsemurhan tekneistä 90 %:lla on psykiatrinen sairaus ja noin 60 %:lla mielialahäiriö (tavanomainen masennussairaus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö) (Harris ym. 1997, Hawton ym. 2003). Samoin yli 90 %:lla itsemurhaa yrittäneistä on psykiatrinen sairaus (Suominen ym. 1996). Masennuksen syvyys ja pitkä kesto ovat itsemurhia ja itsemurhayrityksiä ennakoivia tekijöitä. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvät itsemurhat ja itsemurhayritykset tapahtuvat yleensä masennusvaiheessa tai sekamuotoisten mielialahäiriöjaksojen aikana. Nimenomaan näissä oiretiloissa vietetty aika on merkittävä itsetuhokäyttäjymisen riskitekijä (Valtonen ym. 2008). Vaikka toivottomuus liittyy olennaisena osana masennukseen, tämä tunne on itsenäisenä riskitekijänä merkittävä sekä itsemurhien että itsemurhayritysten osalta.

Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on 2–3-kertainen normaaliväestöön verrattuna.

882 Kuolleisuus on suurinta potilailla, jotka eivät

käytä psykoosilääkkeitä. Myös skitsofreniasa samanaikainen masennussairaus ja myös itsenäiset masennusoireet ilman masennussairautta ovat merkittäviä itsetuhoisen käyttäjymisen riskitekijöitä. Skitsofreniassa yksi itsemurhaa ennustava tekijä on samanaikainen päihderiippuvuus. Se on yleensä yhteydessä huonoon lääkehoitoon sitoutumiseen, ja tämä puolestaan lisää kaksoisdiagnoosipotilaiden itsemurhariskiä entisestään. Skitsofreniapotilaiden itsemurhariski on suurimmillaan sairaalahoitoa seuraavan kuukauden aikana.

Alkoholiriippuvuuteen liittyvä elämänaikainen itsemurhariski on 5–10 %. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa 35 %:lla itsemurhan tekneistä oli haitallista alkoholinkäyttöä (Pirkola ym. 2000). Arviolta 25–55 %:iin itsemurhista liittyy päihteiden käyttö (Murphy 2000).

Itsemurhariski on suurentunut sairaalahoidon alussa ja ensimmäisten viikkojen kuluessa sairaalahoidon jälkeen.

Persoonallisuushäiriöistä erityisesti epävakaiseen persoonallisuuteen liittyy suurentunut itsemurhavaara; elämänaikainen itsemurhariski on 5–10 %. Kaikista itsemurhan tekneistä persoonallisuushäiriö on ollut ainakin kolmanneksella. Usein epävakaiseen persoonallisuuteen liittyy alttius tahalliseen itsensä vahingoittamiseen ahdistuksen lievittämiskieinona ilman kuolemantoiveja. Muita samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä esiintyy 70 %:lla epävakasta persoonallisuudesta kärsivistä; usein kyse on mielialahäiriöistä. On siis huomattava, että näillä potilailla voi olla hyvin intensiivisiä kuolemantoiveja ja itsemurhaajatuksia itsemurhasuunnitelmiseen.

Psykososiaaliset riskitekijät. Kielteiset elämäntapahtumat, kuten ero- ja menetyskokemukset, työelämän ongelmat ja taloudelliset vaikeudet, ovat itsetuhokäyttäjymisen riskitekijöitä. Samoin sosiaalisen tuen puute altistaa itsetuhokäyttäjymiselle (TAULUKKO 1).

Itsetuhoisen käyttäjymisen kartoitus

Kaikilta päivystykseen hakeutuneilta potilailta tulee kartoittaa itsemurha-ajatuksia. Valtosen ym. (2006) tutkimuksessa lähes puolet niis-

TAULUKKO 1. Tärkeimmät itsemurhan riskitekijät.

Miessukupuoli
Aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen
Suvussa esiintyvä itsetuhoisen käyttäytyminen
Syvä ja vaikea masennus
Toivottomuus
Kielteiset elämäntapahtumat, menetykset, sosiaalisen tuen puute
Päihderiippuvuus

tä potilaista, jotka yrittivät itsemurhaa mutta jotka eivät päätyneet somaattisen sairaalan ensiapuun, jättivät ilmoittamatta itsemurhayrityksistään hoitavalle psykiatriselle taholle. Potilaat kertoivat myöhemmin, etteivät he maininneet yrityksistä, koska heiltä ei niistä kysytty.

Itsemurha-ajatusten kestoa ja intensiteettiä tulee arvioida. Potilaalta kysytään, kuinka usein itsemurha-ajatuksia esiintyy: kerran viikossa, useita kertoja viikossa vai päivittäin. Samoin potilaalta tulee kysyä, ajatteleeko hän itsemurhaa päivittäin lyhyitä ohikiitäviä hetkiä, satunnaisesti vai lähes jatkuvasti. Niin ikään tulee arvioida potilaan kykyä hallita itsemurha-ajatuksia. Itsemurhasuunnitelma tulee kartoittaa (suunniteltu menetelmä ja sen toteutettavuus). Itsemurhamenetelmästä kysytään esimerkiksi, onko potilas kerännyt lääkkeitä tai onko hän miettinyt hirttäytymis- tai hyppäämisaikaa. Samaten selvitetään, onko potilas tehnyt valmisteluja kuoleman suhteen: onko hän jättänyt jäähyväisiä tai kirjoittanut jäähyväiskirjeitä? Myös tukiverkoston olemassaolo ja meneillään oleva psykiatrinen hoito kartoitetaan. Pähitteettömyyteen tukemiseen tulee kiinnittää huomiota.

Hyvä apu itsemurha-ajatusten kartoittamiseen on SSI (Scale for suicidal ideation) (Beck ym. 1979). Kyseessä on työntekijän täytettäväksi tarkoitettu 19-kohtainen kysely, jolla tutkitaan monipuolisesti itsemurha-ajatuksia. Nimenomaan kyselyn antama kokonaisinformaatio, ei niinkään pistemäärä, auttaa arvioimaan tarvittavia hoitointerventioita. Toinen hyvä apuväline on C-SSRS-lomake (The Columbia suicide severity rating scale), joka

TAULUKKO 2. Itsetuhoisuuden arviointi.

Viimeisen kuukauden aikana
Oletko ajatellut, että olisi parempi olla kuollut, tai oletko toivonut kuolemaa?
Oletko halunnut vahingoittaa itseäsi?
Oletko ajatellut itsemurhaa?
Oletko tehnyt itsemurhasuunnitelman?
Oletko yrittänyt itsemurhaa?
Aikaisemmin elämäsi aikana
Oletko koskaan yrittänyt itsemurhaa?

sekin on työntekijän tekemäksi tarkoitettu arviointi. Siinä kartoitetaan itsemurha-ajatuksia, itsemurha-ajatusten voimakkuutta ja itsemurhakäyttäytymistä (<http://cssrs.columbia.edu/>). C-SSRS on käännetty 103 kielelle, ja esimerkiksi WHO suosittelee sen käyttöä (www.dropbox.com/sh/mu4719fqbo7xanf/awFAWQbCgr/_C-SSRS%20information.pdf).

Itsemurhavaaraa arvioitaessa potilaalta on aina kysyttävä suoraan mahdollisista itsemurha-ajatuksista tai -suunnitelmista. Tämä ei lisää potilaiden itsemurhariskiä (**TAULUKKO 2**).

Kun potilaalla on satunnaisia kuoleman-toiveita muttei itsemurhasuunnitelmaa, hänet voi lähettää psykiatriseen arvioon kiireellisellä läheteellä. Päivystyksellistä arviota ei yleensä tarvita. Sen sijaan potilaan kertoessa jatkuvista itsetuhoisista ajatuksista ja itsemurhasuunnitelmasta päivystyksellinen psykiatrinen arvio on yleensä tarpeen. Myös silloin, kun potilas kertoo, että hänellä on itsemurhasuunnitelma ja että hän ei pysty hallitsemaan haluaan vahingoittaa itseään, tarvitaan useimmiten päivystyksellistä arviota osastohoidon tarpeesta.

M1-lähetete ja itsetuhoisen potilas. Itsemurhavaara ei sellaisenaan ole tahdosta riippumattoman hoidon edellytys. Suuren itsemurhavaaran taustalla saattaa olla hankalasti diagnosoitava psykoottinen häiriö. Jos masennustilaan liittyy korostuneen epärealistinen syyllisyys tai syvä toivottomuus, kyseessä voi olla psykoottinen masennus. Psykoottisen masennuksen diagnoosi ei edellytä havaintoja harha-aistimuksista tai oudoista harhaluuloista. Hyvin vakavassa itsemurhavaarassa olevan ja toivottoman potilaan tapauksessa M1-lähetteen käyttö on useimmiten perusteltua; tark-

kailulähetteen kirjoittajalta ei edellytetä ehdotonta varmuutta psykoosidiagnoosista.

Päihtyneen potilaan arviointi. Potilaan hoito perustuu aina kokonaisarvioon, eikä päihtymystila ole ratkaiseva tekijä (STM 2006). Ilman tiedossa olevaa psykoosisairautta pelkän päihtymyksen aikana esitetyt itsemurha-ajatukset eivät ole tarkkailulähetteen

Vuosittain noin miljoona ihmistä maailmassa tekee itsemurhan, yksi joka 40. sekunti

tekemisen tai tahdosta riippumattoman sairaalahoidon aihe. Päihtymyksen aikana ei voida arvioida potilaan masennuksen astetta

eikä tehdä potilaalle asianmukaista jatkohoitosuunnitelmaa. Näin ollen on potilaan edun mukaista ohjata hänet päihtyneenä selviämishoitoyksikköön. Potilaan itsetuhoisuutta arvioidaan päihtymyksen väistyttyä, ellei potilaalla ole tiedossa olevaa psykoosisairautta, joka olisi pahentunut.

Itsemurhaa yrittäneen arviointi. Somaattisen ensihoidon jälkeen itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen tila on arvioitava huolellisesti ja kokonaisvaltaisesti yleissairaaloiden päivystysalueella ja hänelle on järjestettävä tarvittava jatkohoito. Psykiatrasta konsultaatiota yleissairaalan päivystysalueella on pidetty parhaana ratkaisuna. Myös somaattisesta ensihoidosta vastaava lääkäri voi arvioida itsemurhaa yrittäneen psykososiaalisen tilanteen, jos hänellä on siihen riittävä koulutus ja perehtyneisyys. Itsemurhaa yrittäneen arvioinnissa on tärkeää selvittää, miten itsemurhaa yrittänyt potilas suhtautuu elossa oloon. Tässä voi käyttää apuna Suicide intent scale (SIS) -kyselyä (Beck ym. 1974). Viime aikoina on suositeltu, että psykiatri osallistuisi kaikkien itsemurhaa yrittäneiden arviointiin (Suokas ym. 2002).

Miten hoidan

Oikean hoitopaikan arvioimiseksi on tärkeää kartoittaa potilaan kuolemantoiveet, itsemurha-ajatukset sekä mahdolliset itsemurhasuunnitelmat. Potilailla, joilla on itsemurhasuunnitelma ja jotka eivät pysty hallitsemaan haluaan vahingoittaa itseään, on hyvin todennäköisesti

tarve ainakin lyhytaikaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon. Potilaat, joilla on itsemurhasuunnitelma mutta jotka pystyvät hallitsemaan halunsa vahingoittaa itseään, selviävät mitä todennäköisimmin ilman psykiatrasta sairaalahoitoa; hekin tarvitsevat kuitenkin tiivistä psykiatrasta avohoitoa. Masennuspotilailla on hyvin usein kuolemaan liittyviä ajatuksia. On tärkeää selvittää, onko kyse kuolemanpelosta, kuolemantoiveesta vai kuolemaan liittyvästä filosofisesta pohdinnasta. Jos potilaan masennukseen liittyy intensiivinen kuolemantoive ja toivottomuus, kuuluu hän pääsääntöisesti psykiatriseen avohoitoon. Itsetuhoisen potilaan hoidon on oltava tiivistä ja aktiivista.

Luoman ym. (2002) tutkimuksessa lähes puolet itsemurhan tehneistä oli yhteydessä perusterveydenhuoltoon ja joka viides mielenterveyspalveluihin itsemurhaa edeltäneen kuukauden aikana. Suomisen ym. (2002) aineistossa noin neljännes itsemurhaa yrittäneistä oli yhteydessä perusterveydenhuoltoon ja noin neljännes mielenterveyspalveluihin itsemurhayritystä edeltäneen kuukauden aikana. Itsemurha-ajatuksia on kysyttävä psykiatrisilta potilailta vastaanotto- ja päivystyskäyntien aikana.

Valtaosalla itsemurhan tehneistä ja itsemurhaa yrittäneistä on psykiatrinen sairaus. Olemassa olevat psykiatriset sairaudet on hoidettava mahdollisimman hyvin. Masennus ja masentuneena vietetty aika ovat depressiossa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja myös skitsofreniassa olennaisia itsetuhokäyttäytymisen riskitekijöitä. Masennuksen hyvä hoito on merkittävä osa itsetuhokäyttäytymisen ehkäisyä.

Kaikissa tapaamisissa on tärkeää viestittää potilaalle toivoa siitä, että masennus on hoidettavissa oleva häiriö ja että potilaan tilanetta voidaan hoitokeinoin lievittää. Samoin kaikissa tapaamisissa on tuettava päihteettömyyttä, koska päihteet altistavat itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Turvaverkon kartoitus on myös olennainen osa itsetuhoisen potilaan hoitoa. Selkeä toimintasuunnitelma hätätilanteita varten on tärkeä: minne voi soittaa ja mihin päivystyspisteeseen hakeutua, kun ei pysty enää hallitsemaan itsetuhoisia impulsejaan?

Masennuslääkehoito vähentää masennuspotilaiden kuolleisuutta. Ahdistukseen tai unettomuuteen voidaan käyttää lyhytaikaisesti uni- tai rauhoittavia lääkkeitä, ellei potilaalla ole hallitsematonta päihdeongelmaa. Skitsofreniapotilaiden keskuudessa kuolleisuus on suurinta niillä, jotka eivät käytä psykoosilääkkeitä. Psykiatrisessa avohoidossa psykoterapia on vähentänyt uusia itsemurhayrityksiä.

Litium estää itsetuhoista käyttäytymistä ja vähentää mielialahäiriöpotilaiden kuolleisuutta. Klotsapiini puolestaan vähentää skitsofreniapotilaiden itsetuhoista käyttäytymistä.

Itsetuhoisten potilaiden arviointi ja hoito päivystysaikana on vaativaa. Näin itsetuhoikäyttytymisen ehkäisy on kuitenkin mahdollista. ■

KIRSI SUOMINEN, psykiatrian dosentti

Helsingin kaupungin kaksisuuntaisen mielialahäiriön tutkimus- ja hoitokeskus
Kela, Etera

HANNA VALTONEN, psykiatrian dosentti

Helsingin kaupungin kaksisuuntaisen mielialahäiriön tutkimus- ja hoitokeskus

SIDONNAISUUDET

Kirsi Suominen: Asiantuntijapalkkio (BMS, JanssenCilag, Lundbeck, Potilasvakuutuskeskus), työsuhde (Etera, Helsingin kaupunki, Kela), luentopalkkio (AstraZeneca, BMS, Bristol-Myers Squibb, Lundbeck, Pfizer), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (BMS, JanssenCilag, Lundbeck, Pfizer)

Hanna Valtonen: Asiantuntijapalkkio (JanssenCilag, Lundbeck), luentopalkkio (BMS, Lundbeck), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (BMS, JanssenCilag, Lundbeck)

KIRJALLISUUTTA

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003;160 11 Suppl:1–60.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343–52.
- Beck A, Schuyler D, Herman J. Development of suicide intent scales. Kirjassa: Beck A, Resnick H, Leiltien D, toim. The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press Publishers 1974, s. 45–55.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205–28.
- Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry*

2003;160:1494–500.

- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159:909–16.
- Murphy GE. Psychiatric aspects of suicidal behavior: Substance abuse. Kirjassa: Hawton K, van Heeringen K, toim. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley & Sons Ltd 2000, s. 135–14.
- Pirkola SP, Isometsä ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol* 2000;35:70–5.
- STM. Päihtyneen henkilön akuuttihoidto-ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65.
- Suokas J, Suominen K. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrin arviointi ja hoito.

Duodecim 2002;118:287–92.

- Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:234–40.
- Suominen KH, Isometsä ET, Ostamo AI, Lönnqvist JK. Health care contacts before and after attempted suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:89–94.
- Valtonen HM, Suominen K, Haukka J, ym. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord* 2008;10:588–96.
- Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Lappämäki S, Arvilommi P, Isometsä E. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576–85.

Summary

Assessment of a self-destructive patient

Previous suicide attempt signifies an almost 40-fold suicidal risk. When assessing the danger of suicide the patient should always be asked directly about possible suicidal thoughts or plans. Since most persons having committed or attempted suicide have a psychiatric illness, the diagnosis and treatment of these illnesses are important means to prevent self-destructive behavior. Besides active and intensive therapy, the mediation of hope in all engagements is essential. The mental status of a person having attempted suicide must be assessed, and appropriate follow-up care should be arranged.