

# Itsemurhaa yrittäneiden kognitiivinen lyhytpsykoterapia

Itsemurhaa yrittäneille on kehitetty lyhytpsykoterapeuttinen hoito-ohjelma, jonka tavoitteena on ehkäistä tulevia yrityksiä. Kognitiivis-behavioraalisen viitekehyksen mukaan potilaiden haitalliset automaattiset ajatukset ja perususkomukset tekevät ongelmatilanteista subjektiivisesti mahdollisia. Itsemurhaa yrittäneeltä puuttuu selviytymistä tukevia taitoja. Hoitoon sitoutumista parantaa hoidon ohjauksesta vastaavan hoitajan lisääminen työryhmään, joka pyrkii aktiivisesti olemaan yhteydessä potilaisiin ja motivoimaan heitä. Itsemurhariskin arvioinnin jälkeen tulee laatia turvasuunnitelma. Hoidon kulmakivenä on käsitteellistäminen, kuvaus tapahtuneesta itsemurhakriisistä. Itsetuhoisten tekojen todennäköisyyttä vähentävät selviytymistä tukevien keinojen käyttö, ongelmanratkaisutaitojen käyttöönotto ja toimiva kontakti sosiaaliseen tukiverkoston. Puolitoista vuotta kestäneen seurannan aikana uusien itsemurhayritysten määrä puolittui niillä itsemurhaa yrittäneillä potilailla, jotka osallistui-  
vat tähän hoito-ohjelmaan.

**Itsemurhayritys ilmaisee yleensä keinottomuutta, neuvottomuutta ja avun tarvetta.** Useimmat itsemurhaa yrittäneet kärsivät mielenterveyden häiriöstä ja kuuluvat psykiatrisen tai päihdehuollon hoidon piiriin. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsee vain noin 10–20 % itsemurhaa yrittäneistä. Suomalaisten suositusten mukaan jokaiselle tulee tarjota mahdollisuus kriisihoitoon ainakin yhden tapaamisen

verran (Arinperä 1994). Hoitomyöntyvyyden puuttuminen on tavallinen ongelma itsemurhaa yrittäneillä, sillä noin kolmasosa jatko-  
hoitoon ohjatuista jää siitä pois (Suominen ja Suokas 2002).

Masennusoireyhtymät, päihdeongelmat ja persoonallisuushäiriöt ovat yleisimpiä itsemurhayrityksiin liittyvistä ongelmista. Itsemurhaa yrittäneen mielenterveyshäiriöiden kartoittamiseen on siksi syytä kiinnittää erityistä huomiota (Suominen ja Suokas 2002). Itsemurhayrityksellä pyritään ratkaisemaan ongelmia, joihin ei muilla keinoilla ole löytynyt ratkaisua. Jos itsemurhayrityksen tekijä ei opi uusia keinoja ratkaista ongelmiaan tai ei saa asianmukaista hoitoa mielenterveyshäiriönsä, yrityksen toistumisen riski on suuri (Hawton ym. 1998).

Yhdysvaltalainen psykologi M. Linehan työryhmineen on julkaissut tutkimuksia dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) vaikuttavuudesta epävakaan persoonallisuuden hoidossa. DKT-ryhmäläisillä on puolet pienempi todennäköisyys tehdä itsemurhayritys ja sairaalahoidon tarve verrattuna tavanomais-  
ta hoitoa saaneeseen ryhmään (Linehan ym. 1991, 2006). Kognitiivisen psykoterapian pioneerin Aaron T. Beckin työryhmästä on versonut itsemurha-alttiiden potilaiden hoitomalli (Wenzel ym. 2009), jossa pyrkimyksenä on ollut kehittää edelleen aikaisempia kognitiivis-behavioraalisia näkökulmia itsetuhoikäyttäytymiseen ja itsemurhien ehkäisyyn sekä luoda lyhyt kriisi-interventio (Beck ym. 1990, Salkovskis ym. 1990, Slee ym. 2008).

## Hoitomallin periaatteet

Itsemurha-alttiiden potilaiden kognitiivisen hoitomallin lähtökohdat ovat seuraavat: Potilailta puuttuu keskeisen tärkeitä kognitiivisia, behavioraalisia ja affektiivisiä selviytymistaitoja. He jättävät käyttämättä aiemmin opittuja selviytymistaitoja itsemurhakriisin aikana. He eivät käytä hyväkseen saatavilla olevia hoitopalveluja itsemurha-ajatusten aktivoituessa. Haitalliset automaattiset ajatukset (esim. ”ei siitä ole mitään hyötyä”) ja perususkomukset (”ei kukaan oikeasti välitä minusta”) tekevät ongelmallisista tilanteista subjektiivisesti mahdollottomia.

Ongelmana on usein huono hoitomotivaatio, johon ratkaisuksi mallissa tuli henkilökunnan lisääminen niin, että potilaskohtaisesta hoidon ohjauksesta vastaavat hoitajat pyrkivät aktiivisesti olemaan yhteydessä potilaisiin ja motivoimaan heitä (Sosdjan ym. 2002). Hoitajien empaattinen ja todentava (validoiva) asennoituminen potilaiden huoliin on parantanut hoitoon sitoutumista.

Monet itsemurhaa yrittäneet ovat käyttäneet runsaasti aikaa itsemurhan ajattelemiseen ja ovat ehkä siten saaneet helpotusta voimakkaan negatiivisiin ajatuksiin ja tunnetiloihin. Potilaille on tähdennettävä, että itsemurha-ajatukset estävät häntä yrittämästä ratkaista vaikeita tilanteita muulla tavoin; jos riistää itseltään hengen, ei tarvitse etsiä ja toteuttaa muita ratkaisuja (Käver ja Nilsonne 2004). Tavoitteena on sekä harventaa että vähentää itsemurha-ajatuksia ja löytää potilaan kanssa muita keinoja säädellä tunteita (TAULUKKO). Hoidon akuuttivaihe, joka keskittyy itsetuhoiseen käyttäytymiseen, käsittää tavallisesti noin 10–20 istuntoa.

**TAULUKKO.** Keinoja itsemurha-ajatuksien vähentämiseen ja tunteiden säätelyyn.

Adaptiiviset selviytymiskeinot  
Kognitiiviset työkalut  
Ongelmienratkaisutaidot  
Toimiva kontakti sosiaaliseen tukiverkostoon  
Lisääntynyt yhteistyö erilaisten tukipalvelujen kanssa

## Hoidon vaiheet

Hoito etenee neljän vaiheen kautta, jotka ovat varhaisvaihe, tapauksen kognitiivinen käsitteellistäminen ja hoidon suunnittelu, välivaihe ja myöhäisvaihe. Varhaisvaiheen tavoitteena on ensiksi luoda perusteet yhteistyölle ja selvittää potilaalle kognitiivisen terapian rakenne ja prosessi. Sen jälkeen potilas sitoutetaan aktiiviseen ja tutkivaan yhteistyöhön. Itsemurhan riski arvioidaan ja kehitetään turvasuunnitelma. On tärkeää lisätä potilaan toivoa ja uskoa omaan pystyvyyteen. Potilasta autetaan tuottamaan kuvaus itsetuhoisesta tapahtumasarjasta.

Hoidossa edetään yksilöllisesti. Portaittainen muutostyö on ensisijaisen tärkeä juuri itsemurha-alttiiden potilaiden kanssa työskenneltäessä. Monilla potilailla ei ole juuri positiivisia odotuksia hoidosta. He ajattelevat, että heidän tilanteensa on toivoton ja ettei mikään hoito voi tätä muuttaa. Siksi terapeutti pyrkii luomaan potilaan kanssa toimivan yhteistyösuhteen ja antamaan mallin siitä, miten hankalien ongelmien ratkaisemista tulee vaiheistaa, antaen näin potilaalle tulevaisuuden toivoa. Koska toivottomuus on niin vahvasti itsemurhaa ennakoiva tekijä (Brown ym. 2000), sen vastakohtana eli toivon välittäminen on olennainen osa hoitoa.

Joidenkin potilaiden ongelmana ovat itsetuhoista käyttäytymistä ylläpitävät vahvistussuhteet: he saavat runsaasti huomiota ja ymmärrystä läheisiltä ja ammattiauttajilta itsetuhokäyttäytymisen jälkeen. Tätä ei voida osoittaa potilaalle suoraan, koska hän kokisi sen syyllistäväksi ja mitätöiväksi, mutta sokraattisen kyselyn, tapahtumasarjojen erittelyn ja taitoharjoittelun (Holmberg ja Kähkönen 2008) kautta potilas voi löytää muita keinoja saavuttaa samoja positiivisia seurauksia.

Potilaan sitoutumista hoitoon pyrkivät vahvistamaan myös työntekijät, jotka ovat säännöllisessä kontaktissa potilaaseen, esimerkiksi muistuttamalla sovitusta tapaamisajasta, lähettämällä kirjeitä ja pitämällä tarpeen vaatiessa puhelinkonsultaatioita. Nämä työntekijät jakavat myös hoitovastuun terapeutin kanssa, jolloin tämä tuntee itsensä vähemmän eristetyksi ja ylikuormitetuksi.

## Itsemurhariskin arviointi ja turvasuunnitelman laadinta

Potilailla ja klinikoilla on joskus käsitys, että itsemurhasta puhuminen lisää itsemurhariskiä. Asian on todettu olevan päinvastoin: useimmat potilaat kokevat avoimen ja suoran keskustelun validoivana ja itsemurhaan liittyvää salaperäisyyttä vähentävänä (Wenzel ym. 2009). Riskin arvioinnissa on ensisijaista arvioida itsemurhaan liittyviä kognitioita, koska näiden on todettu liittyvän keskeisesti itsemurhakäyttäytymiseen. Keskustelu aloitetaan itsemurhaan liittyvistä aiheista, joista puhuminen on potilaalle helpompaa. Voidaan kysyä, toivooko potilas juuri nyt kuolemaa tai onko toive kuolla suurempi kuin halu elää. Jos potilas kertoo itsemurha-ajatuksista, tulisi hoitavan henkilön arvioida ajatusten ajankohdainen kesto, ilmaantumisen taajuus ja intensiteetti. On arvioitava myös elämänaikaisten itsemurha-ajatuksien voimakkuus vaikeimmillaan, sillä tämä ennustaa itseä vahingoittavia tekoja paremmin kuin ajankohtaiset itsemurha-ajatukset (Beck ym. 1999). Arvioinnissa on kartoitettava myös itsetuhoisuuden tason ilmaisimia, eli onko potilas hankkimassa esimerkiksi itsemurhaan tarvittavia välineitä, kuten köyttä, ampuma-asetta tai lääkkeitä. Erityisesti apuvälineiden hävittämisen tulee olla osa aktiivista ympäristön säätelyä. Itsemurhariskin arvioinnin jälkeen laaditaan turvasuunnitelma (TEKSTILAATIKKO).

### Käsitteellistäminen

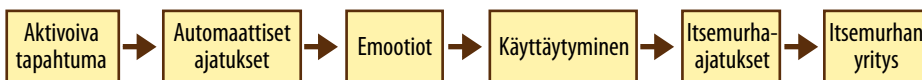
Hoidon ensimmäisen vaiheen päättää potilaan kuvaus äskettäisestä itsemurhakriisistään. Kriisejä pyritään käsitteellistämään KUVAN 1 kaavien avulla. Tässä kohdassa halutaan kuulla, miten potilas kuvailee tapahtumasarjaa, joka on johtanut itsemurhayritykseen tai itseä va-

hingoittavaan käyttäytymiseen. Terapeutti haluaa auttaa potilasta tutkimaan, mitkä kognitiot, emootiot ja käyttäytyminen laukaisivat itsemurhakriisin sekä selvittämään, mitkä itsemurhan kannalta keskeiset kognitiot olivat toiminnassa tapahtumasarjan lähtiessä liikkeelle. Tämä ketjuanalyysi muistuttaa paljolti dialektisessa käyttäytymisterapiassa tehtävää itsetuhokäyttäytymisen sekvenssianalyysia (Holmberg ja Kähkönen 2008). Ketjutuksen avulla paikannetaan kriittinen hetki, jolloin potilas teki lopullisen päätöksen itsemurhasta. Tavoitteena on tunnistaa kognitiot, jotka puhuivat itsemurhan puolesta. Samalla halutaan nähdä, oliko yritys impulsiivinen vai jo pitkään harkittu ja suunniteltu.

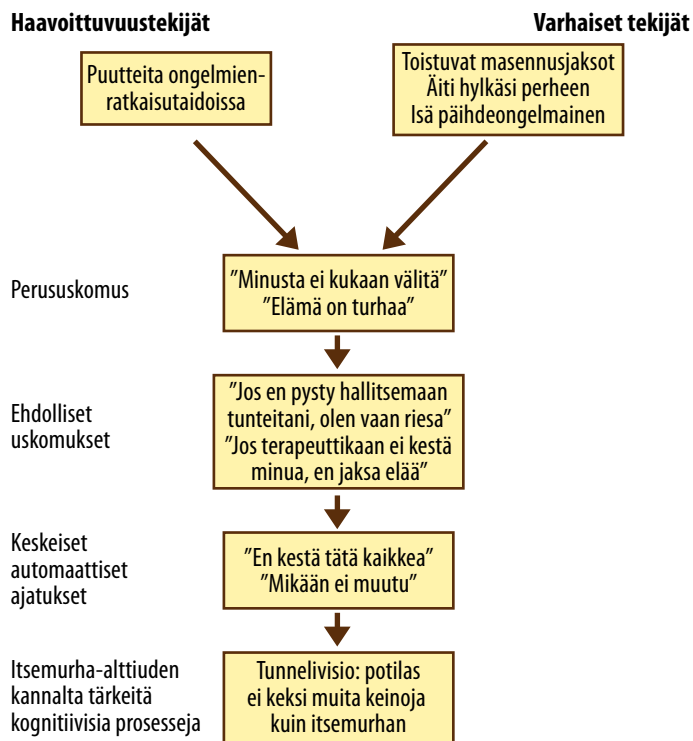
Potilaat kuvaavat monesti aluksi vain ulkoisia tapahtumia tiedostamatta, miten suuri vaikutus heidän omilla tulkinnoillaan (kognitioilla) on tapahtumasarjan kulkuun. Itsemurhayritykseen päättynyt ketju alkaa usein siten, että potilas on kokenut johonkin tapahtumaan liittyviä voimakkaita emootioita. Miehille näin tapahtuu etenkin sosiaalisesti merkittävien epäonnistumisten ja menetysten sekä ruumiillisten sairauksien yhteydessä, naisille omaan lähipiiriin tai mielenterveyteen liittyvien kriisien yhteydessä (Lönnqvist ym. 2007). Potilaan ongelmat voidaan käsitteellistää KUVASSA 2 esitetyllä tavalla.

Kuva potilaan kriisistä täydentyy tiedoilla hänen perususkomuksistaan, ehdollisista uskomuksistaan ja erilaisista haavoittuvuustekijöistä, jotka kaikki antavat hänen itsetuhoisuutensa vaikuttaville automaattisille ajatuksille niiden henkilökohtaisen merkityksen. Perususkomuksia voivat olla ”olen arvoton”, ”elämäni on turhaa” ja ”en kestä mitään”, ehdollisia taas ”jos

**Tavoitteena on tunnistaa kognitiot, jotka puhuivat itsemurhan puolesta**



KUVA 1. Käsitteellistäminen itsetuhoisen potilaan hoidossa.



KUVA 2. Itsemurhakriisin käsitteellistäminen.

en kestä mitään, minun ei kannata edes yrittää mitään". Näiden uskomusten muokkaukseen potilas tarvitsee väliintulostrategioita, jotta hän oppisi näkemään vastoinkäymiset ratkaistavissa olevina ongelmina eikä itsemurhaa vaativana umpikujana. Tavoitteita on pyrittävä ilmaisemaan käyttäytymisen kielellä.

## Interventiostrategiat

Interventiostrategiat voidaan jakaa behavioraalisiin, kognitiivisiin ja affektiivisiin. Aluksi terapeutti keskittyy ensiksi mainittuihin, koska niiden avulla voidaan aikaansaada välittömiä muutoksia. Näitä muutoksia ovat uskoa omaan pystyvyyteen tuottavien tapahtumien ja sosiaalisen tuen lisääminen ja erilaisten tukipalvelujen hyödyntäminen.

Keskeisiä affektiivisiä strategioita ovat kolme itsensä tyynnyttelyn keinoa. Psykkisesti ylikuormittuneessa tilassa mielen on vaikea löytää toimivia ratkaisuja ongelmiin, kun kyky pohtia tapahtumia ja omia mielensisältöjä voi

olla ratkaisevasti heikentynyt. Rentoutuksen ja hengitysharjoitusten oppiminen on tärkeää. Kognitiivisella distraktiolla suunnataan huomio pois itsetuhoisista ajatuksista. Kolmannen keinoon eli aistien kautta tyynnyttelyyn voi kuulua mieltä rauhoittavan musiikin kuuntelu, käsien laittaminen kylmään veteen tms. Toimivat keinot ovat yksilöllisiä: eräälle potilaalle voimakas tuuli vastoin kasvoja oli hyvin tyynnyttelevä kokemus. Affektiivisten strategioiden lisäetuna on se, että ne siirtävät tarkkaavaisuuden pois itsetuhosta.

Kognitiivisia strategioita ovat ajattelutapojen ja itsetuhoisuuteen vaikuttavien uskomusten muokkaaminen validoinnin, sokraattisen kyselyn ja käyttäytymisharjoitusten avulla. Elämän jatkamiseen motivoivia syitä etsitään. Potilaan selviytymistä tukevat ns. selviytymismuistikorttien kirjoittaminen ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen. Perususkomuksia muokataan myös mielikuvaharjoituksilla. Etenkin luovalla positiivisella tulevaisuuden kuvittelulla voi olla suuri vaikutus. Itsemurhaa

yrittänyt saattaa kertoa, että hänen tulevaisuutensa näyttää harmaalta ja tyhjältä. Kun hän pysähtyy täyttämään sen mielikuvilla, jotka nostavat mielialaa, itsetuhoisuus vähenee. Harjoitusta voidaan jatkaa kysymällä, miten potilas ajattelee, että hän voi edetä positiivisten mielikuvien toteutumisen suuntaan. Hänelle korostetaan, että pitkäkin matka alkaa aina yhdellä askeleella. Elämän jatkamiseen liittyviä syitä on hyvä kirjoittaa paperille silloin, kun potilas ei ole itsetuhoinen, jotta hän voisi kriisin tullessa kerrata niitä. Jos tämä ei tunnu potilaasta riittävän tehokkaalta, hän voi myös luoda itselleen ”toivoa antavan ensiapulaulun”, joka sisältää esineitä, valokuvia, kirjoja, lasten piirroksia jne.

Selviytymismuistikorttien keskeisenä tarkoituksena on muistuttaa rakentavan toiminnan ja ajattelun merkityksestä jo itsemurhakriisin alkumetreillä. Potilaita kannustetaan kirjaamaan kortille sekä aiemmin esiintynyt itsemurhaa puoltava ajatus että eritoten lyhyitä, ytimekkäitä itse muotoiltuja vastaajatuksia tälle. Toiselle kortille voidaan listata todistusaineistoa, joka puhuu haitallista perususkomusta vastaan, esimerkiksi perusteluja sille, että potilas ei ole ”toivoton tapaus”. Kolmannelle kortille voidaan listata potilaan selviytymisstrategioiden viisi kärjessä (toimii myös turvasuunnitelmana). Neljännelle voidaan kirjata potilasta motivoivia lauseita, jotka kannustavat tavoitteleeseen toimintaan. Näitä kortteja suositellaan pidettäväksi mukana esimerkiksi lompakossa tai käsilaukussa, jotta ne ovat helposti saatavilla. Kortit on hyvä laminoida, jotta niitä ei voi pikaistuksissaan repiä. Matkapuhelinten ja musiikintallentimien yleisyys Suomessa on lisännyt selviytymislauseiden tallentamista näihin välineisiin.

## Impulsiivisuuden vähentäminen

Itsemurhayritys ei ole useinkaan pysyvä tai edes pitkäaikainen tavoite vaan enemmän hetken mieliteolle periksi antamista. Itsemurhaajatuksen korostuminen liittyy usein masennukseen, päihteiden vaikutukseen, hetkittäiseen sietämättömältä tuntuvaan ahdistukseen tai muuhun voimakkaaseen tunnereaktioon.

## Itsemurhaa yrittäneen potilaan turvasuunnitelma

### Kriisivihjeiden tunnistaminen

Suunnitelmasta on hyötyä vain, jos potilas huomaa olevansa kriisitilanteessa. Vihjeinä voivat toimia automaattiset ajatukset (esim. ”kun voisi vain nukkua eikä koskaan herätä”, ”en enää kestä tätä”), mielikuvat (”toispuoleista” kuvaavat positiiviset mielikuvat), haitalliset ajattelutavat (kaikkien ongelmien paneminen samaan masentavaan nippuun), mieliala (intensiivinen huoli, voimakas toivottomuus) tai käyttäytyminen (itkeminen, eristäytyminen, päihteiden vimmainen käyttö). Potilasta pyydetään listaamaan, mitä he kokevat alkaessaan ajatella itsemurhaa. Nämä vaaravihjeet kirjataan heidän turvasuunnitelmaansa käyttämällä heidän omia sanojaan.

### Selvitysmiskeinojen käyttö

Kun potilas on tunnistanut vaaravihjeet, häntä pyydetään listaamaan toimintoja, jotka eivät edellytä yhteydenottoa muihin ihmisiin. Hoidon alussa nämä toiminnot ohjaavat tarkkaavuutta pois itsemurhasta ja estävät näin itsemurha-ajatuksia laajentumasta. Näitä voivat olla esimerkiksi kävely ulkona, tietoisien läsnäolon harjoitukset (mindfulness) tai koiran kanssa leikkiminen.

### Kontakti perheen jäseniin tai ystäviin

Potilas listaa ne perheenjäsenet, ystävät tai tukihenkilöt, joihin hän voi olla yhteydessä itsemurhakriisin sattuessa.

### Ammattihenkilöstön ja muiden palvelujen käyttö

Muistiin merkitään niiden henkilöiden nimet, joista voi olla apua itsemurhakriisin aikana. Voi olla suositeltavaa harjoitella soittamista pari kertaa, kun potilas ei ole kriisissä, jotta hän saa kokemuksen tämän kommunikaatiokanavan toimivuudesta.

### Suunnitelman arviointi

Suunnitelmaa käydään läpi potilaan kanssa arvioiden asteikolla nollasta sataan, miten todennäköistä on, että potilas soveltaa mitään kohtaa. Lopuksi arvioidaan, miten todennäköistä on (samalla asteikolla), että potilas ylipäätään käyttää suunnitelmaa kriisin uhatessa.

## YDINASIAT

- ▶▶ Itsemurhaa yrittäneeltä puuttuu selviytymistä tukevia taitoja tai hän ei käytä niitä kriisin aikana.
- ▶▶ Hoidon ohjauksesta vastaava hoitaja pyrkii aktiivisesti olemaan yhteydessä potilaisiin ja motivoimaan heitä, mikä lisää hoitoon sitoutumista.
- ▶▶ Kriisi käsitteellistetään kuvaamalla tapahtumasarja, joka on johtanut itsemurhayritykseen tai itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen.
- ▶▶ Hoidon kulmakiviä ovat turvasuunnitelman laadinta, selviytymistä tukevien keinojen harjoittelu sekä behavioraaliset, kognitiiviset ja affektiiviset interventiot.

Vaikka impulsiivisuus on käyttäytymisen ongelma, strategiat, joilla pyritään sen vähentämiseen, ovat luonteeltaan kognitiivisia. Potilaan tulee ymmärtää, miten uhkaavan tilanteen pysäyttävillä ajatuksilla ja tietoisuustaidoilla voi ostaa lisää aikaa. Niiden avulla voi ikään kuin ratsastaa itsemurha-impulssin ”aaltonharjalla”, kunnes se laantuu.

### Hoidon myöhemmät vaiheet

Potilas siirtyy myöhemmin soveltamaan rep-sahduksen ehkäisyn mallia, jossa mielikuvaltistuksella on tärkeä sija. Potilasta pyyde-

tään palauttamaan mieleen aiempia hankalia tapahtumasarjoja, kuvittelemaan mielessään mahdollisia uusia vastaavia ja soveltamaan niihin hoidossa oppimiaan taitoja. Häntä kannustetaan puhumaan tapahtumista kuin ne tapahtuisivat nykyhetkessä, jotta harjoituksesta tulisi elävämpi. Jos tapahtuneeseen tai kuviteltuun tapahtumasarjaan sisältyy dialogi toisen kanssa, se käydään istunnossa läpi kohta kohdalta. Kriiseissä tarvittavia taitoja pyritään näin harjaannuttamaan, mikä lisää potilaan uskoa omaan pystyvyyteen ja rohkaisee häntä kokeilemaan taitoja tositilanteessa. Varsinaisen hoidon jälkeen voidaan potilaalle myös järjestää tehostustapaamisia edistymisen vahvistamiseksi.

### Intervention tehokkuus

Tämä spesifinen itsemurhaa yrittäneiden hoitoon räätälöity malli on osoittautunut tehokkaaksi. Satunnaistetussa tutkimuksessa todettiin, että 24 % kognitiivista terapiaa saaneista yritti uudelleen itsemurhaa, kun taas 42 % vain tavallista hoitoa saaneista teki uuden yrityksen (Brown ym. 2005). Tärkein löydös oli, että kognitiivista terapiaa saaneilla oli lähes 50 % pienempi todennäköisyys yrittää itsemurhaa seurannan aikana (18 kuukautta) kuin niillä, jotka eivät saaneet tätä hoitoa. Seurannan aikana kognitiivisen psykoterapiaryhmän potilaat olivat myös merkittävästi vähemmän masentuneita ja toivottomia kuin tavanomaista hoitoa saaneen ryhmän potilaat. ■

**NILS HOLMBERG, VTT, psykologi, psykoterapeutti (VET)**  
Järvenpään sosiaalisairaala  
04480 Haarajoki

**SEPPO KÄHKÖNEN, dosentti, erikoislääkäri, psykoterapian ja psykoterapian kouluttajan erityispätevyys**  
HYKS:n kipuklinikka ja BioMag-Laboratorio

#### SIDONNAISUUDET

**NILS HOLMBERG:** Ei ilmoitusta sidonnaisuuksista.  
**SEPPO KÄHKÖNEN:** Ei sidonnaisuuksia.

## KIRJALLISUUTTA

- Arinperä H. Ensivasta jatkohoitoon. Itsemurhaa yrittäneen hyvä hoito -osaohjelman väliraportti. Itsemurhien ehkäisyprojekti 1992–96. Helsinki: Stakes 1994.
- Beck AT, Brown GK, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990;147:190–5.
- Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahls-gaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:1–9.
- Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Cons Clin Psychol* 2000;68:371–7.
- Brown GK, Tenhave T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563–70.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremer S. Deliberate self-harm: a systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing self-harm. *BMJ* 1998;317:441–7.
- Holmberg N, Kähkönen S. Kognitiivinen psykoterapia. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermansson E, Jousimaa J, Teikari M, Varonen H, toim. Lääkäriin käsikirja 2008. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 1265–7.
- Käver A, Nilsson Å. Dialektinen käytäytymisterapia tunne-elämältään epävaakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita 2004.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1060–4.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, ym. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757–66.
- Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007.
- Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990;157:871–6.
- Slee N, Garnefski N. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:202–11.
- Suominen K, Suokas J. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrin arviointi ja hoito. *Duodecim* 2002;118:287–92.
- Wenzel A, Brown GK, Beck AT. *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. Washington DC: APA 2009.

## Summary

### Brief psychotherapy of persons who have attempted suicide

A brief psychotherapeutic regime aiming to prevent future attempts has been developed for persons who have attempted suicide. According to the cognitive-behavioral framework, the patients' injurious automatic thoughts and basic delusions make the problem situations subjectively impossible. After an assessment of suicide risk, a safety plan shall be devised. Conceptualization, a description of the actual suicidal crisis, constitutes the cornerstone of therapy. Application of measures supporting survival, adoption of problem-solving skills and a functional contact with a social support network will decrease the likelihood of self-destructive actions.