

Kaisa Riala, Henna Haravuori ja Mauri Marttunen

## Itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen eri muodot

Suomalainen Itsemurhien ehkäisy- ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito -suositus määrittelee itsetuhoisuuden laajasti pyrkimykseksi tai käyttäytymiseksi, johon sisältyy itsensä vahingoittaminen tai taroituksellinen henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsemurha-ajatuksia, itsemurhasta puhumista, keskeytynyttä itsemurhayritystä, itsemurhayritystä ja itsemurhaa. Vaikka itsetuhoiseen tekoon jollain hetkellä ei liittyisi lainkaan pyrkimystä kuolla, voi kuolemanpyrkimys ilmetä samalla henkilöllä myöhemmin.

Itsetuhoisuudelle ei ole kansainvälisesti sovitua yhtenäistä termistöä (1). Käsitteiden kirjavuus vaikeuttaa tutkimusten vertailua (2). Kansainvälinen itsemurhien ehkäisy yhdistys (International Association for Suicide Prevention, IASP) on käynnistänyt monivaiheisen hankkeen yhtenäistää itsetuhoisuuteen liittyvää terminologiaa (3). Hankkeessa on valmisteltu luonnos käytettäviksi käsitteiksi ja määritelmiksi (**TAULUKKO**).

Yhdysvaltalaisessa DSM-5-häiriöluokituksessa esitetään alustavat diagnostiset kriteerit ehdokasdiagnooseille ”Itsetuhokäyttäytymishäiriö” (suicidal behavior disorder) ja ”Itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta” (nonsuicidal self-injury) (4). Itsetuhokäyttäytymishäiriön kriteereiksi ehdotetaan, että A) henkilö on tehnyt itsemurhayrityksen edeltävän 24 kuukauden aikana, B) teko ei täytä itsensä vahingoittamisen ilman itsemurhatarkoitusta diagnoosikriteerejä, C) diagnoosia ei käytetä (pelkästään) itsemurha-ajatuksista tai itsemurhan valmistelusta, D) teon tehdessään henkilö ei ole ollut deliriumissa tai sekava (confusion) eikä E) teon motiivi ole pelkästään uskonnollinen tai poliittinen.

### Itsemurha-ajatuksiset

Itsemurha-ajatuksilla tarkoitetaan mielikuvia tai henkilökohtaisia ajatuksia itsemurhasta, jot-

ka voivat vaihdella hetkellisistä ja jäsentymättömistä mielikuvista pitkäaikaisiin ja yksityiskohtaisiin itsemurhasuunnitelmiin (1). Kuoleman toivomista ilman ajatusta, että aiheuttaisi sen itse, ei pidetä itsemurha-ajatuksena (**TAULUKKO**). Itsemurha-ajatuksien vuosiesiintyvyys on kansainvälisten tutkimusten mukaan nuorussikäisillä 10–15 %, 18–25-vuotiailla 6 %, tätä vanhemmilla aikuisilla 3–4 % ja yli 65-vuotiailla alle 2 % (5–7). Suomalaisessa FinSote-tutkimuksessa vuonna 2020 itsemurha-ajatuksia esiintyi 20–54-vuotiailla 9 %:lla, 56–74-vuotiailla 3 %:lla ja yli 75-vuotiailla 2 %:lla (5).

Suomalaisnuorten itsemurha-ajatusten yleisyydestä ei ole edustavaa julkaistua tutkimustietoa.

Itsemurha-ajatuksiset ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä, mikä voi liittyä naisten suurempaan herkkyyteen hakea apua psyykkisiin vaikeuksiinsa ja kertoa itsetuhoisista ajatuksistaan (6). On tavallista, että itsemurha-ajatusten tiheys, vakavuus ja kesto vaihtelevat ajan kuluessa.

Aktiivinen itsemurhasta puhuminen on merkki pitkälle edenneestä itsetuhoisuudesta. Mitä yksityiskohtaisempia itsemurhasuunnitelmia henkilöllä on, sitä suurempi on itsetuhoisen teon riski. Kliinisessä työssä tulisi selvittää ja kirjata tarkoin tutkitun henkilön ajatusten luonne ja intensiteetti eikä tyytyä kirjaamaan vain yleisesti, onko henkilöllä itsemurha-

**TAULUKKO.** Kansainvälisen itsetuhokäyttäytymiskäsitteitä koskeneen tutkimuksen suositus itsetuhokäyttäytymistä koskeviksi käsitteiksi ja määritelmiksi (3)

Käsite	Määritelmä
Itsemurha	Kuolemaan johtava teko, johon liittyy tieto siitä, että se voi johtaa kuolemaan. Kuoleman pyrkimys voi olla epäselvä tai tulkinnanvarainen.
Itsemurhayritys	Teko, jolla henkilö vahingoittaa itseään ja johon liittyy kuolemanpyrkimys, mutta joka ei johda kuolemaan.
Itsensä vahingoittaminen	Teko, jolla henkilö vahingoittaa itseään ja johon liittyy vaihtelevia pyrkimyksiä, mukaan lukien kuolemanpyrkimys, mutta joka ei johda kuolemaan.
Itsemurha-ajatus	Itsemurhan ajattelu, johon liittyy tai ei liity kuolemanpyrkimys tai toive itse aiheutetusta kuolemasta tai itsemurhapyrkimyksen ilmaiseminen ryhtymättä tekoon.
Kuoleman toive	Kuoleman toivominen ilman ajatusta, että aiheuttaisi sen itse.
Itsemurhasuunnitelma	Henkilö on päättänyt, miten ja milloin hän tekee itsemurhan mutta ei ole tehnyt valmisteluja.
Itsemurhan valmistelu	Henkilö valmisteleo itsemurhaa (esimerkiksi hankkii lääkkeitä, ostaa asean, kiinnittää köyden, käy sillalla), mutta ei aloita tekoa eikä vahingoita itseään.
Keskeytynyt itsemurhayritys	Henkilö aloittaa itsetuhoisen teon (esimerkiksi seisoo korkean sillan kaiteella tai kiinnittää köyden kaulaansa), mutta lopettaa teon itse ennen kuin aiheuttaa vahinkoa itselleen.
Keskeytetty itsemurhayritys	Henkilö aloittaa itsetuhoisen teon (esimerkiksi seisoo korkean sillan kaiteella tai kiinnittää köyden kaulaansa), mutta joku toinen henkilö keskeyttää teon ennen kuin henkilö on aiheuttanut vahinkoa itselleen.

ajatuksia vai ei. Hyvä arviointimenetelmä on esimerkiksi Itsemurhariskin arviointiasteikko C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale), jossa arvioidaan ajatusten luonnetta kuoleman toiveista aktiivisiin ajatuksiin, ajatusten yleisyyttä, kestoa, hallittavuutta, syitä ajatuksiin ja syitä siihen, ettei henkilö ryhtynyt tekoihin ajatuksista huolimatta (7). Itsemurha-ajatusten vaihtelevuuden vuoksi niitä tulisi myös arvioida toistuvasti hoidon kuluessa.

Itsemurha-ajatusten taustalla on usein kasaantuvia, moniulotteisia sekä suhteellisen pitkäkestoisista ongelmia ja niiden yhteisvaikutuksia (8). Itsemurha-ajatusten riskitekijät voidaan Harmerin mukaan jakaa viiteen luokkaan, joita ovat eri mielenterveyshäiriöt, demografiset tekijät (muun muassa vähäinen koulutus, työttömyys, uskonnollisen vakaumuksen puuttuminen), aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen, muu psykopatologia (muun muassa aggressiivisuus, impulsiivisuus, päihteiden käyttö) ja sosiaaliset tekijät (muun muassa negatiiviset elämäntapahtumat, kaltoinkohtelu, perheen ongelmat) (9). Eri riskitekijöiden riskisuhteet vaihtelevat, ja esimerkiksi mielen-terveyshäiriöt ja niiden yhdistelmät sekä aikaisemmat itsemurhayritykset ovat tunnetuimpia ja todennetuimpia riskitekijöitä verrattuna

epidemiologisiin tai sosiodemografisiin tekijöihin. Lisäksi etenkin ikääntyneillä somaattiset sairaudet, subjektiivinen kokemus huonosta terveydentilasta ja yksinäisyys liittyvät itsetuhoisiin ajatuksiin (9, 10). Mikään yksittäinen itsemurha-ajatusten taustalla oleva riskitekijä tai riskitekijöiden yhdistelmä ei kuitenkaan mahdollista myöhemmän itsetuhoisen käyttäytymisen riskin luotettavaa arviointia (11). Itsemurhan tehneistä noin 60 % ei ole ilmaissut edeltävästi itsetuhoisia ajatuksia (12).

## Itsemurhayritys

Itsemurhayrityksessä itsemurha-ajatuksien ja -suunnitelmien muuttuneet toiminnaksi. Itsemurhayrityksellä tarkoitetaan itseän kohdistettua vahingollista tekoa, johon liittyy ainakin jonkin asteinen kuolemantoe. DSM-5 tarkoittaa, että henkilön tulee toivoa kuolemaa teon hetkellä (4). Henkilön kuolemanpyrkimyksen arvioiminen voi olla vaikeaa, pyrkimys voi vaihdella ajan kuluessa, eikä se välttämättä ole dikotominen (13). Kliinisesti on tärkeää selvittää jokaisen itsetuhoisen teon yhteydessä, miten voimakasta ja miten ambivalenttia kuolemanpyrkimystä siihen liittyy, mikä voi vaikuttaa ennusteeseen.

Itsemurhayrityksiä voidaan luokitella myös yritysmenetelmän väkivaltaisuuden perusteella, jolloin esimerkiksi lääkeyliannostus luokitellaan ei-väkivaltaiseksi ja ampuma-aseen käyttö väkivaltaiseksi. Lääkeyliannostuksilla tehtyjen yritysten kuolemanvaara on oleellisesti pienempi kuin esimerkiksi hirttäytymällä, ampumalla, korkealta hyppäämällä tai hukuttautumalla tehdyillä yrityksillä, joista valtaosa johtaa kuolemaan ensimmäisellä yrityksellä. Väkivaltaisen menetelmän käyttö verrattuna ei-väkivaltaiseen ennakoitiin todennäköisemmin uutta ja mahdollisesti kuolemaan johtavaa yritystä (14). Toinen yleinen luokittelutapa on luokitella yritys sen aiheuttaman lääketieteellisen vakavuuden perusteella, jolloin esimerkiksi sairaalahoitoa vaatinut yritys voidaan luokitella ”vakavaksi” verrattuna yritykseen, joka ei ole johtanut terveydenhuollon palveluiden käyttöön. Itsemurhayritys voidaan myös luokitella sen perusteella, miten suunniteltu tai impulsiivinen yritys on (4).

Itsemurhayrityksen lopputulokseen vaikuttavat monet tekijät, kuten teon suunnitelmallisuus, henkilön tieto yritysmenetelmän kuolettavuudesta, vähäinen tai ambivalentti toive kuolemasta tai jonkun ulkopuolisen satunnainen väliin tulo. Nämä tekijät eivät kuitenkaan vaikuta siihen, onko kyse itsemurhayrityksestä.

Itsemurhayritysten vuosittainen esiintyvyys on nuorilla 0,2–7,5 %, 18–25-vuotiailla noin 1,2 %, tätä vanhemmilla ikäryhmillä alle 0,5 % ja on kaikkein pienin 0,2 % yli 60-vuotiailla (15,16). Itsemurhayritykset ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Tätä on selitetty muun muassa sillä, että itsetuhoisuuden taustalla yleisesti ovat masennus ja epävakaa persoonallisuushäiriö ovat naisilla yleisempiä. Naiset myös hakeutuvat herkemmin hoitoon itsemurhayritysten jälkeen, käyttävät yrityksissään vähemmän väkivaltaisia menetelmiä ja tekevät useammin toistuvia yrityksiä (6).

Mielenterveyshäiriöistä erityisesti masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia sekä päihdehäiriöt ovat merkittäviä itsemurhayritysten riskitekijöitä. Ajankohtaiset ja aiemmat kielteiset elämäntapahtumat, persoonallisuuden epävakaa ja impulsiiviset piirteet sekä koettu toivottomuus on liitetty suuren-

tuneeseen itsemurhayrityksen riskiin. Lisäksi psykiatrinen samanaikaissairastavuus suurentaa itsemurhayritysten riskiä. Fyysisistä sairauksista erityisesti vaikeat kiputilaongelmat ovat yhteydessä suurentuneeseen itsemurhayritysten riskiin (1).

Seksuaalivähemmistöihin kuuluvilla on todettu olevan jopa kuusinkertainen itsemurha-ajatusten ja yritysten riski heteroseksuaaleihin verrattuna (17). Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen on kuvattu kokevan vähemmistöstressiä, jonka vuoksi heillä on muuta väestöä suurempi riski sairastua mielenterveyshäiriöihin (18).

## Itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta

Eryteisesti nuorilla, mutta myös muissa ikäryhmissä, esiintyy itsensä vahingoittamista, esimerkiksi viiltelyä, ilman itsemurhatarkoitusta (non-suicidal self injury, NSSI). Tällä tarkoitetaan tarkoituksellista ja suoraa kehon kudosten havaittavissa olevaa vaurioittamista ilman minäänlaista tarkoitusta kuolla teon seurauksena. Mikäli tekoon tai käytökseen liittyy vähäinenkin tarkoitus kuolla tai samanaikainen henkilön toive kuolemasta, tulisi teko arvioida itsemurhayritykseksi (19).

NSSI-ilmiöön liittyy käytöksen toistuvuutta. Kynnysarvona on esimerkiksi pidetty itsen vahingoittamista viisi tai useampia kertoja tai että henkilö on aiheuttanut merkittäviä vammoja itselleen (esimerkiksi palovammasta jäi arpi, viilto vaati tikkejä). NSSI:n ulkopuolelle jääviä, itselle vahingollisen käytöksen muotoja ovat esimerkiksi itsensä myrkyttäminen lääkkeillä tai muilla aineilla ilman itsemurhatarkoitusta epäsuorana kehon vaurioittamisena sekä pakonomainen itsen vahingoittaminen kehityksellisissä häiriöissä.

Brittiläisessä tutkimusperinteessä käytetään usein NSSI:n sijaan termiä tarkoituksellista itsensä vahingoittamista (deliberate self-harm, DSH), jossa määritelmään mukaan ei oteta kantaa itsemurhatarkoitukseen ja siten sisältää myös itsemurhayritykset (20). Tästä määritelmän eron takia tutkimuksissa on osin eroa NSSI:hin ja DSH:hon liittyvissä riskitekijöissä

ja niihin liittyvissä muissa ilmiöissä.

Nuorta yleisväestöä koskeneiden tutkimusten meta-analyyseissa itsensä vahingoittamisen (sekä NSSI ja DSH) elämänaikainen esiintyvyys oli 17 %, ja esiintyvyys suureni kohti viimeisimpiä julkaistuja aineistoja (21). Lähes puolella itsensä vahingoittamista oli tapahtunut vain kerran tai kaksi, ja tavallisin tapa oli viiltely. Toisaalta itsemurha-ajatukset ja yritykset olivat yleisempiä niillä nuorilla, jotka olivat vahingoittaneet itseään, ja tämä liittyi erityisesti tiheämpään itsensä vahingoittamiseen (21). Suomalaisessa 13–18-vuotiaiden aineistossa viiltelyä oli esiintynyt 12 %:lla ja muuta itsen vahingoittamista 10 %:lla (21). NSSI on tytöillä huomattavasti yleisempää kuin pojilla, aikuisiällä tämä sukupuoliero näyttäisi kaventuvan (21,22). NSSI:n esiintyvyys yleisväestön aikuisilla on noin 5 % ja on tätä suurempi potilasaineistossa, 33 % (23,24).

NSSI:n motiivina näyttäytyy useimmin yritys hallita kielteisiä tunteita tai ajatuksia (21, 25). NSSI voi olla keino rankaista itseä tai kokea kontrollin tunnetta kaoottisessa elämäntilanteessa (26). Osalla NSSI toistuu ja muuttuu automaattiseksi tavaksi säädellä tunteita. Tämä voi tapahtua siitä huolimatta, että henkilö tunnistaisi toimintansa haitalliset puolet. NSSI johtaa harvoin sairaalahoidon tarpeeseen akuuttisti, ja vain osa tällä tavalla oireilevista hakee siihen apua (21).

Riskitekijöitä NSSI:lle ovat muun muassa erilaiset kuormittavat ja traumaattiset elämäntapahtumat, vähäinen sosiaalinen tuki ja perheongelmat, ajankohtaiset vastoinkäymiset ihmissuhteissa, masennus, toivottomuus, altistuminen muiden itseä vahingoittavalle käytökselle sekä tunne-elämän epävakaat piirteet ja suojaavia tekijöitä muun muassa hyvät ongelmanratkaisutaidot ja sosiaaliset suhteet (20,27,28).

NSSI voi olla yksi oire tunne-elämältään epävakaassa persoonallisuushäiriössä, ja siten nämä liittyvät usein toisiinsa. NSSI:tä esiintyy myös monissa muissa mielenterveyden häiriöissä (muun muassa masennustilat, syömishäiriöt ja päihdehäiriöt), eikä NSSI siten välttämättä tarkoita sitä, että henkilöllä olisi epävakaata persoonallisuushäiriötä.

Vaikka itsemurhayritykset ja NSSI on pyritty

erittelemään määritelmänä, henkilöllä voi esiintyä samaan ajanjaksoon sijoittuvasti itsemurha-ajatuksia, itsemurhayritys ja NSSI:tä toisaalta erilaisin ajallisesti vaihtelevin yhdistelmin (19). NSSI:n on ajateltu olevan portti vakavampaan itsensä vahingoittamiseen, itsemurhayrityksiin ja itsemurhaan. NSSI on merkittävä riskitekijä myöhemmille itsemurhayrityksille (29–31).

Koska NSSI ja muu itsetuhokäyttäytyminen ovat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa, voidaan kysyä, onko NSSI todella ei-itsemurhakäyttäytymistä (non-suicidal). Itseä vahingoittavan teon tarkoitusta arvioidaan henkilön oman kuvauksen perusteella. Henkilö voi kuitenkin kuoleman toiveessaan olla ambivalentti, ja käsitys intentiosta voi muuttua ajan kuluessa (13).

## Nuorten itsetuhoisuus

Itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja itsemurhat ovat harvinaisia ennen murrosikää mutta yleistyvät nuoruusiässä. Useita Euroopan maita sisällyttäneen aineiston perusteella noin kolmasosalla tutkituista 14–16-vuotiaista nuorista esiintyi itsemurha-ajatuksia ja 4 % ilmoitti yrittäneensä itsemurhaa elämänsä aikana (32). Sekä itsemurha-ajatukset että -yritykset ovat nuoruudessa tytöillä yleisempiä kuin pojilla (32). Kuitenkin nuorten itsemurhasta valtaosa on poikien tekemiä.

Ajankohtaiset vastoinkäymiset, esimerkiksi riidat vanhempien tai ystävien kanssa, erot tai koulunkäyntivaikeudet, edeltävät nuoren itsemurhayrityksiä tai itsemurhaa. Suurimpia nuorten itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskitekijöitä ovat aiempi itsemurhayritys ja NSSI (33). Käyttösoireilu liittyy osalla itsemurhan tehneistä nuorista oirekuvaan, ja impulsiivisuus on merkittävä riskitekijä (34). Toisaalta on tunnistettu ”näkyvätön” nuorten riskiryhmä, jolla itsetuhoinen käytös liittyi runsaaseen ruutuaikaan, liikkumattomuuteen ja lyhentyneeseen yöuneen (35).

## Itsemurha

Suomessa kuolema luokitellaan itsemurhaksi, kun se on oikeuslääkärin arvion mukaan seurausta yksilön omasta tietoisesti aloitetusta ja

toteutetusta teosta, jonka hän on tiennyt johtavan tai ainakin uskonut voivan johtaa kuolemaan. Jos ei pystytä päättelemään, että kuolema johtuu henkilön itsensä tietoisesti aloittamasta ja toteuttamasta itsetuhoisesta teosta, luokitellaan kuolema epäselväksi. On todennäköistä, että osa epäselvistä kuolemista on itsemurhia.

Vuoden 2020 aikana Suomessa itsemurhan tehneistä 717 henkilöstä kolme neljäsosaa oli miehiä. Itsemurhan tehneiden keski-ikä oli naisilla 44 ja miehillä 46 vuotta (36). Itsemurhakuolleisuus Suomessa on vuosien ajan vähentynyt, ja Suomen ikävakiointi itsemurhakuolleisuus (13,4/100 000) on lähellä eurooppalaista keskitasoa (37,38).

Verrattuna muihin Euroopan maihin on suomalaisten nuorten itsemurhakuolleisuus suurta (39). Yhteensä 85 alle 25-vuotiasta teki itsemurhan vuonna 2020, ja nuorilla itsemurhien osuus kaikista kuolemansyistä oli 26 %, mikä liittyy vähäiseen muiden kuolemansyiden määrään nuorilla (36). Vastaavasti vuonna 2020 itsemurhan teki 153 yli 65-vuotiasta. Ikään-tyneillä muut kuolemansyyt ovat hallitsevia, ja itsemurhien osuus kaikista kuolemansyistä oli 0,3 % (36). Suomalaisen yli 65-vuotiaiden itsemurhakuolleisuus ei ole viime vuosina poikennut EU-maiden keskitasosta (39).

Kehittyneissä maissa 90 %:lla itsemurhan tehneistä on ollut jokin mielenterveyshäiriö (40). Yleisimmät itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneet sairaudet olivat THL:n Oikeuslääkinnän vuosien 2016–2018 selvityksen mukaan alkoholin käytön aiheuttamat aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt sekä mielialahäiriöt. Itsemurhan tavallisin tekotapa oli hirttäytyminen, toiseksi tavallisin myrkytys ja kolmanneksi tavallisin ampuminen. Ketiaipiini, tramadoli ja tsopikloni olivat yleisimmät lääkeaineet myrkytyksiksi luokitelluissa itsemurhakuolemissa. Yleisimmät huumausaineet sekä kaikissa itsemurhakuolemissa että myrkytysitsemurhissa olivat kannabis ja amfetamiini (37).

Itsemurhan riskitekijät ovat hyvin samankaltaisia kuin itsemurhayritysten. Aikaisempi itsemurhayritys merkitsee liki 40-kertaista itsemurhariskiä (41). Perheessä esiintyneet itsemurhat ja erityisesti henkilön omat aikaisemmat itsemurhayritykset ovat merkittäviä riskitekijöitä

## Ydinasiat

- ▶ Itsetuhoisuus on kattotermi, jonka alle sijoittuvia ilmiöitä ovat mm. itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset, itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta (NSSI) ja itsemurhat.
- ▶ Itsemurha-ajatukset ja NSSI, ehkä itsemurhayrityksetkin ovat melko yleisiä oireilun muotoja, ja esiintyvyys on suurinta nuorilla ja nuorilla aikuisilla verrattuna muihin ikäryhmiin.
- ▶ Itsemurha-ajatuksia ja yrityksiä esiintyy naisilla miehiä enemmän, mutta miehet kuolevat naisia useammin itsemurhaan.
- ▶ Itsemurha-ajatuksia tai itsetuhoista tekoa arvioitaessa tulisi selvittää ja kirjata tutkitun henkilön ajatusten ja suunnitelmien luonne sekä intensiteetti ja tekoon mahdollisesti liittynyt tarkoitus kuolla tai kuoleman toive, vaikka se olisi ollut ambivalentti.
- ▶ Aiempi itsemurhayritys on merkittävin ja tunnistettavissa oleva itsemurhan riskitekijä.

(42,43). Miesten naisia suurempaa itsemurhakuolleisuutta on selitetty muun muassa miesten masennuksen alidiagnostiikalla, impulsiivisilla, vihamielisillä tai aggressiivisilla persoonallisuuspiirteillä ja väkivaltaisten itsemurhamentelmien käytöllä (6). Itsemurhariskin on todettu olevan suurentunut psykiatriseen sairaalahoitoon ohjattaessa, sairaalahoidon alussa ja ensimmäisen kolmen kuukauden aikana uloskirjoituksen jälkeen (44). Ikään-tyneiden itsemurhia voivat psykiatristen sairauksien ohella selittää somaattiset sairaudet, toimintakyvyn ja kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, yksinäisyys ja toivottomuuden tunteet (45)

Mielenterveyden häiriöt, erityisesti vakava masennusjakso, päihdehäiriöt tai päihteiden ongelmallinen käyttö ja monihäiriöisyys sekä lapsena koettu kaltoinkohtelu lisäävät nuorten itsemurhariskiä (33,45,46,47,48). Nuoren lähiympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat

esimerkiksi perheenjäsenen itsemurha tai itsemurhayritys, vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöt, vuorovaikutuksen vaikeudet perheenjäsenten välillä ja erilaisen perheeseen negatiivisesti vaikuttavat sosiaaliset tekijät (48). Ystävapiiriin tai median kautta altistuminen itsemurhalle voi myös toimia mallina alttiille nuorelle (33).

## Lopuksi

Itsemurha-ajatukset, itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta ja itsemurhayritykset ovat suhteellisen yleisiä, ja jokainen lääkäri voi kohdata tällaisia potilaita. Itsemurhariskin arviointi on tärkeä osa lääkärin ammattitaitoa. Itsetuhoisuuden eri muotojen määrittely ja käsitteistä sopiminen on tärkeää yksittäisen

potilaan itsemurhariskin arvioinnissa. Strukturoitujen arviomenetelmien käyttö on suositeltavaa (1,8). Lisäksi kansainvälisesti yhdessä sovittu määrittely mahdollistaa luotettavan vertailukelpoisen tutkimuksen toteuttamisen. Mahdollisesti itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen tulee varata riittävästi aikaa ja haastattelussa pyrkiä laaja-alaiseen ymmärrykseen potilaan kokonaistilanteesta ja psyykkisestä voinnista. Mielenterveyden häiriöt ja niiden vaikeus, aiempi itsetuhoisen käytös sekä nykyisten itsetuhoajatusten kesto ja voimakkuus tulee selvittää (8). Lisäksi mahdollisuuksien mukaan potilaan läheiset on tarpeen huomioida arvioitaessa potilaan itsemurhariskiä. Itsemurhariskiin tulee aktiivisesti puuttua järjestämällä potilaalle tarpeenmukainen psykiatrisen hoito. ■

**KAISA RIALA, LT, dosentti, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, ma. Professori**  
Oulun Yliopisto, Kliinisen lääketieteen tutkimusyksikkö, Psykiatria

**HENNA HARAVUORI, LT, dosentti, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri**  
Psykiatrikonsultaatiot Hilla Oy  
Vieraileva tutkija THL

**MAURI MARTTUNEN, LT, emeritusprofessori**  
Helsingin yliopisto  
Vieraileva tutkija THL

**TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJA**  
Timo Partonen

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Jaana Suvisaari

## SIDONNAISUUDET

**Kaisa Riala:** Muut sidonnaisuudet (Servier, osallistuminen kliiniseen lääketutkimukseen)

**Henna Haravuori:** Luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys ry:n koulutustoimikunnan jäsen, UEMS-CAP sektion Suomen edustaja), hankkeet (Äkillisten traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisen työryhmä (STM), Vaikuttavat mielenterveysinterventiot lapsilla ja nuorilla -hanke (STM ja THL), Jälkihoidon moniammatillinen asiantuntijaverkosto-ohjausryhmä (Kuopion kaupunki), NEET-nuorten perustason mielenterveyspalvelut -hanke (STM ja THL), Kansallisen lapsistrategian toimeenpanosuunnitelman Toimenpide 13), muut sidonnaisuudet (Kirjoittajapalkkioita: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Lääkärilehti; Pienosakkuus, Komppi Holding Oy, Komppi Oy vastaava psykiatri (päättynyt 5/2021))

**Mauri Marttunen:** Luottamustoimet (Psykiatrian Tutkimussäätiön hallituksen puheenjohtaja, Suomen Psykiatriyhdistyksen nuorisopsykiatrian jaoksen puheenjohtaja, Valviran pysyvä asiantuntija (päättynyt 12/2020), Helsingin yliopiston psykoterapeuttikoulutuksen johtokunnan varajäsen, THL:n oikeuspsykiatrian lautakunnan varajäsen), hankkeet (Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa -hanke, NEET-nuorten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa -hanke), muut sidonnaisuudet (Konsultaatiopalkkiot: Espoon kaupunki, Väinö-Kaarina koti Oy; Asiantuntijalajasuntopalkkiot: Tryg Foundation; Luentopalkkiot: HUS, Suomen Psykiatriyhdistys, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry; Käypä hoito -työryhmät: Depressio, Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Ahdistuneisuushäiriöt, Itsemurhaa yrittäneet hoito, Käytöshäiriö; Suomen Lääkärilehden tieteellisen neuvottelukunnan jäsen; Tekijänpalkkiot: Kustannus Oy Duodecim; Yritystoiminta: Or-Ma Oy, osaoimistaja ja hallituksen puheenjohtaja)

## KIRJALLISUUTTA

1. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 18.2.2022]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
2. Reeves KW, Vasconez G, Weiss SJ. Characteristics of suicidal ideation: a systematic review. *Arch Suicide Res*, julkaistu verkossa 18.1.2022. DOI:10.1080/1381118.2021.2022551.
3. De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, ym. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, julkaistu verkossa 9.2.2021. DOI:10.1136/bmjopen-2020-043409.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. American Psychiatric Association. Washington DC: APA Publishing 2013.
5. FinSote-tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankeet/finsoite-tutkimus>.
6. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord* 2012;138:19–26.
7. 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.
8. Solin P, Partonen T. Tunnista itsemurhan vaarat Duodecim 2017;133:1405–10.
9. Harmer B, Lee S, Duong TVH, ym. Suicidal ideation. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2022.
10. Cheung G, Edwards S, Sundram F. Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32:1371–80.
11. 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.
12. McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, ym. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open* 2019. DOI:10.1192/bjo.2018.88.
13. House A, Kapur N, Knipe D. Thinking about suicidal thinking. *Lancet Psychiatry* 2020;7:997–1000.
14. Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E, ym. Itsemurhamenetelmät ja niiden saatavuus. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym. toim. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2022, s. 688–9.
15. Nock MK, Green JG, Hwang I, ym. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCSA). *JAMA Psychiatry* 2013;70:300–10.
16. Piscopo KD. Suicidality and death by suicide among middle-aged adults in the United States. The CBHSQ Report. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017.
17. Suran M. Suicide risk varies with demographics and sexual orientation. *JAMA* 2021;326:2463.
18. Jaskari O, Keski-Rahkonen A. Vähemmistöstressi uhkana seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen terveydelle. Duodecim 2021;137:1781–8.
19. Nock MK. Self-injury. *Ann Rev Clin Psychol* 2010;6:339–63.
20. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373–82.
21. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, ym. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:733–41.
22. Laukkanen E, Rissanen M, Honkalampi K, ym. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:23–8.
23. Swannell SV, Martin GE, Page A, ym. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 2014;44:273–303.
24. Christensen K, Chu C, Silverman AL, ym. Prevalence and correlates of past-month suicidal thoughts, suicide attempts, and non-suicidal self-injury among adults in a partial hospital program. *J Psychiatr Res* 2021;144:397–404.
25. Rasmussen S, Hawton K, Philpott-Morgan S, ym. Why do adolescents self-harm? *Crisis* 2016;37:176–83.
26. Laukkanen E, Rissanen M-L, Tolmunen T, ym. Adolescent self-cutting elsewhere than on arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:501–10.
27. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, ym. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev* 2015;42:156–67.
28. Townsend E, Ness J, Waters K, ym. Life problems in children and adolescents who self-harm: findings from the multi-centre study of self-harm in England. *Child Adolesc Ment Health*, julkaistu verkossa 18.1.2022. DOI:10.1111/camh.12544.
29. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, ym. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:772–80.
30. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, ym. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry* 2011;1:1–7.
31. Mars B, Heron J, Klonsky ED, ym. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:327–37.
32. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatr Pol* 2016;50:1093–107.
33. Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen M. Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors and prevention. *Curr Pediatr Rev* 2011;7:52–67.
34. McGirr A, Renaud J, Bureau A, ym. Impulsive-aggressive behaviours and competed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med* 2008;38:407–17.
35. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, ym. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry* 2014;13:78–86.
36. Kuolemansyyt. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus 2022. <https://stat.fi/tilasto/ksyyt>.
37. Partonen T, Esklin A, Grainger M, ym. Itsemurhat Suomessa 2016–2018. Raportti 3/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.
38. Suicide worldwide 2019. Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization 2021. [www.who.int/publications/i/item/9789240026643](http://www.who.int/publications/i/item/9789240026643).
39. Suicide rate by age group. Luxembourg: Eurostat 2022. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default?bar?lang=en>.
40. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, ym. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395–405.
41. Suominen K, Valtonen H. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim 2013;129:881–5.
42. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, ym. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med* 2011;41:2527–34.
43. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, ym. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry* 2016;173:1094–100.
44. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, ym. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:694–702.
45. De Leo D, Giannotti AV. Suicide in late life: a viewpoint. *Prev Med* 2021;152:106735.
46. Wong SS, Zhou B, Goebert D, ym. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1611–20.
47. Gili M, Castellví P, Vives M, ym. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord* 2019;245:152–62.
48. Cavelti M, Kaess M. Adolescent suicide: an individual disaster, but a systemic failure. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:987–90.