

Saana Sarparanta, Klaus Ranta, Mauri Marttunen, Elina Santti ja Niklas Granö

Nuoruusikäisten itsetuhoisen käyttäytymisen vähentäminen – dialektisen käyttäytymisterapian soveltuvuus ja hyödyllisyys erikoissairaanhoidossa

JOHDANTO. Itsetuhoisuus on keskeinen psykiatrisesti oireilevien nuorten hoidonaihe. Nuorten dialektinen käyttäytymisterapia (DKT-N) on tunne-elämän epävakauden ja itsetuhoisen käyttäytymisen hoitoon kohdennettu nuorille kehitetty hoitomalli. Tutkimuksemme tarkoituksena oli arvioida DKT-N:n soveltuvuutta suomalaiseen nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidoon ja selvittää, lievittyvätkö nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon DKT-N-hoito-ohjelmassa hoidettujen nuorten itsetuhoisen käyttäytymisen ja psykiatrisen oireilu.

AINEISTO JA MENETELMÄT. Tutkimusasetelmana on kontrolloimaton seurantatutkimus. Aineisto koostuu HUS:n nuorisopsykiatrian polikliinisessa hoidossa olevista 26 potilaasta.

TULOKSET. Nuorten toteutuneet itsemurhayritykset, itsemurha-ajatusten vakavuusaste, itseä vahingoittava käyttäytyminen ilman itsemurhatarkoitusta, psykiatrisista syistä toteutuneiden sairaalahoitojaksojen lukumäärä, tunne-elämän epävakauteen liittyvä oireilu ja masennusoireilu vähenivät hoito-ohjelman aikana. Vaikutuskoot oireilun vähenemiselle olivat keskikokoisia tai suuria (Δ 0,61–0,87). Päivystyskäyntien ja keskeytyneiden itsemurhayritysten lukumäärät eivät muuttuneet.

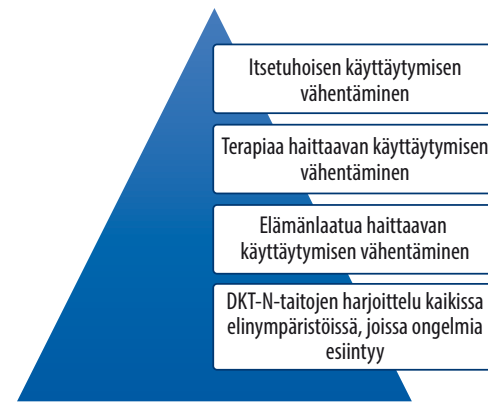
PÄÄTELMÄT. Tutkimuksemme perusteella DKT-N on sovellettavissa suomalaiseen erikoissairaanhoidoon ja itsetuhoisesti käyttäytyvät nuoret hyötyvät hoitomallista samansuuntaisesti kuin kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu.

Itsemurha on WHO:n mukaan maailmanlaajuisesti 15–29-vuotiaiden nuorten neljänneksi yleisin kuolinsyy (1). Itsemurhien osuus oli 26 % suomalaisten 15–24-vuotiaiden kaikista kuolemansyistä vuonna 2020 (2). Se oli 15–19-vuotiaiden tyttöjen yleisin ja poikien toiseksi yleisin kuolinsyy vuonna 2008 (3). Tuoreen meta-analyysin mukaan itsemurha-ajatusten vuotuinen esiintyvyys alle 21-vuotiailla nuorilla on noin 15 % ja itsemurhayritysten noin 5 % (4). Itsemurha-ajatukset ja -yritykset ovat nuoruusiässä yleisempiä tytöillä kuin pojilla, mutta pojat tekevät toteutuneista itsemurhista noin 75–80 % (3,4).

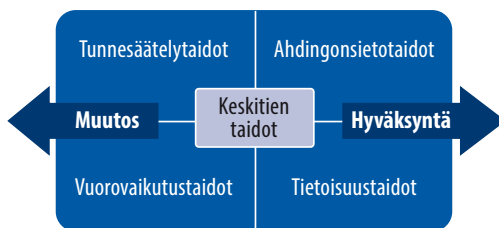
Masennustilat, masennusoireiden vakavuusaste, epävakaa persoonallisuuden piirteet ja epävakaa persoonallisuushäiriö ovat yhteydessä toistuvaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen sekä

lisäävät itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskiä (3,5,6). Masennustilojen esiintyvyyden on arvioitu olevan nuoruusikäisessä väestössä noin 10 % (3). Epävakaa persoonallisuushäiriön esiintyvyys nuoruusikäisessä väestössä on noin 3 % mutta psykiatristen avohoitopotilaiden joukossa jopa 22 % (7–9). Aiempi itsemurhayritys ja itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta ovat suurimpia nuorten itsemurhayrityksiä ennustavia riskitekijöitä (3,10). Suomalaisista 13–18-vuotiaista nuorista 12 % ilmoitti vahingoittaneensa itseään viiltämällä (11).

Nuoruusikäisten kehitysvaihespesifiset psykoterapiat rakentuvat kehityspsykologisen ja kliinisen tutkimustiedon pohjalta. Ne on tavallisesti muotoiltu omiksi kokonaisuuksikseen, joiden läpileikkaavia periaatteita ovat muun



KUVA 1. DKT-N:n tavoitehierarkia.



KUVA 2. DKT-N-taitoalueet, joita vahvistamalla pyritään lisäämään nuorten kyvykkyyttä hyväksyä oma itsensä ja oma elämäntilanteensa sekä edistämään muutosta heidän käyttäytymisessään ja psyykkisessä oireilussaan.

muassa nuoruusiän kognitiivisen, affektiivisen ja sosiaalisen kehitysvaiheen sekä perhe- ja ikäoverikon­tekstin huomioiminen keskeisenä osana hoitoa (12). Ymmärrys oireiden kehityksellisistä ilmenemismuodoista ja esimerkiksi sosiaalisen autonomiakehityksen ja kasvuympäristön merkityksestä nuoruusiässä on tärkeää nuorten hoitojen muotoilun, hoitoon sitouttamisen sekä psykoedukaation näkökulmista (12,13).

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on aikuisten tunne-elämän epävakauten ja itsetuhoiseen käyttäytymiseen kohdennettu kognitiivis-behavioraalinen hoitomalli (14). DKT-N on siitä nuoruusikäisille edelleen kehitetty kehitysvaihespesifinen hoito, jossa hoidon kohteena ovat itseä vahingoittava käyttäytyminen sekä tunnesäätelyn vaikeudet (15–17). DKT-N:n tavoitteet jäsen­tyvät hierarkkisesti (KUVA 1). Hoidon ensisijaisena tavoitteena on aina henkeä ja terveyttä uhkaavan käyttäytymisen vähentäminen. Tavoitteita kohti työs-

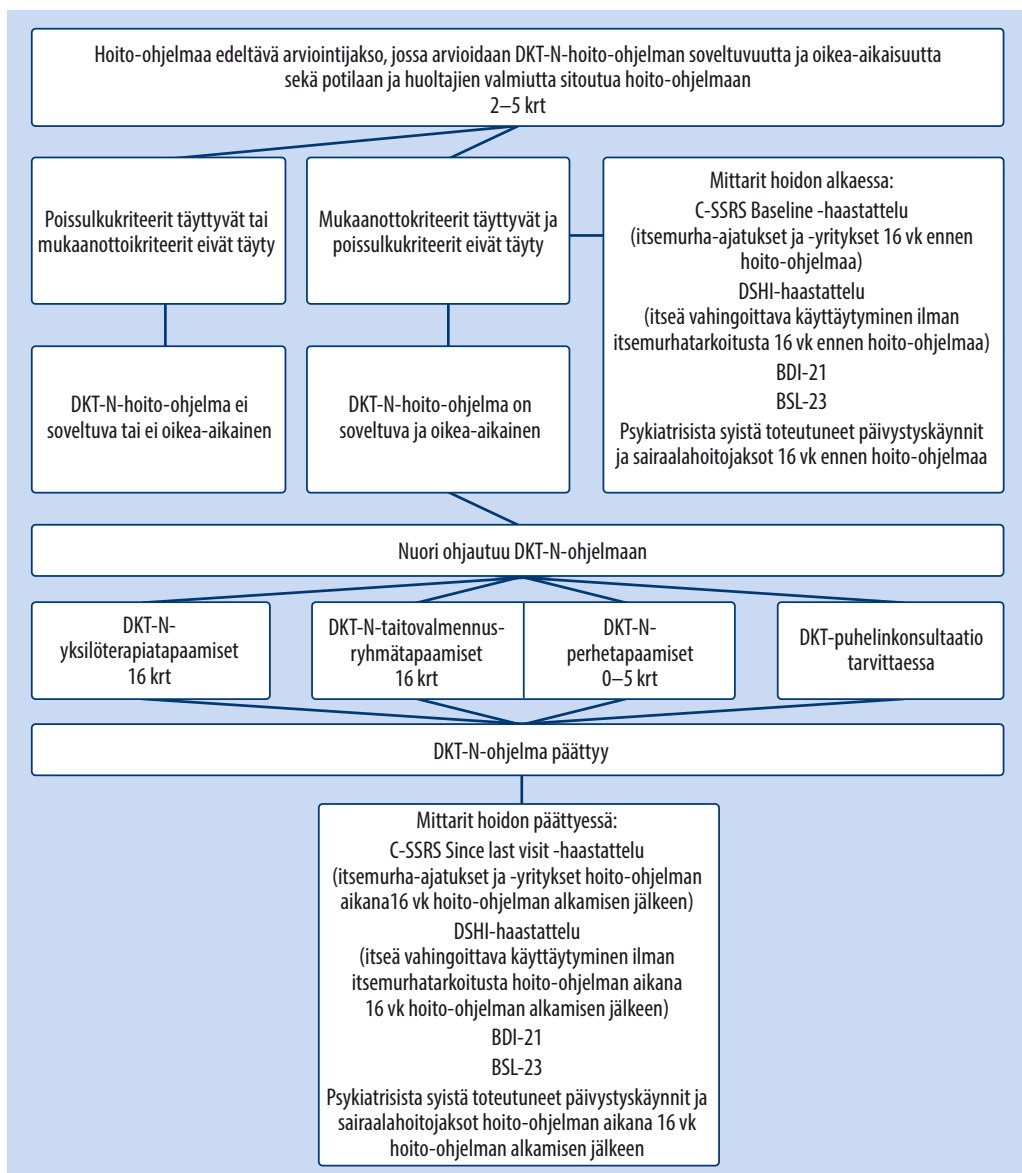
kennellään lisäämällä nuorten valmiuksia sietää ja säädellä tunteitaan sekä löytää haitattomia toimintatapoja haitallisten tilalle aktiivisen taitoharjoittelun avulla (KUVA 2). Verrattuna aikuisille suunnattuun dialektiseen käyttäytymisterapiaan DKT-N:n erityispiirre on nuoruusiän kehitysvaiheen huomioon ottaminen ja perheympäristön tukeminen kiinteänä osana hoitoa. Taito­valmennus kohdistetaan DKT-N:ssä nuorille ja heidän huoltajilleen viikoittaisissa taito­valmennusryhmissä sekä nuorten yksilö­terapiakäyntien lisäksi toteutuvis­sa perhetapaamisissa (13,17).

HUS nuorisopsykiatrian DKT-N-hoito-ohjelma kestää 16 viikkoa ja pohjautuu kansainvälisesti tutkittuun nuorten kehitysvaihespesifiseen DKT-N-malliin (16). Hoito-ohjelma koostuu viikoittaisista nuorten yksilö­terapia­käynneistä sekä nuorten ja huoltajien taito­valmennusryhmistä, tarvittaessa toteutuvis­ta perhetapaamisista ja aktiiviseen taitoharjoit­luun tähtäävästä yksilö­terapeutin tarjoamasta puhelintuesta sovittujen terapia-aikojen ulko­puolella. Hoito-ohjelmaa toteuttaa viikoittain kokoontuva tiimi, joka koostuu DKT-N-koulu­tuksen saaneista eri ammattiryhmiä edustavista erikoissairaanhoidon työntekijöistä eli niin sanottu DKT-N-tiimi, jota tukee kuukausittainen DKT-N-työnohjaus (16,17).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, soveltuuko DKT-N nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon vakavasti oireilevien potilaiden polikliniseen hoitoon sekä vähenevätkö hoidettujen nuorten itsetuhoisen käyttäytymisen ja tunne-elämän epävakauten ja masen­nukseen liittyvä oireilu hoidon aikana.

Menetelmät

Tutkimuksen osallistujat koostuivat HUS:n nuorisopsykiatrian poliklinisessa hoidossa olevista nuorista, jotka ohjautuivat DKT-N-ohjelmaan vuosina 2019–2022. Heitä haastateltiin strukturoidusti hoidon arviointivaiheessa ennen DKT-N:n alkamista (KUVA 3). Hoito-ohjelmaan sekä tutkimukseen osallistumisen kriteereinä olivat 13–18 vuoden ikä, vähintään kaksi tahdonalaista itsensä vahingoittamiseen liittyvää episodtia, joista ainakin toinen oli ta-



KUVA 3. DKT-N-hoito-ohjelmaan ja tutkimukseen ohjautuminen sekä hoito-ohjelman ja tutkimuksen kulku. BDI-21 = BDI-21-oirekysely, BSL-23 = BSL-23-oirekysely, C-SSRS = Columbia Suicide Severity Rating-Scale, DKT = dialektinen käyttäytymisterapia, DSHI = Deliberate Self-Harm Inventory

pahtunut 16 viikon kuluessa ennen hoidon alkamista. Lisäksi vähintään kolmen DSM-5:ssä määritellyn epävakaan persoonallisuushäiriön kriteerin tuli täytyä ja suomen kielen taidon tuli olla riittävä. Poissulkukriteereinä olivat älyllinen kehitysvammaisuus, autisimirjon häiriö, psykoottinen häiriö ja vaikea-asteinen akuuttitoimenpiteitä edellyttävä syömis- tai päihdehäiriö.

Itsemurha-ajatusten vakavuusastetta sekä to-

teutuneita, toisten keskeyttämiä ja itse keskeytettyjä itsemurhayrityksiä arvioitiin Columbia Suicide Severity Rating-Scale (C-SSRS) Baseline- ja Since last visit -haastatteluilla (18). Itsensä vahingoittamista ilman itsemurhatarkoitusta arvioitiin Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) -haastattelun avulla laskemalla yhteen erilaisten itsensä vahingoittamisen tapojen lukumäärä (19). Arviot tehtiin hoito-ohjelman alkaessa ja päättyessä (**KUVA 3**). Tunne-elämän

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden nuorten toteutuneet ja keskeytyneet itsemurhayritykset, itsemurha-ajatusten vakavuusaste, itseä vahingoittavan käyttäytymisen laajuus ilman itsemurhatarkoitusta, psykiatrisista syistä toteutuneiden sairaalahoitojaksojen ja päivystyskäyntien lukumäärä sekä tunne-elämän epävakautteen ja masennukseen liittyvä oireilu DKT-N-hoito-ohjelman alkaessa ja päättyessä ja oireilussa ilmennyt muutos hoidon aikana.

	Keskiarvo (keskihajonta)	Vaihteluväli	z-arvo (Wilcoxon) ⁴	p-arvo	Vaikutuskoko (Glassin delta)
Toteutuneet itsemurhayritykset					
16 vkoa ennen hoitoa	0,89 (1,05)	0–3	–2,71	0,01	0,74
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ¹	0,11 (0,32)	0–1			
Toisten keskeyttämät itsemurhayritykset					
16 vkoa ennen hoitoa	0,47 (1,22)	0–5	–1,51	0,13	0,34
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ¹	0,05 (0,23)	0–3			
Itse keskeytetyt itsemurhayritykset					
16 vkoa ennen hoitoa	0,84 (1,38)	0–5	–1,38	0,16	0,34
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ¹	0,37 (1,21)	0–5			
Itsemurha-ajatusten vakavuus					
16 vkoa ennen hoitoa	3,78 (1,09)	1–5	–3,13	0,00	0,87
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ²	2,83 (1,34)	0–5			
Ilman itsemurhatarkoitusta toteutuvan itseä vahingoittavan käyttäytymisen laajuus (eri tapojen määrä)					
16 vkoa ennen hoitoa	3,92 (2,65)	0–10	–2,89	0,00	0,65
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ³	2,21 (1,64)	0–7			
Psykiatrisista syistä toteutuneiden sairaalahoitojaksojen määrä					
16 vkoa ennen hoitoa	0,68 (0,67)	0–2	–2,67	0,01	0,78
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ¹	0,16 (0,50)	0–2			
Psykiatrisista syistä toteutuneiden päivystyskäyntien määrä					
16 vkoa ennen hoitoa	1,47 (3,84)	0–17	–1,61	0,11	0,08
16 vkoa hoidon alkamisen jälkeen ¹	1,16 (4,13)	0–18			
BSL-23-pistemäärä					
Hoidon alkaessa	56,8 (19,3)	11–89	–2,47	0,01	0,62
Hoidon päättyessä ³	44,8 (21,3)	8–83			
BDI-21-pistemäärä					
Hoidon alkaessa	35,9 (12,6)	13–60	–2,19	0,03	0,61
Hoidon päättyessä ²	28,2 (16,0)	4–58			

Tilastollisesti merkitsevät erot ($p < 0,05$) on merkitty taulukkoon tummennetulla fontilla. Vaikutuskoon tulkinta: 0,3–0,5 = pieni, 0,5–0,8 = keskikokoinen, yli 0,8 = suuri (Cohen, 1988).

¹n = 19, ²n = 23, ³n = 24, ⁴Wilcoxonin epäparametrisen testin vakioitu testiarvo

epävakautteen liittyvää oireilua arvioitiin BSL-23-oirekyselyllä (vaihteluväli 0–92 pistettä) ja masennusoireilua BDI-21-oirekyselyllä (vaihteluväli 0–63 pistettä) hoito-ohjelman alkaessa sekä hoito-ohjelman päättyessä (20–22). Psykiatrisista syistä toteutuneiden päivystyskäyntien ja sairaalahoitojaksojen lukumäärä laskettiin sairauskertomustiedoista.

Hoidon aikana oireilun muutosta mitattiin laskemalla itsemurha-ajatusten vakavuusas-

teen, toteutuneiden ja keskeytyneiden itsemurhayritysten, ilman itsemurhatarkoitusta toteutuvan itsensä vahingoittamisen tapojen lukumäärän sekä oireittareiden summapistemäärien keskiarvot ja keskihajonnat hoidon alkaessa ja hoidon päättyessä. Lopullisissa analyyseissa laskettiin erot hoidon alkamisen ja päättymisen välillä mittarikohtaisesti, ja erilisissä analyyseissa olivat mukana ne nuoret, joista mittarikohtainen tieto oli käytettävissä.

Mittauspisteiden väliset erot laskettiin Wilcoxonin parittaisten otosten epäparametrisella testillä. Muutoksen suuruutta mittaavat vaikutuskoot arvioitiin käyttämällä Glassin delta (Δ) -tunnuslukua, jossa mittapisteiden erotus jaetaan alkutilanteen mittauksen keskihajonnalla (23). Tilastollisena ohjelmana käytettiin SPSS 25.0 -ohjelmaa. Tutkimuksella on HUS:n psykiatrian myöntämä rekisteritutkimuslupa (HUS/11850/2022), joten tutkittavilta nuorilta ei kerätty erillisiä suostumuslomakkeita tutkimukseen osallistumisesta.

Tulokset

Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 31 nuorta. Analysoitavan aineiston ulkopuolelle jäi viisi iältään 14–18-vuotiaasta tyttöä, jotka kävivät DKT-N-hoito-ohjelman loppuun. Mittarikohtaiset tiedot puuttuivat yhdestä nuoresta hoidon alkaessa, kahdesta hoidon päättyessä ja kahdesta sekä hoidon alkaessa että päättyessä. Analyysissa käytetty aineisto koostui 26 iältään 14–17-vuotiaasta nuoresta, joista 24 oli tyttöjä ja kaksi poikia. Tutkimukseen osallistuneiden nuorten itsemurha-ajatusten vakavuusasteen, toteutuneiden ja keskeytyneiden itsemurhayritysten, ilman itsemurhatarkoitusta toteutuneen itsensä vahingoittamisen tapojen lukumäärän sekä oireimittareiden summapistemäärien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit hoidon alkaessa ja hoidon päättyessä esitetään **TAULUKOSSA 1**.

DKT-N-ohjelmaan osallistuneiden nuorten toteutuneet itsemurhayritykset, itsemurha-ajatusten vakavuusaste, ilman itsemurhatarkoitusta toteutuneen itsensä vahingoittamisen laajuus, psykiatrisista syistä toteutuneiden sairaalahoitokasojen lukumäärä, tunne-elämän epävakautteen liittyvä oireilu ja masennusoireilu vähenivät hoito-ohjelman aikana (**TAULUKO 1**). Näiden muutosten vaikutuskoot olivat keskikokoisia tai suuria ja sijoituivat välille Δ 0,61–0,87 (24).

Yksikään hoito-ohjelmaan osallistuneista nuorista ei tehnyt tutkimuksen aikana itsemurhaa. Päivystyskäyntien lukumäärä, toisten ihmisten keskeyttämien itsemurhayritysten lukumäärä ja itse keskeytettyjen itsemurhayritys-

ten lukumäärä eivät muuttuneet merkitsevästi hoito-ohjelman aikana (**TAULUKKO 1**).

TAULUKOSSA 2 esitetään suhteellisia frekvensseinä niiden tutkimukseen osallistuneiden nuorten, joista mittarikohtainen tieto oli käytettävissä, itsemurha-ajatusten vakavuusaste ja itsemurhayritykset C-SSRS-haastattelussa DKT-N-hoito-ohjelman alkaessa ja päättyessä.

Pohdinta

Tutkimuksemme tulosten perusteella 16 viikon kestoinen DKT-N-hoito-ohjelma näyttäisi soveltuvan vakavasti oireilevien nuorten itsetuhoisuuden ja tunnesäätelyn vaikeuksiin liittyvän oireilun polikliniseen hoitoon DKT-N-koulutuksen saaneiden nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijöiden toteuttamana. Kaikki tutkimukseen osallistuneet nuoret kävivät hoito-ohjelman loppuun, eikä kukaan tutkimukseen osallistuneista keskeyttänyt hoito-ohjelmaa.

Kuten aikaisemmissa pohjoismaisissa ja yhdysvaltalaisissa DKT-N-tutkimuksissa sekä tuoreessa meta-analyysissä ja aikuisia itsetuhoisia potilaita koskeneissa tutkimuksissa, DKT-N-hoito-ohjelmaan osallistuneiden nuorten tekemät itsemurhayritykset vähenivät ja itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta lieveni hoito-ohjelman aikana merkitsevästi (15,16,25–30). Tutkimusaineistomme vastaa nuoruusikäisistä koostuvana poliklinisena aineistona muita pohjoismaisia tutkimuksia (16,25–27). Tutkimustulosten samansuuntaisuus tukee DKT-N:n käyttävyttä sekä rohkaisee sen laajempaan käyttöön ja vaikuttavuuden tutkimiseen myös suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Tuloksemme ovat kliinisesti merkittäviä, sillä itseä vahingoittavan käyttäytymisen vakavuusasteen ja laajuuden on todettu olevan yhteydessä psykiatrisen oireilun vakavuusasteeseen ja itsemurhayrityksiin (10,31).

Vaikka näyttö DKT:n vaikuttavuudesta aikuisilla esiintyviin itsetuhoisiin ajatuksiin on ollut aikaisemmissa tutkimuksissa osin ristiriitaista (29,32), on nuoruusikäisten osalta saatu kuitenkin suhteellisen yhdenmukaisia tuloksia (16,26,27,33). Tässä tutkimuksessa hoito-

TAULUKKO 2. Itsemurha-ajatusten vakavuusaste (n = 23) ja itsemurhayritykset (n = 19) C-SSRS-haastattelussa suhteellisina frekvensseinä DKT-N-hoito-ohjelman alkaessa ja päättyessä.

	DKT-N:n alkaessa: Itsemurha-ajatukset ja itsemurhayritykset edel- tävien 16 viikon aikana	DKT-N:n päättyessä: Itsemurha-ajatukset ja itsemurhayritykset edel- tävien 16 viikon aikana
Itsemurha-ajatusten vakavuusaste		
Ei lainkaan itsemurha-ajatuksia	0 %	8,7 %
Itsemurha-ajatukset vakavimmillaan yleisluontoisia kuolemantouheita	4,3 %	4,3 %
Itsemurha-ajatukset vakavimmillaan yleisluontoisia itsemurha-ajatuksia	4,3 %	21,7 %
Itsemurha-ajatukset vakavimmillaan tekotapojen ajattelua ilman aikomusta ryhtyä toimiin	30,4 %	34,8 %
Itsemurha-ajatukset vakavimmillaan aktiivisia itsemurha-ajatuksia + jonkinasteisia aikomuksia toimia itsemurha-ajatusten mukaisesti	30,4 %	21,7 %
Itsemurha-ajatukset vakavimmillaan aktiivisia itsemurha-ajatuksia + itsemurhasuunnitelma + aikomus toteuttaa suunnitelma	30,4 %	8,7 %
Itsemurhayritykset		
Toteutuneita itsemurhayrityksiä	57,9 %	10,5 %
Toisten keskeyttämiä itsemurhayrityksiä	26,3 %	10,5 %
Itse keskeytettyjä itsemurhayrityksiä	31,6 %	10,5 %

ohjelmaan osallistuneiden nuorten itsemurha-ajatusten vakavuusaste lieveni DKT-N:n aikana merkitsevästi. Hoito-ohjelmaan osallistuneiden nuorten itsemurha-ajatusten vakavuusaste näytti lievenevän toiminnan suunnittelusta lähemmäs ajattelua eli muuttuvan aktiivisesta itsemurhan tekotapojen ajattelusta ja jonkinasteisista aikomuksista toimia itsemurha-ajatusten mukaisesti kohti yleisluontoisia itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhan tekotapojen ajattelua ilman aikomusta ryhtyä niiden mukaiseen toimintaan.

Itsetuhoisen käyttäytymisen ja ajattelun lisäksi tutkimukseen osallistuneiden nuorten tunne-elämän epävakauteen ja masennukseen liittyvä oireilu lieveni DKT-N-hoito-ohjelman aikana merkitsevästi. Tunne-elämän epävakauteen liittyvä BSL-23-keskiarvo oli alkumittauksessamme 56,8 pistettä, jonka on aikuisten osalta ehdotettu vastaavan vakavia oireita (21). Oireiden keskiarvoinen runsaan 20 pisteen väheneminen hoidon aikana vastaa Pohjoismaissa tehtyjä havaintoja, vaikka pohjoismaisessa aineistossa alkumittauksen pistemäärät olivat pienemmät tutkimukseemme verrattuna (16).

Masennusoireiluun liittyvä BDI-21-keskiar-

vo oli alkumittauksessamme keskimäärin noin 36 pistettä, mikä viittaa niin ikään vakavaan masennusoireiluun (22). Tulokset ovat kliinisesti merkittäviä pohdittaessa myös sitä, millaiset tekijät ovat voineet vaikuttaa itsemurha-ajatusten sekä itsetuhoisen käyttäytymisen vakavuusasteen lievenemiseen. Pohjoismaisessa seurantatutkimuksessa havaittiin, että koetun toivottomuuden ja näköalattomuuden lievittyminen DKT-N-hoidon aikana välitti DKT-N:n vaikutusta itseä vahingoittavan käyttäytymisen vähentymiseen kolmen vuoden seurannassa (27).

Psyykkinen kärsimys, toivottomuus ja näköalattomuus sekä yhteenkuuluvuuttomuuden tunne ovat keskeisiä itsemurha-ajatusten kehittymiseen vaikuttavia taustatekijöitä (34–38). Itsemurhayritykset edellyttävät tiettyjen ympäristö- ja tilannetekijöiden vallitessa esiintyvien itsemurha-ajatusten lisäksi myös kyvykkyyden sekä mahdollisuuden itsemurha-ajatusten mukaiseen tahdonalaiseen toimintaan (34,35,37–40). On esitetty, että nimenomaan tahdonalaiseen toimintaan siirtymiseen liittyvät taustatekijät, kuten vähentynyt kuolemanpelko, kuolemaan kohdistuvat ajatukset, itsemurhasuunnitelma, itsemurhan toteuttamis-

keinojen saatavilla olo, lähipiirissä toteutuneet itsemurhat sekä henkilön aiempi itseä vahingoittava käyttäytyminen ilman itsemurhatarkoitusta vaikuttavat itsemurha-ajatusten vakautumiseen ja siirtymiseen toiminnan tasolle (34,36,37,39,40).

Tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu itsemurha-ajatusten ja itsemurhayritysten yhteyttä itsemurha-ajatuksista kärsivillä nuoruusikäisillä ja nuorilla aikuisilla, tahdonalaiseen toimintaan siirtymiseen liittyvät taustatekijät, kuten vähentynyt kuoleman pelko, aiempi itseä vahingoittava käyttäytyminen ilman itsemurhatarkoitusta sekä altistuminen lähipiiriin itseä vahingoittavalle käyttäytymiselle erotivat toisistaan ne itsemurhaa yrittäneet nuoret niistä, jotka eivät vahingoittaneet itseään (38–40). DKT-N:n pyrkimyksenä on vaikuttaa samanaikaisesti sekä itsemurha-ajatusten kehittymiseen ja voimistumiseen vaikuttaviin tekijöihin, kuten toivottomuuteen ja näköalattomuuteen, että tahdonalaiseen itsetuhoiseen toimintaan siirtymiseen vaikuttaviin tekijöihin, kuten impulsiivisuuteen ja toistuvaan itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen. Tähän pyritään lisäämällä nuoren kyvykkyyttä sietää omia tunnekokemuksiaan ja säädellä omaa käyttäytymistään.

Psykiatrisista syistä toteutuneiden sairaalahoitojaksojen määrä väheni DKT-N:n aikana merkittävästi, mutta psykiatrisista syistä toteutuneiden päivystyskäyntien määrä ei muuttunut merkittävästi. Tulokset vastaavat osin aikaisempaa itsetuhoisia aikuisia koskevaa tutkimuskirjallisuutta, jonka perusteella DKT:n on havaittu liittyvän itsetuhoisten aikuisten päivystyspalveluiden ja sairaalahoidon tarpeen vähenemiseen (14,29,30). Psykiatristen sairaalahoitojaksojen määrän vähenemistä DKT-N:n aikana voi osaltaan selittää selkeä ja tiivis avohoidon suunnitelma ja rakenne. On mahdollista, että DKT-N-hoidossa olevia potilaita ei tiiviin ja intensiivisen avohoidon vuoksi ohjata yhtä herkästi psykiatriseen sairaalahoitoon verrattuna tavanomaisessa hoidossa oleviin potilaisiin. Toinen psykiatristen sairaalahoitojaksojen vähenemistä selittävä tekijä voi olla DKT-N:ään sisältyvä, potilaiden ikävaiheeseen ja alaikäisyyteen liittyvä huol-

Ydinasiat

- ▶ Nuorten dialektinen käyttäytymisterapia vaikuttaisi vähentävän vakavasti itsetuhoisesti käyttäytyvien nuorten toteutuneita itsemurhayrityksiä.
- ▶ Hoitomuoto vaikuttaa soveltuvan nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmään.
- ▶ Nuorten dialektinen käyttäytymisterapia vaikuttaisi lieventävän itsemurha-ajatusten voimakkuutta ja vakavuusastetta.

tajien aktiivinen sitouttaminen ja viikoittainen osallistuminen DKT-N-hoito-ohjelmaan ja DKT-N-taitoharjoitteluun yhdessä nuoren kanssa. Huoltajien osallistuminen DKT-N-hoito-ohjelmaan tukee ja vahvistaa huoltajien ja muiden nuoren lähiympäristöön kuuluvien aikuisten kyvykkyyttä ohjata nuorta taitavaan käyttäytymiseen erilaisissa kriisiytyvissä tilanteissa.

Vaikka toteutuneet itsemurhayritykset vähenivät, tutkimukseen osallistuneiden nuorten keskeytyneet itsemurhayritykset eivät vähentyneet merkittävästi DKT-N-hoito-ohjelman aikana, vaikka keskeytyneiden itsemurhayritysten keskiarvotrendi pienenikin. On mahdollista, että osalla vakavasti itsetuhoisista nuorista asteittain vahvistuva tunne- ja itsesäätelykyky sekä vanhempien lisääntyvä kyvykkyys ja valmius tukea itsetuhoisesti käyttäytyvää nuorta näyttäytyy samanaikaisesti sekä toteutuneiden itsemurhayritysten vähentymisenä että yhtä aikaa esiintyvinä keskeytyneinä itsemurhayrityksinä. DKT-N-taitoharjoittelun keskeinen tavoite on, että nuoret oppivat havainnoimaan mielissään viriäviä toimintayllykkeitä, säätelmään käyttäytymistään ja keskeyttämään itselleen vahingollisen toiminnan.

Vaikka tutkimuksemme tulokset ovat lupaavia, niitä tulee arvioida huomioiden tutkimukseen liittyvät menetelmärajoitteet. Verrokkiasetelman puute sekä suhteellisen pieni, pääosin tytöistä koostuva tutkimusaineisto rajoittavat tulosten yleistettävyyttä. Myös lyhyt seuranta-

aika, laajapohjaisen strukturoidun diagnostisen haastattelun ja lääkehoitoa mittaavien muuttujien puute sekä tutkimuksesta kieltäytymisen tai muiden syiden vuoksi DKT-N-tutkimusaineiston ulkopuolelle jääneitä hoito-ohjelman käyneitä potilaita koskevien taustamuuttujien puute rajoittavat tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä. Samanaikaissairastuvuuden merkitystään emme tässä tutkimuksessa pystyneet huomioimaan. Näiden puutteiden sekä DKT-N-hoito-ohjelman laadullisen yhdenmukaisuuden seurannan huomioiminen esimerkiksi videotallentein on tärkeää ottaa huomioon jatkotutkimuksissa.

SAANA SARPARANTA, PsM, psykologi, psykoterapeutti,
HUS Nuorisopsykiatria

KLAUS RANTA, professori,
Psykoterapian kouluttaminen
Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
dosentti, Helsingin yliopisto, nuorisopsykiatria

MAURI MARTTUNEN, dosentti, psykiatrian ja
Nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti,
professori emeritus
Helsingin yliopisto ja HUS Psykiatria

ELINA SANTTI, LKT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian
erikoislääkäri, linjajohtaja, ylilääkäri
HUS Nuorisopsykiatria

NIKLAS GRANÖ, PsT, dosentti, psykologi,
kouluttajapsykoterapeutti, kehittämisspäällikkö
HUS Nuorisopsykiatria

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

Lopuksi

Tutkimustulostemme valossa DKT-N-kou-
lutettujen erikoissairaanhoidon työntekijöi-
den toteuttama nuorille sovellettu 16 viikon
kestoinen kehitysvaihespesifinen DKT-N-
hoito-ohjelma vaikuttaisi soveltuvan hyvin
suomalaiseen nuorisopsykiatriseen erikoissai-
raanhoidon palvelujärjestelmään. Toistuvasti
itsetuhoiset ja merkittävistä tunnesäätelyn
vaikeuksista kärsivät nuoret, etenkin tytöt,
vaikuttaisivat hyötyvän hoito-ohjelmasta mer-
kittävästi. ■

SIDONNAISUUDET

Saana Sarparanta: Muut sidonaisuudet (Olen Services Oy,
hallituksen puheenjohtaja, pääosakas; osakeomistus: Revenio Group
Corporation, Elekta AB)

Klaus Ranta: Ei sidonnanaisuuksia

Mauri Marttunen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Tryg
Foundation, Suomen Psykiatriyhdistys, Väinö-Kaarina koti oy,
Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, Helsingin ja Uudenmaan
sairaanhoidopiiri, Pirkanmaan hyvinvointialue), luottamustoimet
(Psykiatrian Tutkimussäätiö, hallituksen puheenjohtaja; Suomen
Psykiatriyhdistys, nuorisopsykiatrian jaos, puheenjohtaja; Helsingin
yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtokunta, varajäsen; THL:n
oikeuspsykiatrian lautakunta, varajäsen; Suomen Lääkärilehden
tieteellinen neuvottelukunta, jäsen), hankkeet (Kouluikäisten
mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa
-hankkeen ohjausryhmä, NEET nuorten mielenterveysongelmien tuki
ja hoito perustason palveluissa -hankkeen ohjausryhmä, Käypä hoito
-työryhmät: Depressio, Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Ahdistunei-
suushäiriöt, Itsemurhaa yrittäneen hoito; Käypä hoito, Psykiatrian
alojen neuvottelukunnan jäsen), muut sidonnanaisuudet (lisenssitulot
ja tekijänpalkkiot: Kustannus Oy Duodecim, yritystoiminta: Or-Ma Oy,
osaomistaja ja hallituksen puheenjohtaja)

Elina Santti: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Biocodex Oy,
Janssen-Cilag, Mehiläinen Oy, Eli Lilly), korvaukset koulutus- ja
kongressikuluista (Biocodex Oy), luottamustoimet (Diva Board
Foundation, jäsen)

Niklas Granö: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lundbeck Oy),
luottamustoimet (Kognitiivisen psykoterapian yhdistys, puheen-
johtaja 2020–2024; hallituksen jäsen 2024–; Varhaisen psykoosin
tutkimuksen ja hoidon edistämisen seura, puheenjohtaja 2017–)

KIRJALLISUUTTA

1. Suicide worldwide 2019. Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization 2021. www.who.int/publications/i/item/9789240026643.
2. Kuolemansyyt. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus 2020. www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_kat_007_fi.html.
3. Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen M. Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors and prevention. *Curr Pediatr Rev* 2011;7:52–67.
4. Van Meter A, Knowles E, Mintz E. Systematic review and meta-analysis: international prevalence of suicidal ideation and attempt in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2023;62:973–86.
5. Gili, M, Castellvi, 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.
6. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, ym. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006;144:65–72.
7. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, ym. ESCAP expert article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:1307–20.
8. Biskin, R. Treatment of borderline personality disorder in youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:230–34.
9. Chanan AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, ym. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193:477–84.
10. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193–9.
11. 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.
12. Ranta K, Kontunen J, Marttunen M. Nuorten masennus ja psykoterapeuttiset interventiot. Kirjassa: Ranta K, Kontunen J, Marttunen M, toim. Nuorten masennus ja interpersonaalinen terapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2023, s. 14–26.
13. Rathus JH, Miller AL. DBT skills manual for adolescents. New York: Guilford Press 2014.
14. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press 1993.
15. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, ym. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA* 2018;75:777–85.
16. Mehlum L, Tørmoen A, Ramberg, M, ym. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and selfharming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:1082–91.
17. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: The Guilford Press 2006.
18. Posner K, Brown GK, Stanley B. 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.
19. Gratz, K. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23:253–63.
20. Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, ym. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology* 2009;42:32–39.
21. Kleindienst N, Jungkunz M, Bohus M. A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2020;7:1–11.
22. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
23. Morris SB. Estimating Effect Sizes From Pretest-Posttest-Control Group Designs. *Organ Res Methods* 2008;11:364–86. <http://doi.org/10.1177/1094428106291059>
24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. painos). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.
25. Haga E, Aas E, Grøholt B, ym. Cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy vs. enhanced usual care in treatment of adolescents with self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018;12:22.
26. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen A, ym. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55:295–300.
27. Mehlum L, Ramleth R, Tørmoen A, ym. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60:1112–22.
28. Kothgassner O, Goreis A, Robinson K, ym. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2021;51:1057–67.
29. DeCou C, Comtois C, Landes S. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behav Ther* 2019;50:60–72.
30. Linehan M, Comtois K, Murray A, 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.
31. Laukkanen E, Rissanen M, Tolmunen T, ym. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:501–10.
32. Fox K, Guzmán E, Cha C, ym. Interventions for Suicide and Self-Injury: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Across Nearly 50 Years of Research. *Psychol Bull* 2020;146:1117–45.
33. Kothgassner O, Robinson K, Goreis A, ym. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Border Personal Disord Emot Dysregul* 2020;7:9.
34. Klonsky D, May A. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn Ther* 2015;8:114–29.
35. Klonsky D, Pachkowski M, Shahnaz A, ym. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Prev Med* 2021;152:106549.
36. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc* 2018; B 373:20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0262>
37. Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, ym. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev* 2010;117:575–600.
38. Dhirga K, Klonsky D, Tapola V. An Empirical Test of the Three-Step Theory of Suicide in U.K. University Students. *Suicide Life Threat Behav* 2019;49:478–87.
39. Mars B, Heron J, Klonsky D, ym. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60:91–99.
40. Mars B, Heron J, Klonsky D, ym. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet* 2019;6:327–37.