

Masennus ja itsemurhavaara

Erkki Isometsä

Psykiatrian professori, HY

Ylilääkäri, HUS Aivokeskus, Psykiatrian vastuualueryhmä

Sidonnaisuudet

- Sivutoimet: ylilääkäri (osa-aikainen), HUS Aivokeskus, Psykiatrian vastuualueryhmä
- Luottamustoimet: Psykiatrian tutkimussäätiö, hallituksen jäsen ja vpj 2019-23; American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), Scientific Advisor 2013-26 ; International Society for Bipolar Disorders (ISBD) työryhmäjäsenedet x 2 (Big Data & Suicide Prevention Task Forces)
- Ohjaushankkeet: Helsingin yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä 2011-25; Depression Käypä hoito, pj 2000 -> ; Kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito, jäsen 2007 ->; Itsemurhien ehkäisyn ja itsemurhaa yrittäneen potilaan Käypä hoito, jäsen 2018 ->
- Muut sidonnaisuudet: Kulukorvauksia tieteellisiltä järjestöiltä International Academy of Suicide Research (IASR); Tekijänpalkkiota Kustannus Oy Duodecim.
- Toimituskunnan jäsenyys: Bipolar Disorders, International Journal of Bipolar Disorders, Crisis; Kustannus Oy Duodecim.

depressio

Depression oirekriteerit (ICD-10)

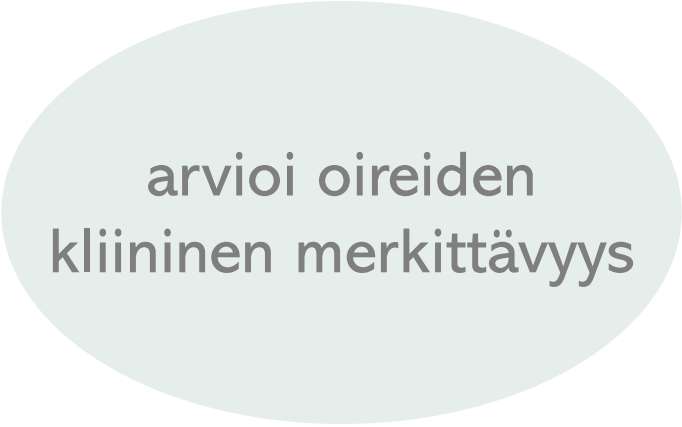
Masennusjakso on kestänyt vähintään **kahden viikon** ajan

A. Todetaan vähintään **kaksi** seuraavista oireista

1. masentunut mieliala suurimman osan aikaa
2. kiinnostuksen tai mielihyvän menetys
3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

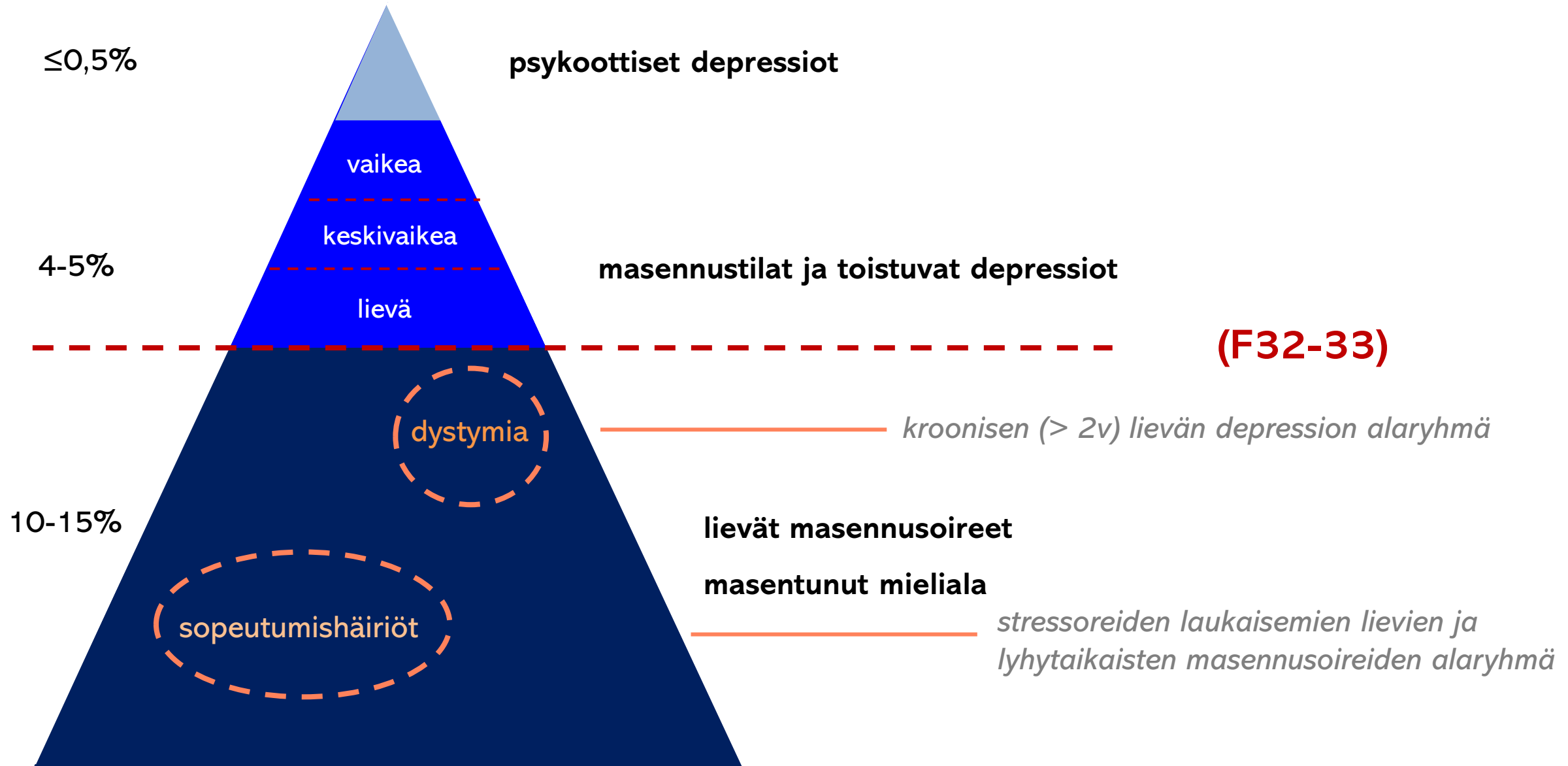
B. Lisäksi oireita siten, että **yhteensä vähintään 4/10**

4. itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. toistuvat kuolemanajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
7. keskittymisvaikeudet
8. psykomotoriikan muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus)
9. unihäiriöt
10. ruokahalun ja painon muutos



arvioi oireiden
kliininen merkittävyys

Depressio väestössä





Depressioon liittyy kognitiivisia muutoksia

Depressiossa (ei-tietoinen) tiedon prosessointi muuttuu, ihminen

- huomioi ("*attentional bias*")
- tulkitsee ("*interpretative bias*") ja
- muistaa ("*memory bias*") asioita

vallitsevan negatiivisen tunnesävyn mukaisesti ja sitä vahvistavasti ("*negative bias*").

- **Neuropsykologiset testit** osoittavat, että kognitiiviset toiminnot hidastuvat; päättelykyky, toiminnanohjaus ja tarkkaavuus heikkenevät, ja keskittymisvaikeudet heikentävät muistisuorituksia
- **Kognitiivisten sisältöjen** vääristymät ovat keskeinen masennuksen kognitiivisen psykoterapian kohde. Masennuspotilaille tyypillisiä vinoumia ovat mielivaltainen päättely, valikoiva abstrahointi, perusteeton yleistäminen, suurentelu tai vähättely, personalisaatio, ja dikotominen ajattelu.

Depression vaikeusaste ja keskeiset akuuttivaiheen hoitomuodot

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Nettiterapiat	+	+		
Psykoterapiat	+	+	(+)	
Masennuslääkkeet	+	+	+	(+)
Masennus- ja psykoosilääke yhtäaikaisesti				+
Sähköhoito (ECT)			+	+

+ = riittävä vaikuttavuus osoitettu myös yksinomaisena hoitomuotona

(+) = vaikuttavuus yksinomaisena hoitomuotona epävarma tai riittämätön

(värivalinnat ja korostukset luennoitsijan)

Keskeiset psykoterapiamuodot aikuisilla

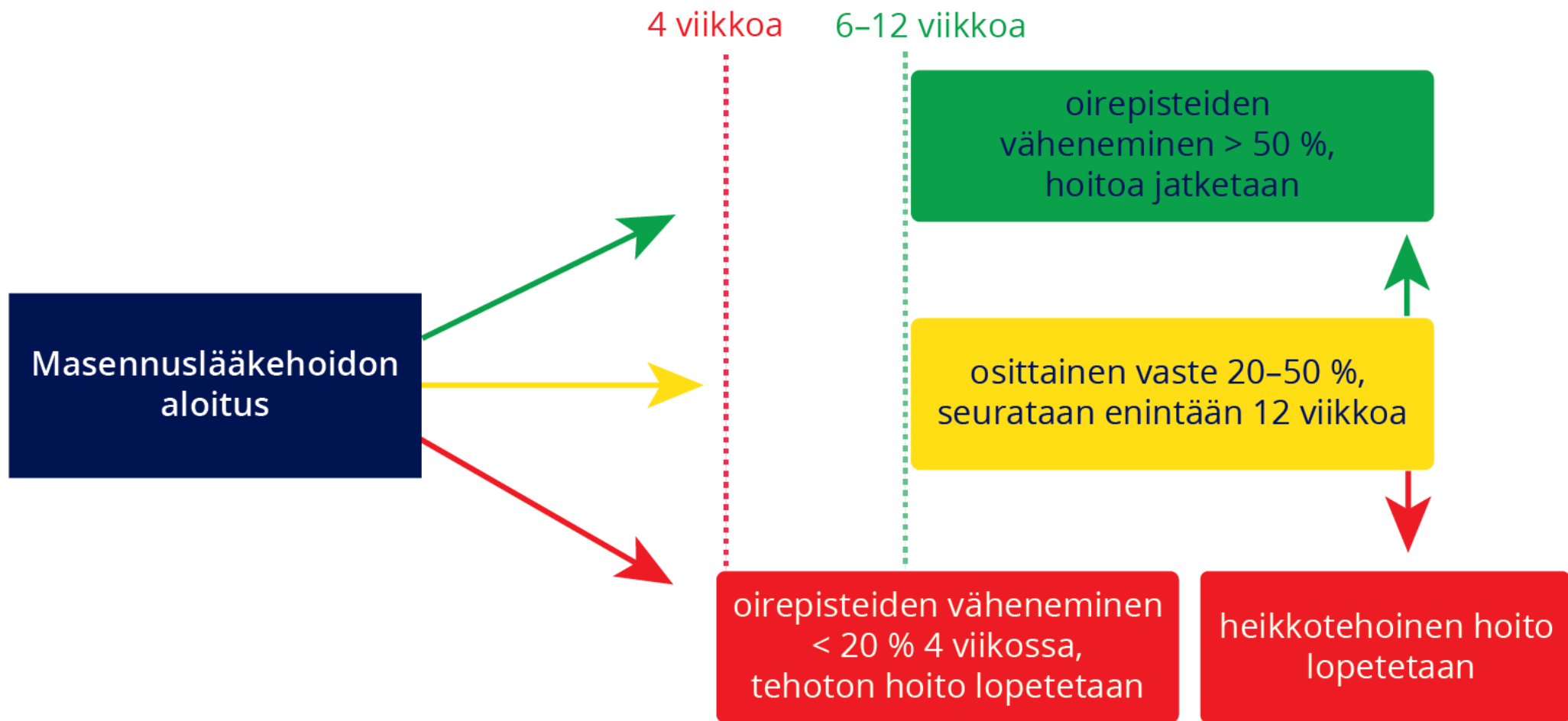
Hoitomuoto	Kesto ja tiheys	Näytön aste hoidon vaiheissa		
		Akuutti	Ylläpito- ja jatkohoito	Krooninen ja komplisoitu depressio
Kognitiivis-behavioraalinen	Lyhyt (10-20x, 1x/vko)	A	-	-
	Lyhyt MBCT (8-16x, 1x/vko)	-	A	-
	Lyhyt/keskipitkä CBASP (12-40x)	-	-	B
	Pitkäkestoinen (40-160x, 1-2x/vko)	-	-	B
Käyttäytymisen aktivointi	Lyhyt 10-20 käyntiä	A		
Interpersoonallinen (IPT)	Lyhyt (12-16x, 1x/vko)	A	A	-
Psykodynaaminen	Lyhyt (16-25x, 1x/vko)	A	-	-
	Pitkäkestoinen (80-240x, 1-3x/vko)	B	-	B

Masennuslääkehoidon teho ja haittavaikutukset

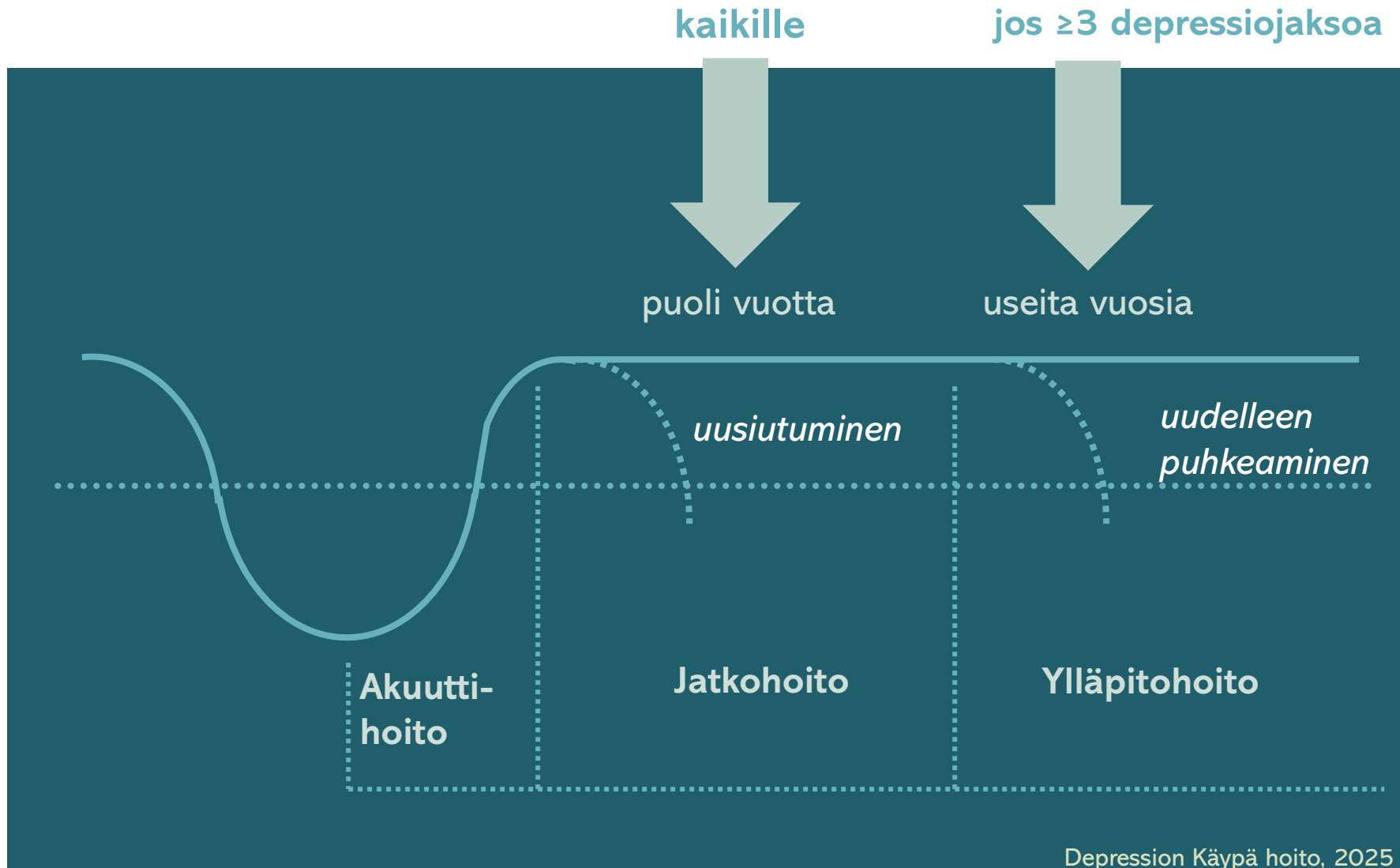
- Masennuslääkkeet tuottavat selvän lääkevasteen noin 2/3:lla lääkettä käyttävistä ja 40–50 %:lla oireet häviävät melko täydellisesti 4–12 viikon aikana **A**.
- Ryhmätasolla eri masennuslääkkeiden välillä on todennäköisesti vain pieniä eroja tehossa ja siedettävyydessä, mutta trisyklisiä lääkkeitä siedetään muita huonommin **B**. Hoitovasteet ovat yksilöllisiä.
- Lääkkeen valinnassa keskeisiä ovat
 - havaitut tai odotetut haittavaikutukset ja potilaan suhtautuminen niihin
 - potilaan somaattiset sairaudet
 - todennäköiset yhteisvaikutukset muiden potilaan käyttämien lääkkeiden kanssa

Masennuslääkkeiden sivuvaikutusten keskeiset farmakologiset mekanismit

Farmakologinen mekanismi	Tyypillisiä sivuvaikutuksia
Adrenerginen alfa-1 salpaus	<i>Ortostaattinen hypotensio, huimaus</i>
Kolinergisten M1 -reseptoreiden salpaus	<i>Suun kuivaminen, silmien akkomodaatiokyvyn heikkeneminen, ummetus, virtsaumpi</i>
Histaminerginen H1 -salpaus	<i>Sedaatio, lisääntynyt ruokahalu ja painon nousu</i>
Serotonerginen ylistimuloituminen	<i>Pahoinvointi, suolisto-oireet, seksuaaliset sivuvaikutukset</i>
Noradrenerginen ylistimuloituminen	<i>Yliaktivoituminen, univaikeudet</i>



Depression hoidon vaiheet



Jatko- ja ylläpitohoito

- **Jatkohoito:**
 - Masennuslääkettä jatketaan aina **kuusi kuukautta** oireettomuuden saavuttamisen jälkeen.
 - Jos hoito ei jatku ylläpitohoitona ja potilas on ollut puolen vuoden ajan yhtäjaksoisesti oireeton, lääkehoito voidaan asteittain lopettaa.
- **Ylläpitohoito:**
 - Pitkäaikaisen ylläpitohoidon aloittaminen on suositeltavaa, kun kyseessä on **kolmas** elämänaikainen depressiojakso.
 - Jos sairausjaksot ovat olleet vaikeita tai psykoottisia tai niihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta taikka pitkäaikaista tai vaikeaa toimintakyvyn heikkenemistä, ylläpitohoitoa on syytä harkita jo varhemmin.
 - Hoito on mielekästä vain keskivaikeiden, vaikeiden ja psykoottisten jaksojen ehkäisyssä.
 - Asteittaista lopettamista voidaan harkita usean vuoden oireettomuuden jälkeen. Potilaan tilaa on seurattava relapsi- ja vieroitusoireiden riskin vuoksi.

Milloin masennuslääkehoito voi olla turhaa?

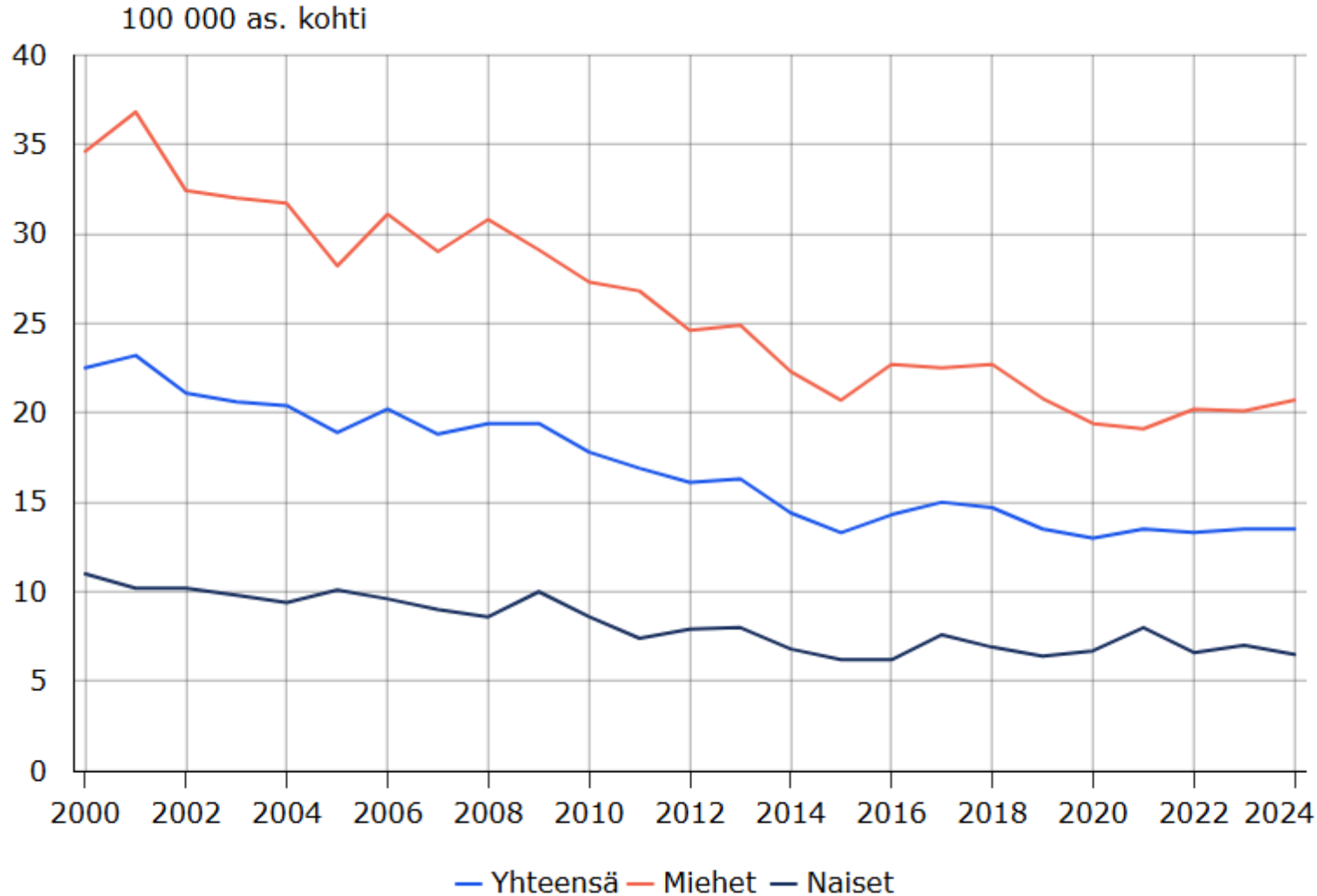
Ongelma	Mahdollinen seuraus
Diagnoosi jää epäselväksi	<i>Masennuslääkehoitoa käytetään pelkkien lievien masennusoireiden hoitoon</i>
Hoitovasteen seuranta jää akuuttivaiheessa puutteelliseksi	<i>Tehoton lääkehoito jää päälle</i>
Jatkohoitoa ja sen lopettamista ei suunnitella	<i>Masennuslääkehoidon asteittaista lopettamista puolen vuoden jatkohoidon jälkeen ei toteuteta, lääkehoito jatkuu indikaation loppumisen jälkeen</i>
Pitkäaikaista ylläpitohoitoa ei seurata	<i>Toistuvan masennuksen ylläpitohoito jatkuu loputtomiin</i>
Epäonnistunut lääkevalinta ahdistuneisuushäiriön hoidossa	<i>Ahdistuneisuushäiriön hoitoon valitaan masennuslääke, jonka tehoa indikaatiossa ei ole osoitettu^a</i>

^aParas näyttö ahdistuneisuushäiriöissä, OCD:ssä tai PTSD:ssä on SSRI-ryhmän masennuslääkkeistä. Muista masennuslääkkeistä näyttöä on agomelatiinista (GAD), duloksetiinista (GAD), klomipramiinista (OCD), moklobemidista (sosiaalisten tilanteiden pelko) ja venlafaksiinista (GAD ja paniikkihäiriö).

itsetuhokäyttäytyminen

Vuonna 2024 Suomessa oli yht. 761 itsemurhakuolemaa

Itsemurhakuolleisuus 2000–2024



Itsemurhakuolleisuus on puolittunut vuoden 1990 huippuluvuista, mutta myönteinen kehitys on pysähtynyt 2020-luvulla.

Miehet 577

Kaikki 761

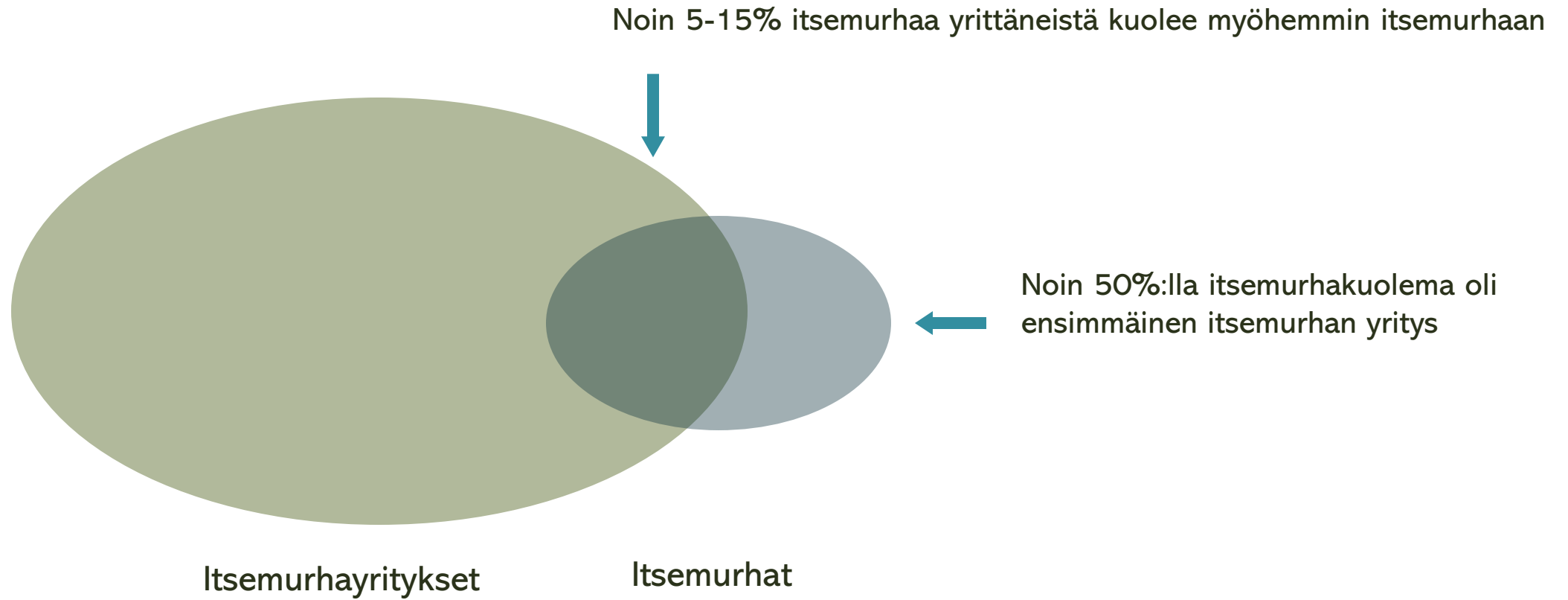
Naiset 184

Itsetuhokäyttäytyminen

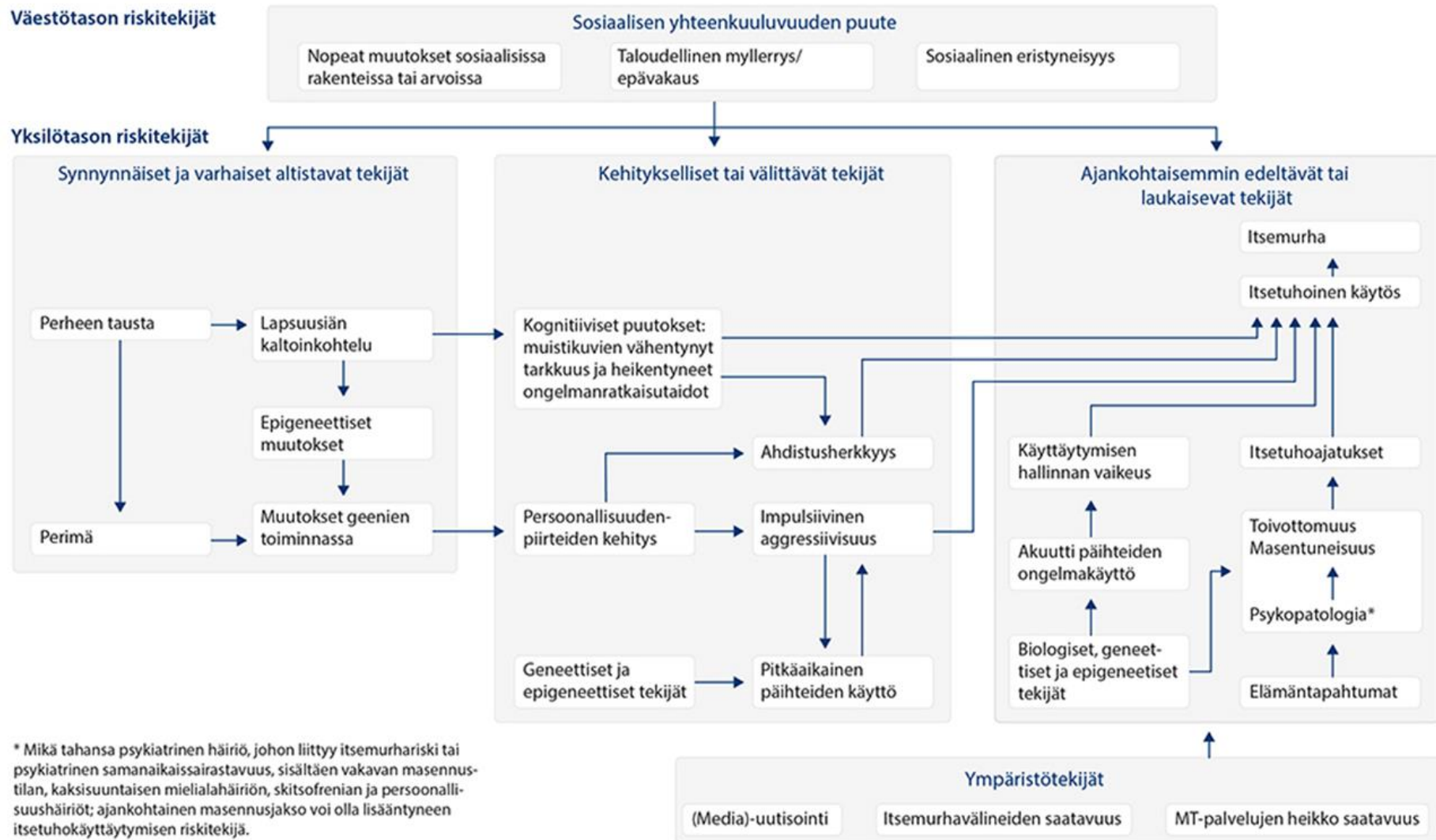
- Itsemurha-ajatukset → Enemmistö ei etene teoksi
 - Itsemurhayritys
 - Itsemurha
- Itsetuhoisen teko, 1/20-1/30 (<5%)
kuolee

Itsemurhayrityksestä puhutaan, jos mukana on jonkinasteinen kuolemanpyrkimys. Itsen vahingoittamisen ilman kuolemanpyrkimystä (engl. non-suicidal self-injury, NSSI) keskeisin motiivi on tunteiden säätely.

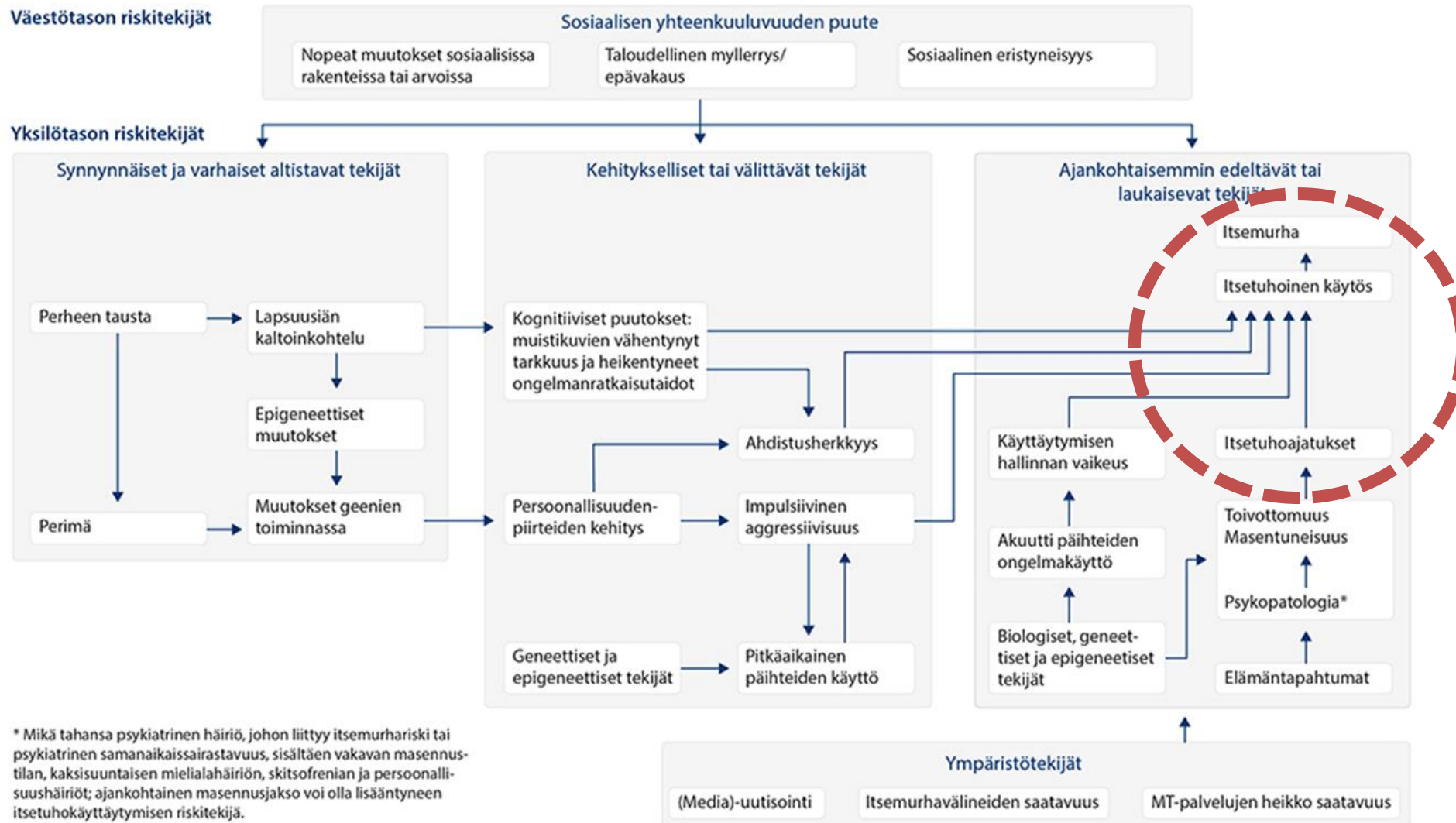
Itsemurhien ja itsemurhayritysten suhde



Itsetuhoisten tekojen etiologia



Itsemurhaprosessi



* Mikä tahansa psykiatrinen häiriö, johon liittyy itsemurhariski tai psykiatrinen samanaikaissairastavuus, sisältäen vakavan masennustilan, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, skitsofrenian ja persoonallisuushäiriöt; ajankohtainen masennusjakso voi olla lisääntyneen itsetuhoikäytymisen riskitekijä.

Itsemurha on teko

- Itsemurhat tai -yritykset ovat tekoja, joita henkilöt suunnittelevat ja päättävät tehdä. Itsetuhotutkijat puhuvat ”itsemurhaprosessista”.
- Poikkeavien, harvinaisten tekojen ennustaminen on aina hyvin vaikeaa.
- Prosessin taustalla on lähes aina monia vaikuttavia tekijöitä
- Riskitekijät erottuvat selvästi kun verrataan normaaliväestöön
- Riskiryhmiin kuuluvilla, esim. monihäiriöisillä ja –ongelmaisilla psykiatrisilla potilailla voi olla liki kaikilla korkea itsemurhariski, ja yksilötasolla riski vaihtelee tilanteesta toiseen. Tekoja on hyvin vaikea ennustaa. Oma ehkäisevä toimintamme muovaa kuvaa riskitekijöistä.
- Itsemurhakuolemat tapahtuvat usein yllätyksenä omaisille ja hoitaville henkilöille. Yleinen löydös on, että aikeesta ei ole prosessin loppuvaiheessa kommunikoitu.

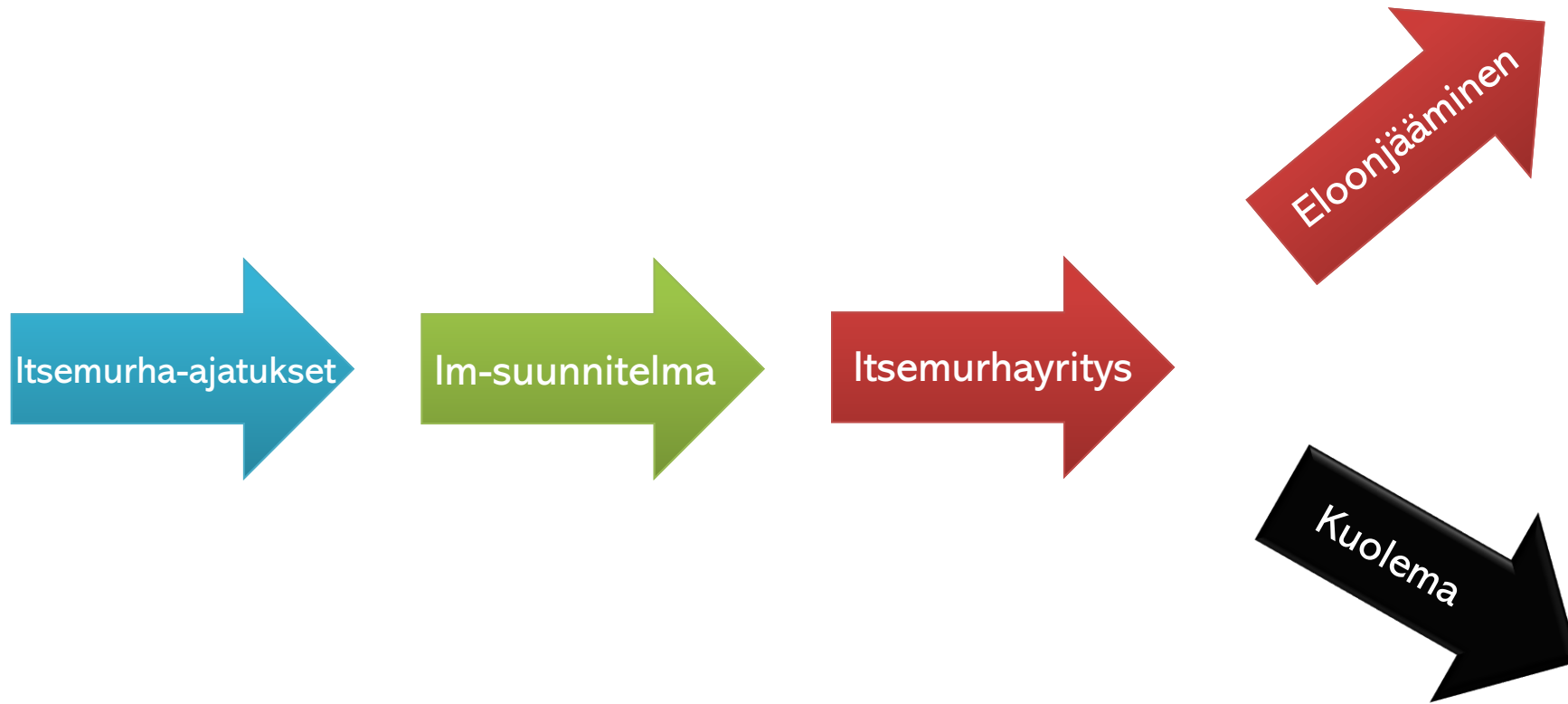
Miksi itsemurhariskin arviointi on niin vaikeaa?

Itsemurhakuolemat tapahtuvat usein yllätyksenä omaisille ja hoitaville henkilöille. Yleinen havainto on, että aikeesta ei ole prosessin loppuvaiheessa kommunikoitu hoitaville henkilöille.

Miksi näin voi käydä?

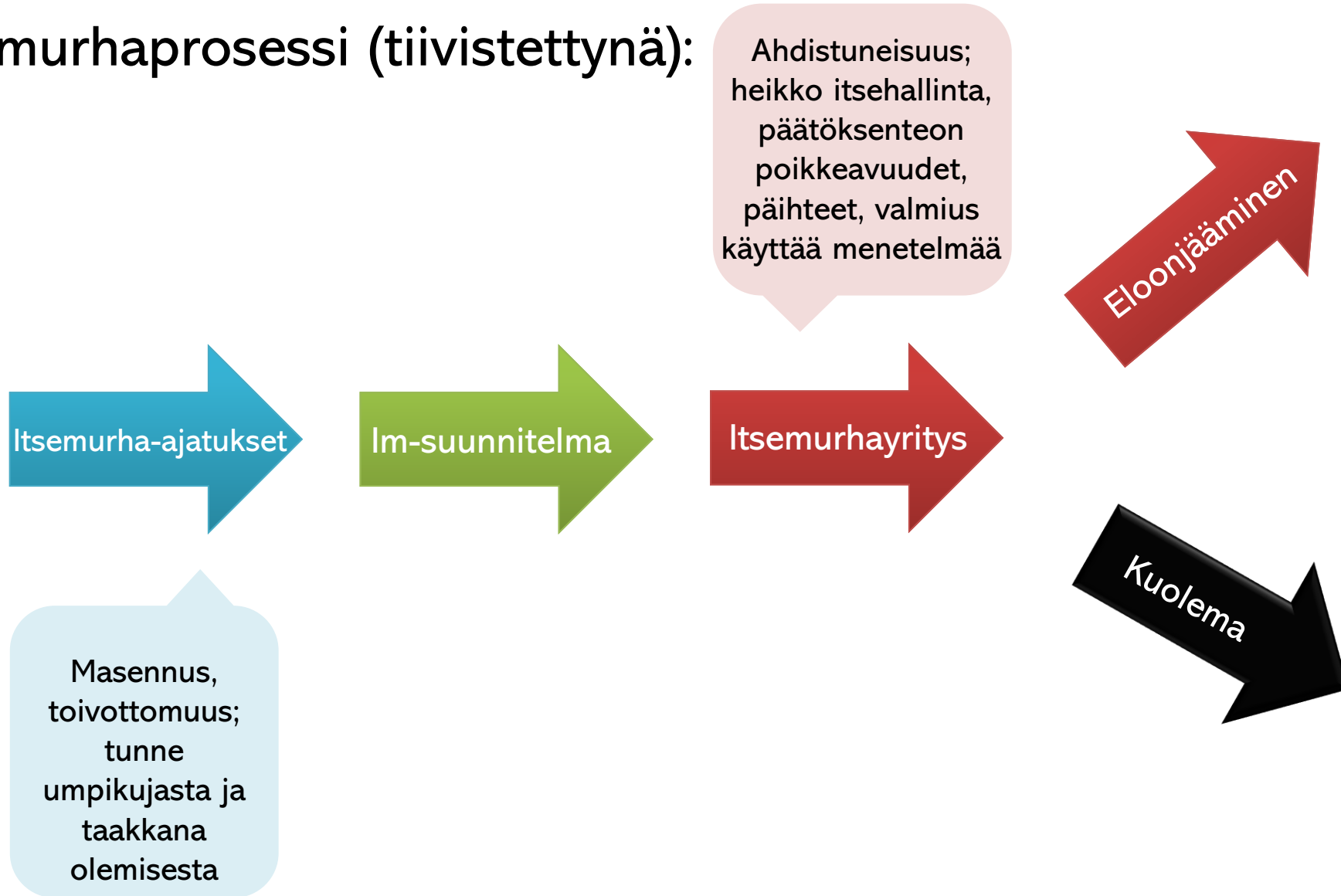
- Potilaan ja hoitavan henkilön välinen kommunikaatio ei ehkä ole onnistunut tai ammatillista osaamista asian arvioinnissa on puuttunut
- Potilas ei ehkä ole vielä tehnyt lopullista päätöstä ennen viimeistä tapaamista.
- Teon on voinut laukaista jokin yksittäinen, odottamaton tapahtuma.
- Potilas on tietoisesti halunnut säilyttää päätösvallan kohtalostaan itsellään, eikä siksi ole kertonut itsemurhasuunnitelmastaan (vaikka on voinut kommunikoida siitä aiemmin).

Itsemurhaprosessi (tiivistettynä):



Columbia Suicide Severity Rating Scalen (C-SSRS) avulla voi kartoittaa itsemurhaprosessia.

Itsemurhaprosessi (tiivistettynä):



ITSEMURHA-AJATUKSET		
<p>Esitä kysymykset 1 ja 2. Jos vastaus molempiin on kielteinen, siirry kohtaan "Itsemurhakäyttäytyminen". Jos vastaus kysymykseen 2 on "kyllä", kysy kysymykset 3, 4 ja 5. Jos vastaus kysymykseen 1 ja/tai 2 on "kyllä", täytä alla oleva osio "Itsemurha-ajatusten intensiteetti".</p>	<p>Koko elinikä - Aikana, jolloin henkilö tunsi olonsa itsetuhoisimmaksi</p>	<p>Menneinä <u> </u> kuukautena</p>
<p>1. Halu kuolla</p> <p>Henkilö tukee ajatusta haluavansa olla kuollut tai ettei hän enää halua olla elossa, tai haluavansa nukahtaa eikä enää herätä.</p> <p>Oletko toivonut olevasi kuollut tai että voisit nukahtaa siten, ettet enää heräisi?</p> <p>Jos kyllä, kuvaile: <input type="text"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Yleisluonteisia aktiivisia itsemurha-ajatuksia</p> <p>Yleisluonteisia ajatuksia liittyen haluun lopettaa elämänsä/tehdä itsemurha (esim. "Olen ajatellut tappavani itseni") ilman ajatuksia itsemurhan tekotavoista tai siihen liittyvistä menetelmistä, aikeista tai suunnitelmasta arviointijakson aikana.</p> <p>Oletko tosiasiallisesti ajatellut millään tavoin itsesi tappamista?</p> <p>Jos kyllä, kuvaile: <input type="text"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Aktiivisia itsemurha-ajatuksia ja itsemurhan tekotapojen ajattelua (ei suunnitelmia) ilman aikomusta ryhtyä toimiin</p> <p>Henkilö ajattelee itsemurhaa ja on ajatellut ainakin yhtä tekotapaa arviointijaksolla. Tämä ei vastaa erityisen suunnitelman tekemistä aikaan, paikkaan tai tekotapaan liittyvine harkittuine yksityiskohtineen (esim. henkilö on ajatellut itsemurhan tekotapaa muttei ole tehnyt erityistä suunnitelmaa). Tähän kuuluvat myös henkilöt, jotka saattaisivat sanoa: "Ajattelin, että ottaisin yliannostuksen, mutta en ole koskaan erityisesti suunnitellut, koska, missä tai miten sen tosiasiallisesti tekisin... enkä koskaan toteuttaisi sitä."</p> <p>Oletko ajatellut, miten voisit sen tehdä?</p> <p>Jos kyllä, kuvaile: <input type="text"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Aktiivisia itsemurha-ajatuksia, jonkinasteisia itsemurha-aikeita, ei erityistä suunnitelmaa</p> <p>Aktiivisia itsemurha-ajatuksia itsensä tappamisesta. Henkilö ilmoittaa, että hänellä on <u>jonkinasteisia aikeita</u> toimia näiden ajatusten perusteella, toisin kuin jos hän sanoisi: "Minulla on ajatuksia, mutta en todellakaan aio tehdä mitään niiden perusteella."</p> <p>Oletko ajatellut näitä asioita ja onko sinulla ollut jonkinasteinen aikomus toimia niiden perusteella?</p> <p>Jos kyllä, kuvaile: <input type="text"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Aktiivisia itsemurha-ajatuksia, erityinen suunnitelma ja itsemurha-aikeita</p> <p>Henkilö ajattelee itsensä tappamista, hän on tehnyt yksityiskohtaisen suunnitelman joko kokonaan tai osittain ja hänellä on jonkinasteinen aikomus toteuttaa suunnitelmansa.</p> <p>Oletko ryhtynyt laatimaan itsesi tappamiseen liittyviä yksityiskohtia tai laatintu ne valmiiksi? Aiotko toteuttaa suunnitelmasi?</p> <p>Jos kyllä, kuvaile: <input type="text"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

1. passiivinen kuolemantoive



2. itsemurhan ajattelu



3. Itsemurhan tekotapojen ajattelu



4. itsemurha-aikeita ilman suunnitelmaa



5. Itsemurhan toteutuksen suunnitelma

II. Itsemurha-ajatusten intensiteetti (C-SSRS)

1. Frekvenssi: *Kuinka usein sinulla näitä ajatuksia on?*

- (1) Harvemmin kuin kerran viikossa
- (2) Kerran viikossa
- (3) 2-5 kertaa viikossa
- (4) Päivittäin tai lähes päivittäin
- (5) **Monta kertaa päivässä**

2. Kesto: *Kun sinulla on näitä ajatuksia, kuinka kauan ne kestävät?*

- (1) ohimeneviä – sekunteja tai minuutteja
- (2) Vähemmän kuin tunnin/osan aikaa
- (3) 1-4 tuntia/suuren osan aikaa
- (4) 4-8 tuntia/suurimman osan päivästä
- (5) **yli 8 tuntia/jatkuvasti, hellittämättä**

3. Hallittavuus: *Pystytkö lopettamaan itsemurhan ajattelemisen jos haluat?*

- (1) Hallitsee ajatuksia helposti
- (2) Lievää vaikeutta
- (3) Kykenee hallitsemaan mutta vaikeaa
- (4) Kykenee hallitsemaan mutta hyvin vaikeaa
- (5) **Ei kykene hallitsemaan itsemurha-ajatuksia**
- (0) Ei yritäkään hallita itsemurha-ajatuksia

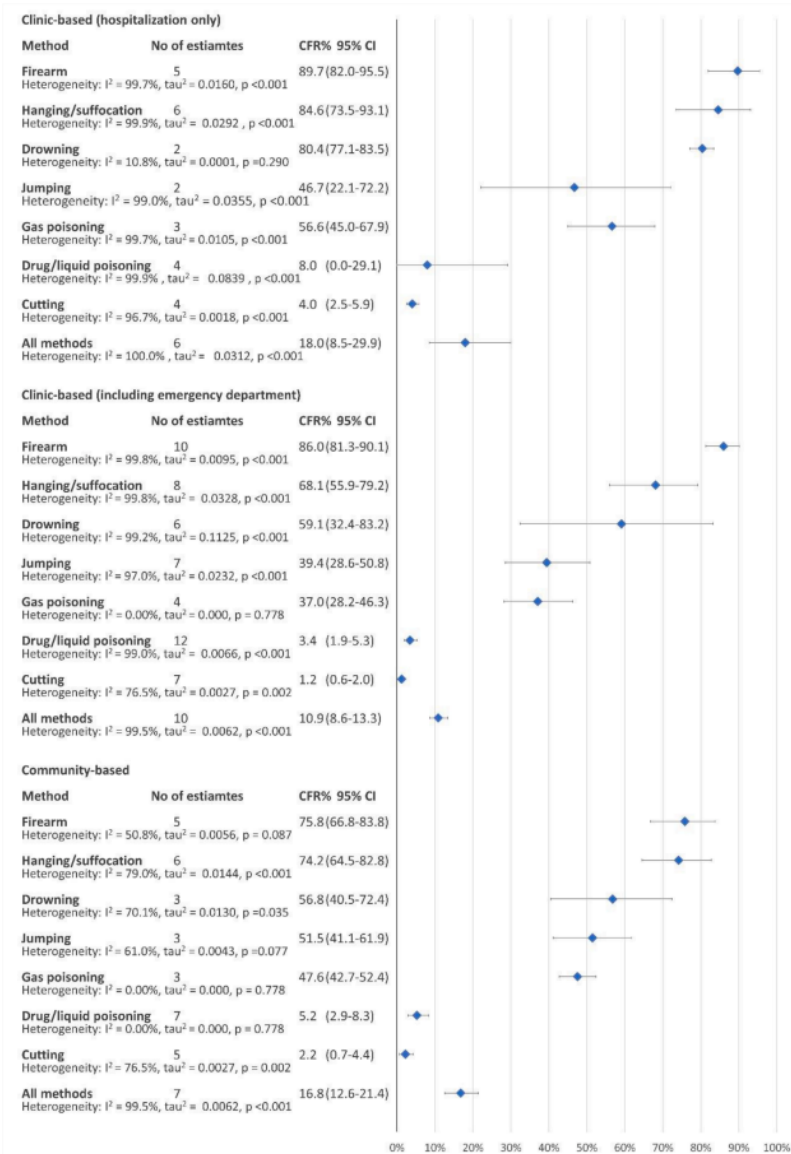
4. Pidäkkeet: *Onko ketään tai mitään mikä estäisi sinua toteuttamasta itsemurha-ajatusta?*

- (1) Pidäkkeet estävät yrittämästä itsemurhaa
- (2) Pidäkkeet todennäköisesti estävät yrittämästä itsemurhaa
- (3) Epävarma estävätkö pidäkkeet yrittämästä itsemurhaa
- (4) Pidäkkeet todennäköisesti eivät estäisi itsemurhan toteuttamista
- (5) **Pidäkkeet eivät estäisi itsemurhaa**
- (0) Kysymys ei sovellu

5. Itsemurha-ajatusten syyt: *Millaisia syitä sinulla on ajatella itsemurhaa? Haluatko saada tuskallisen olosi loppumaan, vai saada huomiota, kostaa muille, tai saada heitä reagoimaan? Vai molempia?*

- (1) Puhtaasti saada huomiota, kostaa tai saada muut reagoimaan
- (2) Pääosin saada huomiota, kostaa tai saada muut reagoimaan
- (3) Yhtä paljon saada huomiota, kostaa tai saada muut reagoimaan kuin saada tuskallinen olo loppumaan
- (4) Pääosin saada tuskallinen olo loppumaan
- (5) **Puhtaasti saada tuskallinen olo loppumaan**
- (0) Kysymys ei sovellu

Tapauskuolleisuus (case fatality rate) eri itsemurhamenetelmillä



Itsemurhamenetelmien vaarallisuudessa on valtavia eroja!

- Itsemurhaa yrittävät henkilöt eivät aina ole kovin tietoisia käyttämänsä menetelmän letaalisuudesta, ja erehdyksiä tapahtuu molempiin suuntiin.
- On vaikea tuottaa luotettavaa tietoa siitä, kuinka suuri kuolemanvaara eri menetelmien käyttöön liittyy, koska kaikki itsemurhayritykset eivät johda sairaalahoitoon.
- Cai ym. (2022) meta-analyysissä 34 tutkimuksesta verrattiin kuolemaan johtaneiden ja sairaalahoitoon johtaneiden im-yritysten insidenssejä erilaisissa aineistoissa.
- Arvioitu tapauskuolleisuus (CFR) oli ampumalla 89,7%, hirttäytymällä/tukehduttamalla 84,5%, hukuttautumalla 80,4%. Myrkyttämällä/yliannoksella se oli 8,0% ja viiltelyllä 4%.
- Kärjistäen: **metodivalinta ratkaisee itsemurhaa yrittävän kohtalon.**

depressio ja itsemurhavaara

Mielenterveyden häiriöt itsemurhatapauksissa

- löydökset edustavissa ja kattavissa psykologinen ruumiinavaus-tutkimuksissa länsimaisissa väestöissä

Häiriö	Prevalenssi
Masennusoireyhtymä	50-70%
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	3-10%
Skitsofrenia	5-10%
Alkoholihäiriö	40-50%
Persoonallisuushäiriöt	30-50%
Jokin psykiatrinen diagnoosi	80-90%

Tanskassa itsemurhaan kuolleista 41% on joskus ollut hoidettavana psykiatrisessa sairaalassa (väestössä 6%)(Madsen ym., 2020)

Mielialahäiriöt ja itsemurha pohjoismaisissa rekisteritutkimuksissa

- Tutkimukset perustuvat yleensä psykiatristen sairaalapotilaiden seurantaan. Pitkäaikaiset seurannat kattavat kuolleisuuden viime vuosikymmenien aikana. Nykytilanteeseen verrattuna ne todennäköisesti yliarvioivat potilaiden itsemurhakuolleisuutta.
- Itsemurhakuolemien kumulatiivinen insidenssi pitkäaikaisissa seurannoissa on yleensä 2-8% luokkaa.
- Riskitekijätietoa rekisteritutkimuksissa on vähän, mutta miesten naisia suurempi itsemurhariski ja aiempien itsemurhayritysten ennustemerkitys ovat selviä löydöksiä.
- Itsemurhat tapahtuvat depressiovaiheissa ja psykiatrisella monihäiriöisyydellä on merkitystä, erityisesti päihteisiin liittyvällä.

A Hazard of suicide after discharge by sex

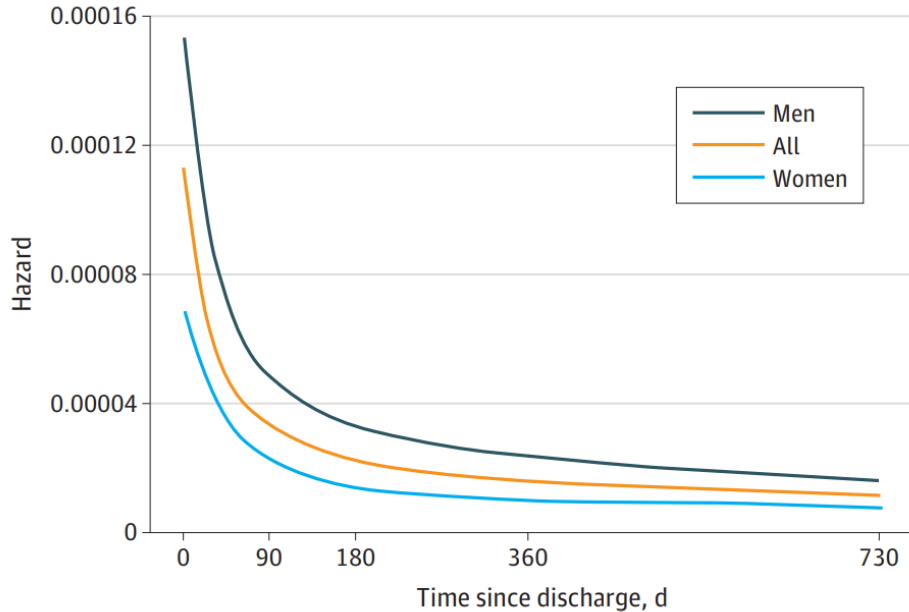


Table 2. Incidence of Suicide by Time From Last Discharge

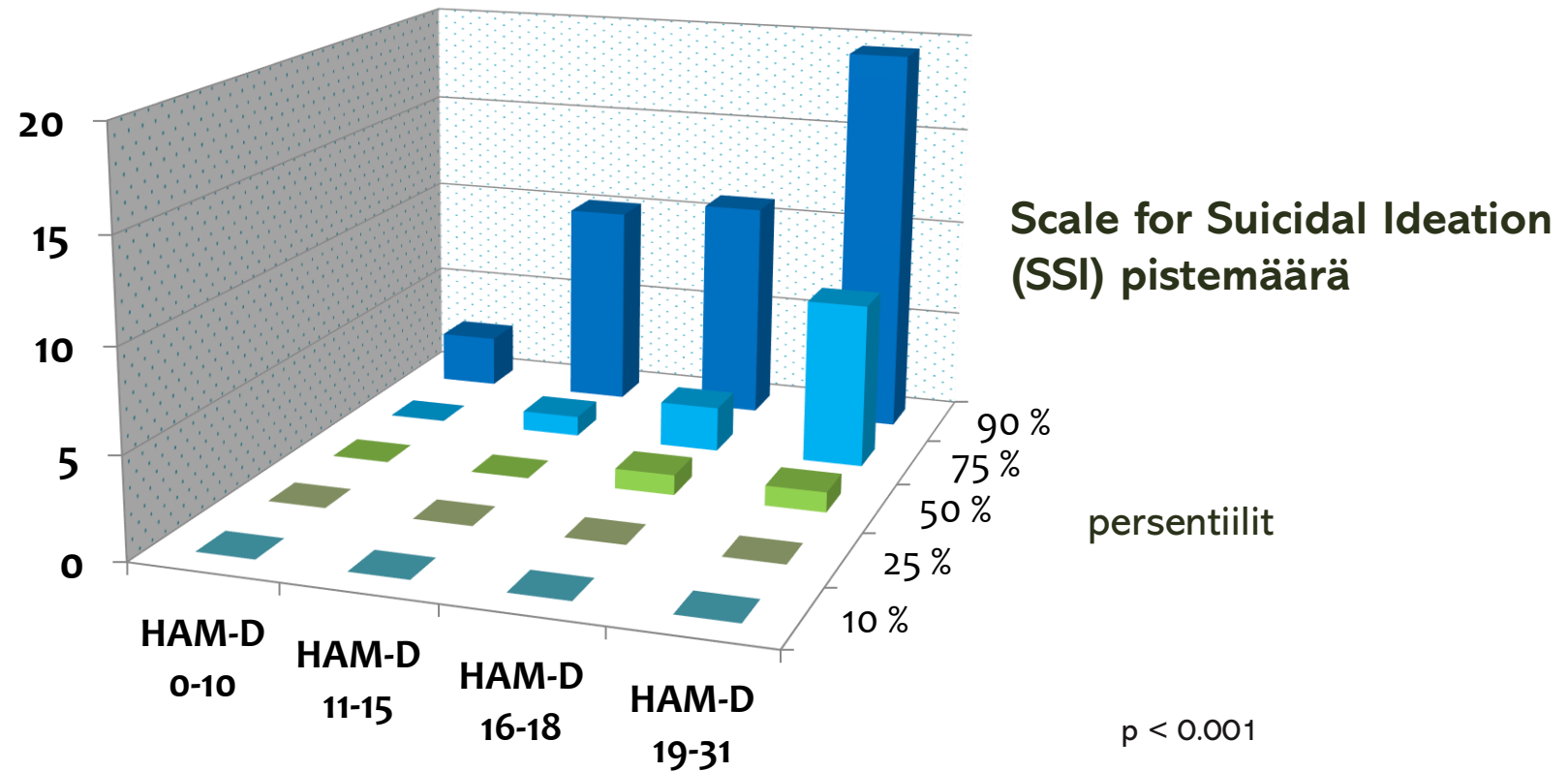
Time from discharge	Events, No.	Person-years at risk	Incidence rate per 100 000 person-years (95% CI)
All			
0-3 d	96	1583.7	6062 (4963-7404)
4-7 d	80	2059.9	3884 (3119-4835)
8-30 d	272	10 993.7	2474 (2197-2786)
31-90 d	381	24 663.8	1545 (1397-1708)
91-365 d	682	90 001.1	758 (703-817)
1-2 y	465	97 313.0	478 (436-523)

Suomalainen tutkimus depressiopotilaiden psykiatrisen sairaalahoidon jälkeisistä itsemurhista

- Tutkimus perustui rekisteritietoihin kaikista Suomessa depression vuoksi psykiatrisessa sairaalahoidossa 1996–2017 olleista potilaista (yht. 91 161 pt, 193 197 hoitajaksoa). Heistä 1 976 kuoli itsemurhaan ≤ 2 v seurannassa.
- Itsemurhan insidenssi oli normaaliväestöön verrattuna 330-kertainen kolmen ensimmäisen seurantavuorokauden aikana, laskien sitten voimakkaasti ajan myötä.
- Riskiä odotetusti lisäsivät depression vaikeusaste ja aiempien itsemurhayritysten historia.
- Prevention kannalta olennaisia kehittämiskohteita ovat hoidon jatkuvuus psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon välillä, sekä huolellinen potilaan tilan ja hoitovasteiden arviointi.

Depression vaikeusaste ja itsemurha-ajatukset:

Vantaa Primary Care Depression Studyn alkuvaiheen löydös (N=137)



Itsemurhariskin arviointi depressiossa

Fokusoi itsetuhoisuuteen ja itsemurhaprosessiin:

- Ajankohtainen (ja vaikein elämänaikainen) itsemurha-ajattelu
- Aiemmat itsemurhayritykset: lukumäärä, menetelmä, suhtautuminen henkiinjäämiseen
- On mahdollista, että vakavassa itsemurhavaarassa oleva potilas ei halua kertoa suunnitelmistaan

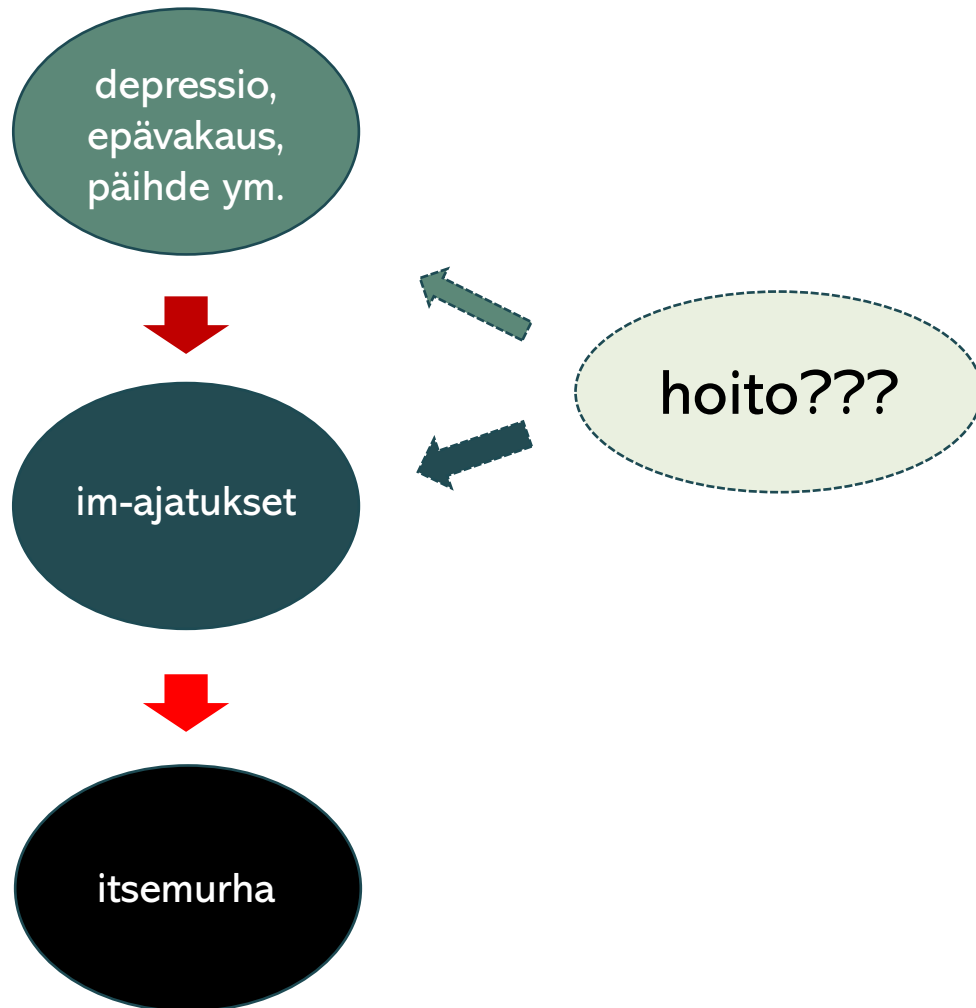
Huomioi riskiin vaikuttavat tekijät kokonaisuutena:

- Miessukupuoli (-> riski kuolla x 2, itsemurhamenetelmät useammin letaaleja)
- Depression vaikeusaste: psykoottinen > vaikea > keskivaikea > lievä
- Toivottomuus (luo perustaa itsemurha-ajatuksille)
- Tunne –elämän epävakaus (impulsiivis-aggressiiviset piirteet, heikko itsehallinta)
- Itsemurha lähiomaisella tai suvussa (geenit ja malli)
- Kielteiset elämäntapahtumat (perhe/parisuhde, työ, terveys -> elämänstruktuurin hajoaminen)
- Psykiatrinen monihäiriöisyys (erityisesti päihdehäiriö ja/tai epävakaata persoonallisuutta)

Depressiopotilaan itsemurhavaara – mitä tehdä?

- Arvioi tarkoituksenmukaisin hoitotasoa, huolehdi kunnes vastuu siirtynyt.
- Psykoottinen depressio (huomaa psykoottinen toivottomuus) -> M1
- Luo turvaverkko – hoitavat henkilöt, omaiset
- Luo selkeä toimintasuunnitelma, väylä hoitoon hätätilanteita varten
- Turvasuunnitelma-interventio -> itsetuhoajatusten hallinta
- Lievitä psyykkisiä oireita nopeasti ja määrätietoisesti!
- Fokusoi hoidossa itsetuhoajatteluun ja toivottomuuteen; tue itsemurhalle vaihtoehtoisten ratkaisujen etsimistä ja realistista toivoa. Itsetuhoisen henkilön kyky nähdä vaihtoehtoja on usein kaventunut.

Pitäisikö itsemurhien ehkäisemiseksi hoitaa mielenterveyden häiriöitä vai kohdistaa hoito suoraan itsetuhokäyttämiseen?



- Useimmat käyttämämme hoidot kohdistuvat ensisijaisesti itsemurhariskin kannalta olennaiseen mielenterveyden häiriöön (depressio, epävakaus, päihdehäiriö). Kyseessä valikoiva preventio.
- Hoidon on mahdollista kohdistua myös itsetuhoajatteluun (BCBT) tai itsemurhayritykseen johtaneen prosessin uusiutumisen ehkäisyyn (turvasuunnitelma). Kyseessä kohdennettu preventio.
- Hoidon kohdentamisen kysymykset ovat tärkeitä, mutta niiden selvittämistä vaikeuttavat eettiset rajoitukset. Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivää ihmistä ei voi jättää lumehoidon varaan.

Itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot

Itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot voivat merkittävästi pienentää itsemurhayrityksen uusimisen riskiä.

Tutkittuja interventioita ovat

- kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat
- turvasuunnitelmainterventio
- dialektinen käyttäytymisterapia epävakkaan persoonallisuuden yhteydessä.

Turvasuunnitelma-interventio *(Safety Planning Intervention, SPI)*

- Kehittäjiä psykologit Barbara Stanley and Gregory Brown.
- **Lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille.** Voidaan toteuttaa yhdessä istunnossa, ja saatavilla (englanniksi) on erilaisia tietokoneistettuja ja mobiilisovelluksia.
- Potilaan kanssa käydään **ketjuanalyysissa** lävitse itsemurhayritykseen johtanut tapahtumakulku.
- Interventiossa tuotetaan yhteistyössä potilaan kanssa kirjallinen yhden sivun mittainen **yksilöllistetty turvasuunnitelma**. Potilas saa suunnitelman mukaansa paperisena/sähköisenä.
- Tarkoituksena tukea potilaan ongelmanratkaisua ja resurssien mobilisointia kriisitilanteessa, sekä suojata etukäteen letaalien metodien saatavuudelta. Asteittainen toimintamalli.

Turvasuunnitelman sisältö askeleittain

- Askel 1. Varomerkkien tunnistaminen
- Askel 2. Sisäiset selviytymiskeinot
- Askel 3. Huomion ohjaaminen muualle sosiaalisten kontaktien avulla
- Askel 4. Tuen hakeminen perheeltä /ystäviltä
- Askel 5. Avun hakeminen hoitavilta ammattilaisilta
- Askel 6. Ympäristön tekeminen turvallisiksi (tai turvallinen oleminen siinä)
- Askel 7. Syyt elää (valinnainen osio)

Perusidea: tunnista vaaratilanne, yritä ensin selviytyä omin neuvoin, tarvittaessa hae apua.

Yhteenvetoa ja johtopäätöksiä:

- Potilaan itsetuhoajattelun (ajankohtaisen itsemurhaproessin) ja aiempien itsetuhoisten tekojen historian kartoittaminen on keskeinen perusta riskiarvioille ja preventiivisille interventioille.
- Riskiarviot ovat kokonaisarvioita
 - Ajankohtainen itsetuhoajattelu ja aiempi itsetuhoisten tekojen historia
 - Depression ja muiden mielenterveyden häiriöiden vaikeusaste ja monihäiriöisyys
 - Psykososiaaliset riskitekijät – elämänmuutokset, sosiaalinen tuki
- Hoidossa on hyödyllistä pyrkiä nopeasti lievittämään depression oireita ja samanaikaisesti vaikuttamaan itsetuhoajatteluun ja itsetuhoisten tekojen riskiin.
- Turvasuunnitelma-interventio on alun perin tarkoitettu itsemurhaa yrittäneen potilaan uusimisriskin vähentämiseen, mutta sitä voi soveltaa myös itsemurha-ajatuksiin.

kysymyksiä tai kommentteja?