

Raul Soisalo

# SUISIDAALISUUDEN ARVIOINTI JA HOITO



© Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry.

2012

## Itsetuhoisuus- ja väkivaltariskin arviointi

Itsemurhaa yrittäneet kaikki tulisi ohjata psykiatriseen arvioon ja heille pitäisi järjestää tarpeen mukainen jatkoahoito heti tarvittavan somaattisen ensihoidon jälkeen tai jopa jo sen aikana. Itsemurhaa yrittäneen arviointi ja sopivan jatkohoitopaikan valinta ja järjestely ovat toteutettavissa parhaiten psykiatrisen konsultaation avulla. Strukturoitu tai puolistrukturoitu arviointi on suotavaa. Arviointilomakkeiden avulla voidaan arvioida pyrkimystä kuolla (SIS) (Beck ym. 1994A), masennusoireita (BDI) (Beck ym. 1961), toivottomuutta (HS) (Beck ym. 1974B), ahdistuneisuutta (BAI) ja päihdeongelmia (AUDIT, DAST). Arviointilomakkeita ei ole liitetty tähän kirjaan, koska ne löytyvät nykyään kutakuinkin kaikista terveydenhuollon yksiköistä minkä lisäksi ne löytyvät erittäin helposti netistä, vaikkapa hakukoneella.<sup>1</sup>

Itsemurhayrityksen kulku, menetelmät sekä syyt ja tavoitteet tulee aina selvittää yksityiskohtaisesti esimerkiksi seuraavasti:

### Itsemurhaa yrittäneen tilanteen arviointi

Mikä oli itsemurhayrityksen motiivi ja tavoite?

Minkälaisia ajankohtaisia ja pitkäaikaisia ongelmia potilaalla on ja minkälainen tilanne johti tämänkertaiseen itsemurhayritykseen?

Lähipiirissä tapahtuneet itsemurhat ja itsemurhayritykset

Aiempi itsetuhoisuus tai aggressiivinen toiminta

Miten vakava oli pyrkimys kuolla?

Potilaan psykiatrinen tila ja historia sekä primaari- ja nykyperheen psykiatrinen historia (erityisesti psykoottisuus, masennuksen aste, päihdeongelmat, persoonallisuushäiriö)

Onko itsemurhaa yrittänyt edelleen itsemurhavaarassa tai aikooko hän uusia yrityksiä?

Itsetuhoiset ajatukset ja suunnitelmat

Onko tiedossa mahdollisia kriisin laukaisijoita (äskettäisiä tai tulevia)?

Tukiverkoston olemassaolo ja meneillään oleva psykiatrinen hoito

Jatkohoidon suunnittelu ja sen toteutumisen varmistaminen

Itsemurhaa yrittäneen jatkohoito

Itsemurhayritys ilmaisee yleensä keinottomuutta, neuvottomuutta ja avun tarvetta. Useimmat itsemurhaa yrittäneet kuuluvat tai ainakin heidän pitäisi kuulua psykiatrisen hoidon ja usein myös päihdehuollon piiriin. Psykiatrista sairaalahoitoa saattaa tarvita noin reilut 10% itsemurhaa yrittäneistä. Kaikki itsemurhaa yrittäneet eivät ole vielä valmiita jatkohoitoon ja ilmaisevat etteivät halua sitä. Jokaiselle itsetuhoisesti toimineelle ja toimivalle on tarjottava mahdollisuus kriisihoitoon ja asiaa käsittelevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuutena on motivoida asiakas ainakin kokeilemaan

kolmen käynnin verran tällaista hoitoa. Ihanteellisessa tapauksessa hoito toteutuu ”saattaen vaihtaan” esimerkiksi jo somaattisen ensiavun yhteydessä. Kun terveydenhuollon ammattihenkilöt tarjoava asiallista apua ja ohjaavat jatkohoitoon, tämä viestittää potilaalle, että häneen suhtaudutaan vakavasti ja että itsemurhayritys on merkki avun tarpeesta, joka on kuultu ja johon reagoidaan.

Hoito- ja elämäntilanteen puuttuminen on tavallinen ongelman itsemurhaa yrittäneillä. Perheenjäseniä tai muita läheisiä kannattaa tavata ihan alusta pitäen, sillä luultavasti hekin kaipaavat apua koko systeemiä järkyttäneen tapauksen käsittelyssä. On myös mahdollista, että he ovat osallisia myös muihin kriisiä laukaisseihin tapauksiin ja yhtäläillä kärsivät niistä. Potilaan verkoston tapaaminen on hyödyllinen myös tapahtumatietojen tarkentamiseksi ja selviytymiskeinojen kartoittamiseksi jatkohoitosuunnitelmaa laadittaessa. Myös yhteydenotto vakituiseen hoitotahoon, mikäli sellainen on, on hyvin tärkeää. Aktiivinen jatkohoitoon ohjaaminen ja jatkohoidon toteutumisen varmistaminen näyttäisi parantavan hoito- ja elämäntilannetta. Itsemääräämisteorian valossa tulee kuitenkin edetä potilaan kanssa yhteistyössä ja varoa, ettei hoitava taho vahingossa pakota, painosta tai ahdistele potilasta hakeutumaan jatkohoitoon, sillä tällainen pahimmillaan lisää itsetuhoista ja/tai aggressiivista toimintaa. Ensimmäisen jatkohoitokäynnin tulee järjestyä nopeasti, mieluiten 1-3 vuorokauden sisällä itsemurhayrityksen jälkeen. Yllä mainittu somaattisen hoidon yhteydessä (kun somaattinen hoito alkaa olla valmis ja potilaalla ei sen puoleen ole enää hengenhätää) järjestetty ”saattaen vaihtaminen” niin, että jatkohoitoa toteuttava taho tulee tapaamaan potilasta sairaalaan/terveyskeskukseen jossa häntä hoidetaan, on erityisen suositeltava käytäntö. Tulee muistaa, että itsemurhayritys ja muu vakava itsetuhoisuus käyttäytyminen on äärimmäinen ja usein epätoivoinen yritys ratkaista ongelmia, joihin potilas ei millään muilla keinoilla ole tähän mennessä löytänyt ratkaisua. Jos potilaalla ei ole itsemurhayrityksen ja sitä seuranneen somaattisen hoidon jälkeen yhtään uusia keinoja ratkaista ongelmiaan, eikä hän saa asianmukaista hoitoa mielenterveyden ongelmiinsa ja kriiseihinsä tilanteen jatkuessa ennallaan, on hyvinkin todennäköistä (todennäköisempää kuin epätodennäköisempää), että yritys toistuu.<sup>2</sup>

Suisidaalisuutta ja aggressiivisuutta voi arvioida myös alla olevan kaavakkeen kysymyksillä. Arvioinnin tekeminen on siihen koulutettujen ammattilaisten tehtävä, eikä tällaiseen arviointiin pidä ilman asianmukaista osaamista lainkaan ryhtyä, vaan mieluummin pyytää asiaa hallitsevaa ammattihenkilöä suorittamaan arvioinnin. Tämä kaavake ei ole standardoitu tutkimus, vaan lähinnä hyödyllinen apuväline asiantuntijalle kliinisen hoitokeskustelun tueksi:

<sup>1</sup> Suokas J., Kanerva H., Kasari V., Laiho T., Lius M-L. & Pihlaja S. Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa 23.3.2007

<sup>2</sup> Suokas J., Kanerva H., Kasari V., Laiho T., Lius M-L. & Pihlaja S. Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa 23.3.2007

## ITSEMURHA- JA VÄKIVALTARISKIN ARVIOINTI 3-4

Asiakas: \_\_\_\_\_

Sotu: \_\_\_\_\_

## Riskin arviointi

## Osa A: Vaara itselle

Itsemurhan suunnittelu / itsemurha-ajatukset:	kyllä	ei
Ajatteleeko asiakas tällä hetkellä itsensä vahingoittamista tai suunnitteleeko itsemurhaa? Jos vastaus on kyllä, pyydä kertomaan tarkemmin, millaisia nämä ajatukset tai suunnitelmat ovat. Ovatko tällaiset ajatukset lisääntyneet ja hallitsevatko ne mieltä entistä voimakkaammin? Käyttääkö asiakas paljon aikaa itsemurhan tai itsensä vahingoittamisen suunnitteluun, vai ovatko ajatukset ohimeneviä? (viimeisten 48 tunnin aikana) Miten asiakas reagoi näihin ajatuksiin, hautooko hän niitä vai pyrkiikö irtautumaan niistä ja kiinnittämään huomion muihin asioihin?		

*Riski kasvaa, jos voimakkaat itsemurha-ajatukset hallitsevat mieltä, ja jos näin tapahtuu aikaisempaa useammin ja itsetuhoisiin ajatuksiin käytetään paljon aikaa.*

Itsemurhasuunnitelma:	kyllä	ei
Käyttääkö asiakas paljon aikaa suunnittelemalla, miten hän vahingoittaisi itseään tai tekisi itsemurhan? Onko hänellä valmis suunnitelma? Selvitä tarkkaan suunnitelman yksityiskohdat (milloin, mitä, missä, miten). Onko asiakas valinnut tietyn päivän, jolloin hän vahingoittaisi itseään tai tekisi itsemurhan? Voiko mikään estää häntä toteuttamasta suunnitelmaansa (esim. perhe, ystävät, uskonnollinen vakaumus tai lemmikkieläin)?		

*Yksityiskohtainen suunnitelma lisää riskiä.*

Suunnitelman toteutettavuus:	kyllä	ei
Onko suunnitelman toteuttaminen mahdollista (esim. omistaako asiakas tai voiko hän saada aseensa)? Jos suunnitelmaan kuuluu lääkkeiden yliannostus, kysy millaisia tabletteja asiakas aikoo ottaa, missä lääkkeet ovat tällä hetkellä ja onko asiakas varastoinut lääkkeitä. Selvitä, missä itsemurhaan käytettävät välineet ovat (esim. ase, köysi, lääkkeet). <i>Riski on sitä suurempi, mitä helpommin suunnitelma on toteutettavissa.</i>		

Ennakoivat tekijät:	kyllä	ei
Selvitä yksityiskohdat asiakkaan aikaisemmista itsemurhayrityksistä. Kuinka monta aikaisempaa yritystä on ollut? Mitä tapahtui? Kuka löysi asiakkaan? Tarvittiinko lääkärinhoitoa? Kertoiko asiakas kenellekään itsemurhayrityksestä, vai pyrkiikö hän salaamaan sen? Oliko asiakkaan tarkoitus surmata itsensä vai oliko kysymyksessä tapaturma/vahinko? Tiedustele asiakkaalta, onko hän koskaan toiminut tai käyttäytynyt sellaisella tavalla, että hänen henkensä on ollut vaarassa (tahaton toiminta ja/tai aikaisempi riskialtis toiminta/käyttäytyminen). Arvioi aikaisempien itsemurhayritysten ja/tai riskialttiin toiminnan/käyttäytymisen hengenvaarallisuus. Miten tämänhetkinen suunnitelma tehdä itsemurha tai vahingoittaa itseä eroaa aikaisemmista, vai onko se samanlainen?		

*Vakavat henkeä uhanneet yritykset ja/tai eristyksissä tehdyt yritykset lisäävät riskitasoa.*

<sup>3</sup> Lähteenä on käytetty Sandra Cushingin, MSW (Master of Social Work), ja Susan Boydin, BSW (Bachelor of Social Work) laatimia lomakkeita, jotka on julkaissut: Alcohol, Drug and Gambling Services, Social and Public Health Services Division, City of Hamilton and Regional Municipality of Hamilton-Wentworth.

<sup>4</sup> Soisalo Raul (2011) Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituutti.

<b>Käskeyharhat (command hallucinations):</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
<p>Kuuleeko asiakas ääniä tai näkeekö näkyjä, jotka käskevät häntä vahingoittamaan itseään tai surmaamaan itsensä?</p> <p>Kokeeko asiakas, että hän saa viestejä ulkoisista tai sisäisistä lähteistä, esim. radiosta tai TV:stä?</p> <p>Jos vastaus on kyllä, mitä äänet sanovat? Millainen on näky? Kenen äänen asiakas kuulee? Minkä sävyinen ääni on: esim. syyttelevä, naureskelevä, uhkaava, jne.</p> <p>Miten usein asiakas kuulee ääniä tai näkee näkyjä?</p> <p>Liittyykö niihin muita ihmisiä?</p> <p>Mitä asiakas tuntee kuullessaan ääniä tai nähdessään näkyjä? Pelkääkö hän? Onko ääni halventava?</p>		

*Jos asiakkaalla on käskeyhallusinaatioita, hänet pitää toimittaa välittömästi lääkärin hoitoon hänen turvallisuutensa varmistamiseksi. Jos asiakas ei kykene itse hakeutumaan hoitoon, kannattaa soittaa ambulanssi. Myös asiakkaan luonnollista verkostoa on hyvä konsultoida ja pyytää mukaan, jos se asiakkaalle sopii.*

<b>Itsemurhat asiakkaan perheessä ja lähipiirissä:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
<p>Onko kukaan perheenjäsenistä, läheisistä ystävistä tai tuttavista tehnyt itsemurhan tai onko heillä ollut vakavia itsemurhayrityksiä?</p> <p>Jos vastaus on kyllä, milloin näin on tapahtunut?</p> <p>Miten itsemurha tehtiin?</p>		

*Riski lisääntyy, jos perheessä tai lähipiirissä on tehty itsemurhia, ja mitä vähemmän aikaa läheisen itsemurhasta on kulu-  
nut, sitä suurempi on asiakkaan riski.*

<b>Väkivaltariskin arviointi/ Vaara toisille ihmisille</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
<p>Ajatukset toisten vahingoittamisesta tai surmaamisesta:</p> <p>Ajatteleeko asiakas tällä hetkellä toisten vahingoittamista tai surmaamista?</p> <p>Millaisia ajatuksia hänellä on? Pyydä häntä kertomaan yksityiskohtaisesti.</p> <p>Ketä/keitä ajatukset koskevat?</p> <p>Miten kaukana asiakas asuu kyseisestä henkilöstä/kyseisistä henkilöistä? Kuinka pian hän voisi löytää hänet/heidät?</p> <p>Asuuko joku asiakkaan kanssa juuri nyt? Arvioi kyseisen henkilön turvallisuus.</p> <p>Miten paljon aikaa asiakas käyttää sen ajatteluun, että hän vahingoittaisi tai surmaisi em. henkilön/henkilöt tai jonkun muun? Ovatko tällaiset ajatukset ohimeneviä?</p> <p>Onko asiakas kuvitellut suunnitelmansa toteuttamista?</p> <p>Voimistuvatko ja lisääntyvätkö tällaiset ajatukset?</p>		

<b>Tämänhetkinen väkivaltaa koskeva ajattelu:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
<p>Suunnitelma</p> <p>Selvitä kaikki mahdolliset yksityiskohdat.</p> <p>Ketä/keitä asia koskee?</p> <p>Miten pian asiakas aikoo toteuttaa suunnitelmansa?</p> <p>Millaisia välineitä (esim. aseita) hän aikoo käyttää? Ovatko suunnitelman toteuttamisessa tarvittavat väli- neet hänen käytettävissään?</p> <p>Milloin asiakas aikoo toteuttaa ajatuksensa/suunnitelmansa?</p> <p>Arvioi myös yleisiä väkivaltaisia tai vihaisia ajatuksia. Esim. liittyvätkö sellaiset ajatukset aikaisemmin tapahtuneeseen hyväksikäyttöön tai menneisyyden traumaan? Miten asiakas ilmaisee kiukkua ja väkivaltaa?</p>		

<b>Suunnitelman toteutettavuus:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
<p>Onko asiakkaan mahdollista tavoittaa henkilö/henkilöt, jota/joita hän haluaa vahingoittaa tai jonka/jotka hän haluaa surmata, vai toivooko hän voivansa kostaa henkilölle, johon hänellä ei ole yhteyttä ja jota hän ei pysty tavoittamaan?</p> <p>Onko asiakkaalla käytettävissä aseet/välineet, joilla hän voi toteuttaa suunnitelmansa? Miten helposti hän voi saada tarvittavat välineet/aseet?</p>		

Onko asiakas alkanut seurailla/väijyä kyseistä henkilöä ja tuntee hän tämän päivittäiset rutiinit? Jos asiakas seurailee kyseistä henkilöä, onko hänellä mukanaan aseita?		
--	--	--

<b>Aikaisempi väkivaltainen käytös:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
Onko asiakas aikaisemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti muita kohtaan? Jos vastaus on kyllä, selvitä väkivaltatekojen yksityiskohdat – mitä, milloin, ketä kohtaan. Mitkä olivat seuraukset ja katuiiko asiakas tekojaan? Onko asiakas itse koskaan ollut väkivallan tai hyväksikäytön uhri? Onko asiakasta koskaan syytetty ja/tai tuomittu väkivallasta tai pahoinpitelystä? (Milloin, millaisesta teosta jne.)		

<b>Seurauksien pelko:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
Huolestuttavatko asiakasta mahdolliset seuraukset, jos hän toteuttaa suunnitelmansa ja vahingoittaa toista henkilöä tai surmaa tämän (esim. lakisääteiset rangaistukset, vangitseminen, teon vaikutus toisiin ihmisiin ja perheenjäseniin, katumuksentunteet)?		

<b>Käskeyharhat:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
Kuuleeko asiakas ulkopuoleltaan tai sisältään ääniä tai näkeekö hän näkyjä, jotka käskvät häntä vahingoittamaan toista ihmistä tai tappamaan tämän? Jos vastaus on kyllä, mistä äänet/näyt ovat lähtöisin? Mitä äänet/näyt kehottavat tekemään? Tunnistaako asiakas äänet tai henkilöt, jotka esiintyvät näyssä? Miten asiakas kestää äänet ja näyt ja miten hän reagoi niihin? Miten kauan hän on kuullut ääniä ja nähnyt näkyjä? Ovatko ne voimistumassa (tulevatko ne entistä useammin ja kestävätkö ne kauemmin)?		

*Jos käskeyhallusinaatioita esiintyy, toisten vahingoittamisen riski on erittäin korkea. Välitön lääkärinhoito/psykiatrinen arviointi on tarpeen. Jos asiakas on haluton hakemaan apua, voidaan joutua turvautumaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Ambulanssi tai poliisi voidaan kutsua apuun.*

<b>Toisten vahingoittamisen riskin yleinen arviointi:</b>	<b>Ei ollenkaan</b>	<b>Vähäinen</b>	<b>Kohtalainen</b>	<b>Korkea</b>
Riski on korkea, jos asiakkaalla on selkeä suunnitelma ja välineet ja jos henkilöt, joita hän haluaa vahingoittaa tai jotka hän aikoo surmata, ovat hänen tavoitettavissaan.				
Käskeyharhat merkitsevät myös korkeaa riskiä. Hallusinaatiot voivat saada yksilön toimimaan impulsiivisesti, vaikka hänellä ei olisikaan valmista toimintasuunnitelmaa.				
Aikaisempi väkivalta ja katumuksen sekä seurausten pelon puuttuminen kasvattavat riskiä.				

*Riskiä ei ole tai se on alhainen, silloin kun ajatukset pohjautuvat kiukkuun, toimintasuunnitelmaa ei ole eikä saatavilla ole välineitä vahingollisten ajatusten toteuttamiseen.*

Asiakkaan esiintyminen:	
Vihainen	Hermostunut
Ahdistunut	Vainoharhainen/hallusinoiva
Harhainen	Hämentynyt
Johdonmukainen	Välinpitämätön
Suru	Sekava
Labiili*	Valpas
Painon muutos	Unirytmien muutos
Päihteidenkäyttö	Toivoton/avuton
Itsetuhoisuus	Ruokahalun häiriöt

\*Labiili – mielentilan tai esiintymisen nopeat muutokset (esim. itkusta vihaisuuteen)

Erityispiirteitä: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Riskin arviointi:	kyllä	ei
Vaaraksi itselleen		
Itsemurha-ajatuksia		
Itsemurhasuunnitelma		
Suunnitelman toteuttaminen mahdollista		
Valmistelut tehty		
Aikaisempia itsemurhayrityksiä		
Käskyharjoja		
Itsemurhia perheessä/lähipiirissä		
Vetäytynyt/eristäytynyt		
Tulevaisuuteen orientoituminen		
Vaaraksi toisille		
Ajatuksia toisten surmaamisesta		
Väkivaltaiset ajatukset tällä hetkellä		
Suunnitelman toteuttaminen mahdollista		
Aikaisempi väkivaltaisuus		
Seurauksien pelko		

Yhteenveto riskien arvioinnista:	Ei ole	Alhainen	Kohtalainen	Korkea
Itseen kohdistuva:				
Toisiin kohdistuva:				
Haluaa apua:				

Lisätietoja ja toimintasuunnitelma: \_\_\_\_\_

Arvioija: \_\_\_\_\_

Yhteystiedot: \_\_\_\_\_

## Hoitosuhde

Hoidon onnistumisen ja suisidaalisuuden vähentämisen kannalta on tärkeää, että potilaalla on tunne siitä, että hänen terapeutinsa/hoitajansa/lääkäriinsä ja hänen välinen suhde on riittävän hyvä. Hyvän hoitosuhteen elementit edellyttävät sitä, että potilaalla on ensisijaisesti yksi pääasiallinen työntekijä, johon suhde syntyy. Potilaalla tulee olla kokemus, että työntekijä aidosti välittää hänestä. Hoitosuhteen on oltava tiivis ja lämminhenkinen, sen tulee perustua kunnioitukseen. Lisäksi onnistunut suhde edellyttää riittävää määrää aikaa ja huomiota. Keskusteluissa on hyvä paneutua potilaan itsemurhavaaran aiheuttaneisiin tekijöihin ja elämäntilanteeseen laajasti. Interpersoonallisen teorian periaatteet ovat tässä erittäin käyttökelpoisia, koska niiden avulla terapeutti voi kohdistaa hoidon niihin oireisiin, jotka aiheuttavat voimakkainta stressiä (toisin sanoen mihinkään kuulumattomuuden tunteeseen ja tunteeseen siitä, että on taakkana toisille). Terapeutin on myös uskallettava ottaa vaikeita asioita puheeksi ja tutkittava onko potilaalla realistisia keinoja käsillä (esim. aseita ja lääkkeitä) vahingoittaa itseään ja jos on, miettiä mitä asialle pitäisi tehdä.

Potilaan kanssa tulee puhua suisidiin liittyvistä emootioista ja ajatuksista huolimatta siitä, että puheen aiheet eivät ole helppoja. Hoidon tavoite on vähentää potilaan kokemaa psyykkistä kipua ja antaa toivoa selviytymisestä. Keskustelujen sisällön lisäksi on hyvä huomioida myös potilaan non-verbaalista viestintää. Hoitosuhteen aikana voidaan tehdä kirjallinen hoitosopimus, joskaan tämän vaikutuksesta itsemurhavaaran vähentämiseksi ei ole näyttöä.

## Verkoston tapaaminen

Sosiaalisen verkoston ottaminen mukaan hoitoon on yleensä hyödyllistä. Tosin se edellyttää työntekijältä jonkun verran systeemiseen työskentelyyn tarvittavaa metodiosaamista, kuten taito huolehtia siitä, että kaikki tulevat kuulluiksi ja ettei kukaan ala jyräämään. Verkostopalaveri ei myöskään saa pahentaa asioita. Hyvä perheterapia edistää usean tutkimuksen mukaan hoidon onnistumista. Muiden verkostotapaamisten fokuksen on hyvä olla tiedon antamisessa sairaudesta tai muista vastaavista seikoista, tarjolla olevasta hoidosta, hoitomuodoista ja hoidon etenemisestä, sekä tiedon saamisessa potilaan voinnista ja voinnin muutoksista omaisten ja muun verkoston näkemänä ja kokemana. Ilman systeemipsykoterapeuttista osaamista ei tämän syvällisempään verkostoterapeuttiseen työskentelyyn ole syytä ryhtyä.

## Interventioita suisidaalisuus kriisissä olevan auttamiseksi

Rudd kollegoineen<sup>5</sup> kuvaa kolme suisidaalisuus kriisi-intervention päätaivoitetta:

- auta asiakasta tunnistamaan, mikä laukaisee kriisin sekä ymmärtämään laukaisevaa tekijää koskevia ajatuksiaan ja tunteitaan,
- auta asiakasta toimimaan siten, että itsemurha-ajatukset eivät toteudu, ja
- auta asiakasta saamaan kiireellistä ensiapua, jos ehdotetut menetelmät eivät riitä vähentämään itsemurhan vaaraa.

Kriisi-interventioon ryhdyttäessä on ymmärrettävä, että kaikkia asiakkaan ongelmia ei voida ratkaista lyhyessä ajassa ottaen huomioon sen, että asiakkaalla on luultavimmin jo pitkään ollut altistavia tekijöitä. Uusi äkillinen kriisi on vain jäävuoren huippu ja tilanne useimmin kärjistyy monen asian summana. Lisäksi asiakkaalla on voinut olla vaikeuksia tehdä pysyviä muutoksia jo silloin, kun hän vielä pystyi ajattelemaan selkeästi. Kriisitilanteessa se voi tuntua täysin ylivoimaiselta.

UWRAP - riskienarviointiasiakirjassa<sup>6</sup> luetellaan eri riskitasoihin esimerkkejä kriisi-interventiostrategioista:

- alhainen riski: esimerkiksi kävelylenkki, keskustelu asiakkaan elämän myönteisistä puolista/asioista
- kohtalainen / keskitason riski: asiakkaalle annetaan puhelinnumeroita, joihin hän voi hätätilassa soittaa, ja terapeutti ottaa yhteyttä henkilöihin, jotka muodostavat asiakkaan sosiaalisen tuen verkoston
- korkea riski: asiakas saatetaan terveyskeskuksen päivystykseen tai sairaalaan ensiapuklinikalle

Yksinkertaiset perustekniikat voivat olla erittäin tehokkaita itsemurhakriisin ratkaisussa. Itsensä surmaamiseen tähtäävä toiminta on pelottavaa. Jos henkilö on ammattiauttajan puheilla, voidaan olettaa hänellä olevan ainakin jonkin verran elämänhalua jäljellä. Elämänhalua voidaan lisätä suhteellisen yksinkertaisilla interventioilla. Interpersoonallisen teorian mukaan jos henkilö kokee, että hän kuuluu johonkin, on jollekin tärkeä ja jollekin hyödyksi (elävänä), hän ei tee itsemurhaa. Siksi pienikin tällaisia kokemuksia lisäävä interventio voi pelastaa henkilön.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> RUDD, M.D., JOINER, T. & RAJAB, M.H. (2001) Treating Suicidal Behaviour: An effective, time-limited approach. New York: Guilford Press.

<sup>6</sup> University of Washington Risk Assessment Protocol 2006

Ihanteellisessa tapauksessa interventiosuunnitelma on laadittu jo ennen kuin asiakas joutuu akuuttiin suisidaalisuus-kriisiin. Tämä ei useimmiten ole mahdollista. On näyttöä siitä, että lyhyet kriisi-interventiotekniikat ovat tehokkaampia vähentämään psykologista ahdistusta ja myöhempiä sairaalahoitoa tarvittaessa kuin lyhytaikainen sairaalahoito.<sup>8</sup> On myös hyödyllistä, jos asiakas oppii ratkaisemaan oman kriisinsä tutussa normiympäristössään. On tilanteita, joissa sairaalahoitoa ei voi välttää. Kannattaa kuitenkin tehdä kaikki mahdollinen, ettei kriisi eskaloituisi sairaalahoitoa vaativaksi.

Seuraavaksi tarkastellaan joitakin käyttökelpoisia interpersoonallisesta teoriasta käsin kehitettyjä interventioita, joiden tavoitteena on vähentää itsemurha-ajatuksia ja edistää asiakkaan turvallisuutta kotiympäristössä.

### Vaarallisten esineiden poistaminen

Vakavissa suisidiriskeissä eräs tärkeimmistä interventioista on yrittää poistaa vaaralliset esineet ja aineet asiakkaan ulottuvilta, esim. kodeissa käytettävät myrkylliset aineet, lääkkeet ja ampuma-aseet. Useiden tutkimusten mukaan aseiden saatavuus ja itsemurhat liittyvät yhteen. Ampuma-aseet eivät kuitenkaan aiheuta itsemurhia. Interpersoonallisen teorian mukaan itsemurhan tekemällä henkilöllä täytyy olla sekä halu kuolla että kyky surmata itsensä. On kuitenkin suositeltavaa, että itsemurha-alttiin henkilön itsetuhoista toimintaa estetään niin paljon kuin mahdollista.<sup>9</sup>

Ammattiauttajan näkökulmasta tätä voi olla hankalaa toteuttaa. Erityisesti suisidaalisuus-kriisissä olevien aikuisen asiakkaan ollessa kysymyksessä, voi olla vaikeaa pyytää häntä vastaamaan siitä, että hän rajoittaa vaarallisten esineiden ja aineiden saatavuutta. Hänelle voidaan kuitenkin ehdottaa, että hän antaisi nämä jollekin luotettavalle henkilölle ainakin tilapäiseen säilytykseen. Työntekijän kannattaa varmistaa jollain tavoin, että näin on todella tehty; hän voi pyytää asiakkaan suostumusta ottaa yhteyttä henkilöön, joka on lupautunut ottamaan nämä haltuunsa. Lasten ja nuorten kanssa tämä saattaa olla helpompaa, koska vanhemmat ovat usein halukkaita rajoittamaan itsemurhavälineiden saatavuutta. Yllättävää kyllä, jotkut vanhemmat vastustavat ajatusta joskus voimakkaasti, vaikka mahdolliset seuraukset saattavat olla vakavia. Vastustelevien asiakkaiden tai vanhempien tapauksessa itsemääräämisen rajoittaminen voi tulla mieleen. Itsemääräämisteorian periaatteet on kuitenkin syytä pitää mielessä.<sup>10</sup> Mahdollisten itsemurhavälineiden saatavuutta on tarpeellista käsitellä uudelleen jokseenkin säännöllisesti ja kirjata asia potilasasiakirjoihin.

On myös suositeltavaa keskustella avoimesti ja suoraan siitä, pääseekö asiakas käsiksi itsemurhaa käsitteleviin aineistoihin, hakeeko hän esimerkiksi tietoa itsemurhamenetelmistä

kirjoista tai internetistä. Monet itsensä surmanneet ovat osallistuneet itsemurhaa koskeviin keskusteluihin internetissä (chatroom) tai surffailleet aihetta käsittelevillä nettisivuilla.<sup>11</sup> Yksityiskohtainen ja havainnollinen tieto asiasta voi lisätä henkilön kykyä toteuttaa itsetuhoiset suunnitelmansa. Lisäksi tällaisten nettisivujen selaaminen ilmaisee ainakin jonkinasteista itsemurhatoivetta ja voi viitata suunnitelmiin ja valmisteluihin. Siksi tällaiseen tulee kiinnittää huomiota. Asiakasta ei tosin kannata suoraan kieltää selästä kyseisiä sivuja, mikä olisi itsemääräämis-oikeusteorian periaatteiden vastaista, vaan työntekijän on suositeltavaa ilmaista syvää huolestumista ja empatiaa samalla kun hän perustelee oman kantansa näiden sivujen selaamisesta. Asiakkaan voi lisäksi ohjata sellaisille nettisivuille, joilla pyritään ehkäisemään itsemurhaa. Esimerkiksi [www.apua.info](http://www.apua.info) ja [www.nettinappi.fi](http://www.nettinappi.fi) sekä [www.tukinet.net](http://www.tukinet.net) (englanninkielisiä sivuja ovat esim. <http://www.myspace.com/800273talk> ja American Association of Suicidology, AAS-sivut <http://www.suicidology.org>). Näistä asiakkaat voivat samalla tavoin löytää omaan tilanteeseensa liittyvää tietoa sillä erolla, että tällaisilla sivuilla pyritään tarjoamaan toivoa ja estämään ketään surmaamasta itseään.

### Sosiaalinen tuki

Toinen perustaktiikka on rohkaista kriisissä olevaa asiakasta etsimään mahdollisimman paljon sosiaalista tukea luonnollisesta verkostostaan: sukulaisilta ja ystäviltä. Tämä voi olla vaikeaa ottaen huomioon asiakkaan mahdolliset tunteukset mihinkään kuulumattomuudesta ja taakkana olemisesta. Asiakas voi tuntea, ettei kukaan välitä hänestä ja ettei hänellä ole ketään, kenen puoleen kääntyä. On kuitenkin arvioitu, että jokainen itsemurhan tehnyt jättää jälkeensä 6 - 10 läheistä ihmistä, jotka tuntevat äärimmäistä surua. Vaikka itsetuhoisen henkilö kokee syvää eristyneisyyttä ja yhteyden puutetta, hänellä voi silti olla ihmisiä, jotka ovat halukkaita tulemaan väliin ja estämään hänen tarpeettoman kuolemansa. Ammattiauttajien kannattaa kertoa tästä tilastosta asiakkaille, koska se voi auttaa näkemään asiat oikeissa mittasuhteissaan. Useimilla itsemurhan tehneillä on ollut väärä käsitys yhteyden puuttumisesta. Niille, jotka kokevat olevansa taakkana muille suositellaan muistelemaan tilanteita, joissa hän on auttanut ystäviään tai perheenjäseniään näiden tarvitessa apua. Voi myös kysyä asiakkaalta, miten hän reagoisi, jos joku läheinen henkilö pyytäisi hänen apuaan kriisissä.

Ottaen huomioon interpersoonallisen teorian ennustuksen, että henkilö ei tee itsemurhaa, jos hän tuntee edes jonkin verran yhteyttä toisiin, on todennäköistä, että jo suhteellisen vähäinen sosiaalisen tuen lisääntyminen voi vähentää itsemurhatoivetta. Lisätuki voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ystävät tai sukulaiset tarkistavat itsetuhoisen henkilön tilanteen ottamalla häneen yhteyttä säännöllisesti. Tämä voi tapahtua esimerkiksi soittamalla, tapaamalla häntä henkilökohtaisesti tai viemällä häntä joihinkin miellyttäviin tilaisuuksiin tai harrastuksiin. Työntekijä voi myös pyytää asiakkaalta

<sup>7</sup> Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner TE Jr. J Consult Clin Psychol. 2008 Feb; 76(1):72-83.*

<sup>8</sup> Everly, G. S., Jr., Lating, J. M., & Mitchell, J. T. (2005). Innovations in Group Crisis Intervention. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis. Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* (3rd Ed.) New York: Oxford University Press, 221-245.

<sup>9</sup>The interpersonal theory of suicide. *Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. Psychol Rev. 2010 Apr; 117(2):575-600.*

<sup>10</sup> Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Joiner, T. (2003). Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health. New Haven, CT: Yale University Press.

<sup>11</sup> Mishara, B.L., & Weisstub, D.N. (2007). Ethical, legal, and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the Internet. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(1), 58-65.*



lupaa ottaa yhteyttä hänen puolisoonsa, sukulaisiin tai ystäviin. Jos lupa saadaan, näiden henkilöiden kanssa kannattaa keskustella ja korostaa asiakkaan sosiaalisen tuen tarvetta. Samalla voidaan jakaa tietoa suisidiriskin kohoamisesta varoittavista merkeistä ja kertoa, millaisiin toimenpiteisiin tulee ryhtyä tällaisessa tilanteessa. Asiakkaan läheisiltä, ja erityisesti puolisoilta kannattaa avoimesti kysyä tarvitseeko tämä apua käsillä olevan vaikean tilanteen käsittelyyn. Voidaan jopa suositella, että puolisonkin itsemurhariski arvioidaan, koska itsetuhoisen ihmisen kanssa eläminen, jopa vähäisempi kontakti sellaiseen ihmiseen on hyvin stressaavaa.

Yhteydenotto asiakkaan verkostoon estää sen, että mahdollinen itsemurhayritys tai asiakkaan kuolema tulisi läheisille kuin ”salama kirkkaalta taivaalta”. Kliinistä vastuuta ei kuitenkaan pidä delegoida asiakkaan perheelle tai ystäville.

### Hoitoon sitoutumissopimus

Seuraavaksi esitellään hoitoon sitoutumissopimusta, jonka käyttöön ottoa suositellaan ei-itsemurhaa -sopimuksen sijasta. Jälkimmäinen on sopimus, jossa asiakas lupaa joko kirjallisesti tai suullisesti, ettei hän yritä tai tee itsemurhaa. Enemmistö ammattiauttajista (maailmalla jopa 70-80% psykiatreista ja psykologeista) käyttää tällaisia sopimuksia, mutta ei juuri tunneta empiirisiä tutkimuksia, jotka tukisivat niiden tehokkuutta itsemurhien ehkäisyssä. Sen sijaan on näyttöä siitä, että ne eivät estä kaikkia itsemurhia tai itsemurhayrityksiä. Lisäksi monet mielenterveysammattilaiset uskovat virheellisesti, että sellaiset sopimukset suojelevat heitä hoitovirheoikeudenkäynneiltä. Ei itsemurhaa – sopimus ei poista kunnollisen arvioinnin ja hoidon tarvetta. Ellei asiakkaan riskejä arvioida riittävästi jos asianmukaisesti toimenpiteisiin ei ryhdytä mahdollisen itsemurhariskin ilmaantuessa, tällaisen sopimuksen olemassaolo jopa lisää auttajien vastuuvollisuutta. Sopimus voi myös haitata terapiasuhdetta, koska asiakas voi ajatella, että parhaan mahdollisen hoidon tarjoamisen sijasta sopimuksen tavoitteena on terapeutin selustan

turvaaminen. Jotkut asiakkaat saattavat kokea sopimuksen merkitsevän, että terapeutit eivät mielellään keskustele itsemurha-ajatuksista; tällainen mielikuva on vaarallinen, koska se voi saada asiakkaan salaamaan itsetuhoiset oireensa kriisitilanteessa.

Amerikan psykiatrien yhdistys (American Psychiatric Association) linjasi, että aktiivisesti itsetuhoisten asiakkaiden terapiassa ei tulisi käyttää minkäänlaisia sopimuksia, joissa asiakas lupaisi olla tekemättä itsemurhaa.

Sen sijaan suositellaan hoitoon sitoutumissopimusta. Tämä sopimus eroaa ei-itsemurhaa -sopimuksesta useilla ratkaisevilla tavoilla, joista ensimmäinen on se, että se antaa asiakkaalle ohjeita sen suhteen, mitä hänen pitäisi tehdä, eikä mitä häntä kielletään tekemästä. Itsemurhaa harkitseva ihminen kokee, ettei hänellä ole enää muita vaihtoehtoja, joten pelkkä itsensä surmaamisen kieltäminen ilman muiden selviytymisvaihtoehtojen tarjoamista ei juuri estä häntä yrittämästä. Koska itsetuhoisilla ihmisillä näyttää usein olevan ongelmia ongelmienratkaisu- ja selviytymisstrategioissa, on hyödyllistä tarjota konkreettisia toimintaohjeita, joita asiakas voi noudattaa itsemurhakriisin iskiessä. Toinen ero on, että hoitoon sitoutumissopimus kuvaa mutta myös rajaa hoitavan tahon velvollisuudet.

Interpersoonalliseen teoriaan liittyen hoitoon sitoutumissopimus edistää johonkin kuulumisen tunnetta todennäköisemmin kuin sopimus olla tappamatta itseään, koska se keskittyy terapiasuhteeseen, eikä siihen, että asiakas lupaa olla tekemättä itsemurhaa. Asiakas voi mieluusti osallistua sopimuksen laatimiseen, mikä saa hänet tuntemaan yhteyttä, osallisuutta sekä kykyä tehdä jotakin. Osallistumalla sopimuksen laatimiseen ja allekirjoittamalla sen asiakas suostuu ottamaan vastuuta terapian tavoitteiden saavuttamisesta. Jos sopimuksen tavoitteet ovat kohtuullisia ja asiakkaan mahdollisuuksien rajoissa, se voi auttaa häntä tuntemaan itsensä

#### **Terapiaan sitoutumissopimus (malli)**

Minä

suostun sitoutumaan terapiaprosessiin. Ymmärrän, että tämä tarkoittaa sitä, että olen suostunut osallistumaan aktiivisesti kaikkiin hoidon muotoihin, johon muun muassa sisältyy:

- sessioihin osallistuminen (jos en pääse tulemaan, ilmoitan siitä)
- tavoitteiden asettaminen
- kerron terapeutille rehellisesti ja avoimesti mielipiteeni, ajatukseni ja tunteeni (olivat ne sitten kielteisiä tai myönteisiä)
- osallistun aktiivisesti istuntoihin
- teen kotitehtävät
- kokeilen uusia käyttäytymis- ja toimintatapoja
- toteutan kriisisuunnitelman tarvittaessa

Lisäksi ymmärrän ja myönnän, että terapian onnistuminen riippuu suurelta osin siitä, minkä verran ja missä määrin paneudun itse asiaan. Jos minusta tuntuu, ettei terapia tehoa, suostun keskustelemaan asiasta terapeutini kanssa ja yritän päästä yhteisymmärrykseen siitä, mitkä ovat ongelmat ja mahdolliset ratkaisut. Lyhyesti sanottuna sitoudun elämään.

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Päivämäärä: \_\_\_\_\_

Todistaja: \_\_\_\_\_

päteväksi ja arvokkaaksi terapiatiimin jäseneksi eikä taa-kaksi terapeutille.

Tärkeä osa hoitoon sitoutumissopimusta on selkeästi esitetty kriisinhallintasuunnitelma, jonka terapeutti ja asiakas laativat yhdessä. Kopioimisen sijasta työntekijä voi kirjoittaa sopimuksen käsin. Sopimuksen sisältöä ovat ehdottaneet Rudd kollegoineen<sup>12</sup>:

Sopimuksen alussa asiakas sitoutuu hoitoprosessiin, ja asiakirjassa luetellaan selkeästi, millä tavoin asiakas toteuttaa tämän (esim. osallistuu säännöllisesti, tekee kotitehtävät, ilmaisee hoitoa koskevat huolenaiheensa terapeutille). Allekirjoittaessaan sopimuksen asiakas suostuu myös toteuttamaan kriisinhallintasuunnitelman, jos se on tarpeen. Tämäkin suunnitelma pitäisi laatia ja kirjoittaa yhdessä asiakkaan kanssa. Tällä tavoin asiakas suostuu kokeilemaan muita keinoja itsemurhan sijasta itsetuhoisten ajatusten yllättäessä. Ainakin joidenkin ehdotettujen toimenpiteiden tavoitteena pitäisi olla johonkin kuulumisen tunteen lisääminen ja taakkana olemisen tunteiden vähentäminen. Sopimuksen lopussa asiakas sitoutuu elämään sen sijaan että hän sitoutuisi olemaan tappamatta itseään. Elämään sitoutumisen korostaminen antaa yleisen myönteisen viestin, mutta siihen sisältyy myös, että auttajan rooli on edistää asiakkaan kaikkinaista hyvinvointia, eikä pelkästään auttaa häntä säilymään hengissä.

Ensimmäinen sopimus pitäisi laatia tietyksi ajaksi (esim. 3 kuukautta), minkä jälkeen sitä muokataan tarpeen mukaan. Siten asiakas ei sitoudu kaikkiin sääntöihin ja ehtoihin loputomiin, mikä saattaisikin olla ylivoimaista. Sopimukseen kannattaa lisätä kohta, jossa määritellään terapeutin velvollisuudet: esimerkiksi miten ja milloin hänet tavoittaa ja että hän on valmis keskustelemaan ongelmista sitä mukaa kuin ne tulevat esille. Väärinymmärryksiä voidaan ehkäistä ja luoda yhteistyöhenkinen terapiaympäristö, jos asiakkaalta kysytään terapian alussa, mitkä ovat hänen odotuksensa terapian suhteen, ja nämä seikat kirjataan.

### Kriisikortti

Terapian alussa terapeutti joutuu todennäköisesti lievittämään itsemurhakriisejä, jotka ovat edenneet sille tasolle, että sairaalahoito ja muut kriisipalvelut ovat mahdollisesti olleet tarpeen. Tässä vaiheessa asiakas ei ole vielä sisäistänyt tarvitsemiaan taitoja näin voimakkaita kriisejä ehkäistäkseen. Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoprosessin alussa terapeutin pitäisi yhteistyössä asiakkaan kanssa kehittää konkreettinen suunnitelma asiakkaan käyttöön kriisin iskiessä. Tämä suunnitelma kirjataan kortille, joka on niin pieni, että asiakas voi pitää sitä aina mukanaan, esimerkiksi lompakossaan. Kortilta on löydettävä muutakin kuin puhelinnumeroita hätätilanteita varten, sillä puhelinnumerot eivät yksistään estä itsemurhayrityksiä tai itsensä vahingoittamista. Kriisikortti laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja sen pitäisi käsittää mielialan säätelytekniikoita, miellyttäviä

aktiviteetteja sekä puhelinnumerot, joihin asiakas voi soittaa, jos muut menetelmät eivät auta. Kriisikortin käyttäminen yhdessä hyvin toteutetun riskien arvioinnin kanssa (ja näiden toimenpiteiden riittävä dokumentointi) alentaa itsemurhayrityksen todennäköisyyttä sekä toimii näyttönä suunnitelmallisesta hoidosta.

Kun kriisikorttia ryhdytään asiakkaan kanssa laatimaan, terapeutin on tärkeää perustella asiaa esimerkiksi seuraavalla tavalla:

Haluaisin, että pohdimme yhdessä joitakin toimenpiteitä, joita voit käyttää silloin kun olet järkyttynyt tai hermostunut ja ajattelet itsemurhaa tai muita itsetuhoisia ajatuksia. Siinä tilanteessa voi olla vaikeaa ajatella selkeästi, siksi toivon, että pidät tätä korttia mukana ja käytät sitä aina, kun itsetuhoiset ajatukset valtaavat mielesi.

Terapeutti voi kysyä asiakkaalta, miten tämä on selviytynyt aikaisemmista kriiseistä, ja käyttää edellisiä onnistumisia mallina. Tavoitteiden pitää olla realistisia ja sellaisia, jotka akuutisti huonovointinen ja toivonsa menettänyt henkilö pystyy toteuttamaan. Terapeutti auttaa asiakasta valitsemaan sellaisia toimintoja, jotka lieventävät tämän voimakkaita tunteita, vievät huomion pois itsemurha-ajatuksista ja auttavat häntä säätämään mielialaansa. On järkevää valita sellaisia tekemisen muotoja, jotka vaativat aktiivista paneutumista (esim. sanaristikot) passiivisen toiminnan sijasta (esim. TV:n katsominen). Jos asiakkaan on vaikea keksiä miellyttävää tekemistä, voi auttaja antaa hänelle listan, josta valita itselleen suhteellisen helppoa ja mukavaa toimintavaihtoehtoa.

### Tällaisia listoja löytyy internetistä.

Ainakin joidenkin kriisikortille merkityistä toiminnoista olisi hyvä liittyä interpersoonallisen teorian mihinkään kuulumattomuuden ja koetun taakkana olemisen käsitteisiin ja nimettäisiin sen mukaisesti. Koska kyseisen teorian mukaan kaikkein voimakkaimmat itsemurhatoiveet perustuvat näille käsitteille, on tärkeää kohdistaa hoito niihin. Eräs toteuttamistapa on rohkaista asiakasta aloittamaan hyväntekeväisyystyö: esimerkiksi vapaaehtoistyö jossakin hoitokodissa, hyväntekeväisyysjärjestön toimintaan osallistuminen, suomen tai muun kielen opettaminen maahanmuuttajille. Toiminta jo itsessään aktivoi, minkä on empiirisesti todettu auttavan depression. Lisäksi toisten hyvinvointia edistävään toimintaan osallistuminen voi auttaa vähentämään taakkana olemisen ja lisätä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Vaikka tämä kuulostaa yksinkertaiselta, se voi olla vaikeaa monille itsetuhoisille ihmisille, jotka ovat eristyneitä ja tuntevat, etteivät kuulu mihinkään eivätkä osallistu läheistensä elämään. Motivoivat haastattelutekniikat voivat auttaa tässä. On ratkaisevan tärkeää, että tällaista motivaatiota kehitetään ennen itsemurhakriisin alkamista. Toisten hyväksi toimiminen voi jopa ehkäistä kriisejä lisäämällä onnistumisen ja johonkin kuulumisen tunnetta pitkällä aikavälillä. On syytä varmistaa, että asiakas pystyy löytämään erilaisia toimintoja: enemmän aikaa ja osallistumista vaativia ja sellaisia, jotka ovat yksinkertaisia ja mahdollisia jopa akuutin kriisin keskellä.

<sup>12</sup> RUDD, M.D., JOINER, T. & RAJAB, M.H. (2001) Treating Suicidal Behaviour: An effective, time-limited approach. New York: Guilford Press.

Esimerkkejä: osallistuminen hyväntekeväisyystyöhön, vierailu sairaan henkilön luona ja auttaminen taloustöissä. Jos asiakas ei voimakkaan oireilunsa vuoksi pysty tähänkään, hän voi ehkä muistella aikoja, jolloin auttoi toisia ja tunsu yhteenkuuluvuutta heidän kanssaan. Tätä tekniikkaa pitäisi harjoitella riittävästi, niin että asiakas pystyy helposti ja tehokkaasti käyttämään sitä kriisin aikana.

Kun terapeutti ja asiakas ovat valinneet kuusi tai seitsemän toimintaa, laaditaan itse kortti (esimerkki alla), joka on hyödyllistä kirjoittaa käsin joko yhdessä asiakkaan kanssa tai asiakas voi kirjoittaa sen kokonaan itse. Kortin sisältöä on ajoittain tarkistettava ja varmistettava,

- ettei asiakas ole kadottanut sitä ja
  - että kortille merkityt toiminnot ovat asiakkaan mielestä yhä edelleen mahdollisia ja käyttökelpoisia ja
  - että asiakas ymmärtää suunnitelman tärkeyden.
- Kriisikortissa on ohjeet kriisinumeroihin soittamisesta (valtakunnallinen kriisipuhelin Suomessa 01019 5202) siinä tapauksessa että muut keinot eivät auta itsemurha-ajatuksiin.

Numerot on hyvä antaa kaikille asiakkaille itsemurhariskistä riippumatta. Kriisityöntekijät on koulutettu arvioimaan soittajan itsemurhariski ongelmasta riippumatta. Tutkimustenkin perusteella on näyttöä siitä, että kriisipuhelimet ovat tehokkaita.

### Oireidenmukainen interventio

Akuuttia ahdistusta ja erilaisia psykologisia oireita kokevan asiakkaan ensimmäiset sessiot saattavat olla vaikeita. Auttajalla on kaksitahoinen tehtävä yrittää saada mahdollisimman paljon tietoa asiakkaasta hoitosuunnitelman laatimista varten sekä auttaakseen asiakasta saamaan lievitystä ahdistaviin psykologisiin oireisiin. Molempiin tarpeisiin vastaavan lyhyen intervention (symptom-matching hierarchy)

tavoitteena on sovittaa kriisi-interventio haitallisiin oireisiin. Oireidenmukaista interventiota kehitettäessä terapeutti pyytää asiakasta luettelemaan ahdistavimmat oireet, jotka arvioidaan lievestä vaikeimpiin asteikolla 1 – 10. Terapeutin pitäisi sen jälkeen ehdottaa konkreettisia keinoja kunkin oireen lievittämiseksi. Alla on esimerkkejä:

### Oireiden mukainen interventio

Unettomuus → unihygieniä (nukkumaan meno samaan aikaan joka ilta ja herääminen samaan aikaan aamulla, kofeiinipitoisten juomien rajoittaminen, ei päivätorkkuja, sängystä poistuminen, jos uni ei tule 20 minuutin aikana)

Anhedonia (kyvyttömyys tuntea mielihyvää) tai surullisuus → toiminnan/harrastusten aktivointi (Marra, 2004, s. 150 – 154).

Levottomuus → rentoutuminen, liikunta.

Yksinäisyys → toiminnan/vuorovaikutuksen aktivoiminen (esim. seurakunnan toimintaan osallistuminen, soittaminen ystävälle tai perheenjäsenelle/sukulaiselle).

Toivottomuus → jonkin miellyttävän toiminnan aloittaminen.

Ahdistuneisuus → liikunta, ajatusten suuntaaminen muualle jonkin harrastuksen/toiminnan kautta (esim. sanaristikot).

Erityistä huomiota pitäisi kiinnittää oireisiin, jotka liittyvät yhteenkuuluvuuden ja taakkana olemisen tunteisiin. Asiakkaan yleiset masennuksen tai toivottomuuden tunteet on myös selvitettävä ja räätälöitävä interventio niiden mukaisesti. Seuraavassa on tapauskuvaus aiheeseen liittyen:

### Kriisikortti (malli<sup>13</sup>)

Silloin kun olen hermostunut/levoton ja ajattelen itsetuhoisia ajatuksia, ryhdyn seuraaviin toimenpiteisiin:

Vaihe 1: (miellyttävä toiminta tai muu sovittu itsehoitomenetelmä)

Vaihe 2: (miellyttävä toiminta tai muu itsehoitomenetelmä)

Vaihe 3: (miellyttävä toiminta tai itsehoitomenetelmä)

Vaihe 4: Toistan kaikki edellä olevat.

Vaihe 5: Jos oireet jatkuvat, ryhdyn sovittuihin erityistoimenpiteisiin:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Jos huomaan, että itsetuhoiset ajatukset vaivaavat edelleen, valmistelen itsemurhaa tai muuta itseni tai muiden vakavaa vahingoittamista, soitan

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- kriisipuhelin 01019 5202 \_\_\_\_\_

Vaihe 6: Jos vieläkin haluan surmata itseni enkä pysty hallitsemaan käytöstäni, soitan hätänumeroon 112 tai lähen ensiapuklinikalle.

<sup>13</sup> RUDD, M.D., JOINER, T. & RAJAB, M.H. (2001) *Treating Suicidal Behaviour: An effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press

**Terapeutti:** Olet kertonut joistakin melko voimakkaista ja epämiellyttävistä oireista. Ymmärräthän, että olen täällä auttaakseni sinua, ja vaikka emme voi heti odottaa sataprosenttista oireiden lieventymistä, voin ehdottaa sinulle keinoja, joilla voidaan saada jonkinlaista helpotusta. Kertoisitko, mitkä oireet vaivaavat sinua kaikkein eniten? Ovatko jotkut oireet sellaisia, että et voi kestää niitä enää?

**Asiakas:** Tunnen itseni masentuneeksi koko ajan. Olen tällä hetkellä melko toivoton.

**Terapeutti:** Sepä ikävää. Toivottavasti löydämme joitakin keinoja, joilla olosi helpottuu ainakin sinne asti, kunnes näitä asioita käsitellään syvällisemmin terapiassa. Onko jokin erityinen seikka, joka saa sinut tuntemaan itsesi masentuneeksi?

**Asiakas:** Tuntuu siltä, että vaimoni on niin kiireinen töissään eikä hänellä ole milloinkaan minulle aikaa. Tunnen itseni joskus hyvin yksinäiseksi.

**Terapeutti:** Yritetäänpä sitten keksiä jotakin, joka auttaa sinua tuntemaan itsesi vähemmän yksinäiseksi ja kokemaan, että kuulut johonkin. Voisiko se mielestäsi helpottaa masentunutta oloasi?

**Asiakas:** Ehkä. Ainakin kannattaa yrittää.

**Terapeutti:** Onko sinulla perheenjäseniä tai ystäviä, joille voisit soittaa tai joiden luona käydä silloin, kun tunnet itsesi yksinäiseksi?

**Asiakas:** Voisin kai soittaa sisarelleni. Hänet tavoittaa yleensä päiväsaikaan.

**Terapeutti:** Se kuulostaa hyvältä. Kirjoitetaan se muistiin tänne missä lukee: ”tuntee itsensä jatkuvasti masentuneeksi”. Sanoit myös, että koet melkoista toivottomuutta. Voisitko kuvata tätä tarkemmin?

**Asiakas:** Minä kai tunnen, että en ikinä tule yhtään paremmaksi. Joskus ajattelen, että vaimoni elämä olisi miellyttävämpää ilman minua ja minun ongelmiani.

**Terapeutti:** Ok. Tunnet siis, että oireesi ovat taakka vaimollesi ja että koet toivottomuutta tämän takia. Yritetäänpä keksiä jotakin, mikä saisi sinut

tuntemaan, että jollain tavoin edistät vaimosi hyvinvointia. Uskotko, että siitä olisi apua?

**Asiakas:** Mahdollisesti. Ehkä minusta tuntuisi vähän paremmalta, jos kokisin, että olen jollain tavoin tarpeellinen.

**Terapeutti:** Mitä sellaista voisit tehdä, mikä olisi vaimostasi mukavaa tai auttaisi häntä ja saisi sinut tuntemaan itsesi vähemmän taakaksi ja enemmän arvokkaaksi kumppaniksi?

**Asiakas:** Voisin tehdä joitakin kotitöitä tai ehkä valmistaa hänelle aterian. Hän arvostaa sellaista.

**Terapeutti:** Hyvä. Kirjoitan sen tänne, missä lukee ”tuntee, ettei ole toivoa paremmasta”.

Katkelmassa terapeutti sai selville, että asiakas koki itsensä taakaksi eikä pystynyt tuntemaan yhteenkuuluvuutta, ja ehdotti keinoja näiden tunteiden lieventämiseen. Tällainen lähestymistapa hillitsee itsemurha-ajatuksia sekä osoittaa asiakkaalle, että terapeutti pyrkii ymmärtämään asiakasta ja hänen ongelmiaan.

Kaikki tällaiset interventiot eivät toimi. Katkelman asiakas voi esimerkiksi soittaa siskolleen niin usein, että tuntee jälleen itsensä taakaksi, tai hän voi aikoa valmistaa aterian, mutta ei saa sitä tehdyksi. On syytä ohjeistaa asiakasta etenemään vähitellen (esim. järjestelemään vähän tavaroita kokonaisen aterian valmistamisen sijasta). Terapeutti voi sanoa asiakkaalle: ”Tämä ei saata toimia täydellisesti, mutta kaiken ei elämässä tarvitsekaan, ja me voimme keskustella tästä seuraavassa sessiossa.”

Oireisiin sopivaa interventiota valittaessa on tärkeää, että ehdotukset ovat tarpeeksi yksinkertaisia, niin että akuuttia ahdistusta kokeva asiakas voi suoriutua niistä. Intervention esittelyn tavoitteena ensimmäisessä sessiossa on antaa asiakkaalle toivoa, että hänen oireitaan voidaan lieventää. Sen pitäisi myös voimaannuttaa asiakasta osoittamalla, että hän voi jonkin verran hallita oireitaan, ja synnyttää luottamusta terapeuttiin ja lisätä hänen uskottavuuttaan. Tämä vähentää toivottomuuden tunteita ja virheellistä uskomusta, että itsemurha on ainoa vaihtoehto.

Päivittäinen mielialan arviointiasteikko							
Käytä seuraavaa merkitätäpää arvioidessasi mielialaasi. △=Aamu ○=Päivä X=Ilta							
Päivämäärä							
<b>Mieliala</b>							
Paras mahdollinen	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
Keskinkertainen	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
Huonoin mahdollinen	1	1	1	1	1	1	1
Mielialapisteiden keskiarvo							

## Mielialakaavio

Ehkä edellistäkin yksinkertaisempi tekniikka on mielialakaavio. Joskus asiakkaat, jotka kokevat hyvin kielteisiä tunteita alkavat pitää näitä tunteita kaikenkattavina, melkein autonomisina ilmiöinä. Jos tunteet koetaan tällä tavoin, ei ole vaikea ymmärtää, miksi joku on niin toivoton oman tilansa takia. Itsemurha alkaa tuolloin näyttää ainoalta vaihtoehdolta vapautua negatiivisista tunteista.

Ohjeet kaavion käyttöä varten: Asiakasta pyydetään kirjaamaan mielialansa 1 - 10 -asteikolla tiettyinä vuorokauden aikoina (esim. heti herättyä, aamiaisella, lounaalla, päivällisaikaan, nukkumaan mennessä) tai miten asiakkaan kannalta on tarkoituksenmukaista. Terapeutti piirtää tämän päiväkirjan mukaan mielialakaavion. Kaavion asteikko voi vaihdella optimaalisesti miinus viidestä plus viiteen erottamaan negatiiviset, neutraalit ja positiiviset mielialat.

Kun kaavio on valmis, on mahdollista tarkastella asiakkaan mielialojen toistuvia kuvioita. Mielialat vaihtelevat. Kaikkein kielteisinkin mieliala menee ohi ajan mittaan, joko myönteisten tapahtumien vuoksi tai muista syistä. Jos asiakkaan voi hänen voidessaan huonosti opettaa ajattelemaan, että ”tämäkin menee ohi”, se voi ratkaista itsemurhakriisit.

Toinen seikka, joka voidaan oppia mielialakaavioista, on että jotkut toiminnat lisäävät kielteistä mielialaa ja toiset taas myönteistä. Terapeutin pitää kiinnittää erityistä huomiota niihin kielteisiin mielialoihin, jotka liittyvät interpersoonalliseen teoriaan. Jos asiakkaan mieliala esim. näyttää toistuvasti olevan alhaalla aamuisin, asiaa on syytä tutkia. Ehkä hän tuntee yksinäisyyttä. Jos näin on, tämä osoitetaan asiakkaalle, ja sille voidaan tehdä jotain. Eräs keino on, että asiakas asettaa ystäviensä ja perheenjäsenten valokuvia paikkaan, josta hän näkee ne ensimmäiseksi aamuisin. On myös tärkeää kiinnittää huomiota siihen, milloin asiakas kokee myönteisiä mielialoja. Kun todetaan, että tietyt toiminnot lisäävät myönteistä mielialaa, niihin on varattava aikaa säännöllisesti. Siten ehkäistään kielteisiä mielialoja, jotka saattavat johtaa kriisiin.

## Aarrearkku

Aarrearkku<sup>14</sup> tarjoaa eräänlaista hätäapua kriisitilanteisiin. Asiakas täyttää pienen laatikon tavaroilla, jotka tarjoavat konkreettisia syitä elää. Laatikko voidaan tehdä tapaamisten aikana, jolloin asiakas tuo kotoaan esineitä, jotka herättävät toivoa ja lieventävät itsemurhakriisiä. Ottaen huomioon interpersoonallisen teorian perusajatukset (taustalla tunteet, että on taakka toisille eikä kuulu mihinkään) on järkevää täyttää laatikko esineillä, jotka muistuttavat asiakasta siitä, että hän on yhteydessä toisiin ihmisiin sekä osallistuu arvokkaalla tavalla maailmaan (esimeriksi rakkaiden ihmisten valokuvat, koulusta tai työstä saadut palkinnot ja stipendit saadut kirjeet tai kortit ystäviltä ja sukulaisilta). Laatikon voi koristella eri tavoin, ja se kannattaa asettaa asiakkaan kotona näkyvälle paikalle, niin että asiakas pelkästään katselemalla sitä säännöllisesti voi estää suisidaalisuuskriisin syvenemisen. Aar-

<sup>14</sup> Henriques, G.R., Beck, A.T., & Brown, G.K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46, 1258-1268

reakusta löytyy monia konkreettisia syitä toiveikkuuteen ja useita ihmisiä auttaa aarrearkun näkeminen. Laatikon avaaminen ja katselu voidaan lisätä kriisikortille yhtenä kriisinhallintatoimenpiteenä ennen hätänumeroon soittamista.

## Modifioitu interpersoonallinen psykoterapia iäkkäille ihmisille, joilla on itsemurhan riski

Heisel ynnä muut<sup>15</sup> kehittivät ja testasivat muokattua interpersoonallista psykoterapiaa (interpersonal psychotherapy, ITP) iäkkäille avohoidossa oleville potilaille, joiden itsemurhariski oli korkea. Osallistujilta arvioitiin itsemurha-ajatukset, depressio, kuolemanhalu, itsensä vahingoittaminen, mielisairaudet, persoonallisuushäiriöt, kipu ja muut sairaudet, ihmissuhdeongelmat, kielteiset elämäkokemukset ja/tai psykososiaaliset stressitekijät, toiminnalliset häiriöt sekä toipumiskykyä estävät tekijät. Asiakkaat arvioitiin ennen tutkimuksen alkua, sen puolivälissä ja tutkimuksen jälkeen. Tulosten mukaan IPT on hyväksyttävä ja turvallinen terapiamuoto itsemurhalttiille iäkkäille henkilöille. Osallistujien itsemurha-ajatukset, kuolemanhalu ja depressio-oireet vähenivät merkittävästi terapian aikana.

Iäkkäiden henkilöiden itsemurhaluvut ovat korkeat ja nousevat jatkuvasti, joten heille sopivia/kohdistettuja tehokkaita interventioita tarvitaan. Olemassa olevia kliinisiä suosituksia itsemurhien ehkäisyyn ei ole empiirisesti testattu iäkkäillä ihmisillä. Itsemurhan tehneet iäkkäät henkilöt ovat joidenkin tutkimustulosten mukaan kertoneet ajatuksistaan lääkärille (38%), perheenjäsenelle tai tuttavalle (73%) viimeisen elinvuotensa aikana. Lähes puolet heistä oli saanut antidepressiivisiä lääkkeitä tai muuta somaattista hoitoa vuotta ennen kuolemaansa<sup>16</sup>, mikä viittaa siihen, että somaattiset hoidot eivät ole riittäviä ehkäisemään itsemurhaa ja että tarvitaan kipeästi psykoterapeuttisia interventioita.

Viimeisimpien tietojen mukaan masentuneet iäkkäät henkilöt ovat vastaanottavaisia psykologisille interventioille, haluavat mieluummin terapiaa kuin lääkitystä, ja monet heistä sietävät huonosti psyykelääkkeitä. Tästä johtuen olisi välttämätöntä käyttää psykologisia interventioita, jotka soveltuvat itsemurhalttiille ikäihmisille. Suomessa Kela ei lähtökohtaisesti korvaa ikäihmisille psykoterapiaa, eivätkä ikäihmiset saa helposti psykoterapiaa julkiselta puolelta. Yksityiseen terapiaan on puolestaan harvalla ikäihmisellä varaa.

Satunnaistettujen, kontrolloitujen tutkimusten mukaan dialektinen käyttäytymisterapia, ongelmien ratkaisuun keskittyvä terapia, kognitiivinen terapia sekä lyhyt psykodynaaminen-interpersoonallinen terapia vähentävät itsemurhalttiutta ja itsetuhoista käyttäytymistä nuoremmilla ja keski-ikäisillä aikuisilla.

<sup>15</sup> Marnin J. Heisel, Paul R. Duberstein, Nancy L. Talbot, Deborah A. King, and Xin M. Tu (2009) *Sovelllettu/muokattu interpersoonallinen psykoterapia iäkkäille ihmisille, joilla on itsemurhan riski: alustavat tulokset*. *Professional Psychology: Research and Practice* 2009, Vol. 40, No. 2, 156-164 © 2009 American Psychological Association, 0735-7028/09/\$12.00 DOI: 10.1037/a0014731

<sup>16</sup> Waern, M., Beskow, J., Runeson, B., & Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 354, 917-918

Empiirinen tutkimus ja kliininen teoria viittaavat siihen, että iäkkäiden henkilöiden itsemurhariskillä on yhteyttä ihmishuonegelmiin, sosiaalisen tuen puutteisiin ja vaikeuksiin sopeutua elämän muutoksiin, mikä vuoksi avainasemassa voisivat olla interpersoonalliset interventiot, kuten pari-, perhe- ja verkostoterapia ja muut systemiset psykoterapiat. Yli 65-vuotiaiden itsemurha-ajatukset liittyvät sosiaaliseen toivottomuuteen, ja masentuneilla ja/tai äskettäin itsetuhoisuutta osoittaneilla iäkkäillä henkilöillä on ihmishuonegelmiin ratkaisuun liittyviä vaikeuksia siinäkin tapauksessa, että depression vakavuus on otettu huomioon / kontrolloitu. Näin ollen masentuneet ja itsetuhoiset iäkkäät henkilöt hyötyvät psykologisista interventioista, jotka kohdistuvat henkilöiden välisiin ongelmiin.

### Muokattu interventio

**IPT-terapiaa voidaan käyttää joustavasti iäkkäille ihmisille tekemällä vähäisiä muutoksia. IPT-teorian mukaan ihmishuoneiden toimivuuden/toimimattomuuden ja masennuksen välillä on kaksisuuntainen yhteys: kyvyttömyys tyydyttää omia ihmishuoneisiin liittyviä tarpeita lisäämielialahäiriöitä, jotka puolestaan häiritsevät ihmisten välisiä suhteita/toimintoja. Samoin itsemurha-ajatukset ja itsetuhoinen käyttäytyminen voidaan käsitteellistää epätoivoisiksi kommunikaatiotavoiksi ihmisten välillä tai toivottomuudeksi, että henkilö ei saa milloinkaan tyydytettyä ihmishuoneisiin liittyviä tarpeita. Oletettavasti henkilöiden välisillä suhteilla ja itsemurhariskin välillä on niin ikään kaksisuuntainen yhteys: ihmishuoneongelmat ja puutteet sosiaalisissa taidoissa mahdollisesti aiheuttavat tai pahentavat itsemurha-ajatuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä, ja viimeksi mainitut mahdollisesti lisäävät tai pahentavat ihmishuoneongelmia ja niihin liittyvien taitojen puutteita.**

Terapian alkuvaiheessa terapeutti arvioi asiakkaiden aikaisemman ja nykyisen itsemurha-alttiuden vakavuuden, kuolemantoiveet, itsemurhasuunnitelman ja -aikomukset sekä itseä vahingoittavan käytöksen. Hän kertoi myös osallistujille, miten ihmishuoneongelmat ja itsemurha-ajatukset sekä itsetuhoinen käyttäytyminen mahdollisesti liittyvät yhteen. Erityistä huomiota kiinnitetään myös itsemurha-ajatusten ja voimakkaan psykologisen kivun yhteyteen IPT-terapiassa käsiteltävien ongelma-alueiden (suru, roolien muutos, rooleihin liittyvät kiistat ja ihmishuonedetailojen puutteet) kontekstissa. Terapeutti pyrki kuuntelemalla selvittämään, oliko asiakkaan lisääntyvän ahdistuksen ja kasvavan itsemurhariskin taustalla ihmishuoneongelmia, ja asiakkaalle kerrotaan psykososiaalisten ongelmien ja itsemurhaoireiden yhteyksistä. Asiakasta kehoitetaan myös välttämään mahdollisesti vaarallisia tai epätydyttäviä ihmishuoneita ja etsimään tukea antavia ihmishuoneita lisätäkseen tyytyväisyyttään elämään ja vähentääkseen itsemurhariskiään. Valikoiva irrottautuminen joistakin ihmishuoneista on tärkeä tekijä emotionaalisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä myöhemmällä iällä.

Terapian alkuvaiheessa terapeutti ja asiakas selvittävät, mitkä seikat lisäävät, ylläpitävät ja/tai pahentavat asiakkaan

itsemurha-aikeita, ja sopivat alustavasti, mihin terapiassa olisi keskityttävä. Myöhemmin asiakkaan itsemurha-ajatuksia seurataan jatkuvasti, samoin kuin ihmishuoneissa esiintyviä ongelmia.

Asiakasta autetaan selkeyttämään ja parantamaan ihmishuoneisiin liittyvien tarpeiden ilmaisemista käyttämällä IPT-terapian perustekniikoita, henkilöiden välisten välikohdistusten ja kommunikaation analyyseja. Terapeutti ja asiakas selvittävät esimerkiksi yhdessä, mitkä seikat jälkimmäisen ihmishuoneissa ja ympäristössä ovat saaneet hänet vahingoittamaan itseään, miten asiakkaan itsetuhoisuus vaikuttaa hänen ihmishuoneisiinsa, tiesivätkö toiset hänen käyttäytymisestään, miten asiaa käsiteltiin ja kuka sitä käsitteli, ja millaiset keskustelujen tulokset olivat. Terapeutti ja asiakas selvittävät myös, miten asiakkaan sosiaalista tukea voitaisiin parantaa, miten hän voisi osallistua myönteisellä tavalla erilaisiin toimintoihin toisten kanssa ja miten hän voisi vähentää tuskallista ja vahingollista vuorovaikutusta. Terapian lopulla osallistujia autetaan keskittymään ihmishuoneiden kehittämiseen terapian päättymisen jälkeen ja hakemaan sosiaalista tukea ja/tai ammattiapua, jos heille tulisi itsemurha-ajatuksia. Edistystä ihmishuoneissa ja siihen liittyvää itsetuhoisuuden vähenemistä arvioidaan ja myönteisistä muutoksista annetaan positiivista palautetta ja kannustusta.

Varotoimenpiteet ovat välttämättömiä itsetuhoisten henkilöiden terapiassa/interventioissa. Terapeutti arvioi ja seuraa rutiininomaisesti asiakkaan ahdistuneisuutta ja itsemurha-ajatusten ja -aikeiden voimakkuutta ja pyrkii lieventämään niitä. Jos asiakas ilmaisee itsemurha-aikeita session aikana, häntä autetaan tunnistamaan ongelmat ja/tai stressitekijät, jotka lisäävät riskiä, häntä tuetaan ja rohkaistaan etsimään itsensä vahingoittamisen sijasta muita vaihtoehtoja ongelmien ratkaisuun ja ahdistuksen lieventämiseen ja näkemään tulevaisuuden toiveikkaampana. Jos asiakas on hyvin ahdistunut ja levoton session päättyessä, terapeutti jatkaa istuntoa niin kauan kuin oli tarpeellista ja varmistaa, että asiakas selviää seuraavaan tapaamiseen asti. Vaihtoehtoisesti terapeutti ottaa käyttöön asiakkaan kriisisuunnitelman, jolloin sovitusti ollaan yhteyksissä asiakkaan läheisiin tai muihin verkostoon kuuluviin. Kriisikortti sisältää puhelinnumeroita, joihin asiakas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

### Suisidaalisuus kriisi-interventio henkilöille, jotka eivät käy terapiassa

Edellä kuvatut tekniikat soveltuvat paremmin pitkäkestoisempaan hoitoprosessiin osallistuville henkilöille. Seuraavaksi tarkastellaan sopivia interventioita niille ammattilaisille, vapaaehtoisille ja muille, jotka joutuvat tekemisiin kuolemanvaarassa olevien itsetuhoisten henkilöiden kanssa, joilla ei välttämättä ole pidempikestoista hoitokontaktia. Näyttääkin siltä, että monet itsemurhan tekneistä eivät käy terapiassa, eikä heillä ole myöskään kriisinhallintasuunnitelmia. Kirjallisuuskatsauksessa (Luoma, Martin & Pearson, 2002) todettiin, että vain noin 19 % itsemurhan tehneistä oli ottanut yhteyttä mielenterveysalan palveluihin kuolemaansa edeltävän kuukauden aikana ja lisäksi 13 % oli ollut yhteydessä niihin kuolemaansa edeltävän vuoden aikana. Ikävä kyllä Suomessa viime aikoina julkisuutta saaneiden laajennettujen

itsemurhien tekijät, sekä niin sanotut yllättävät satunnaismurhaajat ovat joko olleet psykiatrisen hoidon piirissä tai yrittäneet saada psykiatrista hoitoa tuloksetta. Entä miten lie asianlaita niiden 68 %, joilla ei ole yli vuoteen ollut kontaktia mielenterveysammattilaisiin? Olisi tärkeää, että kyseiset ihmiset saavat apua sellaisilta henkilöiltä, jotka on koulutettu arvioimaan itsemurhariskiä.

Omer ja Elitzur<sup>17</sup> tarjoavat empiiriseen tutkimukseen perustuvan viitekehyksen uhkaavan/välittömän itsemurhayrityksen ehkäisyyn. Tämä lähestymistapa käsittää kaksi vaihetta, joista ensimmäiseen kuuluu kuunteleminen, empatia ja kriisissä olevan henkilön sanomisen toistaminen sanatasolla. Tutkijat totesivat, että useimmat itsetuhoiset henkilöt tuntevat itsensä äärimmäisen yksinäisiksi (mihinkään kuulumattomuus), joten auttajan on tärkeää luoda jonkinlainen henkilöidenvälinen yhteys. He ehdottavat, että auttava henkilö kysyy autettavan nimeä ja käyttää sitä usein koko vuorovaikutuksen aikana, sekä kertoo oman nimensä. Omerin ja Elitzurin mukaan jopa kaikkein syvimmässä itsemurhakriisissä oleva henkilö, joka on ottanut auttavaan tahoon yhteyttä, on jonkin verran epävarma itsensä surmaamisesta. Tällöin ratkaisevaa on yrittää vedota hänessä siihen osaan, joka on yhä vielä kiinnostunut elämästä. On tärkeää tunnustaa kriisissä olevan henkilön kipu ja kärsimys sen sijaan, että yrittäisi väittää henkilön ylireagoivan tms. Jos ihmisen tunteita yritetään liian nopeasti selittää, hänellä voi toistua kokemus, ettei kukaan kuuntele eikä välitä. Sen sijaan että yritettäisiin heti saada häntä muuttamaan mielensä, häntä olisi kuunneltava huolellisesti ja toistettava hänen sanomansa – aluksi ihan sanatasolla ja vähitellen pyrkimyksellä ymmärtää sanojen takana oleva merkityssisältö. On erityisen tärkeää ilmaista ymmärtämystä sitä henkilön tunnetta kohtaan, että maailma olisi parempi paikka ilman häntä (taakkana olemisen tunne). Tämä voi olla pelottavaa kriisi-interventioon osallistuville, koska välitön reaktio olisi todennäköisesti pyrkiä heti tauttelemaan autettava luopumaan virheellisistä uskomuksistaan. Se saattaisi kuitenkin johtaa itsetuhoisen henkilön yhä lisääntyvään vastarintaan.

Ennen toista vaihetta auttaja tekee lyhyen yhteenvedon kaikesta kuulemastaan. Sen jälkeen suositellaan lyhyttä ilmaisu- ”siitä huolimatta/ja kuitenkin...” Tässä vaiheessa auttaja alkaa vedota autettavan siihen osaan, joka vielä haluaa pysyä hengissä. Voidaan keskustella muun muassa siitä, miten itsemurha vaikuttaisi jälkeen jääviin henkilöihin. Suisidikriisissä oleva ihminen voi epäillä tätä ja väittää, ettei kukaan välittäisi hänen kuolemastaan. Tässä kohdin voi olla hyödyllistä muistuttaa tilastosta, jonka mukaan jokainen itsemurhan tehnyt jättää jälkeensä 6 - 10 järkytynyttä ja surevaa ihmistä.

AAS (American Association of Suicidology) julkaiseman itsetuhoisen henkilön auttamista koskevan yleisen ohjekirjan eräs suosituksesta on olla mahdollisimman avoin ja suora itsetuhoista henkilöä kohtaan. Auttajan täytyy suostua puhumaan itsemurhasta suoraan, vaikka aihe on vaikea. Kohdatessa itsetuhoisen ihminen on tärkeää osoittaa hänelle, että

auttaja on halukas ja kykenee keskustelemaan itsetuhoisen henkilön ajatuksista ja peloista, eikä häneltä tarvitse salata mitään siinä pelossa, että hän tuntee olonsa epä mukavaksi. Itsetuhoiselle henkilölle ei myöskään pidä luennoita siitä, onko itsemurha oikein vai väärin, koska se sotisi itsemääräämisteorian periaatteita vastaan ja luultavimmin vahingoittaa suhdetta.

## Sairaalahoito

Suurin osa kaikesta psykiatrisesta sairaalahoidosta Suomessa tapahtuu potilaan vapaaehtoisuuteen perustuen. Itsemääräämisen teorioiden valossa vapaaehtoisuuteen perustuva hoito on vaikuttavampaa. Mielenterveyslaissakin korostetaan potilaan omatoimisuuden ja itse hoitoon hakeutumisen mahdollistamisen tärkeyttä.

On syytä korostaa, että psykoosioireistakaan kärsivä potilas ei välttämättä tarvitse sairaalahoitoa, etenkin mikäli hänen ympärillään on riittävän turvallinen avohoidon ja läheisten verkosto. Psykoosityöryhmät tarjoavat mahdollisuuden uusien psykoosioireista kärsivien potilaiden alkuvaiheen selvittelyyn myös vaihtoehtona sairaalahoidolle. Kokemukset tällaisten työryhmien toiminnasta ovat olleet erittäin myönteisiä. Erityisesti ensi kertaa psykoosin vuoksi terveyspalveluja hakevien potilaiden, mutta myös muiden psykoosipotilaiden kohdalla, tutkimuksen ja hoidon alkuvaiheeseen tulisi panostaa. Säännönmukainen ja mahdollisimman varhain toteutettu psykiatrisen konsultaatio, jossa potilaan lisäksi ollaan yhteydessä myös omaisiin ja muihin läheisiin henkilöihin, on usein johtanut siihen että on voitu välttää turhia sairaalaan ottoja hyvinkin akuutilta vaikuttaneissa tilanteissa.

Jos sairaalahoidon indikaatiot ovat olemassa ja potilas on yhteistyökykyinen, on tavallisen lähetteen käyttäminen (B1) paikallaan sairaalahoidon järjestämiseksi. Aina ei voida odottaa sairaalapaikan järjestymistä normaalin lähetteen kautta. Tällöin potilas joudutaan lähettämään sairaalaan päivystyksenä. Kiireisiltäkin tuntuissa tapauksissa kannattaisi kuitenkin ensin selvittää muut hoitomahdollisuudet, jotta turhilta sairaalahoidoilta voitaisiin välttyä. Epävarmoissa tapauksissa on hyvä neuvotella psykiatrisen sairaalan päivystävän lääkärin kanssa ennen lähettämistä.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvamman tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Mikäli sairaalahoidon tarve on selvästi olemassa, saatetaan joutua toimimaan myös potilaan tahdon vastaisesti.

Hoitoon määrääminen on mielenterveyslain mukaan neliportainen prosessi, jossa lääkärintutkimus on jokaisessa vaiheessa keskeinen tapahtuma. Hoitoon määräämisen edellytyksiä on kolme. Ne ovat kaikki kliinisiä ja lääketieteellisiä ja edellyttävät lääkärin kannanottoa. Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumattomaan psykiatrisen sairaalahoittoon vain, jos

<sup>17</sup> Omer, H., & Elitzur, A.C. (2001). What would you say to the person on the roof? A suicide prevention text. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 129–139

<sup>18</sup> *Therapia Fennica*: Psykiatrisen sairaalaan lähettäminen. Juha Moring

- 1) hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta, ja
- 3) mitkään muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

Kaikkien kolmen edellytyksen mielisairauden, hoidontarpeen ja muiden mielenterveyspalvelujen riittämättömyyden on oltava voimassa samanaikaisesti. Mielenterveysasetuksen mukaan tahdosta riippumaton hoito voidaan toteuttaa ainoastaan sairaalaan psykiatrasta hoitoa antavassa yksikössä, jolla on edellytykset antaa tällaista hoitoa. Perusterveydenhuollon virkalääkäri todettuaan edellä mainitut kriteerit, kirjoittaa M1 tarkkailulähteen, jonka perusteella potilas otetaan psykiatriseen sairaalaan kolme vuorokautta kestäväälle tarkkailujaksolle, jonka aikana päätetään myös mahdollisesta tahdonvastaisen hoidon jatkamisesta tai muista keinoista olla henkilölle avuksi.

Voisi olettaa, että sairaalahoitoon liittyvistä hyödyistä olisi lukuisia tutkimuksia. Näin ei kuitenkaan ole. On huomattavan vähän tutkimusta ja näyttöä siitä, että sairaalahoito estäisi itsemurhia. Yhdysvalloissa tehdään noin 30 000 itsemurhaa vuosittain, ja näistä noin tuhat tapahtuu sairaalahoidon aikana. Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan 16 % itsemurhista tapahtui sairaalassa ja 23 % kolmen kuukauden aikana sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Eräässä tutkimuksessa todettiin, että puolet itsemurhista tehtiin ensimmäisen sairaalassa vietetyn viikon aikana tai ensimmäisen viikon aikana sairaalasta pääsyn jälkeen.<sup>19</sup>

Eräässä tutkimuksessa nuoria asiakkaita ohjattiin joko intensiiviseen avohoitoon (multisysteeminen terapia) tai psykiatriseen sairaalaan. Vuotta myöhemmin tutkijat totesivat, että avohoidossa olleilla oli vähemmän itsemurhayrityksiä sairaalahoidossa olleisiin verrattuna. Tällaiset tiedot viittaavat siihen, että sopivan intensiivinen avoterapia on vähintään yhtä tehokas vähentämään itsemurhia kuin sairaalahoito.<sup>20</sup>

Interpersoonallisen teorian valossa sairaalahoidon puolesta puhuvat seuraavat seikat: 1) sairaalahoito voi vähentää potilaan mahdollisuuksia tehdä itsemurha, koska tarvittavien keinojen/välineiden saatavuutta on rajoitettu ja valvontaa on enemmän. Myös itsemurhaa suosiville nettisivuille pääsy voidaan estää. 2) Sairaalassa vietetty aika antaa mahdollisuuden miettiä, ovatko näkemykset toisten taakkana olemisesta ja mihinkään kuulumattomuudesta totuudenmukaisia. Henkilökunnan tarjoama hoito ja välittäminen sekä psykoterapeuttiset interventiot saattavat vähentää haitallisia tunteita siinä määrin, että asiakas pystyy tulemaan toimeen avohoidossa. Sairaalassa on tarjolla myös lääkitystä, jonka

avulla hoidetaan esim. depressiota ja psykoottisuutta, mikä puolestaan voi epäsuorasti vaikuttaa suotuisasti irrallisuuden ja taakkana olemisen kokemukseen. On syytä korostaa, että hyvällä avohoidolla kyetään toteuttamaan nämä samat.

## Yhteenveto

The Suicide Risk Assessment Decision Tree Protocol -ohjelma<sup>21</sup> tarjoaa järjestelmälliset ohjeet, miten valitaan sopivat kriisi-interventiomenetelmät asiakkaan riskien perusteella, josta esimerkki jäljempänä. Riskin tasosta huolimatta ammattiauttajien olisi syytä aina antaa asiakkaalle puhelinnumerot, joista tämä voi saada akuutisti apua tarpeen vaatiessa. Mikäli suisidaalisuutta on prosessin jossakin vaiheessa esiintynyt, olisi asiakkaan kanssa syytä arvioida itsemurhariski säännöllisesti. Tämä arviointi sekä siitä seuraavat mahdolliset interventiot on syytä kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. Asiakkaille, joiden riski ei ole suuri, annetaan ohjeet miten toimia, jos heille tulee itsemurhaan liittyviä ajatuksia (esim. hakea sosiaalista tukea, soittaa auttaviin palvelunumeroihin). Jos heillä jo on itsetuhoisia ajatuksia, heidän kanssaan on laadittava kriisikortti ja kehitettävä oireisiin sopiva interventio (symptom-matching hierarchy). Silloin kun asiakkaan riski on kohtalaisen suuri, työntekijä voi (edellä esitettyjen toimenpiteiden lisäksi) soittaa asiakkaalle tapaamisten välillä (mikä voi luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta), jakaa tietoa lisähoidoista ja rohkaista asiakasta hakemaan enemmän sosiaalista tukea itselleen (esim. joku läheinen voi käydä hänen luonaan säännöllisesti). Jos asiakkaan itsemurhariski on korkea, edellä mainittujen toimenpiteiden lisäksi on harkittava hätätilanteeseen liittyviä vaihtoehtoja (siinäkin tapauksessa, että asiakas on äskettäin päässyt ensiapuklinikalta/sairaalasta), asiakasta ei saa jättää yksin ja häntä on jatkuvasti valvottava. Lisäksi suisidaalisten asiakkaiden kanssa työskentelevän ammattihenkilön pitäisi ottaa yhteyttä työnohjaajaansa säännöllisesti, eikä näiden asioiden kanssa saa jäädä yksin.

Suisidikriisitilanteessa oleville asiakkaille ei ikävä kyllä ole olemassa takuuarmaa menetelmää. Interpersoonallisen teorian olettamuksen pitäessä paikkansa siinä, että yhteenkuuluvuuden estyminen on välttämätön ehto vakavalle itsetuhoiselle käyttäytymiselle, kriisiterapeutin myötätunto ja välittäminen auttaa itsetuhoista ihmistä vähentäen hänen suisidaalisuusriskiä. Tässä esitettyjen suisidaalisuusriski-interventioiden tavoitteena ei ole parantaa hädässä olevaa henkilöä saati poistaa hänen ongelmiaan kokonaan, niin ettei hän tarvitse jatkohoitoa, vaan auttaa häntä löytämään tulevaisuudentoivoa ja käyttämään niitä voimavaroja, joita hänellä on. Ammattiauttajan tehtävä on tarjota välitöntä turvallisuutta asiakkailleen ja lisätä heidän halukkuuttaan ottaa vastaan tukea tulevaisuudessa. Ajan mittaan asiakkaiden taidot lisääntyvät ja heidän hoidon tarve vähenee. Asiakkaan on silti hyvä olla tietoinen siitä, että apua on jatkossakin aina saatavana, eikä auttava taho kokonaan hylkää.

<sup>19</sup> Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. *ArchGen Psychiatry*. 2005;62(4):427-432.

<sup>20</sup> Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. STANLEY J. HUEY, JR., PH.D., SCOTT W. HENGELER, PH.D., MELISA D. ROWLAND, M.D., COLLEEN A. HALLIDAY-BOYKINS, PH.D., PHILLIPPE B. CUNNINGHAM, PH.D., SUSAN G. PICKREL, M.D., AND JAMES EDWARDS, M.D.J.: *AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 43:2, FEBRUARY 2004

<sup>21</sup> Cukrowicz, K. C., Wingate, L. R., Driscoll, K. A., & Joiner, T. E. (2004). A Standard of Care for the Assessment of Suicide Risk and Associated Treatment: The Florida State University Psychology Clinic as a Model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 87-100

<sup>22</sup> *Psychiatric Times* (2011) kirj. Donald E. Greydanus, MD, "Treating Self-Harm in Children and Adolescents."



## INTERVENTIOITA KAIKILLE ITSEMURHARISKITASOILLE

### Alhainen riski

#### Asiakkaalla ei tällä hetkellä ole itsemurha-ajatuksia

- Sano asiakkaalle: ”Jos sinulle alkaa tulla itsetuhoisia ajatuksia, ensiksikin käytä niitä itsehallintakeinoja, joita käsittelemme. Hae lisäksi sosiaalista tukea itsellesi. Jos nämä ajatukset eivät hälvä, soita (tukihenkilö/hätänumero/hätäpalvelu/kriisikeskus). Jos et jostain syystä saa apua, tai sinusta tuntuu, että et voi odottaa, soita hätänumeroon **112** tai mene ensiapuklinikalle.”
- Anna asiakkaalle puhelinnumerot, joihin hän voi soittaa (Suomessa valtakunnallinen kriisipuhelin **01019 5202**)
- Seuraa suisidaalisuuden riskiä kaikissa tapaamisissa.
- Kirjaa toimenpiteet muistiin.

#### Asiakkaalla on itsemurha-ajatuksia

Anna hänelle kriisipalvelujen puhelinnumerot.

Laadi kriisikortti.

Kehitä oireisiin sopiva interventio.

Kirjaa toimenpiteet muistiin.

#### Kohtuullisen suuri riski

- Anna asiakkaalle kriisipalvelujen puhelinnumerot.
- Laadi kriisikortti.
- Kehitä oireisiin sopiva interventio.
- Harkitse, onko tarkistussoitto tarpeen sessioiden välillä.
- Kerro asiakkaalle lisähoitomahdollisuuksista.
- Pyri yhteistyössä aktiivisesti lisäämään asiakkaan saamaa sosiaalista tukea.
  - Rohkaise asiakasta hakemaan tukea ystäviltä ja perheeltä/sukulaisilta.
  - Sovi asiakkaan kanssa, että joku käy hänen luonaan säännöllisesti.
  - Pyydä asiakkaan suostumus siihen, että otat yhteyttä hänen verkostoonsa kuuluviin ihmisiin.
- Kirjaa toimenpiteet muistiin.

#### Korkea riski (vakava ja äärimmäinen tilanne)

- Jos olet yhtään epävarma, ota yhteyttä työnohjaajaan, esimieheen tai vähintäänkin kolleegaan.
- Harkitse hätätilavaihtoehtoja.
- Asiakasta ei saa jättää yksin, ja häntä on jatkuvasti valvottava.
- Jos sairaalahoitoa ei katsota tarpeelliseksi, toimi samoin kuin asiakkaiden kanssa, joiden riski on kohtuullisen suuri.
- Kirjaa kaikki toimenpiteet muistiin (myös se, että sairaalahoitoa on ainakin harkittu).

#### Suisidaalisuuden ehkäisy

Psykiatrin tulisi ottaa vakavasti tahallinen itsetuhoisen käyttäytyminen (deliberate self-harm, DSH). Kattava arviointi ja hoito täytyy mukauttaa yksilöllisesti jokaisen asiakkaan tarpeiden mukaan, mutta näitä vaikeita tiloja arvioitaessa ja hoidettaessa on syytä pitää mielessä seuraavat tärkeät seikat.<sup>22</sup>

Merkkejä itsensä vahingoittamisesta ja siihen viittaavasta käytöksestä

Tapoja vahingoittaa itseä

- Viiltely
- Myrkyttäminen
- Huumeiden/lääkkeiden yliannostus
- Pahoinpitely (lyöminen)
- Pureminen
- Ampuminen
- Polttaminen
- Hirttäminen
- Nipistely
- Raapiminen
- Kaivon hyppääminen
  - Auton tms. kanssa onnettomuuden ajaminen tahallisesti
  - Ajoneuvon alle tai eteen meneminen
- Hyppääminen alas silloilta, rakennuksista tai muilta korkeilta paikoilta

### ■ Tahallisen itsensä vahingoittamisen etiologisia tekijöitä

- Depressio
- Alhainen itsetunto ja jatkuva toivottomuus
- Impulsiivisuus
- Koulun pelottava vaikutus (esim. kiusaaminen)
- Perheen toimintahäiriöt ja ristiriidat
- Köyhyys
- Väkivalta/hyväksikäyttö

### ■ Huomioi nämä seikat

- Nuorten tahallinen itsensä vahingoittaminen, jonka tavoitteena ei ole surmata itseään, heijastaa piilevää toivottomuutta ja alhaista itsetuntoa sekä muita tekijöitä, jotka kiihdyttävät pyrkimyksiä käsitellä sellaisia tunteita, joita nuoren on mahdollista hyväksyä, ja/tai vaikuttaa esimerkiksi vertaisten tai perheenjäsenten käyttäytymiseen.
- Varhainen interventio voi estää tai ainakin vähentää kroonista itseä vahingoittavaa käytöstä, joka hoitamattomana voi pahentua hoitoon reagoimattomaksi.
- Avain onnistuneeseen hoitoon on hyvä ja turvallinen hoitosuhde, kehittää asiakkaalle myönteisiä selviytymismekanismeja, piilevän stressin vähentäminen ja kommunikaatiotaitojen kehittäminen.

**TILAA NYT PSYK.FI - LEHTI VUODEKSI 2013 ITSELLE TAI YSTÄVÄLLE LAHJAKSI HINTAAN  
29 € (4 NUMEROA), NIIN SAAT LOPPUVUODEN NUMEROT ILMAISEKSI.**

**PSYK.FI LEHDEN TILAUSLOMAKE**

#### **Tilaan itselleni tai työpaikalleni**

Nimi: \_\_\_\_\_

Katuosoite: \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

Maksaja (jos muu kuin tilaaja): \_\_\_\_\_

Maksajan postiosoite: \_\_\_\_\_

#### **Tilaan lahjaksi**

Lahjan saajan nimi: \_\_\_\_\_

Lahjan saajan katuosoite: \_\_\_\_\_

Lahjan saajan postiosoite: \_\_\_\_\_

Lahjan maksaja: \_\_\_\_\_

Lahjan maksajan postiosoite: \_\_\_\_\_

**VOIT MYÖS TILATA LEHDEN TÄYTTÄMÄLLÄ TILAUSLOMAKKEN SIVUILLAMME WWW.PSYK.FI**

# TYÖYHTEISÖJÄ KEHITTÄMÄSSÄ

Järjestämme avoimia koulutuksia eri puolilla Suomea sekä pyynnöstä työyhteisöille suunnattuja koulutuksia. Lisätietoja kotisivuiltamme [www.psyk.fi](http://www.psyk.fi).

## 4-8 tunnin ammatilliset täydennyskoulutukset

- Psykkisen kriisin kohtaaminen – akuutin kriisin arviointi ja hoito
- Psykkinen etäännyttäminen asiakastyössä – työntekijän ammatillisen uupumisen ehkäisy
- Lasten ja nuorten käytöspulmien kohtaaminen
- Muistisairaana käytösoireiden hoito
- Sosiaali- ja terveysalan työturvallisuuskoulutus – väkivallan preventio
- Myötätuntouupumuksen ehkäisy ja hoito – auttajan sudenkuoppa
- Systeemisyyden yksilöpsykoterapiassa ja yksilö systeemisessä psykoterapiassa
- Mielenterveyden pulmat – periytyviä geenejä vai traumojen seurausta
- Mikroilmeet ja mikroeleet – kohti luotettavampaa asiakkaan tulkintaa

## Pidemmät prosessikoulutukset:

- Työnohjaajakoulutus 2v
- Muistihoidajan / muistineuvojan koulutusohjelma 2v
- Seksuaaliterapeutin koulutus 2v
- Kliinisen seksologin koulutus 2v
- Psykoterapia- ja ohjaustaitojen perusvalmiudet 1v (Valviran edellyttämä 30 op)
- Hengellisyys psykoterapiassa 1v
- Pariterapian täydennyskoulutus valmiille terapeuteille 1v

## LISÄTIEDOT KOULUTUKSISTA JA ILMOITTAUTUMISET

[www.psyk.fi](http://www.psyk.fi)

tai Mikko Haarala p. 050-408 6375 email: [mikko.haarala@psyk.fi](mailto:mikko.haarala@psyk.fi)

### LIITELOMAKKEET

Suisidaalinen ihminen on epätoivoinen. Liitelomakkeita ei suositella käytettäväksi ilman arviointimenetelmiin liittyvää koulutusta ja osaamista. Erityisen tärkeää on hallita suisidaalisen asiakkaan kanssa vaadittavat vuorovaikutusmenetelmät ja –tyylit ennen kuin ryhtyy minkäänlaiseen tarkempaan strukturoituun arviointiin. Vääränlaisella vuorovaikutuksella arvioinnin yhteydessä voi olla kohtalokkaita seuraamuksia.

Usein itsemurhayritys on yritys ratkaista ongelmia, joihin potilas ei muilla keinoilla ole löytänyt ratkaisua. Jos potilaalla ei ole itsemurhayrityksen jälkeen uusia keinoja ratkaista ongelmiaan tai hän ei saa asianmukaista hoitoa mielenterveyden häiriöönsä, on suuri vaara, että yritys toistuu.

## LIITE 1: Beckin depressioasteikko

YMPYRÖI SOPIVIN VAIHTOEHTO:		
1	0	En ole surullinen
	1	Olen alakuloinen ja surullinen
	2	Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen
	3	Olen niin onneton, etten enää kestä
2	0	Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua
	1	Tulevaisuus pelottaa minua
	2	Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään
	3	Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin
3	0	En tunne epäonnistuneeni
	1	Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset
	2	Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
	3	Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä
4	0	En ole erityisen haluton
	1	En osaa nauttia asioista niin kuin ennen
	2	Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään
	3	Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen
5	0	En tunne erityisemmin syyllisyyttä
	1	Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton
	2	Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina
	3	Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton
6	0	En koe, että minua rangaistaan
	1	Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle
	2	Uskon, että kohtalo rankaisee minua
	3	Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista
7	0	En ole pettynyt itseäni
	1	Olen pettynyt itseäni
	2	Inhoan itseäni
	3	Vihaan itseäni
8	0	Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin
	1	Kritis oin itseäni heikkouksista
	2	Moitin itseäni virheistäni
	3	Moitin itseäni kaikesta, mikä 'menee pieleen'
9	0	En ole ajatellut vahingoittaa itseäni
	1	Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin
	2	Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat
	3	Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus
10	0	En itk e tavallista enempää
	1	Itken nykyään aiempaa enemmän
	2	Itken nykyään jatkuvasti
	3	En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin
11	0	En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään
	1	Ärsynnyn aiempaa herkemmin
	2	Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan
	3	Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin

12	0	Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä
	1	Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän
	2	Kiinn ostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet
	3	Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan
13	0	Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennenkin
	1	Yritän lykätä päätöksentekoa
	2	Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä
	3	En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
14	0	Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut
	1	Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä
	2	Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen
	3	
15	0	Työkykyni on säilynyt ennallaan
	1	Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
	2	Saad akseni aikaan minun on suorastaan pakotettava itseni siihen
	3	Enkykene lainkaan tekemään työtä
16	0	Nukun yhtä hyvin kuin ennen
	1	Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen
	2	Herään nykyisin 1 – 2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen
	3	Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pidempään yhtäjaksoisesti
17	0	En väsy sen nopeammin kuin ennenkään
	1	Väsyt nopeammin kuin ennen
	2	Väsyt lähes tyhjästä
	3	Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään
18	0	Ruokahaluni on ennallaan
	1	Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
	2	Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
	3	Minulla ei ole lainkaan ruokahalua
19	0	Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan
	1	Olen laihtunut yli 2½ kg
	2	Olen laihtunut yli 5 kg
	3	Olen laihtunut yli 7½ kg
20	0	En ajattele terveyttäni tavallista enempää
	1	Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen
	2	Tarkkaisen ruumiintunteuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa
	3	Terve yteni ja tuntemusteni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni
21	0	Kiinn ostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
	1	Kiinn ostukseni sukupuolielämään on vähentynyt
	2	Kiinn ostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin
	3	Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään
<p><b>Pisteytetään kysymysarjoittain vastausvaihtoehtojen numeroiden mukaisesti 0 - 3.</b>  <b>Kokonais-, eli summapistemäärä välillä 0 - 63</b>  <b>Lievät masennusoireet: 13 - 18 pistettä</b>  <b>Kohtalaiset tai keskivaikeat masennusoireet: 19 - 29 pistettä</b>  <b>Vaikeat masennusoireet: 30 pistettä tai yli</b>  <b>Hoitoyritys on tehoton, ellei kokonaispistemäärä seurannassa laske vähintään 30 %.</b></p>		

**LIITE 2: Audit-kysely**Audit-kyselyn sähköinen lomake: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

<b>YMPYRÖI SOPIVIN VAIHTOEHTO</b>	
<b>Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, kuten pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Noin kerran kuussa tai harvemmin
<b>2</b>	2 - 4 kertaa kuussa
<b>3</b>	2 - 3 kertaa viikossa
<b>4</b>	4 kertaa viikossa tai useammin
<b>Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?</b>	
<b>0</b>	1-2 annosta
<b>1</b>	3 - 4 annosta
<b>2</b>	5 - 6 annosta
<b>3</b>	7 - 8 annosta
<b>4</b>	9 - 10 annosta
<b>1 annos = pullo keskiolutta tai siideriä lasi mietoa viiniä pieni lasi väkevää viiniä ravintola-annos väkeviä</b>	
<b>Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Harvemmin kuin kerran kuussa
<b>2</b>	Kerran kuussa
<b>3</b>	Kerran viikossa
<b>4</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin
<b>Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Harvemmin kuin kerran kuussa
<b>2</b>	Kerran kuussa
<b>3</b>	Kerran viikossa
<b>4</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin
<b>Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Harvemmin kuin kerran kuussa
<b>2</b>	Kerran kuussa
<b>3</b>	Kerran viikossa
<b>4</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin
<b>Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Harvemmin kuin kerran kuussa
<b>2</b>	Kerran kuussa
<b>3</b>	Kerran viikossa
<b>4</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin
<b>Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Harvemmin kuin kerran kuussa
<b>2</b>	Kerran kuussa
<b>3</b>	Kerran viikossa
<b>4</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin

<b>Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?</b>	
<b>0</b>	En koskaan
<b>1</b>	Harvemmin kuin kerran kuussa
<b>2</b>	Kerran kuussa
<b>3</b>	Kerran viikossa
<b>4</b>	Päivittäin tai lähes päivittäin
<b>Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?</b>	
<b>0</b>	Ei
<b>1</b>	On, mutta ei viimeisen vuoden aikana
<b>2</b>	Kyllä, viimeisen vuoden aikana
<b>Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?</b>	
<b>0</b>	Ei
<b>1</b>	On, mutta ei viimeisen vuoden aikana
<b>2</b>	Kyllä, viimeisen vuoden aikana
<p><b>alle 8 pistettä: alkoholinkäyttösi on hallinnassasi.</b>  <b>8 - 13 pistettä: tarkkaile alkoholinkäyttöäsi, pyri vähentämään.</b>  <b>yli 13 pistettä: alkoholin käyttösi liittyy selviä riskejä.</b></p>	

## LIITE 3: MÄDRS - depressioasteikko

Nimi: \_\_\_\_\_ Täyttöpäivä: \_\_\_\_\_

Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_ Yhteispistemäärä: \_\_\_\_\_

YMPYRÖI SOPIVIN VAIHTOEHTO	
<b>1. Huomioitu alakuloisuus</b>	Tarkoittaa synkkyyttä, raskasmielisyyttä ja epätoivoa (voimakkaampi kuin tavallinen ohimenevä alakuloisuus), jotka heijastuvat puheeseen, kasvojen ilmeeseen ja asentoon. <i>Arvioidaan sen mukaan kuinka syvää alakuloisuus on ja voidaanko potilasta piristää.</i>
	<b>0</b> Ei surullisuutta
	<b>2</b> Näyttää alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti piristyä.
	<b>4</b> Näyttää jatkuvasti surulliselta ja onnettomalta.
	<b>6</b> On jatkuvasti äärimmäisen synkkä ja raskasmielinen.
<b>2. Ilmoitettu alakuloisuus</b>	Käsittää murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan. <i>Kohonnut mieliala luokitellaan nollassi.</i>
	<b>0</b> Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.
	<b>2</b> Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.
	<b>4</b> Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat mielentilaan.
	<b>6</b> Jatkuva, erittäin syvä masennus.
<b>3. Ahdistuksen tunteet</b>	Tarkoittaa epämääräistä, psyykkisen pahanolon tunnetta, epämiellyttävää sisäistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai sisäistä levottomuutta, joka voi kehittyä paniikiksi. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä avun tarpeen suuruuteen. <i>Pidettävä erillään alakuloisuudesta (1, 2), huolestuneisuudesta ja lihasjännityksestä.</i>
	<b>0</b> Enimmäkseen rauhallinen.
	<b>2</b> Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.
	<b>4</b> Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävässä.
	<b>6</b> Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhuntunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota potilas ei yksi pysty hallitsemaan.
<b>4. Vähentynyt yöuni</b>	Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumaanmenotapoihin verrattuna.
	<b>0</b> Nukkuu tavalliseen tapaan.
	<b>2</b> Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti
	<b>4</b> Lyhentynyt nukkumisaika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.
	<b>6</b> Nukkuu öisin vähemmän kuin 2 – 3 tuntia kaiken kaikkiaan.
<b>5. Vähentynyt ruokahalu</b>	Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huonommalta kuin tavallisesti.
	<b>0</b> Normaali tai lisääntynyt ruokahalu
	<b>2</b> Huono ruokahalu
	<b>4</b> Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu, täytyy pakottaa itsensä syömään.
	<b>6</b> Ei syö mitään, ellei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.



<b>6. Keskittymisvaikeudet</b>	Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen missä määrin eri toiminnot vaikeutuvat. <b><i>Pidettävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen kulussa.</i></b>	
	<b>0</b>	Ei keskittymisvaikeuksia
	<b>2</b>	Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatuksensa koossa.
	<b>4</b>	Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.
<b>6</b>	Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.	
<b>7. Aloitekyvyttömyys</b>	Tarkoittaa vaikeuksia ryhtyä toimiin tai hitautta jokapäiväisten tehtävien aloittamisessa tai suorittamisessa. <b><i>Pidettävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä.</i></b>	
	<b>0</b>	Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi. Ei saamattomuutta.
	<b>2</b>	Aloittamisvaikeuksia.
	<b>4</b>	Vaikea ryhtyä yksinkertaisiin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.
<b>6</b>	Kyvytön ryhtymään yksinkertaisiin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.	
<b>8. Tunnekyvyttömyys</b>	Tarkoittaa sitä, että potilas on omakohtaisesti kokenut kadottaneensa mielenkiintoa ulkomaailmaan tai sellaisia toimintoja kohtaan, jotka tavallisesti tuottavat iloa. <b><i>Tunnereaktiot ympäristöön tai ihmisiin ovat heikentyneet. Pidettävä erillään aloitekyvyttömyydestä (7).</i></b>	
	<b>0</b>	Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja muista ihmisistä.
	<b>2</b>	Vaikea tuntee iloa siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua.
	<b>4</b>	Mielenkiinto ulkomaailmaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekeviltä.
<b>6</b>	Tunteiden ”halvaantuminen”, kyvytön tuntemaan vihaa tai surua ja täydellinen tai jopa tuskallinen välinpitämättömyys läheisimpiä ihmisiä kohtaan.	
<b>9. Pessimistiset ajatukset</b>	Tarkoittaa itsesyytöksiä, alemmuudentunnetta, syyllisyydentunteita, kuvitelmia synnistä, katumusta tai kuvitelmia perikadosta.	
	<b>0</b>	Ei pessimistisiä ajatuksia
	<b>2</b>	Silloin tällöin ajatuksia epäonnistumisesta, itsesyytöksiä tai itsensä aliarvioimista.
	<b>4</b>	Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.
<b>6</b>	Harhakuvitelmia perikadosta, katumuksesta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.	
<b>10. Itsemurha-ajatukset</b>	Tarkoittaa elämään kyllästymistä, luonnollisen kuoleman toivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhavalmisteluja. <b><i>Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta arviointiin.</i></b>	
	<b>0</b>	Nauttii elämästä. Tavanomainen elämänhalu.
	<b>2</b>	Elämään kyllästynyt. Vain ohimeneviä itsemurha-ajatuksia.
	<b>4</b>	Parempi olisi kuolla. Itsemurha-ajatukset ovat yleisiä ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta selkeitä suunnitelmia tai aikeita ei ole.
<b>6</b>	Selvästi harkittuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluja.	
Lasketaan pisteiden kokonaissumma, jonka avulla voi arvioida masennuksen vaikeusastetta. Tarkoituksena on arvioida tämänhetkistä vointia (3vrk). Voidaan käyttää myös hoidon vasteen seurantaan.		
<b>0 - 11</b>	<b>Ei kliinistä masennusta</b>	
<b>12 - 19</b>	<b>Lievä masennustila</b>	
<b>20 - 34</b>	<b>Keskivaikea masennustila</b>	
<b>35 +</b>	<b>Vakava-asteinen masennustila</b>	

## LIITE 4: SUICIDE INTENT SCALE (SIS)

Nimi: \_\_\_\_\_ Täyttöpäivä: \_\_\_\_\_

Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_ Yhteispistemäärä: \_\_\_\_\_

	HAASTATTELIJA KYSYY	HAASTATTELIJA KOODAA
1.	Oliko kukaan läsnä kun vahingoititte itseänne? (samassa huoneessa, puhelinkeskustelussa).	<b>Eristäytyminen</b>
		0   Joku toinen läsnä
		1   Joku toinen lähistöllä tai mahdollisuus kontaktiin (esim. puhelimitse).
		2   Ei ketään läsnä, ei mahdollisuutta kontaktiin.
2.	Millä hetkellä vahingoititte itseänne? Odotitko jotakuta. Olisiko joku voinut saapua pian? Tiesittekö että jonkin aikaa kuluisi ennen kuin kukaan voisi tulla. Vai ettekö ajatellut lainkaan tätä mahdollisuutta.	<b>Ajoitus</b>
		0   Ajoitettu niin, että väliintulo mahdollinen.
		1   Ajoitettu niin, että väliintulo epätodennäköinen.
		2   Väliintulo erittäin epätodennäköinen.
3.	Teittekö mitään estääksenne jonkun löytämästä itseänne, esim. otitteko puhelimen seinästä, laitoitko oven lukkoon tms.	<b>Varokeinoja väliintulon tai löytämisen estämiseksi</b>
		0   Ei varotoimenpiteitä.
		1   Passiivisia varotoimenpiteitä, kuten toisten välttäminen yrittämättä aktiivisesti estää väliintuloa (esim. yksin huoneessa lukitsematta).
		2   Aktiivisia varokeinoja (esim. lukittu ovi).
4.	Vahingoitettuanne itseänne, ilmoititteko jollekulle mitä olitte juuri tehnyt (esim. puhelimitse).	<b>Toiminta avun saamiseksi yrityksen jälkeen</b>
		0   Ilmoittanut mahdolliselle auttajalle yrityksestä.
		1   Ollut yhteydessä mahdollisen auttajan kanssa ilmoittamatta varsinaisesti yrityksestä.
		2   Ei ollut yhteydessä kenenkään kanssa eikä ilmoittanut yrityksestä kenellekään.
5.	Kun olitte päättänyt vahingoittaa itseänne maksoitteko joitakin laskuja, hyvästelittekö jonkun, kirjoititteko testamentin?	<b>Lopullisia toimenpiteitä ennen oletettua kuolemaa</b>
		0   Ei mitään.
		1   Ajatteli tehdä tai teki jotain ennen oletettua kuolemaa.
		2   Teki täsmällisiä suunnitelmia (teki testamentin tai muutti sitä, antoi lahjoja, irtisanoi vakuutuksen).
6.	Olitteko suunnitellut tekoanne jonkin aikaa? Teittekö joitain valmisteluja, kuten lääkkeiden säästäminen tms.	<b>Suunnittelun aste</b>
		0   Ei mitään valmistautumista.
		1   Vähäistä tai kohtalaista valmistautumista.
		2   Perusteellista valmistautumista.
7.	Kirjoititteko yhden tai useamman jäähyväiskirjeen? Jos ”kyllä”, niin kenelle? Jos ”ei” ajattelitteko kirjoittaa jäähyväiskirjettä.	<b>Itsemurhaviesti</b>
		0   Ei kirjoittanut eikä ajatellut kirjoittaa.
		1   Ajatteli, mutta ei kirjoittanut viestia.
		2   Viesti olemassa kirjoitettuna, tai hävitetty.
8.	Kerroitteko viimeisen vuoden aikana naapureille ystäville ja / tai perheenjäsenille, suoraan tai epäsuorasti, että teillä oli aikomuksia vahingoittaa itseänne?	<b>Kommunikointi itsemurha-aikomuksesta yritystä</b>
		0   Ei avointa kommunikointia.
		1   Vihjailevaa kommunikointia.
		2   Yksiselitteitä, suoraa kommunikointia.

9.	Mitä toivoitte saavuttavanne itsenne vahingoittumisella?	<b>Teon tarkoitus</b>	
		0	Pääasiassa muihin vaikuttaminen.
		1	Hetken lepo.
		2	Kuolema.
10.	Kuinka suuriksi arvioitte mahdollisuutenne kuolla tekonne seurauksena?	<b>Yrityksen tuhoisuutta koskevat oletukset</b>	
		0	Piti kuolemaa epätodennäköisenä tai ei ajatellut asiaa.
		1	Piti kuolemaa mahdollisena, mutta ei todennäköisenä.
		2	Piti kuolemaa todennäköisenä tai varmana.
11.	Jos lääkkeiden yliannostus: ”Piditteko nauttimaanne lääkemäärää kuolettavaa annosta pienempänä tai suurempana”. Oliko teillä enempää lääkkeitä? <u>Muussa tapauksessa</u> : ”Ajattelitko jotain muita itsemurhatapoja, jotka ajatteli sen saattavan olla kohtalokasta olisivat olleet vähemmän vaarallisia tai vaarallisempia kuin käyttämänne menetelmä.	<b>Käsitykset menetelmän tehokkuudesta</b>	
		0	Vahingoitti itseään vähemmän kuin oletti olevan kohtalokasta tai ei ajatellut asiaa.
		1	Oli epävarma menetelmän tehokkuudesta tai.
		2	Menetelmän vaarallisuus ylitti potilaan odotukset tai oli yhtäpitävä niiden kanssa.
12.	Katsotteko tekonne tarkoituksena olleen itsenne surmaamisen?	<b>Yrityksen vakavuus</b>	
		0	Ei pitänyt yritystä vakavana aikomuksena surmata itseään.
		1	Oli epävarma yrityksen vakavuudesta.
		2	Piti tekoaan vakavana yrityksenä surmata itsensä.
13.	Mitkä olivat ajatuksenne elämästä ja kuolemasta?	<b>Elämänhalun ambivalenssi</b>	
		0	Ei halunnut kuolla.
		1	Henkiinjääminen oli yhdentekevää.
		2	Halusi kuolla.
14.	Millaisiksi arvioitte henkiinjäämisen mahdollisuudet jos saisitte lääketieteellistä apua yrityksen jälkeen?	<b>Käsitykset pelastumisesta</b>	
		0	Piti kuolemaa epätodennäköisenä mikäli saisi lääketieteellistä hoitoa.
		1	Oli epävarma olisiko kuolema ollut torjuttava vissa lääketieteellisin keinoin.
		2	Oli varma kuolemastaan lääketieteellisestä hoidosta huolimatta.
15.	Kuinka kauan ennen yritystänne olitte päättänyt yrityksen tekemisestä? Olitteko ajatellut sitä jo jokin aikaa vai teittekö sen hetken mieltäjohteesta?	<b>Itsemurha-ajatusten esiintyminen</b>	
		0	Ei itsemurha -ajatuksia -teko hetken mieltäjohte.
		1	Suunnitteli yritystä korkeintaan 3 tuntia.
		2	Suunnitteli yritystä enemmän kuin 3 tuntia.
ARVIOINTI: SIS = SUICIDE INTENT SCALE			
		0 - 8	<b>matala intentio</b>
		8 - 12	<b>kohtalainen intentio</b>
		13 - 20	<b>korkea intentio</b>
		21 +	<b>hyvin korkea</b>

**LIITE 5: TOIVOTTOMUUDEN ARVIOINTIASTEIKKO (HS)**

Nimi: \_\_\_\_\_ Täyttöpäivä: \_\_\_\_\_

Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_ Yhteispistemäärä: \_\_\_\_\_

Tässä kyselylomakkeessa on 20 väittämää. Lue ne huolellisesti. Jos väittämä kuvaa asenteitasi viime viikolla ja myös tänään, laita rasti kysymyksen kohdalla olevan kyllä vaihtoehdon kohdalle. Jos taas väittämä ei ole kokemuksesi mukainen, laita rasti ei-vaihtoehdon kohdalle.

kyllä	ei	
		<b>1.</b> Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti ja innostuneesti.
		<b>2.</b> On parasta luovuttaa, koska ei voi tehdä mitään parantaakseen elämää.
		<b>3.</b> Kun asiat menevät huonosti, minua auttaa tieto, ettei näin voi jatkaa ikuisesti.
		<b>4.</b> En pysty kuvittelemaan, millaista elämäni tulee olemaan kymmenen vuoden kuluttua.
		<b>5.</b> Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä tärkeimmiksi kokemani asiat.
		<b>6.</b> Uskon tulevaisuudessa menestyväni tärkeimmiksi kokemissani asioissa.
		<b>7.</b> Tulevaisuuteni näyttää synkältä.
		<b>8.</b> Pidän itseäni erityisen onnekkaana ja odotan saavani osakseni enemmän hyvää kuin ihmiset yleensä.
		<b>9.</b> En ole saanut onnistumisen mahdollisuuksia enkä usko saavani niitä tulevaisuudessakaan.
		<b>10.</b> Aiemmat kokemukseni luovat hyvän perustan tulevaisuudelleni.
		<b>11.</b> Tulevaisuuteni näyttää minusta surkealta eikä siihen näytä mahtuva ilonaiheita.
		<b>12.</b> En odota saavuttavani, mitä todella toivon.
		<b>13.</b> Kun mietin tulevaisuutta, odotan olevani onnellisempi kuin tällä hetkellä.
		<b>14.</b> Asiat eivät suju suunnitelmieni mukaisesti.
		<b>15.</b> Uskon lujasti tulevaisuuteen.
		<b>16.</b> En koskaan saa, mitä haluan, joten on tyhmää toivoa mitään.
		<b>17.</b> On hyvin epätodennäköistä, että saan mistään todellista tyydytystä tulevaisuudessa
		<b>18.</b> Tulevaisuus näyttää mielestäni epäselvältä ja epävarmalta.
		<b>19.</b> Odotan elämäntäni enemmän hyviä kuin huonoja aikoja.
		<b>20.</b> Minun ei todellakaan kannata yrittää mitään, mitä haluan, koska en todennäköisesti tule saavuttamaan sitä.

		TOIVOTTOMUUDEN ARVIOINTIASTEIKKO: pisteytysohje
kyllä	ei	
		1. Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti ja innostuneesti.
		2. On parasta luovuttaa, koska ei voi tehdä mitään parantaakseen elämää.
		3. Kun asiat menevät huonosti, minua auttaa tieto, ettei näin voi jatkua ikuisesti.
		4. En pysty kuvittelemaan, millaista elämäni tulee olemaan kymmenen vuoden kuluttua.
		5. Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä tärkeimmiksi kokemani asiat.
		6. Uskon tulevaisuudessa menestyväni tärkeimmiksi kokemissani asioissa.
		7. Tulevaisuuteni näyttää synkältä.
		8. Pidän itseäni erityisen onnekkaana ja odotan saavani osakseni enemmän hyvää kuin ihmiset yleensä.
		9. En ole saanut onnistumisen mahdollisuuksia enkä usko saavani niitä tulevaisuudessakaan.
		10. Aiemmat kokemukseni luovat hyvän perustan tulevaisuudelleni.
		11. Tulevaisuuteni näyttää minusta surkealta eikä siihen näytä mahtuva ilonaiheita.
		12. En odota saavuttavani, mitä todella toivon.
		13. Kun mietin tulevaisuutta, odotan olevani onnellisempi kuin tällä hetkellä.
		14. Asiat eivät suju suunnitelmieni mukaisesti.
		15. Uskon lujasti tulevaisuuteen.
		16. En koskaan saa, mitä haluan, joten on tyhmää toivoa mitään.
		17. On hyvin epätodennäköistä, että saan mistään todellista tyydytystä tulevaisuudessa.
		18. Tulevaisuus näyttää mielestäni epäselvältä ja epävarmalta.
		19. Odotan elämältäni enemmän hyviä kuin huonoja aikoja.
		20. Minun ei todellakaan kannata yrittää mitään, mitä haluan, koska en todennäköisesti tule saavuttamaan sitä.
<p>PISTEYTYSOHJE: Laske yhteen yllä olevan pisteytyksen mukaiset vastaukset, <input type="checkbox"/> mustamaton ruutu = yksi piste. Pisteiden yhteenlaskettu summa on potilaan toivottomuusindeksi.</p>		
<p><b>0 - 3 ei merkittävää toivottomuutta</b>  <b>4 - 8 lievää toivottomuutta</b>  <b>9 - 14 kohtalaista toivottomuuden kokemusta, kohonnut itsemurhavaara</b>  <b>15 - 20 kliinisesti vakava-asteista toivottomuutta, huomattava itsemurhavaara. Arviointi ja interventiot tarpeellisia</b></p>		

**LIITE 6: Beckin ahdistuskyselylomake (BAI)**

Alla on lueteltu tuntemuksia, joita voi esiintyä silloin, kun ihminen on ahdistunut. Ympyröi numero sen mukaan, miten paljon tuntemus on rasittanut sinua kuluneen viikon aikana tämä päivä mukaan lukien.

	ei lainkaan	lievästi	kohtalaisesti (hyvin epä- miellyttävää, mutta kestin sen)	vakavasti (niin vakavaa, että hädin tuskin kestin sen)
1. Puutuminen tai kihelmöinti	0	1	2	3
2. Kuuma olo (joka ei johdu lämpötilasta)	0	1	2	3
3. Heikotus jaloissa	0	1	2	3
4. Kyvyttömyys rentoutua	0	1	2	3
5. Pelko siitä, että pahin tapahtuu	0	1	2	3
6. Huimaus	0	1	2	3
7. Sydämentykytys	0	1	2	3
8. Tasapainohäiriöt	0	1	2	3
9. Kauhun tunne	0	1	2	3
10. Hermostuneisuus	0	1	2	3
11. Tukehtumisen tunne	0	1	2	3
12. Käsien vapina	0	1	2	3
13. Muu vapina	0	1	2	3
14. Itsehillinnän menettämisen pelko	0	1	2	3
15. Hengitysvaikeus	0	1	2	3
16. Kuolemanpelko	0	1	2	3
17. Yleinen pelokkuus	0	1	2	3
18. Ruoansulatusvaikeudet	0	1	2	3
19. Pyörtymisen pelko	0	1	2	3
20. Punastuminen	0	1	2	3
21. Hikoilu (joka ei johdu kuumuudesta)	0	1	2	3
<b>BAI</b> (Beckin ahdistuskyselylomake) Tutkittava täyttää lomakkeen valitsemalla kustakin kohdasta tilanteen, joka parhaiten kuvaa tämänhetkistä vointia. Tutkittavan ympäröivät numerot lasketaan yhteen ja saadun summan perusteella katsotaan tutkittavan ahdistuksen aste.				
<b>0 - 7 pistettä</b> <b>8 - 15 pistettä</b> <b>16 - 25 pistettä lievä</b> <b>26 - 63 pistettä vaikea</b>				

**LIITE 7: Huumeiden ja lääkkeiden käytönkyselylomake (DAST)**

Nimi: \_\_\_\_\_ Täyttöpäivä: \_\_\_\_\_

Lomakkeen kysymykset käsittelevät huumeiden (ei alkoholin) ja lääkkeiden käyttöä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta. Lue jokainen kysymys huolellisesti ja vastaa ympäröimällä so- piva vaihtoehto (kyllä / ei).

Huumeiden ja lääkkeiden ”väärinkäytöllä” tarkoitetaan joko:

- 1) reseptilääkkeiden ja käsikauppalääkkeiden käyttämistä ohjeita suurempina annoksina tai;
- 2) lääkkeiden/huumeiden käyttöä muuhun kuin lääkinnällisiin tarkoituksiin (esimerkiksi itsensä päihdyttämiseen).

Kysymysten piiriin kuuluvia aineita ovat esimerkiksi kannabis (hasis, marijuana), kokaiini, opiaa- tit (morfiini, heroini), stimulantit (mm. amfetamiini), impattavat aineet (mm. liimat, polttonesteet), rauhoittavat lääkkeet (mm. Diapam), barbituraatit (mm. eräät unilääkkeet) ja hallusiogeenit (mm. LSD). **HUOM! kysymykset eivät koske alkoholia.**

Vastaa jokaiseen kysymykseen. Jos kumpikaan vaihtoehtoista ei tunnu täysin oikealta, ympyröi lähinnä oikeaa oleva vaihtoehto.

**KYSYMYKSET KOSKEVAT 12 VIIMEKSI KULUNUTTA KUUKAUTTA!**

<b>Riskin arviointi:</b>	<b>kyllä</b>	<b>ei</b>
1. Oletko käyttänyt huumeita tai lääkkeitä muista kuin terveyssyistä?		
2. Oletko käyttänyt väärin reseptilääkkeitä?		
3. Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti?		
4. Selviätkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä?		
5. Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden) käytön?		
6. Onko sinulla koskaan ollut huumeista tai lääkkeistä johtuvia muistikatkoksia tai ta- kaumia?		
7. Tunnetko koskaan syällisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?		
8. Moittivatko vanhempasi tai puolisesi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärin- käytöstä?		
9. Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisesi tai sinun ja vanhempiesi välille?		
10. Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi?		
11. Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?		
12. Oletko joutunut työssäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi hankaluuksiin?		
13. Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia?		
14. Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena?		
15. Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä?		
16. Onko sinut pidätetty huumeiden hallussapidosta?		
17. Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen?		
18. Onko sinulla ollut huumeista tai lääkkeistä johtuvia terveysongelmia (esim. muistinme- netyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.)?		
19. Oletko hakenut apua huume- tai lääkeongelmiisi?		
20. Oletko ollut huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjille tarkoitettussa erityishoitopaikassa?		

