

Laura Suomalainen, Noora Seilo, Henna Haravuori ja Mauri Marttunen

Nuoren viiltely ja muu itsetuhoinen käyttäytyminen

Viiltelyn taustat voivat olla hyvin monimuotoiset ja viittaavat nuoren keinottomuuteen säädellä tunteita. Viiltelevän nuoren itsekritiikki, syyllisyys ja häpeä vaikeuttavat avun pyytämistä. Viiltelevä nuori tulisi tunnistaa mahdollisimman varhain ja ohjata yksilöllisen arvion jälkeen tarvittavan tuen piiriin. Aikaisempi itseä vahingoittava käyttäytyminen suurentaa merkittävästi itsemurhayritysten riskiä. Vastaavasti aikaisemmat itsemurhayritykset ennustavat lisääntyntä itseä vahingoittavaa käyttäytymistä. Itsetuhoinen käyttäytyminen tulee arvioida mahdollisimman moniulotteisesti; jatkumona ja osana nuoren kokonaistilannetta. Itsetuhoiseen käyttäytymiseen tulee puuttua mahdollisimman varhain, ja hoitopolku perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon on pidettävä selkeänä. Viiltelyn ja itsetuhoisuuden ehkäisyssä keskeistä on varhainen tunnistaminen sekä psykoedukaatio mielenterveyden tukemisesta.

Viiltely aiheuttaa huolta, pelkoa ja hätää sekä nuoren lähipiirissä että terveydenhuollon henkilöstöllä. Suomalaisessa poikittaistutkimuksessa 13–18-vuotiaista nuorista 11,5 %:n todettiin elämänsä aikana viillelleen itseään ainakin kerran, ja muulla tavalla itseään oli vahingoittanut 10,2 % (1). Viiltely voi olla kertaluonteista kokeilua, mutta se voi liittyä myös vakaviin kasvun ja kehityksen ongelmiin, kaltoinkohteluun, traumatisoitumiseen ja riskikäyttäytymiseen. Koska syyt ovat moninaiset, viiltelevä nuori tulee aina arvioida yksilöllisesti. Toistuvasti itseään viiltelevä nuori tarvitsee yleensä erikoissairaanhoidon arviota.

Itsemurha on maailmanlaajuisesti toiseksi yleisin kuolinsyy 15–29 vuotiaitten keskuudessa (2). Vaikka nuorten itsemurhakuolleisuus Suomessa on vähentynyt yli 40 % vuodesta 1990, se on edelleen kansainvälisesti arvioituna suuri. Itsemurha-ajatukset ja yritykset ovat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Kuitenkin itsemurhista poikien tekemiä on 75–80 %. Vain alle neljännes itsemurhan tehneistä ja noin puolet itsemurhaa yrittäneistä nuorista on saanut edeltävästi psykiatrista hoitoa (3,4).

Itsetuhoinen käyttäytymisen tulee arvioida jatkumona, mahdollisimman moniulotteisesti ja osana nuoren kokonaistilannetta

Yleensä nuori viiltää tai vahingoittaa itseään helpottaakseen oloaan. Taustalla on harvoin halu kuolla, mutta toistuva viiltely lisää selvästi myöhemmän itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskiä (4–6). Yleensä nuoruusikäisen itsetuhoinen käyttäytyminen liittyy mielenterveyden häiriöön, kuten ahdistukseen, masennukseen, psykoottisuuteen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, päihdeongelmiin, käytöshäiriöihin ja tunteiden säätelyn häiriöihin (3). Pitkäaikainen riskikäyttäytyminen ilman selkeää itsensä vahingoittamista tai kuoleman päämäärää voi liittyä esimerkiksi fyysisten sairauksien hoidon laiminlyömiseen, päihteen käyttöön tai muuhun oman terveyden ja turvallisuuden kohtuuttomaan vaarantamiseen. Epämääräinen ja ulkonaisesti vaarattomaltakin vaikuttava itsemurhayritys on aina vakava viesti siitä, että nuori ei ole hallinnut tunteitaan tai on keinoton haastavassa elämäntilanteessaan. Mikäli itsetuhoisiin ajatuksiin liittyy voimakas kuoleman halu tai itsemurhasuunnitelma, on nuori todennäköisessä vaarassa yrittää itsemurhaa.

TAULUKKO 1. Itsetuhoisuuden riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä.

Riskitekijöitä	Suojaavia tekijöitä
Perheeseen liittyvät tekijät	
Vanhemman mielenterveyshäiriö	Läheiset välit perheeseen
Avioero	Läheiset sisarusuhteet
Kuolema	Vanhemman välittävä huolenpito
Vaikeat, riitaiset vuorovaikutussuhteet perheessä	Lapsen huomiointi
Lähiomaisen itsetuhoisuus	Vastavuoroisuus
Elämäntapahtumat	
Varhaisen vuorovaikutuksen haasteet	Sosiaalisen verkoston tuki
Seksuaalinen ja fyysinen kaltoinkohtelu	Kyky hakea apua kriisitilanteessa
Ihmissuhdevaikeudet	Vakaat elinolosuhteet
Koulukiusaaminen	Itsensä tarpeelliseksi tunteminen
Mielenterveyshäiriöt	
Masennushäiriöt	Kokemus siitä, että voi vaikuttaa elämäänsä
Ahdistushäiriöt	Kyky tukeutua tarjottuun apuun
Tunnesäätelyn häiriöt	Hyvä olemassa oleva hoitosuhde
ADHD	Hyvät kokemukset aikaisemmista hoidoista
Käytöshäiriöt	
Päihdehäiriöt	
Psykoottisuus	
Persoonallisuustekijät	
Impulsiivisuus	Optimistinen elämänsen
Toivottomuus	Avoimuus
Huono itsetunto	Hyvä itsekontrolli
Heikot ongelmanratkaisutaidot	Impulssien sietokyky
Perfektionismi	Hyvät sosiaaliset valmiudet
	Itsearvostus
	Itseluottamus
	Uskonnollisuus
	Kuolemanpelko
Koulutustason ja sosioekonomiseen tasoon liittyvät tekijät	
Miessukupuoli	
Alhainen sosioekonominen taso	
Alhainen koulutustaso	

Mielenterveydenhäiriöt itse-tuhoisen käyttäytymisen taustalla

Nuoruusikä alkaa psyykkisten ja fyysisten muutosten jaksosta, puberteetista ja ajoittuu suurin piirtein ikävuosiin 13–22. Nuoruudessa mielialojen vaihtelu, itsetietoisuus, itsekritiikki, riskialis käytös ja omien rajojen koettelu lisääntyvät. Tiettyyn rajaan saakka riskialtis käyttäytyminen, satunnaiset päihdekokeilut ja käyttäytymisen äkkivääryys voidaan tulkita

nuoruusiän kehitykseen kuuluvaksi. Kuitenkin esimerkiksi pitkäkestoiset mielialavaihtelut, voimakas ahdistuneisuus, paniikkikohtaukset, sosiaalinen eristyneisyys, ja toimintakyvyn lasku koulussa, kotona tai harrastuksissa ovat asioita joista nuoruusikäisen kohdalla tulee huolestua (7). Psykkisen pahoinvoinnin tunnistaminen voi olla haastavaa erityisesti nuorilla, jotka eivät oireile ulospäin, vaikka ajatukset ja toiminta voivat viestittää neuvottomuutta ja toivottomuutta.

Masennustilat, joiden yleisyys nuoruudessa on noin 10 %, lisäävät itsemurhariskiä merkittävästi. Masennustilojen yleisyys eri tutkimuksissa on ollut 40–80 % itsemurhayrityksen tehneillä nuorilla. Masennustilojen liitännäissairaudet, kuten ahdistuneisuus, tunne-elämän säätelyn vaikeudet ja päihdehäiriöt lisäävät edelleen itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskiä (3).

Tunnesäätelyn haasteet ovat nuoruusiässä tavallisia. Pitkäkestoisina tunnesäätelyn haasteet ovat kuormittavia, aiheuttavat nuorelle kärsimystä ja heikentävät toimintakykyä. Kun tunnesäätelyn vaikeudet tunnistetaan pysyväksi osaksi nuoren persoonallisuutta ja toimintakykyä, puhutaan persoonallisuushäiriöistä (8). Nuoruusikäisten persoonallisuushäiriöistä tavallisin on epävakaata persoonallisuushäiriö. Tunne-elämän epävakauteen liittyvät impulsiivinen käyttäytyminen ja voimakkaat tunteet, joita nuoren on vaikea tunnistaa ja nimetä. Epävakaan nuoren itseä vahingoittava käyttäytyminen kuten viiltely, aggressiivisuus, humalahakuinen juominen, holtiton seksuaalinen käyttäytyminen, huumeiden käyttö ja lääkeyritykset ovat kehittymättömiä keinoja hallita esimerkiksi hylkäämiskokemuksia ja niiden laukaisemaa ahdistusta (9).

Päihdeiden väärinkäyttö liittyy usein masennukseen ja epäsosiaalisuuteen. Mitä nuorempana päihdekokeilut ovat alkaneet, sitä todennäköisemmin päihdeiden käytön taustalla on yritys hallita eri syistä aiheutuvaa psyykkistä kipua. Suurin osa nuorten itsemurhayrityksistä on tekohetkellä impulsiivisia, ja ne tehdään päihtyneenä.

Noin 5 % skitsofreniaa sairastavista potilaista kuolee itsemurhan vuoksi. Keskeiseksi riskitekijäksi tunnistetaan sairauteen liittyvä stigma ja eristäytyneisyyden kokemukset. Psykoottiset jaksot lisäävät merkittävästi itsetuhoisten ajatusten ja itsemurhayritysten riskiä (10).

Itsemurha-ajatukset ja itsensä vahingoittaminen

Yleensä itsemurha-ajatukset liittyvät tavoitteen kontrollon pitkä jatkunutta, tuskallista olotilaa. Itsemurha-ajatusten taustalla voi olla

mielialaoireita, elämänhallinnan haasteita, ristiiriitoja ihmissuhteissa, somaattisia kiputiloja tai pitkään jatkunutta päihdeiden käyttöä. Yhdysvaltalaisessa haastattelututkimuksessa 13–18-vuotiaiden nuorten elämän aikaisten itsemurha-ajatusten yleisyys oli noin 12 %, itsemurhasuunnitelmien 4 % ja -yritysten noin 4 % (9).

Aikaisemmat itsemurhayritykset ja itseä vahingoittava käyttäytyminen lisäävät itsemurhayrityksen riskiä merkittävästi. Vastaavasti aikaisemmat itsemurhayritykset ennustavat lisääntyneitä itseä vahingoittavaa käyttäytymistä. Toistuva itsensä vahingoittaminen pienentää itsemurhayritysten kynnystä – todennäköisesti altistamalla nuorta sietämään itsemurhayritykseen liittyvää fyysistä kipua ja pelkoa (6). Suurin osa itsemurhan tehneistä nuorista on aikaisemmin uhannut itsemurhalla tai puhunut siitä lähipiirilleen. Kolmannes itsemurhan tehneistä on yrittänyt itsemurhaa aikaisemmin. Psykiatrisen hoidon piirissä olevilla nuorilla itsetuhoisuus on yleistä erityisesti potilailla, joilla on todettu masennuksen tai päihdeongelmien lisäksi tunnesäätelyn häiriöitä tai muita persoonallisuushäiriön piirteitä, kuten estyneen, epäsosiaalisen tai epäluuloisen persoonallisuushäiriön piirteitä. Näistä nuorista noin 85 %:lla todetaan itsetuhoisuutta (9,11).

Viiltely

Viiltely on yritys selviytyä psyykkisesti sietämättömästä olost, eikä siihen yleensä liity suunnitelmaa itsensä tappamisesta. Nuori voi kuvata viiltelevänsä, jotta kykenisi tuntemaan edes tuskaa muuten tyhjässä olotilassaan. Viiltely voi olla keino hallita itseä, rankaista itseä tai kokea kontrollin tunnetta kaoottisessa elämäntilanteessa (12). Viiltelemällä nuori pyrkii hallitsemaan psyykkistä kipua keskittämällä ajatuksensa fyysiseen kipuun. Se kertoo keinottomuudesta ilmaista pahaa oloa tai tunnistaa negatiivisia tunteita. Nuoren kokemaa itsekritiikkiä, syyllisyyttä, häpeää ja vihaa voivat vaikeuttaa avun hakemista. Viiltely tulee aina arvioida jatkumona, toistuva tai jatkuva viiltely voi edetä itsemurhayritykseen (13).

Yleensä viiltely tapahtuu yksin ja salassa, mutta voi myös olla julkista joko yksin tai ryh-

TAULUKKO 2. Asteittain vakavoituviin itsemurha-ajatuksiin käyttäytymiseen liittyvä suurempi itsemurhan riski.

Epäsuora itsetuhoisen käyttäytyminen	Pitkäaikaisen sairauden hoidon laiminlyönti, riskialtis käyttäytyminen, kuten päihteiden käyttö tai runsaat seksikumppanit
Epäspesifiset kuoleman toiveet	”Olisi ehkä helpompaa olla kuollut” ”En jaksa enää elää”
Epäspesifiset itsemurha-ajatukset ilman intentiota	”Haluan kuolla” ”Voisin tehdä itsemurhan”
Itsemurha-ajatukset ja itsemurhaintentio	”Aion tappaa itseni ottamalla yliannoksen minulle määrättyjä lääkkeitä”
Itsemurhayritys jossa mukana itsemurhaintentio Kartoita myös keskeytyneet tai keskeytetyt aikaisemmat yritykset	Lääkkeiden yliannostus, hukuttautumisyritys, hirttäytymisyritys, korkealta paikalta hyppääminen, itsen vahingoittaminen itsemurhatarkoituksessa

mässä. Viiltely voi aiheuttaa riippuvuutta, ja sen on huomattu tarttuvan käyttäytymismallina esimerkiksi koulussa oppilaalta toiselle tai sosiaalisesta mediasta haetun vahvistuksen, tuen ja hyväksynnän kautta (14). Nuori voi viiltää itseään ympäri kehoa joko näkyvästi tai vaatteilla piilotettaviin paikkoihin. Muihin kuin näkyviin paikkoihin viiltelyn on osoitettu liittyvän tunne-elämän ongelmiin, dissosiativisiin oireisiin ja itsemurha-ajatuksiin (12).

Itseään vahingoittavat nuoret voidaan karkeasti jakaa kokeilijoihin, lievästi itseään vahingoittaviin ja vakavasti itseään vahingoittaviin, jolloin viiltelystä on tullut automatisoitunut tapa hallita negatiivisia tunteita ja rentoutua (15).

Viiltely voi siis olla kertaluonteinen kokeilu, mutta se voi liittyä myös vakaviin kasvun ja kehityksen ongelmiin, kaltoinkohteluun, traumatisoitumiseen ja riskikäyttäytymiseen, kuten tupakointiin, päihteiden käyttöön ja muihin elämän hallinnan haasteisiin. Moni viiltelyyn turvautuva on kokenut lapsuudessaan laiminlyöntiä, väkivaltaa ja turvattomuutta (16). Vakavimmillaan viiltely liittyy syömishäiriöihin, masennukseen, persoonallisuushäiriöihin, käytöshäiriöihin, traumaperäiseen oireiluun ja psykoottisiin häiriöihin (12). Viiltelyn moninaisten syiden vuoksi toistuvasti itseään viiltelevän nuoren hoidon tarve tulisikin arvioida erikoissairaanhoidossa tai sen tuella mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Itsetuhoisen käyttäytymisen arviointi

Itsetuhoisuus tulee arvioida jatkumona ja osana nuoren kokonaistilannetta (TAULUKKO 2 ja 3). Itsetuhoisten ajatusten tai viiltelyn puheeksi ottaminen ei lisää itsemurha-ajatusten tai -yritysten riskiä. Päinvastoin, nuori kokee tavallisesti helpottavana sen, että työntekijä ottaa ne puheeksi (17).

Keskeistä on selvittää aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen tai viiltely, riskitekijät sekä altistavat tekijät (TAULUKKO 1). Tyypillisimpiä itsetuhoisuutta laukaisevia tekijöitä ovat riidat läheisissä ihmissuhteissa, esimerkiksi vanhempien tai ystävien kanssa. Seurustelusuhteen kriisit ovat laukaisevana tekijänä jopa puolessa nuorten itsemurhista (18). Turvallinen, johdonmukainen vanhemmuus, lähipiirin tuki ja persoonan joustavuus suojaavat nuorta itsetuhoisuudelta, vaikka riskitekijät olisivatkin kasautumassa (19,20).

Oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) mukaan kiireellisessä tapauksessa, kuten nuoren oireillessa itsetuhoisesti, on hänelle järjestettävä mahdollisuus keskusteluun psykologin tai kuraattorin kanssa samana tai seuraavana päivänä. Näissä tilanteissa yhteistyö opiskeluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon psykologien ja kuraattorien kesken olisi oltava mahdollisimman avointa ja joustavaa. Tämä on erityisesti huo-

mioitava tulevaisuudessa opiskeluterveydenhuollon siirtyessä maakuntien liikelaitoksiin ja muiden opiskeluhoollon palvelujen jäädessä kuntiin. Edelleen itsetuhoisen nuoren hoitopolku opiskeluterveydenhuollosta psykiatriseen erikoissairaanhoidon on välttämätön.

Mikäli koulussa havaitaan esimerkiksi viiltelyä usealla oppilaalla samaan aikaan, yksilöllisen arvioinnin ja tunnistamisen lisäksi tärkeätä on pyrkiä helpottamaan muiden oppilaiden, vanhempien ja henkilökunnan huolta antamalla psykoedukaatiota mielenterveyden tukemisesta, psyykkisen kuormittumisen tunnistamisesta ja erilaisista tunnesäätelyn ja ahdistuksen hallinnan keinoista (20).

Itsemurhariskin arviointi

Vaikka itsemurhan toteutumista ei voi ennustaa, tulee jokaisen psyykkisestä syystä vastaanotolle tulleen nuoren itsemurhariski arvioida (TAULUKKO 2 ja 3). Keskeistä on pohtia, ovatko itsetuhoiset ajatukset tai viiltely olleet reagointia sietämättömään elämäntilanteeseen, keino ilmaista pahaa oloa, yritys saada pahaan oloonsa apua vai onko kyse itsemurhasuunnitelmasta (21).

Itsemurha-ajatusten ja viiltelyn vakavuus vaihtelee, ja vastaavasti riskitekijöillä on erilainen painoarvo. Esimerkiksi impulsiiviselle itsemurhayritykselle on tyypillistä, että sitä edeltää jonkinlainen ristiriitatilanne ihmissuhteissa, joka aiheuttaa voimakasta hallitsematonta ahdistuneisuutta. Toisaalta masentunut nuori on voinut viillellä ja suunnitella itsemurhaa pitkään (19,20).

Akuutista itsemurhavaarasta viestivät toivottomuus, näköalattomuus ja ympäristön turvattomuus. Aikaisemmat itsemurhayritykset, itsemurhasta puhuminen, masennus, voimakas ahdistuneisuus, psykoottisuus, päihteiden käyttö, välinpitämättömyys itseä kohtaan, tunnesäätelyn vaikeudet ja selkeä toimintakyvyn heikkeneminen liittyvät suurentuneeseen itsemurhavaaraan (15). Hoitosuhteen katkokset ja pettymykset hoitavaan tahoon lisäävät itsetuhoisuuden riskiä. Itsemurhaa yrittäneen nuoren arvioissa yrityksen impulsiivisuus ja suunnitelmallisuus, kuolemantoiveen voimak-

TAULUKKO 3. Johdonmukaisen itsetuhoisuuden arvioimisen ydinasioita.

Ajankohtainen kuormitus
Ristiriidat kaverisuhteissa
Kriisit seurustelusuhhteissa
Sairastuminen
Taloudelliset menetykset
Mielenterveyshäiriöt ja -ongelmat
Masennus
Kaksisuuntainen mielialahäiriö
Runsas päihteiden käyttö
Psykoottisuus
Nykyinen ja aikaisempi toimintakyky
Koulumenestys
Harrastaminen
Muutokset sosiaalisissa suhteissa
Perhetilanne
Perheen sisäiset vuorovaikutussuhteet
Vanhempien voimavarat
Vanhempien sairastuminen
Vanhempien päihteidenkäyttö
Perheenjäsenten mielenterveysongelmat
Menetykset
Vanhempien suhtautuminen tilanteeseen
Itsetuhoisen käyttäytyminen
Aikaisemmat itsetuhoiset ajatukset
Aikaisempi itseä vahingoittava käyttäytyminen
Aikaisemmat itsemurhayritykset
Itsemurhayritykset tai itsetuhoinen käyttäytyminen perheessä tai muussa lähipiirissä
Itsemurhayrityksen ja itsetuhoisten ajatusten laatu
Itsemurhayrityksen suunnitelmallisuus
Itsemurha-ajankohdan suunnittelu ja valmistelu
Itsemurhasuunnitelmista kertominen muille
Itsemurhavälineiden saatavuus
Toivottomuus
Onko itsemurhavaara edelleen olemassa?

kuus ja pysyvyys sekä arvio siitä, onko nuori helpottunut yrityksen epäonnistumisesta, auttavat hoitosuunnitelman sekä uusiutumisen arvioinnissa. Itsemurhariskin arvio tulee aina dokumentoida potilasasiakirjoihin.

TAULUKKO 4. Viiltelyn arvioinnin ja hoidon keskeiset tavoitteet.

Potilaan inhimillinen kohtaaminen ja hoidon ripeä aloittaminen viiltelyn syytä riippumatta

Välitön fyysisen ja psyykkisen hoidontarpeen kiireellisyysarvio

Potilaslähtöinen psykososiaalinen arvio, riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden sekä liitännäissairauksien kartoittaminen

Kivun, epämukavuuden ja pitkän sekä lyhyen aikavälin haittojen vähentäminen

Potilaan ja omaisten sitouttaminen hoitoon

Tarvittaessa ripeä lähettäminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon

Ripeä psykiatrisen ja psykososiaalisen hoidon käynnistäminen erikoissairaanhoidossa ja selkeä työnjako eri toimijoiden välillä

Integroitu ja johdonmukainen hoitopolku perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä

TAULUKKO 5. Keskeisiä tavoitteita masentuneen nuoren itsetuhoisuuden hoidoissa.

Toivon herättäminen

Itseymmärryksen ja hyväksymisen lisääntyminen

Ikätasoisien toimintakyvyn ja kehityksen palautuminen

Aktiivisen toimijuuden vahvistaminen

Ahdingsietotaitojen, sosiaalisten taitojen ja tunnesäätelytaitojen vahvistaminen

Perheen tuen ja ymmärryksen lisääminen

Ruuhallinen vuorovaikutus ja huoltajan mukaanotto

Nuoren itsetuhoisten ajatusten ja käyttäytymisen toteamisen yhteydessä joudutaan pohtimaan vaitiolovelvollisuuden suhdetta alaikäisen etuihin. Usein nuoren edun mukaista on toimia tilanteessa mahdollisimman läpinäkyvästi. Rauhallinen, ennakoiva vuorovaikutus ja huoltajan mukaanotto vahvistavat itsetuhoisen nuoren tilanteen vakautumista ja hoidon onnistumista, vaikka nuori aluksi vastustaisikin huoltajan läsnäoloa (22). Vaikka nuorelle voi olla tärkeää kertoa tilanteestaan ensin ammattilaiselle, alaikäisen nuoren etu tavallisesti on, että huoltajat ovat tietoisia nuoren itsetuhoisuudesta. Koska vanhempien on vaikea arvioida realistisesti nuoruusikäisen lapsensa psyykkistä oireilua,

on kiinnitettävä huomiota huoltajien riittävään psykoedukaatioon ja tarvittaessa rauhoittamiseen. Täysi-ikäisen nuoren primaarinen tuki voi olla puoliso, jonka psykoedukaatio ja mukaanottaminen hoitosuunnitelman tekoon yleensä auttaa toipumista.

Haastattelussa tulee pyrkiä avoimuuteen ja johdonmukaiseen esitetöiden kartoittamiseen sekä nuorelta että huoltajalta tai puolisoilta yhdessä ja erikseen. Itsetuhoajatuksista tulee kysyä nuorelta itseltään suoraan, mahdollisimman avoimesti. Kaikkiin viittauksiin itsemurhasta tulee suhtautua vakavasti. Viiltelystä ja muusta itsetuhoisesta käyttäytymisestä tulee kysyä erikseen ja kartoittaa, mihin nuori viiltelyllä pyrkii (23).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksissa viiltelyjäljet on mahdollista havaita. Myös opettajat ja nuoren kaverit voivat huolestua viiltelyjäljistä. Opiskeluterveydenhuolto ja opiskeluhuollon psykologit sekä kuraattorit ovat keskeinen tuki itsetuhoisesti oireilevan nuoren arjessa. Nuoren ollessa erikoissairaanhoidossa, on tärkeää sopia työnjaosta opiskeluterveydenhuollon, muun opiskeluhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (24). Tärkeys korostuu hoidon siirtymävaiheissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä hoidon siirtyessä nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan (TAULUKKO 4).

Itsetuhoisen nuoren hoito

Itsetuhoisen käyttäytyminen on tunnistettava mahdollisimman varhain esimerkiksi oppilaitoksissa. Nuorelle on tarjottava asianmukaista tukea opiskeluhuollossa sekä terveydenhuollon eri tasoilla mukaan lukien päivystystilanteet (TAULUKKO 5). Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultoinnissa tulee olla aktiivinen potilaan kokonaistilanteeseen sopivan hoitopolun suunnittelemiseksi. Itsemurhayrityksen tehneet tulee aina ohjata erikoissairaanhoidon arvioon päivystyksellisesti tai kiireellisenä mikäli ajankohtaista psykiatrista hoitoa ei ole tiedossa. Vakavasti itsetuhoisen nuori tulee ohjata mahdollisimman nopeasti psykiatriseen jatkohoitoon ja mahdollisuuksien mukaan varmistaa, että nuori on päässyt

ajalleen. Vastaavasti perustason hoitavia työntekijöitä tulee informoida nuoren luvalla erikoissairaanhoidon jatkohoitosuunnitelmasta. Akuutin kriisivaiheen jälkeen nuoren oirekuva, ajankohtainen diagnostiikka ja kokonaistilanne arvioidaan tutkimusjaksolla. Kokonaistilanteen vakauduttua nuoren soveltuvuus, halukkuus ja oikea-aikaisuus erilaisiin psykoterapeuttisiin interventioihin selvitetään. Osana itsetuhoisuuteen liittyvän mielenterveyshäiriön hoitoa arvioidaan psykenlääkehoidon tarve. Hoitomuodot, hoitopaikka ja hoidon kesto ratkaistaan yksilöllisesti, ja ne määräytyvät useiden eritekijöiden vaikutuksesta (25).

Sairaalahoitoa voidaan tarvita, jos itsemurhan riskitekijöitä todetaan enemmän kuin suojaavia (TAULUKKO 1) eikä sairaalahoito ole nuoren oirekuvan ja kokonaistilanteen kannalta vasta-aiheista. Esimerkiksi tunne-elämältään epävakaiden nuorten pitkällä sairaalahoidolla ei yleensä saavuteta itsemurhalla suojaavaa vaikutusta, vaikka he voivatkin hyötyä lyhyestä, strukturoidusta kriisihoitokäytöstä sairaalassa. Sen sijaan psykoottisilla ja vakavasti masentuneilla nuorilla sairaalahoitokäytös on usein välttämätöntä suurentuneen itsemurhariskin vuoksi. Lisäksi nuori voi tarvita sairaalahoitoa, vaikka akuutti itsemurhavaara olisikin väistymässä, jos läheisten aikuisten tai muun verkoston tuki ei riitä turvaamaan lähipäivien tilannetta.

Lopuksi

Viiltely ja muu itsetuhoisen käyttäytyminen on merkki nuoren kuormittuneisuudesta ja keinottomuudesta säädellä tunteita, ja siihen tulee aina ripeästi ja myötätuntoisesti puuttua. Itsetuhoisuutta tulee arvioida kaikilta psykiatrisesti oireilevilta nuorilta, vaikka itsetuhoisuus ei olisikaan ensisijainen psykiatrisen tutkimuksen syy. Toistuvat itsemurha-ajatukset tai itseä vahingoittavat teot ovat aina merkki siitä, että nuori voi pahoin ja että tavanomainen nuoruuskehitys on häiriintynyt. Vaikka itsemurhaa ei voi ennustaa, johdonmukainen itsemurhariskin arviointi auttaa välittömän hoidon ja jatkohoidon suunnittelussa, potilasturvallisuuden parantamisessa, nuoren, huoltajien ja läheisten osallistamisessa ja toivon ylläpitämisessä. Itse-

Ydinasiat

- ▶ Viiltely ja muu itsetuhoisen käyttäytyminen tulee ottaa aktiivisesti puheeksi, ja siihen tulee aina puuttua.
- ▶ Viiltelyn ja muun itsetuhoisen käyttäytymisen syyt ovat moninaiset, ja ne tulee arvioida jatkumona.
- ▶ Perheen mukaan ottaminen itsetuhoisen käyttäytymisen arvioon ja hoitoon parantaa ennustetta.
- ▶ Itsetuhoisen käyttäytymisen riskiä suurentavat erityisesti masennushäiriöt ja -oireet, päihteiden käyttö, psykoottiset häiriöt ja oireet, sekä tunne-elämän epävakaus.
- ▶ Itsetuhoisen käyttäytymisen ehkäisyssä keskeistä on psykoedukaatio.

tuhoisen käyttäytymisen ehkäisyn keskiössä on turvallisen ja iänmukaisia haasteita ja onnistumisen kokemuksia tarjoavan arjen turvaaminen. Mielenterveyttä tukevia keinoja ja taitoja on mahdollista vahvistaa esimerkiksi Nuorten mielenterveystalon tarjoaman nettipalvelun ja kouluissa toteutettavien tunne- ja vuorovaikutustaitojen opetusohjelmien käyttöä lisäämällä. ■

LAURA SUOMALAINEN, LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti (KAT), ylilääkäri
Hyks Psykiatria, nuorisopsykiatrian linja

NOORA SEILO, LL, nuorisolääkäri, yhteisöterveyden ylilääkäri
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

HENNA HARAVUORI, LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, vs. osastonylilääkäri
Hyks Psykiatria, nuorisopsykiatrian linja

MAURI MARTTUNEN, LT, professori
Helsingin yliopisto ja Hyks, nuorisopsykiatria

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Laukkanen E, Rissanen M L, Honkalampi, ym. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:23–8.
2. World Health Statistics 2014. Geneva: World Health Organization 2014. www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/.
3. Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen M. Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors, and prevention. *Current Pediatric Reviews* 2011;7:52–67.
4. Renaud J, Berlim MT, Séguin M, ym. Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: a case-control study. *J Affect Disord* 2009;117:168–73.
5. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, ym. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:772–80.
6. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, ym. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury In the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry* 2011;171:1–7.
7. Aalto-Setälä T, Marttunen M. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriötä vai ei? *Duodecim* 2007;123:207–13.
8. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, ym. ESCAP expert article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:1307–20.
9. Nock, MK Green JG, Hwang I, ym. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013;70:300–10.
10. Cassidy RM, Yang F, Kapczynski F, ym. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr Bull* 2017. DOI: 10.1093/schbul/sbx131.
11. Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372–94.
12. Laukkanen E, Rissanen M L, Honkalampi K, ym. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:501–10.
13. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, ym. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatr Res* 2006;144:65–72.
14. Marchant A, Hawton K, Stewart A, ym. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. *PLOS One* 2017;12. DOI: 10.1371/journal.pone.0181722.
15. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:22–7.
16. Hirvonen R, Kontunen K, Amnell G, ym. Itseen viiltelevä nuori. *Duodecim* 2004;120:944–50.
17. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, ym. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:1635–43.
18. Marttunen M, Laukkanen E, Kumpulainen K, ym. Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa: Kumpulainen E, Aronen H, Ebeling E, ym, toim. Lastenpsykiatria ja Nuorisopsykiatria. 1. painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim 2016:392–404.
19. Shaffer D, Pfeffer C. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:245–51S.
20. Self-harm [QS34]. National Institute of Health and Care Excellence (NICE) Guidance 2013. www.nice.org.uk/guidance/qs34.
21. Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E, ym. Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym, toim. Psykiatria. 12. painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim 2017:586–603.
22. Aggarwal S, Patton G. Engaging families in the management of adolescent self-harm. *Evid Based Ment Health* 2018;21:16–22.
23. Shain BN, the Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2007;120.
24. Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, ym. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20/2016. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2017.
25. Strandholm T, Ranta K, Gergov V, ym. Nuorten itsetuhoisuuden ja epävakaiden piirteiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2016;71:717–23.

SUMMARY

Cutting and suicidal behavior in adolescents

The background of cutting is very complex and refers to the inability of the adolescent to regulate emotions. Self-judgment, guilt and shame often discourage the adolescent from seeking help. One should strive for recognizing these adolescents as early as possible and guide them, via individual examination, to adequate support and care. Previous episodes of self-harm increase the risk of attempting suicide. Furthermore, adolescents with earlier suicide attempts have a higher risk of more severe and more frequent attempts of harming themselves. Therefore suicidal behavior should be evaluated broadly, as a continuous process. Early interventions, treatment pathways and collaboration between primary and secondary care must be clear. For prevention of suicidal behavior, one should focus on strengthening the mental health through different means of psychoeducation.