

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2023

Miro Myllyniemi

ITSETUHOISEN HENKILÖN TUNNISTAMINEN JA KOHTAAMINEN



Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

2023 | 55 sivua

Miro Myllyniemi

ITSETUHOISEN HENKILÖN TUNNISTAMINEN JA KOHTAAMINEN

Masennus, ahdistuneisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, epävakaa persoonallisuus ja skitsofrenia ovat kaikki mielenterveyshäiriöitä, jotka voivat johtaa itsetuhoisuuteen. Nämä sairaudet vaikuttavat henkilön mielialaan, ajatteluun ja käyttäytymiseen, ja niiden tunnistaminen on tärkeää itsetuhoisuuden ehkäisemiseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallisuuskatsaus itsetuhoisen henkilön tunnistamisesta ja kohtaamisesta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kuusi tutkimusta, jotka analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta, niin ammattilaisten kuin maallikoiden keskuudessa itsetuhoisuudesta ilmiönä, siihen liittyvistä mielenterveyshäiriöistä ja henkilön kohtaamisesta.

Tutkimustulosten perusteella itsetuhoisen kohtaamisessa nousi tärkeimmiksi teemoiksi avoin kommunikaatio, rauhallinen käyttäytyminen, avun saamisen korostaminen, kuunteleminen, empatia, läsnä oleminen ja konkreettinen auttava toiminta akuuttivaiheen väistyessä.

Asiasanat: Itsetuhoisuus, itsemurha, tunnistaminen, kohtaaminen, vuorovaikutus

Turku University of Applied Sciences

Bachelor of Nursing

2023 | 55 pages

IDENTIFYING AND ENCOUNTERING SUICIDAL PERSON

Depression, anxiety disorders, bipolar disorder, borderline personality disorder and schizophrenia are all mental disorders that can lead to suicidality. These illnesses affect a person's mood, thinking, and behavior, and their recognition is important for preventing suicide.

The purpose of the thesis was to conduct a literature review on identifying and encountering suicidal individuals, with the aim of increasing awareness among both professionals and laypeople about suicidality as a phenomenon, the associated mental disorders, and how to encounter and interact with the individual based on different research findings. Six studies were selected for the literature review and analyzed using content analysis.

Based on the research results, important themes emerged in encountering a suicidal individual, including open communication, calm behavior, emphasizing the importance of seeking help, listening, empathy, being present, and providing concrete help as the acute phase subsides.

[Click here to enter text.](#)

Keywords:

Self-destructive behavior, suicidal person, identifying, encountering

Sisältö

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 ITSETUHOISUUS ILMIÖNÄ | 7 |
| 2.1 Itsemurha | 7 |
| 2.2 Itsetuhoisuuden ehkäiseminen | 11 |
| 3 ITSETUHOISUUTEEN LIITTYVIÄ MIELENTERVEYSONGELMIA | 14 |
| 3.1 Masennus eli depressio | 14 |
| 3.2 Ahdistuneisuushäiriö | 17 |
| 3.2.1 Paniikkihäiriö | 18 |
| 3.2.2 Julkisten paikkojen pelko | 20 |
| 3.2.3 Sosiaalisten tilanteiden pelko | 22 |
| 3.2.4 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö | 23 |
| 3.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö | 25 |
| 3.4 Epävakaa persoonallisuus | 28 |
| 3.5 Psykoosit ja skitsofrenia | 29 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVA KYSYMYS | 34 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 35 |
| 5.1 Kirjallisuuskatsaus | 35 |
| 5.2 Aineiston keruu | 35 |
| 5.3 Aineiston analyysi | 37 |
| 6 TULOKSET | 39 |
| 6.1 Vuorovaikutus ja kohtaaminen | 39 |
| 6.2 Henkilökohtaiset taustasyyt | 40 |
| 6.3 Perustarpeet ja läheiset | 41 |
| 6.4 Hoidon jatkuvuus ja lääkehoito | 42 |
| 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 44 |
| 8 POHDINTA | 46 |

Kuvat

Kuva 1. Itsemurhakuolemat Suomessa 1921–2019

Kuva 2. Itsemurhaprosessi on yksilöllinen tapahtumasarja, jonka etenemiseen, hidastumiseen, estymiseen ja myös lopputulokseen vaikuttavat lukuisat eri tekijät

Taulukot

Taulukko 1 Itsemurhaa yrittäneiden potilaan hyvän psykiatrisen arvioinnin ja alkuhoidon malli

Taulukko 2 ICD-10: mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit

Taulukko 3 Paniikkihäiriön (F41.0) diagnostiset kriteerit

Taulukko 4 Julkisten paikkojen pelon (F40.0) diagnostiset kriteerit

Taulukko 5 Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10)

Taulukko 6 Yleistyneen ahdistuneisuuden (F41.1) diagnostiset kriteerit

Taulukko 7 Mielialahäiriökysely

Taulukko 8 Skitsofrenian diagnostiset kriteerit Suomessa käytössä olevan ICD-10-tautiluokituksen mukaan

Taulukko 9 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Taulukko 10 Aineistotaulukko

1 JOHDANTO

Vuonna 2017 itsemurhan teki Suomessa 824 henkilöä. Itsemurhayrityksiä taas on vuosittain Suomessa 10 000–30 000. Itsemurhien määrä Suomessa on laskenut vuodesta 1990 melko tasaisesti. Tuolloin itsemurhia tehtiin yli 1500. Viime vuosina itsemurhien määrä on kuitenkin ollut pienessä kasvussa (Tilastokeskus 2017), ja jos tämä tendenssi jatkuu, joutuu hoitohenkilökunta kohtaamaan itsemurhaa yrittäneitä henkilöitä ja heidän läheisiään useammin työssään. Jokainen itsemurha traumatisoi neljästä kuuteen ihmistä (Schildt 2016).

Itsetuhoinen käyttäytymien tarkoittaa itsensä vahingoittamista tai henkeä uhkaavan riskin ottamista. Käyttäytyminen voi näkyä joko suorana tai epäsuorana. Epäsuora itsetuhoisuuskäyttäytyminen on yleensä tiedostamatonta ja sillä ei pyritä niinkään kuoleman tuottamiseen, mutta henkilö voi laiminlyödä terveyttään eri tavoin. Suora itsetuhoisuus taas voi näkyä itsemurhasta puhumisena tai konkreettisena tekona. (Itsetuhoisuus: HUS, Mielenterveystalo 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuuskatsaukseen perustuvaa tietoa, selventää taustoja ja ilmiötä itsetuhoisuudesta ja sen tunnusmerkeistä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kootusti tietoa itsetuhoisen potilaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta. Tietoa voidaan hyödyntää itsetuhoisen henkilön hoitotyössä ja vähentää itsetuhoisuuteen liittyviä ilmiöitä varhaisen puuttumisen metodilla.

Aihe on tutkittavana asiana tärkeä, sillä jokainen turha kuolema on vältettävissä, mikäli autettavilla ja auttajilla on vain oikeat työkalut toimia asian ehkäisemiseksi. Aihe on myös suomalaisessa kulttuurissa tabu, sillä itsemurhan käsittely on raskasta ja hankalaa, etenkin itsemurhan tehneen lähipiirille ja auttajille. Näistä syistä on tärkeää lisätä tietoutta itsetuhoisuudesta ja itsemurhien ehkäisemisestä.

2 ITSETUHOISUUS ILMIÖNÄ

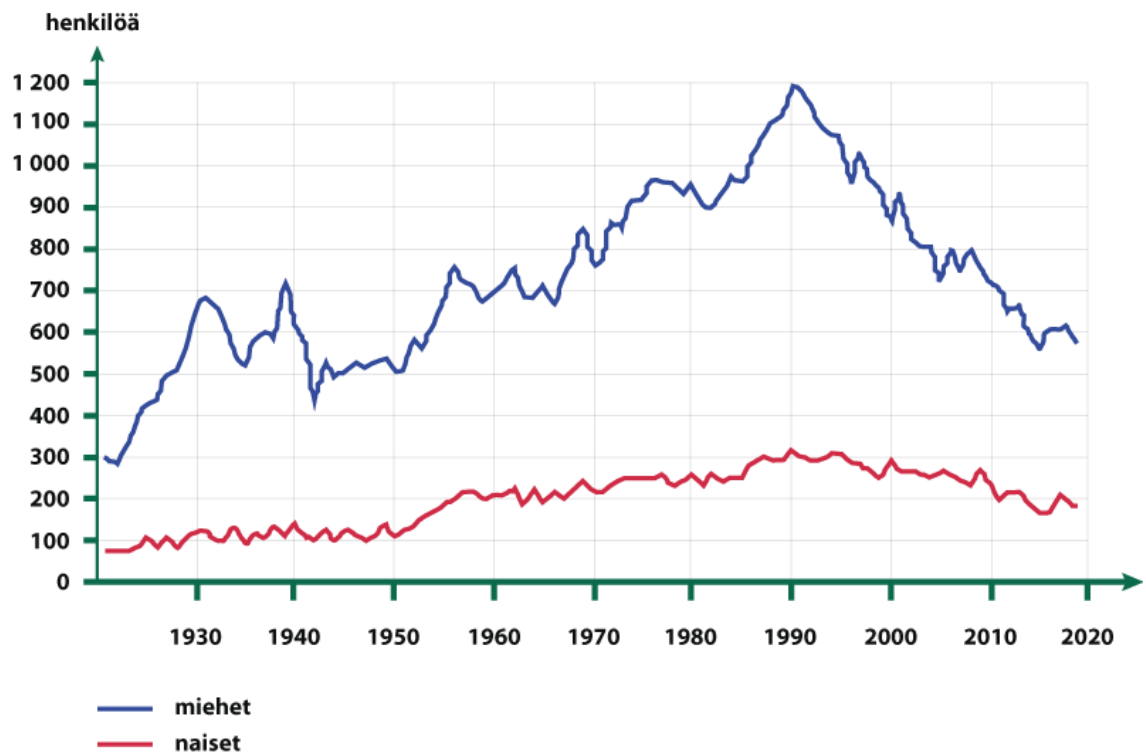
Itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, johon sisältyy itsensä vahingoittamista tai henkeä uhkaavan riskin ottamista. Käyttäytyminen voi ilmetä epäsuorasti tai suorasti. Epäsuorassa itsetuhokäyttäytymisessä ihminen saattaa ottaa omaa elämäänsä uhkaavia riskejä, mutta hänellä ei ole kuitenkaan tietoista itsensä vahingoittamisen tai kuoleman päämäärää. Epäsuorasti itsetuhoisuus voi ilmetä esimerkiksi oman terveyden kohtuuttomana rasittamisena, fyysisten sairauksien laiminlyömisenä, riskien ottona liikenteessä tai päihteiden liikkakäyttönä. Holtitonta seksuaalikäyttäytymistä voidaan myös pitää itsetuhoisuutena. Suora itsetuhoisuus voi näyttäytyä itsemurhasta puhumisena, itsemurha-ajatuksina, itsemurhayrityksenä tai äärimmilleen vietyinä itsessään itsemurhana. (Itsetuhoisuus: HUS, Mielenterveystalo 2019.)

Akuutissa itsetuhokäyttäytymisessä tärkeinä laukaisutekijöinä toimivat kielteisesti koetut ajankohtaiset tapahtumat, sekä itsemurhametodien helppokäyttöisyys. Itsetuhokäyttäytymisen hoidossa korostuu masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden, päihdeongelmien ja impulsiivisuuden hyvä hoito potilailla, joilla on useita eri mielenterveyshäiriöitä ja fyysisiä oireita tai sairauksia. Itsemurhaa yrittäneen ihmisen itsetuhoisuuden vakavuuden ja jatkohoidon tarpeen arvioiminen on erityisen tärkeää. (Isometsä 2019.)

2.1 Itsemurha

Itsemurha tarkoittaa suoran itsetuhoisuuden äärimmäistä keinoa, jolla uhri päättää oman elämänsä. Itsemurhat johtuvat lähes aina elämän aikana kasaantuneista kuormittavista ongelmista. Riskejä itsemurhien syntyyn ovat muun muassa päihdeongelmat, yhteiskunnan arkielämästä syrjäytyminen, pitkäaikaiset kipua aiheuttavat sairaudet, riittämätön apu ja aikaisemmat itsemurhayritykset, sekä mielenterveyden häiriöt, joista etenkin masennus on keskeisessä asemassa. (THL 2019.)

Itsemurhavaara voi näyttäytyä itsetuhoisen henkilön toiminnassa ja käyttäytymisessä. Henkilön itsemurhavaara on suuri esimerkiksi silloin, kun henkilö vetäytyy omiin oloihinsa tai tuntee itsensä etääntyneeksi, liikkuu tunnetiloiltaan äärimmäisyydestä toiseen, puhuu halustaan kuolla, puhuu olevansa muiden taakkana ja etsii keinoa tappaa itsensä. Mitä useampi yllä mainituista seikoista täyttyy, sitä suurempi itsemurhan vaara on. (THL 2019.)

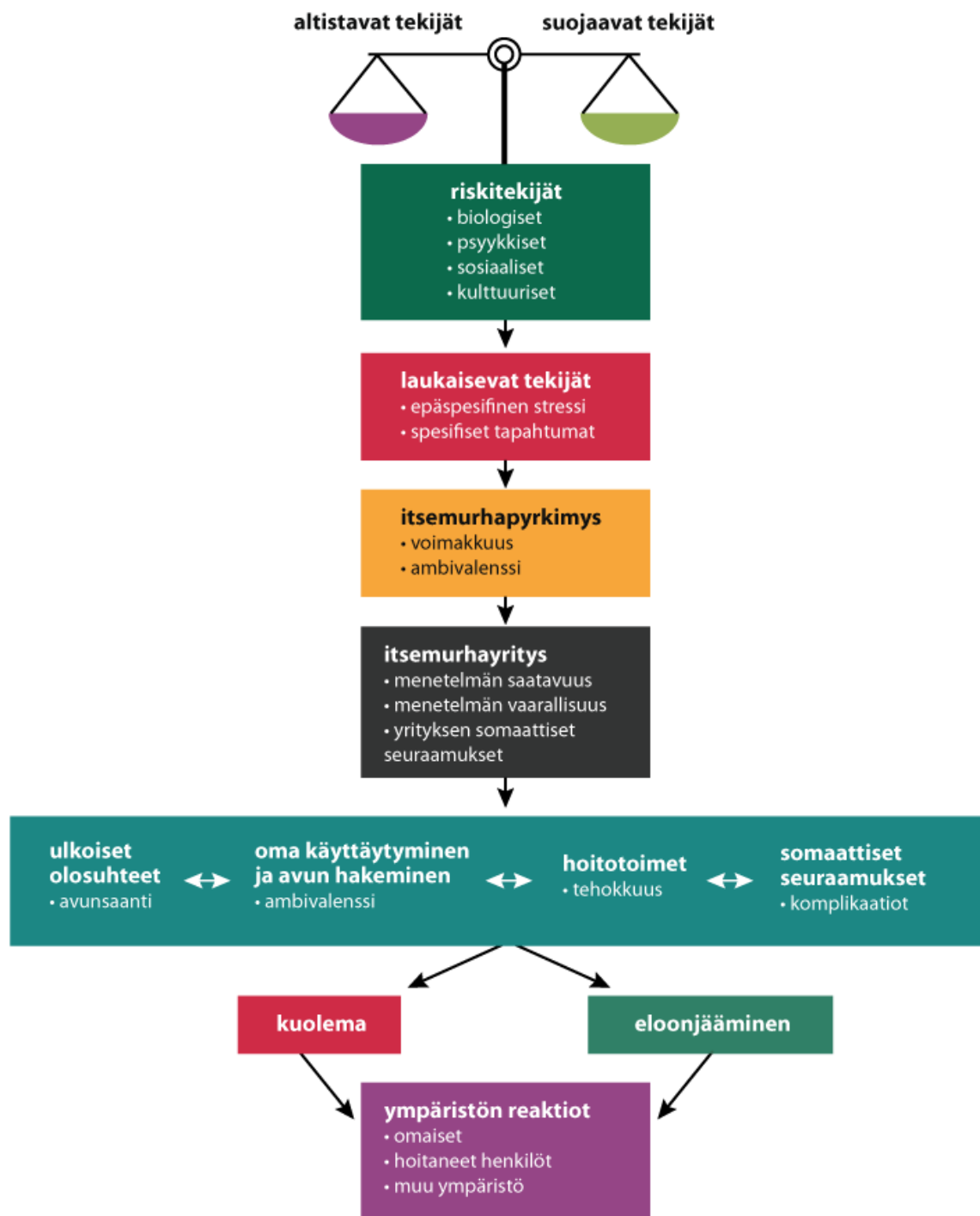


Kuva 1. Itsemurhakuolemat Suomessa 1921–2019 (Henriksson ym. 2021).

Yllä olevassa kuvassa (Kuva 1.) on tilastollinen taulukko Suomessa tehtyjen itsemurhakuolemien määrästä eri vuosikymmeninä. Taulukon alkuvuosista 1921–1960 luvut näyttävät aika pieniltä. Taustalla saattaa olla tilastollisen aineiston keräämisen ja analysoinnin kehittymättömyys nykypäivään verrattaessa, ja luvut saattavat olla todellisesti korkeammat, sillä tilasto riippuu myös siitä, että onko kuolema luokiteltu itsemurhaksi vai epäselväksi kuolemaksi. (Henriksson ym. 2021). 1990-luvulla oleva piikki taas heijastaa, 1990-luvun suurta lamaa, jossa pankit olivat antaneet liian helpoin perustein pankkilainaa. Laman aikana pankkien ei annettu kaatua, joka johti siihen, että ihmiset velkaantuivat huimasti, yritykset kaatuivat, ihmiset jäivät työttömiksi ja

jopa kodittomiksi, ja pankit lunastivat itselleen lainoihin sidottua omaisuutta, eli esim. asuntoja, yritysten omaisuutta ja lainatakaajien omaisuutta. Tilanne johti ihmisillä suuriin kriiseihin, joista osalla ei ollut tarpeeksi toivoa ja voimavaroja niistä selviytymiseen, jolloin osa ihmisistä päätti tappaa itsensä. (Henriksson ym. 2021). Tulevina vuosina tilastojen päivittyessä saatamme nähdä uuden piikin vuosina 2019–2024, johon liittyy COVID19 -pandemiasta aiheutunut terveydenhuollon kriisi, ihmisten syrjäytyminen rajoitusten takia ja hoitoon pääsyn viivästyksen vuoksi aiheutuneet mielenterveysongelmien kasaantuminen, sekä mahdollisesti vuoden 2022 Venäjän hyökkäydestä Ukrainaan tuoma epävarmuus tulevaisuutta kohtaan ja inflaation kiihtyminen USA:n ja EU:n talousalueilla.

Kuvassa 1 näkyy myös itsemurhan tehneiden sukupuolijakauma. Tilasto osoittaa miesten tekemien itsemurhien olevan naisten tekemiä itsemurhia kolminkertaisesti yleisempiä. Syynä määrän epätasaisuuteen on miesten käyttämien itsemurhamenetelmien väkivaltaisemmat keinot, kuten ampumaseiden käyttö, hirttäytyminen, korkealta hyppääminen tai auton pakokaasuihin tukehtuminen suljetussa tilassa. Näihin menetelmiin on vaikeampi vaikuttaa vähäisen väliintulon mahdollisuuden vuoksi. Naisten itsemurhakuolemista noin puolet koostuu lääkkeiden ja muiden myrkyllisten aineiden tappavista annostuksista, joihin pystyy helpommin vaikuttamaan, esimerkiksi lääkkeiden määräämiskäytännöllä, sairaalahoidolla ja mahdollisten vasta-aineiden käytöllä. Kun taas miehillä tämän menetelmän käyttö on kolmanneksi yleisin itsemurhan syy. Tämän takia naiset epäonnistuvat itsemurhayrityksissään miehiä enemmän. (Henriksson ym. 2021.)



Kuva 2. Itsemurhaprosessi on yksilöllinen tapahtumasarja, jonka etenemiseen, hidastumiseen, estymiseen ja myös lopputulokseen vaikuttavat lukuisat eri tekijät (Henriksson ym. 2021).

Yllä olevan kuvan (Kuva 2.) kaavio tiivistää itsemurhaprosessin yleistetyllä prosessimallilla. Itsemurhaprosessissa lähtökohtaisesti altistavia tekijöitä on

suojaavia tekijöitä enemmän. Altistavat tekijät pitävät sisällään riskitekijät, laukaisevat tekijät, itsemurhapyrkimyksen ja itsemurhayrityksen. Riskitekijöitä ovat yleisesti biologiset-, psyykkiset-, sosiaaliset- ja kulttuuriset tekijät. Laukaisevana tekijänä on yleensä taustalla epäspesifinen stressi menneisyyden tapahtumista ja jokin tietynlainen ajankohtainen laukaiseva tapahtuma päällekkäin (esim. lähimmäisen kuolema, vakavan sairauden puhkeaminen tai ihmissuhteen päättyminen), joka luo henkilölle ylitsepääsemättömältä vaikuttavan kriisin. Itsetuhoisuudesta itsemurhapyrkimykseen vaikuttaa koetun kriisin voimakkuus ja ristiriitaiset tunteet. Kun itsemurhapyrkimys on tarpeeksi suuri, aiheutuu siitä konkreettinen itsemurhan yritys, joka onnistuu mikäli yrityksessä käytössä on tarpeeksi vaarallinen saatavilla oleva menetelmä (esim. hirttäytyminen, ampuma- tai teräaseen käyttö, lääkkeiden tai päihteiden yliannostus), joka myös vaikuttaa yrittäjän fyysisiin elintoimintoihin negatiivisella tavalla (esim. hapen puute, sydämen pysähtyminen tai vaikkapa aivotoimintojen totaalinen romahdus) ja onnistuessaan myös sammuttaa tekijän elintoiminnot. Mikäli suojaavat tekijät ovat tarpeeksi tehokkaita itsemurhayrityksen jälkeen, jää itsemurhaa yrittänyt henkiin, jos taas suojaavat tekijät ovat tehottomia, voi se johtaa kuolemaan. Kuolema vaikuttaa myös ympäristöönsä, kuten omaisiin, hoitavaan henkilöön ja muuhun ympäristöön yleensä negatiivisesti, kun taas eloonjääminen vaikuttaa ympäristöönsä yleensä positiivisesti. (Lönnqvist ym. 2021.)

2.2 Itsetuhoisuuden ehkäiseminen

Itsetuhoisuuden ehkäisyllä tarkoitetaan suoran tai epäsuoran itsetuhoisuuskäyttäytymisen hoitoa, sen vähentämistä tai vaaran alentamista. Itsemurhariskiä pystyy vähentämään lisäämällä suojaavia tekijöitä, kuten parantamalla fyysistä terveyttä, lujittamalla itsetuntoa ja stressin sietokykyä, lisäämällä kontaktia perheen ja perheen ulkopuolisen tukiverkoston ja muiden merkityksellisten ihmissuhteiden välillä, lisäämällä toiveikkuutta elämään sekä vahvistamalla ongelmanratkaisu- ja selviytymistaitoja. (THL 2019a.)

Itsetuhoisen henkilön auttamisessa korostuu mielialahäiriön, kuten masennustilan tai ahdistuneisuuden, päihdeongelmien, todellisuudentajun ja tekojen seurauksista piittaamattoman impulsiivisen käyttäytymisen hyvä hoito. Itsetuhoisella on yleensä samaan aikaan monta mielenterveyshäiriötä sekä usein myös elimellisiä sairauksia tai oireita. Keskeistä on riittävän tiivis voinnin seuranta ja hoitosuunnitelman välitön laatiminen. (THL 2019a.)

Ehkäisevässä työssä terveydenhuollon hoitojärjestelmän toiminnalla on suuri vaikutus, mutta myös yleisen kulttuurisen ja kasvatuksen ilmapiirin painopiste tulisi saada elämänuskoa ja itsetuntoa tukevaksi. Ystävillä, läheisillä ja keskinäisellä välittämisellä on tärkeä merkitys itsetuhoisen käyttäytymisen ehkäisemisessä. (THL 2019b.)

Alla on kooste THL:n kymmenestä periaatteesta itsemurhien ehkäisemiseksi (THL 2019b):

1. Tunnistetaan itsemurhayritykset ja parannetaan jatkohoidon järjestämistä.
2. Havaitaan masennus ja tarjotaan tarpeellista tukea, tehokasta ja monipuolista tukea.
3. Havaitaan kevätaikaan masentuneisuus ja tehostetaan jatkohoidon järjestäminen.
4. Tehostetaan päihteiden käytön ehkäisyä.
5. Opetetaan elämän ongelmien ratkaisukeinoja – päihteiden käyttöä vältetään osana ratkaisua.
6. Tunnistetaan itsemurhavaara ja ehkäistään hoidolla psykoottisia häiriöitä.
7. Lisätään sosiaalista ja psyykkistä tukea ruumiillisten sairauksien hoitokäytännöissä.
8. Lisätään sosiaalista ja psyykkistä tukea elämän kriisitilanteissa oleville.
9. Vältetään nuorten syrjäytymisriskiä turvaamalla omanarvontunnetta ja selviytymistä kehittämällä mahdollisuuksia.
10. Muutetaan kasvatuskulttuuria leimaamisesta, syyllistävyydestä ja rankaisevuudesta kohti itsetunnon, elämänuskon, rohkeuden, yritteliäisyyden ja keskinäisen tuen ilmapiiriä.

Alhaalla olevassa taulukossa (Taulukko 1.) kiteytettynä Käypähoito -suosituksen mukainen itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoitomalli, sisältäen lääkärin arvion, psykiatrisen häiriön, psykiatrisen ensihoidon ja jatkohoidon (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus 2022).

Taulukko 1. Itsemurhaa yrittäneen potilaan hyvän psykiatrisen arvioinnin ja alkuhoidon malli (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus 2022).

| Psykiatrian erikoislääkärin tai psykiatrian alaan perehtyneen lääkärin arvio | Psykiatrisen häiriö (päivystäjä määrittelee keskeisimmän ajankohtaisen ongelman) | Psykiatrisen ensihoito -huomioi monihäiriöisyys (Turvasuunnitelma-intervention voi korvata toisella spesifillä im-yrittäneen hoitoon fokusoidulla interventiolla) | Jatkohoito  |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Arvion oikea-aikaisuus suhteessa kognitiiviseen toimintakykyyn "jalkojen lisäksi päin on toimittava" - Potilaan oma kertomus (narraatio): Mitä tapahtui? Miten päätyi sairaalaan? Tapahtumakulku ja mahdolliset laukaisevat tekijät - Itsemurhayrityksen menetelmä/letaliteetti - Suhtautuminen henkijäämiseen - Kuoleman intention vakavuus: oliko kyseessä itsemurhayritys vai muu itsen vahingoittaminen? Arvioinnissa voi apuna käyttää <ul style="list-style-type: none"> - SIS -lomake lääkeyliannoksen ottaneille, muuten soveltuvin osin - C-SSRS -lomake kysymykset koskien IM-yrityshistoriaa - Alustava diagnostinen arvio, huomio erityisesti (1) psykoottisuus; (2) syvä toivottomuus ja vakavat itsemurha-ajatukset; (3) hallitsematon impulsiivisuus tai päihteiden käyttö tai tilan epävakaus <ul style="list-style-type: none"> - Arvioinnissa voi käyttää MINI-seulonta-kysymyksiä oirekohtaisesti - Huomioi aikaisemmat diagnoosit | Psykoottisuus (sekä skitsofreniaspektri että masennus) → M1 -harkinta | Sairaalahoido, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii | Häiriön mukaisen hoitomallin mukaan, korkea itsemurhariski huomioiden |
| | Vaikea masennus (F32-F33) tai kaaksisuuntainen mielialahäiriö ja erityisesti sen sekamuotoinen sairausvaihe | Häiriön tehokas hoito ensin, sairaalahoidon tai tehostetun avohoidon harkinta, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii | Huomioi lainmukaiset velvoitteet * • Alaikäiset lapset • Ajoterveys • Ampuma-aseet |
| | Epävakaa persoonallisuus (myös DKT-hoito-ohjelmassa olevat potilaat) | Lyhyen sairaalahoidon tai tehostetun avohoidon harkinta, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii | |
| | Päihdeongelma | Päihdehäiriön tarpeenmukainen tehokas hoito (selviämisasema, avo/laitoskatkaisuhoito, psykiatrisen osastohoito), turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii | |
| | Muu (masennus, ahdistus, elämäntilannekriisit ym., muu monihäiriöisyys) | Tarpeenmukainen tehokas hoito, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii | |
| | Itsetuhoinen käyttäytyminen ilman kuoleman intentiota: (esim. viiltely nuoruusikäisellä) | Modifioitu turvasuunnitelma tai tarkempi selvittely esim. ketjuanalyysin avulla | |
| * Huomioitava tarvittaessa jo heti alussa | © Suomalainen Lääkäriseura Duodecim | | |

3 ITSETUHOISUUTEEN LIITTYVIÄ MIELENTERVEYSONGELMIA

3.1 Masennus eli depressio

Masennus sanana mielletään ja ymmärretään yleensä useina eri merkityksinä, joka aiheuttaa helposti sekaannusta. Yleiskielessä sanaa masennus käytetään kuvaamaan epäonnistumisiin, menetyksiin ja pettymyksiin liittyvää ohimenevää suht lyhytkestoista alakuloa, joka ei edellytä mitään hoitoa ohimenevän luonteensa takia. Kun taas itse varsinaisella masennustilalla tarkoitetaan pidempiaikaista, yli kahden viikon yhtäjaksoista, suurimman osan päivästä vaivaavaa mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen laskua, sekä alakuloista mielialaa. Masennustila ei ole kuitenkaan pelkästään vain oireiltaan mielihyvän kokemisen ja mielenkiinnon laskua, sekä alakuloista mielialaa, vaan sen diagnosoiminen edellyttää myös muiden oireiden samanaikaista kokemista. (Rovasalo 2022.)

Vuoden 2021 käypähoito -suosituksen mukaan masennustila on oireyhtymä ja sen diagnostiikasta on keskeistä tunnistaa oireyhtymä yksittäisten masennusoireiden ohella. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2021.) Diagnoosi perustuu aina lääkärin kliiniseen tutkimukseen. Se ohjaa potilaan hoitoa ja arvioi lääkehoidon tai muun hoitojen tarpeellisuuden. Hoidon kannalta oleellisia tietoja ovat ajankohtainen tieto masennustilan vaikeudesta ja mahdollisten aiempien masennusjaksojen esiintyvyys. (Isometsä 2019.)

Keskeisimmät masennustilat jaetaan masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen. Lievässä masennustilassa esiintyy kärsimystä, mutta yleensä ei heikentynyttä toimintakykyä. Keskivaikea masennustila yleensä alentaa toimintakykyä. Vaikeasta masennustilasta kärsivä tarvitsee usein apua päivittäisissä toiminnoissa. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2021.) Alla olevassa taulukossa (Taulukko 2.), masennustilan oirekriteerit tiivistettynä, ja havainnollistettuna milloin kyseessä on lievä, keskivaikea tai vaikea masennus.

Taulukko 2. ICD-10: mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2021)

| Oirekriteerit | Oirekuva |
|---|--|
| A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan. | |
| B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista. | 1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa |
| | 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää |
| | 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys |
| C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4. | 4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen |
| | 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsetsyytökset |
| | 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen |
| | 7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömytenä tai jähkailuna |
| | 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu |
| | 9. Unihäiriöt |
| | 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos |
| Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä. | |

Masennustilan diagnosointi vaatii samanaikaisesti esiintyviä muita oireita. Masennustilalle tyypillisiä oireita ovat painon muutokset, unettomuus ja unen tarpeen lisääntyminen, väsymys ja voimattomuus, liikkeiden ja ajatusten hidastuminen tai kiihtyneisyys, syyllisyyden tuntemukset ja kohtuuton itsekritiikki, vaikeudet ajatella, keskittyä tai tehdä päätöksiä. Lisäksi on kuolemaan liittyviä mielikuvia ja itsemurha-ajatuksia. Useasti masennusoireisiin liittyy eriasteista ahdistuneisuutta sekä alkoholin lisääntynyttä käyttöä. (Huttunen 2018). Psykoottiseen masennustilaan liittyy lisäksi harhaluuloja, aistiharhoja tai depressiivinen stupor (Depressio. Käypä hoito -suositus 2021). Tilapäinen masentunut mieliala, suru pettymyksiin tai menetyksiin ei ole osoitus masennustilasta. Masentuneella mielialan muutokset ja siihen liittyvä oireilu saattavat kestää yhtenäisesti muutaman viikon, kuukauden tai joskus vuosiakin. (Rovasalo 2022.)

Kansanterveysongelmista depressio on yksi suurimmista sairauksista, kun kaikki sairaudet luetaan mukaan. Suomalaisväestön aikuisista depressiosta kärsii noin 5–7 prosenttia. Vuosittain masennukseen myönnetään suurin piirtein

4000 työkyvyttömyyseläkettä ja sairaspäivärahaa vuosittain yli 30 000. Vuosittain masennukseen liittyneitä kuolemantapauksia on suurin piirtein 500 kappaletta. (Isometsä 2021.) Masennusta potevilla on siis selvästi suurentunut itsemurhariski. Itsemurhiin johtaneista masentuneista henkilöistä 5 % on masennustiloista kärsiviä ja 15–20 % kärsii vakavista masennustiloista. (Rovasalo 2022.)

Saatuun masennusdiagnoosiin, potilaan kanssa tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa käydään läpi hänen tarpeensa ja hoitomuodot, joista on potilaan kannalta eniten hyötyä ja vaikuttavuutta tämän kokonaisuudessa. Depression hoito jaetaan yleensä kolmeen eri vaiheeseen: akuuttivaiheen hoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheessa pyritään oireettomuuteen, kunnes oireettomuus toteutuu, jatkohoidon vaiheessa pyritään estämään relapsit, eli oireiden palaamiset, ja ylläpitoehdoilla ehkäistään uusien sairausjaksojen puhkeaminen. Depressiota voidaan hoitaa esimerkiksi joko psykoterapialla, masennuslääkehoidolla tai vaikka yhdistelemällä näitä molempia. Muita hoitomuotoja tietyissä tapauksissa ovat esimerkiksi kirkasvalohoito, sähköhoito, transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito, ja muita neuromodulaatiohoitoja kuten ketamiinilääkehoitoa. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2021.)

Masennuslääkkeiden merkitys on sitä suurempi, mitä vaikeampi masennustila on kysymyksessä. Lievässä ja keskivaikeassa masennustilassa psykoterapia voi olla yksinään riittävä hoito. Lääkehoidon lisäämisellä voidaan tehostaa hoitoa ja molempien avulla voidaan ehkäistä masennustilan uusiutumista. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2021.) Näiden hoitojen lisäksi olisi hyvä myös hoitaa vitamiinipuutostiloja, joista etenkin D-vitamiinilla ja B12-vitamiinilla on suora korrelaatio subjektiiviseen kognition heikentymiseen masennusta sairastavilla ihmisillä. (Ulusoy ym. 2021.)

3.2 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan tunnetilaa, jossa henkilö tuntee pelkoa ulkoa tai sisältä uhkaavan, epämääräisesti tiedostetun vaaran ennakoimisesta. Pelko voi ilmetä yleisenä pelokkuutena, levottomuutena, sydämentykytyksinä, vapinana, ilman loppumisen tunteena, pahoinvointina ja unihäiriöinä.

(Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019.) Henkilö voi kokea pelkoa ja ahdistusta, kun hän kokee stressiä esimerkiksi jännittävissä tilanteissa, kuten esiintymistilanteissa tai elämänmuutoksissa, kuten opiskeluiden aloittaminen ja parisuhteen päättymisen. (Ahdistuneisuushäiriöt. HUS, Mielenterveystalo 2021.)

Ahdistuneisuushäiriöllä taas tarkoitetaan psykiatrisia häiriöitä, jotka heikentävät elämänlaatua ja yleistä toimintakykyä. Tälle häiriölle ominaista on voimakas jatkuva tai kohtauksittainen ahdistuneisuuden ja uhan tunne. Tätä tunnetta yritetään usein säädellä tietynlaisella välttämiskäyttäytymisellä. Häiriöön liittyy usein vaihtelevasti ahdistuneisuuteen kuuluvia, aiemmin kuvattuja somaattisia oireita. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 2019.)

Ahdistuneisuushäiriöt jaotellaan yleisimmin paniikkihäiriöön, sosiaalisten tilanteiden pelkoon, julkisten paikkojen pelkoon ja yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Ahdistuneisuushäiriötä kärsivillä henkilöillä itsemurha-ajatukset ja itsetuhokäyttäytyminen on muuta väestöä keskimäärin yleisempää, jolloin hoidon suunnittelussa itsemurhavaaran arviointi on keskeisessä roolissa. Paniikkihäiriöisistä henkilöistä noin 17–32 %:lla on ollut viimeisen kuukauden aikana itse-tuhoajatuksia, ja 33 % paniikkihäiriöpotilaista on yrittänyt jossain elämänvaiheessa itsemurhaa, kun taas sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivillä noin 16 %:lla oli ollut viimeisen kuukauden aikana itsetuhoajatuksia ja 18 %:lla itsemurhayrityksiä jossain elämänvaiheessa. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 2019.)

3.2.1 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriöllä tarkoitetaan mielenterveyden häiriötä, jolle tunnusomaista on nimenomaan toistuvien paniikkikohtausten esiintyminen, jotka saattavat esiintyä alkuvaiheessa myös ilman laukaisutekijöitä. Terveillä henkilöillä yksittäisiä paniikkikohtauksia voi esiintyä satunnaisesti, mutta satunnaisuutensa vuoksi sitä ei voi kutsua vielä paniikkihäiriöksi. (Isometsä 2021.) Yksittäisiä paniikkikohtauksia esiintyy arvioiden mukaan noin 10–15 %:lla väestöstä, jossain kohtaa elämän aikana. (Paniikin omahoito: HUS, Mielenterveystalo 2021.) Paniikkihäiriön esiintyvyys on naisilla kaksinkertainen miehiin verrattuna, ja se ilmaantuu keskimääräisesti 22 vuoden ikäisellä henkilöllä, ilmaantuvuuden alkaessa kasvaa yli 14-vuotiailla henkilöillä (Huttunen 2020).

Paniikkikohtaus voi ilmaantua äkillisen voimakkaana pelon, ahdistuksen tai pakokauhun tunteena. Kohtaus voi alkaa muutaman minuutin kuluessa ja kestää minuuteista jopa muutamiin tunteihin, mutta useimmiten kestää noin puoli tuntia. Kohtaukseen liittyy yleensä fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kuten esimerkiksi sykkeen voimistuminen ja sitä kautta pelko sydäninfarktin saamisesta. (Isometsä 2021.) Paniikkikohtauksen voi laukaista ympäristötekijät, kuten pitkittynyt stressi, ihmissuhderiidat ja jonkin itselleen tärkeän ihmisen menehtyminen. Myös pähteiden, kuten kofeiinin ja alkoholin liikakäyttö voi laukaista paniikkikohtauksen. (Paniikin omahoito. HUS, Mielenterveystalo 2021.) Alla olevassa taulukossa (Taulukko 3.) paniikkihäiriön diagnostiset kriteerit. Paniikkihäiriöön kuuluu myös muun muassa kohtia autonomisesta kiihotustilasta oireista, rinnan ja vatsan alueelta oireista, psyykkisistä oireista ja yleisoireista (Isometsä 2021b).

Taulukko 3. Paniikkihäiriön (F41.0) diagnostiset kriteerit (Isometsä 2021b).

A Henkilöllä esiintyy toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia.

B Paniikkikohtaukseen liittyvät kaikki seuraavat piirteet:

- (1) kohtaaus on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus
- (2) kohtaaus alkaa äkillisesti
- (3) kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaaus kestää vähintään muutaman minuutin ajan
- (4) kohtaukseen liittyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista a–d:

Autonomisen kiihotustilan oireet

- (a) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa tai kohonnut pulssi
- (b) hikoilu
- (c) vapina
- (d) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

- (e) hengitysvaikeudet
- (f) tukehtumisen tunne
- (g) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
- (h) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet)

Psyykkiset oireet

- (i) pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
- (j) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
- (k) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä
- (l) kuolemanpelko

Yleisoireet

- m) kuumat aallot tai vilunväristykset
- n) ihon puutuminen tai pistely

C {Tavallisimmat poissulkudiagnoosit}. Paniikkikohtaukset eivät johdu elimellisestä sairaudesta, harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai somatisaatiohäiriöstä (F45).

Paniikkihäiriön hoitoon käytetään kognitiivisbehavioraalista psykoterapiaa, jolla pyritään altistamaan potilasta paniikkia aiheuttaviin tilanteisiin ja muokkaamaan paniikkiin johtavia merkityksiä. Masennuslääkehoidon yhdistämisestä suositellaan psykoterapian rinnalle akuuttivaiheen hoidon tehostamiseksi. Yleisimpiä paniikkihäiriön hoidossa käytettäviä masennuslääkkeitä ovat paroksetiini,

sitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini ja venlafaksiini. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus, 2019.)

3.2.2 Julkisten paikkojen pelko

Julkisten tilanteiden pelkoa, eli agorafobiaa potevalle henkilölle tunnusomaista on voimakas ahdistuminen julkisista paikoista taikka tilanteista, joista poispääsy voi olla hankalaa, noloa tai haastavaa saada apua, mikäli ahdistuneisuusoireita ilmaantuu. Tällainen ahdistus alkaa yleensä tyypillisesti pelkästä ajatuksesta, silloin kun henkilön on poistuttava yksin kotoaan ihmisjoukkoon. (Isometsä 2021.) Tällaisia paikkoja voivat olla julkiset kulkuvälineet, kuten bussit ja junat, kaupan jonossa odottaminen, suljettu tila kuten hissi, tai vaihtoehtoisesti suuret avarat tilat, joissa on paljon ihmisiä, kuten torit tai yleisötapahtumat (Huttunen & Socada 2020). Julkisten paikkojen pelosta kärsivä henkilö välttää yleensä edellä mainittuja paikkoja, sillä henkilö kokee voimakasta ahdistuneisuutta näissä paikoissa ja saattaa kestää niitä vain seuralaisen läsnä ollessa (Isometsä 2021).

Agorafobiaa voidaan hoitaa samanaikaisesti serotoniiniin vaikuttavilla masennuslääkkeillä, että lisäämällä tietoutta julkisten paikkojen pelkoon liittyvien oireiden ymmärryksellä, ja altistamalla henkilöä asteittain kohtaamaan ahdistusta aiheuttavia tilanteita käyttäytymisterapioiden keinoin. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 4.) julkisten paikkojen diagnostiset kriteerit. Julkisten paikkojen pelkoon kuuluu myös muun muassa kohtia autonomisesta kiihotustilasta oireista, rinnan ja vatsan alueelta oireista, psyykkisistä oireista ja yleisoireista (Isometsä 2021 c). Esimerkkinä julkisia liikennevälineitä välttävä henkilö laitetaan matkaamaan tukihenkilön kanssa tietty pysäkinväli kerrallaan, nostaan asteittain pysäkkien välimatkan määrää ja tukien sitä kautta asteittain henkilön itsenäistä julkisella liikennevälineellä matkaamista. (Huttunen & Socada 2020.)

Taulukko 4. Julkisten paikkojen pelon (F40.0) diagnostiset kriteerit (Isometsä 2021 c).

| |
|---|
| A Henkilö pelkää tai välttää vähintään kahta luettelossa mainittua tilannetta tai paikkaa: |
| (1) väkijoukot (2) julkiset paikat (3) yksin matkustaminen (4) kotoa lähteminen |
| B Pelkoa aiheuttavassa tilanteessa on ilmennyt vähintään kaksi ahdistusoiretta yhtäaikaisesti ainakin kerran ja toisen oireen täytyy olla jokin kohtien 1–4 oireista: |
| Autonomiset oireet (1) sydämentykytyks tai sydämen hakkaamisen tunne tai kohonnut pulssi (2) hikoilu (3) vapina (4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä |
| Rinnan ja vatsan alueen oireet (5) hengitysvaikeudet (6) tukehtumisen tunne (7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa (8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet) |
| Psyykkiset oireet (9) pyöräyttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila (10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio) (11) itsehallinnan menettämisen, sekoamisen tai tajunnan menettämisen pelko (12) kuolemanpelko |
| Yleisoireet (13) kuumat aallot tai vilunväristykset (14) ihon puutuminen tai pistely |
| C Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia. |
| D Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen. |
| E Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20– F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin. |

3.2.3 Sosiaalisten tilanteiden pelko

Sosiaaliset tilanteet, joissa läsnäolijoiden suhtautuminen saattaa olla kriittistä tai arvioivaa, aiheuttaa usein ihmisissä lievää ahdistuneisuutta, arkuutta tai ujoutta, joka on täysin normaalia ihmiselle tunnusomaista tunnekäyttäytymistä. Mikäli sosiaaliset tilanteet tuottavat hyvin toistuvaa intensiivistä ahdistuneisuutta, joka johtaa toistuviin sosiaalisten tilanteiden välttämiseen, ja tuottaa henkilölle merkittävää tuskaa tai laskee merkittävästi henkilön toimintakykyä, on kyseessä silloin mielenterveyden häiriö nimeltään sosiaalinen fobia, eli sosiaalisten tilanteiden pelko. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 5.) sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit. Aiemmin mainittujen lisäksi sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy myös pelkoa aiheuttavissa tilanteissa punastumista tai vapinaa, oksentamisen, virtsaamisen tai ulostamisen pelkoa. (Isometsä 2021f.)

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa voi hoitaa asteittaisella altistamisohjelmalla erityisesti esiintymistilanteissa, joissa henkilö ensin valmistaa muutamalle ystävälleen esityksen. Sitä mukaa kun harjoitus tuottaa vähemmän pelkoa ja esittäminen alkaa sujua paremmin, lisätään kuulijoiden määrää ja pidennetään esityksen kestoja. Mikäli altistamisohjelma ei yksistään riitä, masennus- tai ahdistuslääkkeillä kyetään estämään kohtausten toistumista, ja psykoterapialla antaa oirevalistusta ja estää välttämiskäyttäytymistä. (Huttunen 2018.)

Taulukko 5. Sosiaalisten tilanteiden pelon diagnostiset kriteerit (ICD-10) (Isometsä 2021f).

| Diagnostiset kriteerit |
|--|
| A Jompikumpi seuraavista: (1) Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai pelko siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää tai nolostuttavaa. (2) Huomattava pyrkimys välttää tilanteita, missä voisi joutua huomion kohteeksi tai sellaisia tilanteita, missä esiintyy pelko siitä, että oma käytös olisi sosiaalisesti nöyryyttävää tai nolostuttavaa. Pelot ilmenevät julkisissa ruokailu- tai esiintymistilanteissa, ennestään tuttuja henkilöitä kohdattaessa tai osallistuttaessa rajattuihin ryhmätilanteisiin kuten juhliin, kokouksiin tai opetustapahtumiin. |
| B Ainakin kaksi kohdan F40.0 kriteerissä B mainittua ahdistusoiretta on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ja lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista: (1) punastuminen tai vapina (2) oksentamisen pelko (3) virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihtynyt tarve |
| C Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia. |
| D Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen. |
| E {Tavallisimmat poissulkudiagnoosit}: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin. |
| Erotusdiagnoosi |
| Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy usein voimakasta julkisten paikkojen pelkoa ja masennusta, jotka molemmat voivat lisätä henkilön taipumusta eristäytyä kotiin. Mikäli sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja julkisten paikkojen pelkoa (F40.0) on vaikea erottaa toisistaan, tulee käyttää jälkimmäistä diagnoosia. Masennusjakson diagnoosia tulee käyttää vain, mikäli häiriö täyttää masennusjakson kriteerit. |

3.2.4 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä potevalle ihmiselle tyypillisiä oireita ovat ahdistuksen tunteen lisäksi yhtäjaksoinen vähintään kuuden kuukauden pelokas odotus ja huoli useimpina päivinä (Huttunen 2018). Suomalaisväestöstä arviolta 0,8–6,4 % kärsii yleistyneestä ahdistushäiriöstä jossain kohtaa elämänsä, alkaen 20–60 ikävuoteen. Yleisimmin yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsii alemman sosiaaliryhmän 35–54-vuotiaat naiset. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 6.) yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit. Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön pelkoon kuuluu muun muassa kohtia autonomisesta kiihotustilasta oireista, rinnan ja vatsan alueelta oireista,

psykkisistä oireista ja yleisoreista Kuten muissakin ahdistuneisuushäiriöissä hoitokeinoina toimivat erilaiset psykoterapiat ja masennuslääkitys. (Koponen 2021.)

Taulukko 6. Yleistyneen ahdistuneisuuden (F41.1) diagnostiset kriteerit (Koponen 2021).

| Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt tuskaisuus) |
|--|
| Ahdistuneisuus ei aiheudu elimellisestä sairaudesta, kuten hypertyreosista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä, päihteiden käytöstä, esimerkiksi amfetamiinin käytöstä tai bentsodiatsepiinien vieroitusoireista. |
| Ahdistus on yleistynyttä ja pitkäaikaista, mutta se ei rajoitu mihinkään erityisiin ympäristön olosuhteisiin eikä edes pääasiallisesti liity sellaisiin (ts. se on "vapaasti ajelehtivää"). Hallitsevat oireet ovat vaihtelevia, mutta niihin kuuluu yleensä jatkuvaa hermostuneisuutta, vapinaa, lihasjännitystä, hikoilua, heikotusta, sydämentykytystä, huimausta ja ylävatsavaivoja. Myös lisääntynyt asioiden murehtiminen ja huolestuneisuus ovat tavallisia oireita. Henkilö ilmaisee usein pelkoja, että hän itse tai hänen omaisensa pian sairastuisivat tai joutuisivat onnettomuuteen. Häiriö on tavallisempi naisilla kuin miehillä ja siihen liittyy usein pitkäaikaisia ulkoisia rasitustekijöitä. Oirekuva on pitkäaikainen ja muuttuva ja oireiston kulku vaihtelee. |
| Diagnostiset kriteerit |
| A. Vähintään kuuden kuukauden ajan on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin. |
| B. Esiintyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista 1–4: |
| Autonomisen kiihotustilan oireet (1) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa, tai kohonnut pulssi (2) hikoilu (3) vapina (4) suun kulvuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä |
| Rinnan ja vatsan alueen oireet (5) hengitysvaikeudet (6) tukehtumisen tunne (7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa (8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet) |
| Psyykkiset oireet (9) pyörryttävä, huimaava, sekava tai horjuva olotila (10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio) (11) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai tajunnan menettämisestä (12) kuolemanpelko |
| Yleisoreet (13) kuumat aallot tai vilunväristykset (14) ihon puutuminen tai pistely |
| Jännitysoreet (15) lihasjännitys, -säryt tai -kivut (16) levottomuus ja kykenemättömyys rentoutua (17) hermostuneisuuden tunne (18) nielemisvaikeudet tai palan tunne kurkussa |
| Muut oireet (19) korostuneet reaktiot yllättävissä tilanteissa tai herkyys pelästyä (20) keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia (21) jatkuva ärtyneisyys (22) huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus |

3.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle olennaista on eripituiset ja erilaiset sairausjaksot, jotka seuraavat toisiaan. Näitä jaksoja ovat masennus- ja mania- tai hypomaniajaksot. (Sadeniemi 2021.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön voi jakaa kahteen eri päämuotoon. Ensimmäiselle tyyppille olennaista on mahdollisuus kaikenlaisille sairausjaksoille, kun taas toisen päätyypin sairausjaksoon kuuluu masennusjaksoja ja hypomanioita, mutta ei itse varsinaisia manioita. (Isometsä 2021.)

Masennusjaksot eivät juurikaan eroa tavallisista masennustiloista, mutta ne saattavat olla kestoaltaan lyhyempiä ja psykoottisten oireiden esiintyvyys muita masennustiloja yleisempää. Lisäksi liikkeiden ja ajatusten hidastuminen on yleisempää, sekä ruokahalun kasvu ja lihominen. (Sadeniemi 2021.)

Manialla tarkoitetaan normaalista poikkeavaa voimakkaasti kohonnutta mielialaa, joka on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään viikon. Maniaa potevalla henkilöllä unen tarve on usein selvästi vähentynyt ja aktiivisuustaso, itsetunto, puheliaisuus ja ajatuksen riento taas voimakkaasti kohonneet. Lisäksi maaniselle henkilölle tyypillistä on keskittymiskyvyttömyys, hajanaisuus ja suuruuskuvitelmat. Maaninen henkilö saattaa olla myös hyperseksuaalinen, tuhлата rahaa impulsiivisesti asioihin, joilla ei välttämättä tee yhtään mitään, sekä osallistua kaikkeen vaaralliseen toimintaan ilman itsekritiikkiä. (Sadeniemi 2021.) Henkilö käy siis toisin sanoen ylikierroksilla, mikä johtaa toimintakyvyn laskuun, haittaa merkittävästi sosiaalista elämää ja usein johtaa psykiatriseen sairaalahoitoon (Isometsä 2021). Hypomania on taas maniaa selkeästi lievempi oire, johon ei kuulu vakavaa toimintakyvyn laskua ja psykoottisuuteen liittyviä oireita, ja kestää vähintään neljän päivän ajan (Sadeniemi 2021).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä kärsiville on tyypillistä sairausjaksojen uusiutuminen. Ensimmäinen sairausjakso ilmenee tyypillisesti yli 90 % tapauksista 15–35 vuoden iässä, ja mikäli maniajakso ilmenee vanhemmalla iällä, voi taustalla olla mahdollisesti jokin aivosairaus tai muu fyysinen sairaus. Sairausjakson puhkeamisen estämisen keskeisimpänä keinona on mielialaa

vakauttava lääkehoito, elintapojen muutos, hyväksyä oma mielialahäiriö, sekä ymmärtää ja tunnistaa alttius toistuviin mania- ja depressiojaksoihin. (Sadeniemi 2021.)

Ensisijaisena lääkehoitona käytetään erilaisia mielentasaajia ja psykoosilääkkeitä. Masennuslääkkeiden sijaan käytetään ensisijaisesti ketiapiinia, lurasidonia tai mielentasaajia. Sekamuotoisessa ja vaikeassa maniassa käytetään usein samanaikaisesti useampaa lääkettä rinnakkain, kuten esimerkiksi litiumin, valproaatin tai psykoosilääkkeen yhdistelmää. Pelkästään masennuslääkkeitä ei saa käyttää kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksojen lääkehoidossa, sillä masennuslääke saattaa puhkaista maniatilan, joten masennuslääkkeitä tulee käyttää ainoastaan yhdessä mielentasaajien tai psykoosilääkkeiden kanssa. (Sadeniemi 2021.)

Taulukko 7. Mielialahäiriökysely (Isometsä 2021d).

Mielialahäiriökysely MDQ

| | KYLLÄ | EI |
|---|------------------------|----|
| 1. Onko Teillä koskaan ollut sellaista ajanjaksoa jolloin ette oikein ollut oma itsenne ja | | |
| <ul style="list-style-type: none"> tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkaan mielestä ette ollut oma itsenne, tai olitte niin kiihtynyt, että jouduitte vaikeuksiin? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> olitte niin ärtyisiä, että huusitte ihmisille, tai aloitte väittelyjä tai riitoja? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> itseluottamuksenne oli paljon tavallista parempi? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> nukuitte paljon tavallista vähemmän, ettekä tuntenut tarvitsevanne enempää unta? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> olitte paljon puheliaampi tai puhuitte tavallista nopeammin? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ajatukset kiisivät mielessänne, tai ette saanut kiihtynyttä ajatustoimintaanne rauhoittumaan? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ulkoiset tapahtumat veivät huomiotanne niin paljon, ettette kyenneet keskittymään tai pysymään kärryillä? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> olitte paljon tavallista energisempi? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> olitte paljon aktiivisempi tai teitte useampia asioita kuin tavallisesti? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> olitte paljon tavallista sosiaalisempi tai ulospäinsuuntautuneempi, esimerkiksi soittelitte ystäville keskellä yötä? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> olitte paljon tavallista kiinnostuneempi seksistä? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> teitte asioita joita yleensä ette tee tai joita muut ihmiset saattoivat pitää liioiteltuina, hölmöinä tai vaarallisina? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> rahan tuhlaaminen aiheutti Teille tai läheisillenne vaikeuksia? | | |
| 2. Mikäli vastasitte KYLLÄ useampaan kuin yhteen kohtaan ylläolevista, tapahtuiko useampi näistä asioista saman ajanjakson aikana? Olkaa hyvä ja vastatkaa joko kyllä tai ei. | | |
| 3. Kuinka paljon ongelmia ylläolevat asiat aiheuttivat Teille – esimerkiksi ongelmia liittyen perheeseen, rahaan tai virkavaltaan, työkyvyttömyyttä, tai sanaharkkoja ja riitoja? Olkaa hyvä ja rengastakaa vain yksi vaihtoehto. | 1 Ei ongelmia | |
| | 2 Vähäisiä ongelmia | |
| | 3 Kohtalaisia ongelmia | |
| | 4 Vakavia ongelmia | |

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevilla henkilöillä on todettu suuri itsetuhokäyttäytymisen riski, joista noin 80 % harkitsee joskus sairautensa aikana vakavasti itsemurhaa, ja siitä noin puolet myös yrittää sitä. Ylhäällä olevassa taulukossa (Taulukko 7.) mielialahäiriökysely. Mikäli kyselyn ensimmäisestä kohdasta 7 on positiivisia ja toinen kysymys myös, sekä kolmannen kohdan kysymyksestä vastaus on vähäinen, on kyseessä hypomania, jos kohtalaisia on kyseessä mania. Nämä itsemurha-aiheet ja

konkreettiset yritykset ovat yleisiä lähinnä masennusvaiheiden aikana. Itsetuhokäyttäytymiseen altistavia tekijöitä voi olla useita, mutta yleisimmin kaltoinkohtelu ja erilaiset traumaattiset lapsuudenkokemukset, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt, epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvät piirteet, sekä konfliktien ja menetyksien uhka ja kokeminen. Kohorttitutkimuksista on selvinnyt kaksisuuntaista mielialahäiriötä kärsivillä ihmisillä olevan 20-kertainen itsemurhan riski ”normaaliväestöön” verrattuna. Miehillä riski on noin kaksi kertaa suurempi kuin naisilla. Erikoissairaanhoidossa pitkäaikaisella litiumhoidolla itsemurhien määrän on osoitettu laskevan ”normaaliväestön” tasolle. (Isometsä 2021d.)

3.4 Epävakaata persoonallisuutta

Epävakaalle persoonallisuushäiriölle keskeisiä piirteitä ovat tunne-elämän epävakaus, käyttäytymisen impulsiivisuus, sekä ongelmatilanteet sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa (Henriksson & Marttunen 2021). Tunne-elämän epävakaus voi ilmetä tiheinä, äärettömän reaktiivisina vuoristoratamaisina muutoksina alakuloisesta ärtyneeseen, ahdistuneeseen ja epätoivoiseen, tai jopa hallitsemattomaan vihaiseen mielialaan (Korkeila ym. 2020). Epävakaata persoona tuntee usein omakohtaista voimakasta ja sietämätöntä tuskaa, jonka kanssa hän tulee toimeen usein impulsiivisin, itsetuhoisin ja epätoivoisin tavoin (Koivisto & Korkeila 2020). Impulsiivisuus tarkoittaa reagoimista johonkin ärsykkeeseen mielijohteesta. Impulsiivinen käyttäytyminen voi ilmetä epävakaalla persoonalla, esimerkiksi holtittomana päihteiden käyttämisenä ja harkitsemattomina seksikontakteina, pelihimona, ahmimisena, varasteluna tai harkitsemattomina tavaroiden osteluina. Tällaisen toiminnan tarkoituksena on mielihyvän ja positiivisten kokemusten tunteminen lyhyellä aikavälillä, ja välttää negatiivisten tunteiden tuntemista. (Korkeila ym. 2020.)

Tyypillisesti tunnetilojen muutoksia aiheuttavat sosiaalisessa kanssakäymisessä tapahtuvat asiat, jotka henkilö voi kokea torjuviksi, laiminlyöviksi tai esimerkiksi välinpitämättömiksi. Myös ympäröivät olosuhteet ja muutokset ulkoista turvaa tuottavissa asioissa, voivat herkästi vaikuttaa epävakaaseen persoonaan

paljon. Pahimmillaan hylätyksi tulemisen pelko ja impulsiivisuus voivat provosoida itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Itsemurhan riski ja itsemurhayritykset ovat yleisiä epävakaassa persoonallisuushäiriössä. (Koivisto & Korkeila 2020.)

Epävakaata persoonallisuutta esiintyy perusterveydenhuollon potilailla kuudella prosentilla, ja psykiatrisen avohoidon potilailla noin 25 prosentilla. Oireita esiintyy useimmiten nuorella aikuisväestöllä 20–30. ikävuoden tienoilla, useimmiten vähän koulutetuilla ja pienituloisilla naisilla. (Korkeila ym. 2020.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä hoidetaan pääsääntöisesti psykoterapeuttisilla hoitomenetelmillä ja psykyeläkkeillä (Henriksson & Marttunen 2021). Psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä ovat transferenssikeskeinen psykoterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia, STEPPS-ohjelma, dialektinen käyttäytymisterapia, sekä omien tunteiden hyväksymistä helpottava ryhmähoito (Koivisto & Korkeila 2020). Dialektisesta käyttäytymisterapiasta on vahvinta näyttöä psykiatrisen sairaalahoidon, päihteiden käytön ja itsetuhoisuuden vähentämisessä (Henriksson & Marttunen 2021). Aggressiivisuuden, ahdistuneisuuden, impulsiivisuuden ja mielialojen heittelyä saattavat lievittää mielialan tasaajat, psykoosilääkkeet ja serotoniinin takaisinoton estäjät (Epävakauden omahoito: HUS, Mielenterveystalo, 2022).

3.5 Psykoosit ja skitsofrenia

Psykoosilla tarkoitetaan yleisesti todellisuudentajun hämärtymistä, joka voi ilmetä aistiharhoina, harhaluuloina, katatonisina oireina, tunneilmisujen selvänä latistumisena tai käytöksen tai puheen huomattavana hajanaisuutena. Psykoosisairaudeksi ei pidä tulkita lieviä ja ohimeneviä todellisuudentajun hämärtymiä, sillä ne ovat yllättävän yleisiä ihmisille. Sen sijaan varsinaiset psykoosit ovat oireyhtymiä, jotka täyttävät psykoosille ominaiset kriteerit ja ovat kestoltaan ajallisesti riittäviä diagnoosiin. (Suvisaari ym. 2021.)

Psykooseja on laaja kirjo skitsofrenian ohella, jotka määritellään enemmänkin taudinkuvan syntyvän mukaan. Osa psykooseista on akuutteja, ohimeneviä ja

lyhytkestoisia. Kyseessä voi olla vaikkapa lääkaineiden tai päihteiden käytön haittavaikutuksena ilmenevä psykoosi, tai somaattisen sairauden seurauksena tullut psykoosi. Myös vakavaan masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi liittyä psykoottista käytöstä. Harhaluuloisuushäiriöiden keskeisenä oireena ovat deluusiot, eli todellisuuden vastaiset uskomukset, joista harhaluuloinen persoona yleensä pyrkii pitämään kiinni, vaikka hänen uskomustensa paikkansapitämättömyydelleen esitettäisiinkin vakuuttavia todisteita. Skitsoaffektiiviselle tyypillistä on mielialahäiriöjaksojen ja psykoosijaksojen toistuminen. (Suvisaari ym. 2021.)

Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin, joka alkaa yleensä nuorella aikuisiällä yksilöllisesti ja vaihteittain. Skitsofrenian oireet kestävät usein vuosia ja jopa vuosikymmeniä eriateisen vakavina 20–40 %:lla, mutta eri arvioiden mukaan 40–70 % kärsii vuosien toipumisen jälkeen enää vain lievistä oireista, jolloin vielä työkyky pysyy tallella, ja sairastunut pystyy elämään lähes normaalia elämää. 5–20 % sairastuneista paranee täysin oireettomiksi. Skitsofreniaan kuuluu muiden psykoosien tavoin aistiharhoja, harhaluuloja, katatonisia oireita, tunneilmaisujen latistumista ja puheen tai käytöksen hajanaisuutta. (Rovasalo 2021.) Alla olevassa taulukossa (Taulukko 8.) tiivistettynä Suomessa käytössä olevat skitsofrenian diagnostiset kriteerit.

Taulukko 8. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit Suomessa käytössä olevan ICD-10-tautiluokituksen mukaan (Hietala ym. 2021).

G1. Vähintään yksi oireyhtymistä tai oireista, jotka on alla luettu kohdissa 1.a-d tai vähintään kaksi oireista, jotka on alla luettu kohdissa 2.a-d, ilmenee suurimman osan aikaa (tai jonkin aikaa useimpien päivien aikana) vähintään yhden kuukauden kestäneen psykoottisen sairausjakson aikana.

(1) Esiintyy vähintään yksi seuraavista:

(a) Ajatusten kaikuminen, ajatusten siirto tai riisto tai ajatusten lähettäminen

(b) Kontrolloimiseen, vaikuttamiseen tai ohjatuksi tulemiseen liittyvät harhaluulot, jotka potilas selvästi liittyy vartalon tai raajojen liikkeisiin tai erityisiin ajatuksiin, toimintoihin tai tuntemuksiin, harhaluuloiset havainnot.

(c) Kuuloharhat, joissa äänet kommentoivat potilaan käyttäytymistä tai keskustelevat potilaasta keskenään tai toisentyppisiä ääniä, jotka kuuluvat jostakin ruumiinosasta.

(d) Muut itsepintaiset harhaluulot, jotka ovat kulttuuriin sopimattomia ja täysin mahdottomia (esim. kyky kontrolloida säätä tai olla yhteydessä toisesta maailmasta olevien muukalaisten kanssa).

(2) tai vähintään kaksi seuraavista:

(a) Pitkäkestoiset minkä tahansa aistin aistiharhat, jotka esiintyvät päivittäin vähintään yhden kuukauden ajan ja joihin liittyy harhaluuloja (jotka voivat olla joko ohimeneviä tai osittaisia) ilman selvää mielialaan liittyvää sisältöä tai joihin liittyy itsepintaisia yliarvostettuja ajatuksia.

(b) Neologismit (potilaan keksimät omat sanat) katkot tai irralliset väliin tulevat tavallisen ajatuksen kulun katkaisevat ajatukset. Seurauksena on puheen hajanaisuus tai merkityksen menetys.

(c) Katatoninen käytös, kuten kiihtymys, pysähtyminen outoihin asentoihin tai vahamainen taipuisuus, negativismi, mutismi (puhumattomuus) ja täydellinen pysähtyneisyys.

(d) "Negatiiviset" oireet, kuten huomattava apaattisuus, puheen vähäisyys ja tunteiden latistuminen tai epäsuhtaisuus. On varmistettava, etteivät oireet johdu masentuneisuudesta tai neuroleptilääkityksestä.

G2. Lisäksi tilan on täytettävä seuraavat ehdot:

(1) Mikäli potilas täyttää maanisen jakson (F30) tai masennustilan (F32) kriteerit, on kohtien G1(1) ja G1(2) kriteerien täytettävä ennen mielialahäiriön kehittymistä.

(2) Häiriötä ei voida pitää elimellisenä aivosairautena (kuten F00-F09) eikä alkoholin tai päihteiden käyttöön liittyvänä päihtymistilana (F1x.0), riippuvuutena (F1x.2) tai vieroitusoireina (F1x.3 ja F1x.4).

Aistiharhat ovat joko ulkoisen ärsykkeen väärintulkintaa tai aistimus ilman ulkoista ärsykettä, joka voi ilmetä esimerkiksi tuulen ulvonnin kuulemisena puheena tai vaikkapa puhelimen pirinänä katolla. Aistiharhoja voi kokea jokaisen perusaistin mukaisesti. Australialaisen tutkimuksen mukaan kuuloharhat ja näköharhat ovat aistiharhojen ryhmästä yleisimpiä, seuraavaksi yleisimpänä tuntuharhat, kolmanneksi yleisimpänä hajuharhat ja harvinaisimpana makuharhat. (Suvisaari ym. 2021.) Kuuloharhat ilmentyvät

yleisimmin henkilön kuulemana puheena tai sanoina, jotka saattavat kommentoida henkilön käytöstä ja tekemisiä. Harhaääniä kuuleva saattaa keskustella äänien kanssa ja myös naureskella niille. Äänet voivat olla luonteeltaan syyttäviä tai uhkaavia, ja harvemmin kannustavia ja rohkaisevia. (Rovasalo 2021.)

Deluusiot eli harhaluulot ovat paikkansapitämättömiksi todistettuja virheellisiä uskomuksia, joista psykoottiset henkilöt usein pitävät epärationaalisesti kiinni. Harhaluulot ovat yleensä väärintulkittuja havaintoja ja kokemuksia, jotka voivat ajan myötä kehittyä uskomusjärjestelmiksi. Nämä uskomusjärjestelmät yleensä tukevat aiempia harhaluuloja uusien kokemusten ja havaintojen kautta. Tällainen harhaluulojärjestelmä voi pahimmassa tapauksessa hallita koko henkilön elämää ajatusten, käyttäytymisen ja ihmissuhteiden kautta. (Suvisaari ym. 2021.) Harhaluuloisuus voi ilmetä paranoidisena kokemuksena, jossa henkilö luulee olevansa ulkopuolisen vakoilun tai vainoamisen kohteena. Harhaluuloisuus voidaan jakaa myös suhteuttamisharhaluuloksi, jossa henkilö voi kokea esimerkiksi nettipalstojen kirjoitukset, lehtiartikkelit tai televisio-ohjelmien sisältävän hänelle viestejä tai suoria viittauksia henkilöön itseensä. (Rovasalo 2021.)

Puheen hajanaisuus voi ilmetä poukkoilevana, epäloogisen sekavana puheena, joka voi sisältää väsyttävää samojen sanojen toistamista eli persevaatiota ja omia keksittyjä sanoja eli neologismeja. Puhe voi olla yksityiskohtiin takertuvaa ja sisällöltään köyhtynyttä. (Rovasalo 2021.) Hajanainen käytös on usein outona pidettyä käytöstä, joka on huomiota herättävää ja saatetaan puuttua herkästi. Se voi ilmetä muun muassa äkkinäisenä aggressiivisuutena tai kiihtyneisyytenä, jatkuvana itsekseen puhumisena tai vaikkapa surullisen asian kertomista naureskellen, jota voidaan pitää epäsopivana tunneilmaisuna. (Suvisaari ym. 2021.)

Katatonisia oireita voi esiintyä vakavissa mielialahäiriöissä, psykoosisairauksissa ja somaattisten sairauksien yhteydessä. Katatonia voi ilmetä monella eri tapaa; muun muassa liikkumattomana käytöksenä, jossa henkilö ei ole kontaktissa ympäristöönsä, ei reagoi ohjeisiin tai ärsykkeisiin tai

vastustaa niitä, outona ilmehtimisenä, toisen puheen ja liikkeiden automaattisena matkimisena, täydellisenä tai jokseenkin täydellisenä puhumattomuutena, lihasten jännitysjäykkyytenä, joka voi ilmetä tietyn hankalan asennon pakonomaisena pitämisenä pitkiä aikoja tai kaavamaisena liikkeen tarkoituksenomaisena toistamisena. (Suvisaari ym. 2021.)

Skitsofreniaa hoidetaan akuutissa vaiheessa pääasiallisesti psykoosilääkkeillä, joilla pyritään vähentämään oireita, uusia sairausjaksoja ja kokonaiskuolleisuutta. Sairauden ensivaiheessa osa potilaista voi olla lääkeresistenttejä psykoosilääkkeille. Lääkityksessä pyritään löytämään jokaiselle potilaalle räätälöity oikea lääkeaine ja annos, jossa pyritään löytämään pienin oireisiin tehoava annos minimaalisilla haittavaikutuksilla. (Suvisaari ym. 2021.)

Lääkehoidon rinnalla toteutetaan psykoedukaatiota skitsofreniasta, jonka tarkoituksena on saada hoidettava ja läheiset tietoisiksi skitsofrenian yleisoireista, ja hoidon toteutuksesta. Fyysisen terveyden edistäminen ja elintapojen muuttaminen terveellisemmiksi on myös olennainen osa skitsofreniasta kärsivän hoidossa, sillä skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on muuta väestöä, suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, sekä diabetekseen. Sähköhoidolla ja transkraniaalisella magneettistimulaatiohoidolla on saatu myös lupaavia tuloksia yksittäisten skitsofrenia potilaiden hoidossa, joilla on ollut voimakasta kiihtyneisyyttä, harhaluuloja, yliaktiivisuutta tai suurta kroonistumisriskiä. Sähköhoidosta on näyttöjen mukaan hyötyä erityisesti lyhyellä aikavälillä ja etenkin katatonisiin oireisiin. Joillekin henkilöille suositellaan myös ylläpitosähköhoitoa, sillä siitä on saattaa olla hyötyä psykoosilääkityksen rinnalla, mikäli haluttua lääkevastetta ei ole saatu, tai henkilö on ollut lääkeresistentti psykoosilääkitykselle. (Suvisaari ym. 2021.)

Skitsofreniaa sairastavilla on todettu merkittävä itsemurhakuolleisuuden riski, joka on erityisen suuri ensimmäisten sairausvuosien aikana ja ensimmäisten sairaalasta uloskirjautumisviikkojen aikana. Itsemurhariskiä lisää merkittävästi masennus ja toivottomuuden tunteesta johtuva ahdistus, jotka heikentävät sairastuneen elämänlaatua. (Suvisaari ym. 2021.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVA KYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on hakea kirjallisuuskatsaukseen perustuvaa tietoa, selventää taustoja ja ilmiötä itsetuhoisuudesta ja sen tunnusmerkeistä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kootusti tietoa itsetuhoisen potilaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta. Tietoa voidaan hyödyntää itsetuhoisen henkilön hoitotyössä ja vähentää itsetuhoisuuteen liittyviä ilmiöitä varhaisen puuttumisen metodilla.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat:

1. Mitä on itsetuhoisuus ilmiönä?
2. Millaisia tunnusmerkkejä tulisi huomata itsetuhoisesta henkilöstä?
3. Mitä itsetuhoisen henkilön kohtaamisesta tulisi tietää?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan metodia, jonka avulla kerätään jo tutkittua tietoa tietyistä tutkimusongelmista ja aiheista. Tietoa voidaan kerätä erilaisista kirjallisista tietolähteistä, kuten tiedeartikkeleista, kirjoista, lehdistä, tietokannoista ja opinnäytetöistä. (Scribbr 2023.) Opinnäytetyössä käytetään kirjallisuusperustaista tutkimusmetodiikkaa, joka on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään ymmärtämään kohteen ominaisuuksia, laatua ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Merkityskokonaisuudet ilmenevät erilaisina ihmisistä lähtöisin olevista ja päätyvistä tapahtumista, toiminnoista, ajatuksista ja erilaisista päämäärien asettamisista ja tavoitteluista. (Vilka 2015, 118.)

Tutkimusmetodiin kuuluu problematisointi-, eksplikointi eli selkeyttämis- ja argumentaatiovaiheet. Problematisoinnilla herätetään ongelma ja kyseenalaistetaan itsestään selviä käsityksiä ja teorioita. Eksplikoinnilla selkeytetään, eritellään ja muotoillaan keskeisiä käsitteitä, jotka saattavat olla alkujaan monimuotoisia tai epäselviä. Argumentaatiolla arvioidaan pätevyyttä ja luodaan vastaus eksplikaation tuloksista, esimerkiksi kirjallisuusmateriaalin ja oman loogisen päättelyn kautta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 21.)

5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyössä käytettiin sosiaali- ja terveysalalle soveltuvia erilaisia tietokantoja, kuten Ebsco hostia, Cinahlia ja Google Scholaria, sekä Finnan hakujärjestelmiä. Opinnäytetyössä tutkitun tiedon hakuprosessissa käytettiin seuraavia hakusanoja: depression, itsetuhoisuus, itsemurha, suicidal, suicidal behavior, suicidal patient, itsetuhoisuuden ehkäisy, preventing suicides. Aineistoa kerättiin seuraavin kriteerein: Aineisto on maksimissaan 8 vuotta vanhaa, vertaisarvioitua tekstiä, jota löytyi joko suomenkielisenä tai

englanninkielisenä. Näkökulma itsetuhoisuus ja sen kohtaaminen yleisellä tasolla, hausta rajattiin pois spesifi yksilötaso esimerkiksi juuri jonkun tietyn ammattikunnan, iän, sukupuolen, kulttuurin tai kansallisuuden edustajan näkökulmasta tutkittu aineisto. Taulukossa (Taulukko 9.) kiteytettynä mukaanottokriteerit. Näillä mukaanottokriteereillä kymmenistä eri artikkeleista valikoitui seitsemän (n=7) tutkimusartikkelia, joita on käytetty tulosten analyysissä. Artikkelit taulukoituna aineistotaulukkoon (Taulukko 10.)

Taulukko 9. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

| Julkaisuvuosi | Kieli | Näkökulma |
|---|--|---|
| MUKAANOTTO: <ul style="list-style-type: none"> julkaisuvuosi 2015 tai tuoreempi aineisto Vertaisarvioitu | MUKAANOTTO: <ul style="list-style-type: none"> Englanti Suomi | MUKAANOTTO: <ul style="list-style-type: none"> Itsetuhoisuuteen liittyvät mielenterveyshäiriöt Itsetuhoisen henkilön kohtaaminen Relevantit hakutulokset: itsetuhoisuus ja sen kohtaaminen yleisellä tasolla |
| POISSULKU: <ul style="list-style-type: none"> julkaisuvuosi ennen 2015 Ei vertaisarvioitu | POISSULKU: <ul style="list-style-type: none"> Muut kielet | POISSULKU: <ul style="list-style-type: none"> Muut kuin itsetuhoisuuteen liittyvät mielenterveyshäiriöt Ei esimerkiksi korealaisten sairaanhoitajien masentuneisuus, tai tietyn ammattikunnan ja kulttuurin kokema itsetuhoisuus |

Taulukko 10. Aineistotaulukko.

| Otsikko | Vuosi | Tekijät | Maa | Tyyli |
|--|-------|---|---------------|-------------------------|
| Polygenic risk for depression, anxiety and neuroticism are associated with the severity and rate of change in depressive symptoms across adolescence | 2021 | Alex S. F. Kwong Tim T. Morris Rebecca M. Pearson Nicholas J. Timpson Frances Rice Evie Stergiakouli Kate Tilling | Iso-Britannia | Pitkittäistutkimus |
| Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. | 2016 | May Vatne Dagfinn Nåden | Norja | Laadullinen haastattelu |
| How do health care services help and hinder recovery after a suicide attempt? A qualitative analysis of | 2022 | Selma Gaily-Luoma Jukka Valkonen Juha Holma Aarno Laitila | Suomi | Laadullinen tutkimus |

| | | | | |
|---|------|---|-------|------------------------|
| Finnish service user perspectives | | | | |
| Tunnista itsemurhan vaara! | 2017 | Pia Solin Timo Partonen | Suomi | Tiedelehtiartikkeli |
| Hoivaa, haaksirikkoja, ensiapua ja ammatillista kasvua Narratiivinen tutkimus itsetuhoisuuden kohtaamisesta kunnallisessa aikuissosiaalityössä | 2016 | Maija-Liisa Mäkelä | Suomi | Narratiivinen tutkimus |
| Itsemurhaprosessi | 2021 | Jouko Lönnqvist Markus Henriksson Erkki Isometsä Mauri Marttunen | Suomi | Tiedelehtiartikkeli |
| Miten tukea itsemurhaa harkitsevaa? | 2023 | Mieli Suomen mielenterveys ry | Suomi | Artikkeli |

5.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä kvalitatiivisen aineiston analysoinnissa, jolla voidaan analysoida ja kuvata erilaisia aineistoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018:163, 166). Aluksi tutkittava aineisto pelkistetään, minkä jälkeen siitä muodostetaan keskeisiä käsitteitä. Näitä käsitteitä voidaan sitten yhdistää esimerkiksi käsitekartan, käsitejärjestelmän tai mallin avulla, jossa kuvataan myös käsitteiden hierarkiat ja suhteet (Kyngäs ym., 2011: 139). Tässä kirjallisuuskatsauksessa induktiivista sisällönanalyysia käytettiin aineiston analysoinnissa. Induktiivisuus tarkoittaa, että analyysi lähtee aineistosta itsestään (Kyngäs ym., 2011: 139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018: 167). Ennen aineiston analysointia tutustuttiin siihen lukemalla huolellisesti aineisto läpi ja tehtiin omia tiivistelmiä aineiston keskeisistä tuloksista tutkimuskysymyksen näkökulmasta, jotta saatiin kokonaiskuva analysoitavasta aineistosta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysin aluksi aineisto litteroidaan, mikä tarkoittaa haastattelujen, pitkittäistutkimusten tai vastaavan aineiston kirjoittamista analysoitavaksi tekstiksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018: 163). Tässä

opinnäytetyössä valittujen artikkeleiden tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut kirjoitettiin ylös. Yleensä tutkimuksen keskeiset tulokset löytyvät tiivistelmästä, tulosten esittelyosasta, pohdinnasta tai johtopäätöksistä (Kangasniemi & Pölkki 2016: 86).

Aineiston analysointivaiheessa luettiin kymmenkunta tutkimusartikkelia, joista kuusi valikoitui sisällön ollessa relevanttia, ja tutkittavan asian tullessa esille tarpeeksi laajasti aineistossa. Valikoidut artikkelit luettiin vielä tarkemmin uudelleen läpi tutkimuskysymysten ohjatessa kirjallisuuskatsauksen suuntaa, ja tiettyjen näkökulmien valikoitumista tarkasteltavaksi kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimuksista yksi oli pitkittäistutkimus, yksi laadullinen tutkimus, yksi narratiivinen pro gradu -tutkimus, yksi laadullinen haastattelu, kaksi tiedelehtiartikkelia. Julkaisumaina olivat Iso-Britannia, Norja ja Suomi.

6 TULOKSET

Itsetuhoisuuteen ja itsemurhaprosessiin liittyy useita eri kehitysvaiheita. Usein itsemurhaan liittyy ajankohtainen laukaiseva tekijä, jolla on merkittävä osuus tapahtumien kulkuun. Melkein aina itsemurhaan johtavissa tapauksissa on kyse elämän ongelmien kasautumisesta, menneisyyden tekijöistä, äärimmäisestä toivottomuuden tunteesta ja näiden yhteisvaikutuksista. (Lönngqvist & Henriksson ym. 2021.)

Suomalaistutkimuksessa Gaily-Luoma ym. (2022) esiteltiin seitsemän teemaa itsemurhayrityksen jälkeisestä hoidosta. Teemat olivat: kohdataan palvelunkäyttäjä avunarvoisena henkilönä, tuetaan henkilökohtaisten merkitysten tutkimista, tuetaan itsetuhoisuuden tutkimista, tarjotaan psykologisten hoitojen jatkuvuutta ja ennustettavuutta, tarjotaan reagoivaa kumppanuutta toipumisprosessin ohjaamisessa, otetaan palvelunkäyttäjä mukaan lääkityspäätöksiin ja palvelunkäyttäjien lähiomaisten huomioon ottaminen. Teemoilla oli suoraan verrannollinen yhteys itsemurhayrityksen jälkeisen toipumisen kannalta: mikäli teemoja laiminlyötiin, estivät tai vähensivät ne toipumista, kun taas teemoja vaalittiin, edistivät ne toipumista. (Gaily-Luoma ym. 2022.)

6.1 Vuorovaikutus ja kohtaaminen

Itsetuhoisen henkilön kohtaamisen keskiössä on kommunikaatio. Kommunikaatiolla tarkoitetaan yksinkertaistetusti vuorovaikutusta, joka voi olla verbaalista tai non-verbaalista tiedonvälitystä (Mäkelä 2016, 26). Itsetuhoisten henkilöiden kohtaamisessa tutkimukseen osallistuneiden mukaan tärkeä ja oikeanlainen tapa kohtaamisessa oli kuunnella ja poimia merkitykselliset asiat kertomuksen joukosta sekä sanojen että kehonkielen kautta. Käytyjen keskustelujen avulla osallistujien toivo lisäantyi ymmärtäessään sen, että he pystyivät vaikuttamaan itse omaan elämäntilanteeseensa. (Vatne & Nåden 2016.)

Ensimmäinen askel itsetuhoisen kohtaamiseen yleensä on kysyä tältä suoraan itsetuhoisista – tai itsemurha-ajatuksista, ja lähestyä asiaa avoimesti. Kysyminen ei tilastojen valossa pahenna asiaa, vaan päinvastoin yleensä lieventää psyykkistä tuskaa, sillä itsetuhoisen henkilö kokee tulleensa huomioiduksi ja kohdatuksi. (Solin & Partonen 2017.) Tilanteessa on tärkeää olla rauhallinen ja kuunnella aidosti itsetuhoisen ajatuksia, sekä ottaa tosissaan itsetuhoisen puheet vähätteleättä ja mitätöimättä tämän ajatuksia, esimerkiksi sanomalla ”Et ole ainoa ihminen, joka käy läpi samoja asioita, ja jolla on ollut joskus rankkaa”, vaikka tämän tarkoituksena on viitata siihen, ettei ole yksin ongelmiansa kanssa. Itsetuhoisen henkilö kannattaa pyrkiä kohtaamaan yksityisessä ja rauhallisessa ympäristössä, sekä varata tarpeeksi aikaa keskusteluun. (Mieli ry. 2022.)

Luottamuksellisuus on tärkeää kommunikoimisessa, sillä luottamuksen vahvistuessa henkilö kokee tulleensa kohdatuksi yksilönä ja ihmisenä, eikä ongelmana (Mäkelä 2016, 55–56). palvelunkäyttäjän kohtaaminen avunarvoisena -teema piti sisällään empaattisen ja ymmärtäväisen puheilmaisun ja käytöksen, jatkuvan hoidon järjestämisen ja tiedonannon vaihtoehtoista, sekä rohkaisun toipumisen mahdollisuuksista. Nämä toimet koettiin toiveikkuutta herättäviksi, häpeää vähentäviksi ja alensivat kynnystä antaa suoraan tietoa itsemurhayrityksestä. (Gaily-Luoma ym. 2022.)

6.2 Henkilökohtaiset taustasyyt

Henkilökohtaisen merkityksen tutkimisen tukeminen, piti sisällään palvelunkäyttäjien halua saada ymmärrystä ja työkaluja ongelmiansa juurisyiden ymmärtämiseen ja sitä kautta myös ongelmien ratkaisuun. Juurisyyt olivat usein merkityksellisiä kärsimykseen liittyviä asioita, joihin yleensä sisältyy ihmissuhdeongelmat, identiteettikysymykset ja ratkaisemattomat elämäkokemukset. (Gaily-Luoma ym., 2022.) Esimerkiksi vakava masennushäiriö puhkeaa ja masennusoireet lisääntyvät yleisesti nuoruudessa, ja osoittavat voimakasta jatkuvuutta aikuiselämässä, joihin liittyy useita sosiaalisia ja psykiatrisia häiriöitä myöhemmässä elämässä, jolloin häiriöiden

ennaltaehkäisy ja hoito on erittäin tärkeää (Kwong ym., 2021). Tätä teemaa palvelunkäyttäjät pitivät kaikkein tärkeimpänä, sillä kokivat että tätä teemaa laiminlyötiin eniten, ja sen sijaan heidän hoidoissaan ylikorostettiin lääkitystä, diagnooseja, ahdistuksen hoitoa ja sairauslomia. (Gaily-Luoma ym., 2022)

Vakava masennushäiriö puhkeaa ja masennusoireet lisääntyvät yleisesti nuoruudessa, ja osoittavat voimakasta jatkuvuutta aikuiselämässä, joihin liittyy useita sosiaalisia ja psykiatrisia häiriöitä myöhemmässä elämässä, jolloin häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito on tärkeää (Kwong ym., 2021).

Itsetuhoisten henkilöiden kokemus ymmärretyksi tulemisesta lievittää yksinäisyyden tunteen aiheuttamaa kärsimystä, lisää yhteyttä muihin ihmisiin ja käsitystä siitä, että toinen henkilö voi auttaa heitä jatkamaan elämäänsä. (Vatne & Nåden 2016)

Tutkimukseen osallistuneet kävivät vuoropuhelua psykologien kanssa. He kokivat, että psykologin ollessa pelkkä kuunteleva osapuoli ei auttanut juurikaan. Sen sijaan saadessaan palautetta, ohjausta ja avointa pohdintaa, auttoi se osallistujia näkemään omia ajatus- ja käytösmalleja, sekä mahdollisuuksia toimia eri tavoin, joka lisäsi halua mennä elämässä pidemmälle, haastaa itseään saamaan otteen elämästään ja tekemään omia valintoja. (Vatne & Nåden 2016.) Itsetuhoisuuden tutkimisen tukeminen – teema piti kiteytettynä sisällään sen, että vaikka itsetuhoisuudesta puhuminen koetaan kiusallisena ja hankalana, pitäisi siitä huolimatta asia ottaa puheeksi, sillä tämä on itsetuhoisen hoidon kannalta tärkeää. (Gaily-Luoma ym., 2022)

6.3 Perustarpeet ja läheiset

Tarjotaan reagoivaa kumppanuutta toipumisprosessin ohjaamisessa -teeman keskiössä, on konkreettinen auttaminen akuuttivaiheen syrjäytyessä ja toipumisprosessin aikana. Tällä tarkoitetaan mm. perustarpeiden järjestämisenä, eli esimerkiksi asunnon etsimisenä ja etuuksien hakemisena yhdessä ammattitukihenkilön kanssa. (Gaily-Luoma ym., 2022)

Tutkimukseen osallistuneet kuvailivat tärkeiksi perustarpeiksi tunteen olla arvokas ihminen, jolla oli potentiaalia elämässä. He kokivat luovan toiminnallisen tilan ja ilmapiirin itsetuntoa ja luovuutta nostattavana kokemuksena, joka sai oivaltamaan elämän merkityksellisyyden. Tämä piti myös sisällään tärkeyden omien elämän tarpeiden ja toiveiden hahmottamisesta. (Vatne & Nåden 2016.)

Viimeisessä teemassa palvelun käyttäjät ja heidän läheisensä halusivat enemmän läheisten huomioon ottamista, sillä osalle läheiset ovat voimavara toipumisprosessin aikana, ja siten myös läheiset joutuvat psyykkisen kuorman alle. Huomioonottaminen tässä tilanteessa näkyy esimerkiksi perheenjäsenten osallistamisena hoitoprosesseihin, yksityisen tilan varaamisena vierailuajana sairaalaympäristössä tai potilaan kotiutuksen tiedottamisena läheisille (Gaily-Luoma ym. 2022.)

6.4 Hoidon jatkuvuus ja lääkehoito

Tarjotaan psykologisten hoitojen jatkuvuutta ja ennustettavuutta -teema piti sisällään kiteytettynä sen, että palvelunkäyttäjät toivoivat palveluissaan jatkuvuutta hoitohenkilöstön kanssa, joiden kanssa oli jo aiemmin luotu hoitosuhde ja luottamus, sen sijaan että palvelunkäyttäjää palloiteltaisiin ammattilaiselta toiselle, ja hoitosuhde katkeaisi, jolloin pitäisi palata taas lähtöruutuun ja toistaa samat asiat ja kertomukset uudestaan ja uudestaan, joka koettiin taas hoidon edistymisen häiritseväksi tekijäksi ja voimavarojen tuhlauksena. Palveluidenkäyttäjät toivoivat myös kirjallisia muistiinpanoja ja muistutuksia hoitokäynneistä kriisin aiheuttaman alentuneen kognition vuoksi. (Gaily-Luoma ym. 2022.)

Tutkimukseen osallistuneet tapasivat itsemurhayrityksen jälkeen säännöllisesti jonkun auttavan henkilön, joka antoi rakenteen osallistujien päivittäisille rutiineille, ja vahvisti heidän kykyään ja haluaan jatkaa elämäänsä, sekä lievitti koettua kärsimystä (Vatne & Nåden 2016). Toiseksi viimeisessä teemassa palvelunkäyttäjät toivoivat olevansa enemmän mukana lääkityspäätöksissä,

jotta heillä olisi tietoa lääkityksestä, sen mahdollisista haittavaikutuksista ja hyödyistä. Nämä asiat sitouttivat käyttäjiä lääkehoitoon (Gaily-Luoma ym. 2022).

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Laadullisella tutkimusmenetelmällä luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Luotettavuuden arviointia tulee tehdä koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksesta tulee ilmi, mistä joukosta valinnat on tehty, mitä ratkaisut tulevat olemaan ja miten niihin on päästy. (Vilka 2015, 196–197.)

Lähdeviitteet ja merkinnät lisätään teorian viitekehykseen, jotta pystytään tarkastelemaan teorian luotettavuutta ja vältetään mahdollista plagiointia. Plagiointi on vilppiä, ja sillä tarkoitetaan luvaton lainaamista ja omana esittämistä. Se on myös suoraa tai mukailien tehtyä kopioimista, jota ei ole osoitettu viittauksin oikean tekijän tekemäksi teokseksi. (TENK 2018, 12–13.)

Opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka näkyy yleisenä huolellisuutena ja tarkkuutena tutkimustyössä, rehellisyytenä, toisten tutkijoiden työn kunnioittamisena, sekä eettisenä tiedonhankintana ja -käyttönä (TENK 2018, 11).

Lainattuja kirjallisuuslähteitä tarkastellaan kriittisesti, muun muassa siitä näkökulmasta, onko aineisto ajantasaista ja luotettavista lähteistä kerättyä. Tieto-kannoista etsitään vertaisarvioituja tiedeartikkeleita, jotka lisäävät lähdekriittisyyttä ja luotettavuutta. (TENK 2012.) Opinnäytetyön tekemisessä on pyritty noudattamaan käytetyn aineiston sisällön esittämistä mahdollisimman totuudenmukaisesti, sekä noudattamalla huolellisuutta lähdeviitteissä.

Kirjallisuuskatsaus suunnitellaan ja toteutetaan, sekä siitä tulee raportoida ja tallentaa aineistot tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (TENK 2012). Opinnäytetyön vaiheissa on toimittu opinnäytetyöohjeistusten mukaisesti. Työ on toteutettu ammattikorkeakoulun viralliselle ja uusimmalle opinnäytetyö-pohjalle, jolla on otettu myös huomioon näkörajoitteiset ihmiset

Tiedonhaku on toteutettu pyrkien kattavuuteen ja järjestelmällisyyteen käyttämällä tiettyjä hakusanoja ja synonyymejä, jotta mahdollisimman laaja valikoima aiheeseen liittyviä artikkeleita olisi löydettävissä.

Tiedonhakuprosessissa on otettu aineiston ikä huomioon, yrittämällä löytää mahdollisimman tuoretta tietoa ja rajaamalla hakua vuodesta 2015 ja siitä eteenpäin. Artikkelien kielirajauksena on englanti ja suomi, joista tekijä hallitsee sujuvan lukutaidon. On kuitenkin huomioitava, että englanti ei ole tekijän äidinkieli, joten väärinymmärryksen riski on aina olemassa.

Luotettavuuden arviointi perustuu pääasiassa tekijän henkilökohtaiseen arvioon siitä, miten luotettavuus ilmenee tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tärkeimmät vaiheet luotettavuuden arvioinnissa ovat tutkimusaineiston kerääminen, analysointi ja tulkinta sekä tulosten raportointi. Luotettavuutta arvioitaessa yleisesti käytetyt kriteerit sisältävät uskottavuuden, todeksi vahvistettavuuden (tutkimustulosten perustuminen aineistoon), merkityksellisyyden (tutkittavan ilmiön esiintyminen ja merkitys tutkimuskontekstissa), tutkittavan ilmiön esiintymisen toistuvuuden, kyllästeisyyden (kaiken olennaisen tiedon esiintuominen) sekä tulosten siirrettävyyden toiseen samankaltaiseen kontekstiin. (KAMK 2021.)

Luotettavuutta haastaa kuitenkin rajallinen aineisto. Itsetuhoisia henkilöitä koskevasta näkökulmasta on saatavilla vain vähän tutkimusta, joten käytettyjen artikkelien valikoima oli pieni, eikä siten voida tehdä kattavia johtopäätöksiä tulosten toistuvuudesta tai satunnaisuudesta. Lisäksi tekijällä ei ole aiempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä, mikä vaikuttaa tiedonhakutaitoihin ja kirjallisuusanalyysin osaamiseen, mikä puolestaan saattaa vaikuttaa aineiston suppeuteen ja analyysin tuloksiin.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallisuuskatsaus itsetuhoisen henkilön tunnistamisesta ja kohtaamisesta. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta ja osaamista itsetuhoisen henkilön tunnistamisesta ja kohtaamisesta, niin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuin maallikoiden keskuudessa. Relevantin tutkimusaineiston vähäisyyden vuoksi, päädyin tekemään etenkin tunnistamisosion mielenterveyshäiriöiden näkökulmasta, sillä yleensä niin sanotulla perusterveellä henkilöllä ei ole tarvetta kriisin puhjetessa alkaa vahingoittamaan itseään jollakin tavalla. Yleensä taustalla on jokin diagnosoitu tai diagnosoimaton mielenterveys- tai päihdehäiriö, joka vähentää henkilön voimavaroja selviytyä tietyistä elämän kriisitilanteista tai traumaattisista kokemuksista.

COVID19 ja siihen liittyviä rajoituksia voitaisiin tutkia tilastollisesti, miten COVID19 mukana tulleet rajoitukset ovat nostaneet itsemurhakuolleisuutta ja psyykkistä pahoinvointia, ja kuinka hyödyllisiä ja vaikuttavia rajoitukset todellisuudessa olivat. Tällöin saisimme tutkimusten avulla lisäselvyyttä mahdollisten uusien pandemioiden puhjetessa, rajoitusten vaikuttavuudesta ja kannattavuudesta myös itsemurhalukujen näkökulmasta, ilman ylimääräistä politikointia, sillä onhan Suomi väestöllisesti pieni valtio, jolla ei ole hirveästi varaa menettää kansalaisiaan itsemurhakuolemiin, kun ajatellaan tämänhetkistä väestön ikärakennetta ja huoltosuhdetta. Lisäksi lähimmäisen tekemä itsemurha vaikuttaa myös paljon ympärillä olevien psykkeeseen negatiivisesti, joka voi taas altistaa mielenterveyden häiriöille ja muille ongelmille.

Masennus, ahdistuneisuushäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, epävaka persoonallisuus ja psykoosit, ovat päihdehäiriöiden lisäksi itsetuhoisuuteen eniten liittyviä mielenterveysongelmia. Ottamalla huomioon näihin mielenterveysongelmiin liittyvät riskit itsetuhoiseen käyttäytymiseen, saisimme ennalta ehkäistä monia itsemurhakuolemia nyt ja tulevaisuudessa. Kun henkilöt saavat hyvää hoitoa edellä mainittuihin mielenterveysongelmiinsa, ja ovat avun piirissä, myös riski itsetuhokäyttäytymiseen ja itsemurhiin laskevat,

esimerkiksi varhaisen puuttumisen metodeilla. Itsemurhien uusiutumiskahki kohoaa entisestään sitä mukaa, mikäli henkilö on aiemmin yrittänyt tappaa itsensä. Erilaisilla hoitointerventioilla riskiä saa merkittävästi pienennettyä. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus 2022.)

Opinnäytetyön tulosten analyysissä näyttäyty erityisesti Vatnen ja Nådenin (2016) julkaisema tutkimus *Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients*. Tämän kaltaisia kokemuksiin pohjautuvia tutkimuksia pitäisi sen konkreettisen sisältönsä vuoksi saada lisää. Tutkimuksessa paljastui seuraavia asioita: itsetuhoisten henkilöiden kohtaamisessa tärkeä ja oikeanlainen tapa kohtaamisessa oli kuunnella ja poimia merkitykselliset asiat kertomuksen joukosta sekä sanojen että kehonkielen kautta. Käytyjen keskustelujen avulla osallistujien toivo lisääntyi ymmärtäessään sen, että he pystyivät vaikuttamaan itse omaan elämäntilanteeseensa. Itsetuhoisten henkilöiden kokemus ymmärretyksi tulemisesta lievittää yksinäisyyden tunteen aiheuttamaa kärsimystä, lisää yhteyttä muihin ihmisiin ja käsitystä siitä, että toinen henkilö voi auttaa heitä jatkamaan elämäänsä. Tutkimukseen osallistuneet kävivät vuoropuhelua psykologien kanssa. Saadessaan palautetta, ohjausta ja avointa pohdintaa, auttoi se osallistujia näkemään omia ajatus- ja käytösmaalleja, sekä mahdollisuuksia toimia eri tavoin, joka lisäsi halua mennä elämässä pidemmälle, haastaa itseään saamaan otteen elämästään ja tekemään omia valintoja. Osallistujat kuvailivat tärkeiksi perustarpeiksi tunteen olla arvokas ihminen, jolla oli potentiaalia elämässä. He kokivat luovan toiminnallisen tilan ja ilmapiirin itsetuntoa ja luovuutta nostattavana kokemuksena, joka sai oivaltamaan elämän merkityksellisyyden. Tämä piti myös sisällään tärkeiden omien elämän tarpeiden ja toiveiden hahmottamisesta. Osallistujat tapasivat itsemurhayrityksen jälkeen säännöllisesti jonkun auttavan henkilön, joka antoi rakenteen osallistujien päivittäisille rutiineille, ja vahvisti heidän kykyään ja haluaan jatkaa elämäänsä, sekä lievitti koettua kärsimystä. (Vatne & Nåden 2016.)

Tuloksissa nousi esiin suomalaisten Laitilan ym. (2022) julkaisema tutkimus Miten terveystalot auttavat ja estävät toipumista itsemurhayrityksen jälkeen? Tutkimus toteutettiin laadullisena analyysinä suomalaisten palveluiden käyttäjien näkökulmista. Nimenomaan itsetuhoisten ihmisten omakohtaisista kokemuksista, kuinka heidät tulisi kohdata pitäisi saada lisää tietoa, sillä vaikka koettu tuska on nimenomaan subjektiivinen kokemus, on kohtaamisen toteuttamisella nimenomaan tietyt pääpiirteet, kuten empaattisuus, antaa ihmiselle tilaa ja aikaa ilmaista tunteuksiaan, ottaa tämän kertomat asiat vakavasti ja todesta, vähätteleättä tämän kokemaa tuskaa ja yrittämällä käytöksellään nostaa itsetuhoisen henkilö arvostettavaksi ihmiseksi jne. Yksi tärkeimmistä asioista on myös ottaa puheeksi suoraan kysyen henkilön kokemat itsetuhoiset ajatukset, mahdolliset yritykset, sekä mikäli mahdollista, myös konkreettisesti ratkaista itsetuhoisuuteen johtaneita ongelmia ja siten lievittää koettua tuskaa. (Laitila ym. 2022.)

Jatkotutkimuksiin kohdistuvana pohdintana voisi näyttäytyä tällä hetkellä länsimaissa vallitseva ihmisten yksilökeskeinen ajatustapa, joka on periaatteessa yhteisökeskeisyyden vastakohta. Molemmilla on hyvät ja huonot puolensa, mutta yksilökeskeisyys antaa enemmän arvoa henkilön yksityisyydelle. Etenkin Suomessa yksityisyyden arvostus on mennyt joissain asioissa liian pitkälle, ja luonut ilmapiirin, että ”jokainen hoitakoon omat ongelmansa, ei puututa muiden asioihin” ja vaikka tiedettäisiin, että lähimmäisellä menee erittäin huonosti, niin siitäkin huolimatta kunnioitetaan lähimmäisen yksityisyyttä, eikä ongelmia oteta puheeksi, paitsi siinä kohtaa, kun vahinko on jo tapahtunut ja reagoimiselle on jäänyt erittäin vähän tilaa, jos ollenkaan. Hyvinä esimerkkeinä toimii aiempina vuosina maailmalla kuin Suomessakin tapahtuneet koulusurmat. Mikäli tekijöiltä olisi aiemmin saatu tietoa heidän kokemastaan kaltoin kohtelusta ihan vaan kysymällä ja reagoitu ajoissa niihin, olisivat surmat saattaneet jäädä kokonaan tekemättä.

Toinen asia on yksilökeskeisyyden lieveilmiönä tuoma yksinäisyys. Kun korostetaan vain joka asiassa itseään, ja hoitakoon jokainen oman tonttinsa - ajattelua, saattaa sitä haluamattaan kaivaa itselleen myös kuoppaa, ja jäädä

ongelmiensa kanssa yksin. Toisenlaiselta se näyttäytyy hieman yhteisöllisemmissä porukoissa. Kun joku joutuu esimerkiksi leikkaukseen ja on huonovointinen leikkauksen jälkeen. Yhteisöllisemmässä kulttuurissa annetaan tukea sairastavalle, käydään porukalla katsomassa sairaalassa, hoidetaan mahdollisia juoksevia asioita, sillä aikaa, kun leikkauksesta päässyt vielä toipuu toimenpiteestä. Toisin sanoen tukiverkosto on laajempi, kaikki auttavat toisiaan ja on "kaveria ei jätetä" -mentaliteetti, joka oikein onnistuessaan lievittää myös psyykkisiä oireita, lieventää masennusta, ahdistuneisuutta ja yksinäisyyttä, ja sitä kautta myös itsetuhoista käyttäytymistä. Näiden asioiden nostaminen esille myös tutkimuksellisesta näkökulmasta voisi avata ymmärrystä ja itsetuhoisuuden tunnistamista. Mielenkiintoista olisi kohdentaa tutkimusta juuri yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden näkökulmaan itsemurhien tunnistamisessa ja ehkäisyssä.

LÄHTEET

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypähoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119?tab=suositus>

Ahdistuneisuushäiriöt. Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS).

Mielenterveystalo. 2022. Tietoa mielenterveydestä. Häiriöt ja ongelmat. Viitattu 10.8.2022. https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/ahdistuneisuushairiot.aspx

Depressio. Käypä hoito -suositus. 2021. Käypä hoito -suositus. Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.5. 2021.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50023?tab=suositus#s12>

Epävakaata persoonallisuus-mitä se on? Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS).

Mielenterveystalo. 2022. Aikuiset. Omahoito ja oppaat. Omahoito.

Epävakauden omahoito. Epävakaata persoonallisuus – mitä se on? Viitattu 4.11.2022. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/epavakaa_persoonallisuushairio/Pages/osio1.aspx

Gaily-Luoma, S., Valkonen, J., Holma, J. & Laitila, A. 2022. How do health care services help and hinder recovery after a suicide attempt? A qualitative analysis of Finnish service user perspectives. Internal Journal of Mental Health Systems. Viitattu 12.2.2023. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-022-00563-6>

Henriksson, M. & Marttunen, M. 2021. Persoonallisuushäiriöt. Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 10.11.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00245/do>

Henriksson, M., Isometsä, E., Lönnqvist, J. & Marttunen, M. 2021. Itsetuhokäyttäytyminen. Itsemurhat ja niiden saatavuus. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 13.12.2022.

<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00341/do>

Hietaharju, P. & Nuutila M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Hietala, J., Kieseppä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2021. Skitsofrenia. Skitsofrenian oirekuva. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 13.12.2022. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00057/do>

Hietala, J., Kieseppä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2021. Skitsofrenia. Skitsofrenian yleiskuva. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 13.12.2022. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00055/do>

Hietala, J., Kieseppä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2021. Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 13.12.2022. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00062/do>

Huttunen, M. 2020. Paniikkihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 15.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00404/paniikkihairio>

Huttunen, M. & Socada, L. 2020. Julkisten paikkojen pelko (agorafobia). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 30.3.2022.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00375/julkisten-paikkojen-pelko-agorafobia?q=ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6t>

Huttunen, M. 2018. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 12.4.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00492/sosiaalisten-tilanteiden-pelko>

Isometsä, E. 2019. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 13.5.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr02000/do>

Isometsä, E. 2021a. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppi-kirja. Viitattu 30.11.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00702/do>

Isometsä, E. 2021b. Ahdistuneisuushäiriöt. Paniikkihäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 8.2.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00136/do>

Isometsä, E. 2021 c. Ahdistuneisuushäiriöt. Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 15.3.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00137/do>

Isometsä, E. 2021d. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 10.10. 2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00082/do>

Isometsä, E. 2021e. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kulku ja ennuste. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 10.10.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00086/do>

Isometsä, E. 2021f. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 10.10.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00138/do>

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja

Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 25.5.2021.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?tab=suositus>

Itsetuhoisuus. Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS). Mielenterveystalo. 2020.
Häiriöt ja ongelmat. Viitattu 24.9.2020.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielelnterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx

Jääskeläinen, E., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2021. Muut psykoosit.
Psykoottiset oireet ja psykoottiset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 12.12.2022. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00066/do>

Kangasniemi, Mari & Pölkki, Tarja 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen Riitta (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 80–93.

KAMK, Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2021. Luotettavuus. Viitattu 3.4.2021.
<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2018. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–6.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Koivisto, M. & Korkeila, J. 2020. Persoonallisuuden häiriöt. Epävaka persoonallisuushäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 10.11.2022.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00994/epavakaa-persoonallisuushairio?q=ep%C3%A4vakaa%20persoonallisuus>

Koponen, H. 2021. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Oppiportti Duodecim. Oppikirja. Viitattu 9.10.2022.
<https://www.oppoportti.fi/op/pkr00134/do>

Korkeila, J., Tarnanen, K. & Tuunainen, A. 2020. Epävakaata persoonallisuutta. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 10.11.2022.

<https://www.terveyskirjasto.fi/khp00074/epavakaa-persoonallisuus?q=ep%C3%A4vakaa%20persoonallisuus>

Kwong, A., Morris, T., Pearson, R., Timpson, N., Rice, F., Stergiakouli, E. & Tilling, K. 2021. Polygenic risk for depression, anxiety and neuroticism are associated with the severity and rate of change in depressive symptoms across adolescence. The Association for Child and Adolescent Mental Health (ACAMH). Viitattu 18.1.2022.

<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13422>

Kyngäs, Helvi & Elo, Satu & Pölkki, Tarja & Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2). 138–148. Viitattu 25.5.2023.

https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä E. & Marttunen, M. 2021. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Itsetuhokäyttäytymisen epidemiologia. Viitattu 9.10.2022.

<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00336/do>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä E. & Marttunen, M. 2021. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Itsemurhaprosessi. Viitattu 9.10.2022. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00337/do>

MIELI, Suomen Mielenterveys ry. 2023. Miten tukea itsemurhaa harkitsevaa? Viitattu 5.4.2023. <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/miten-tukea-itsemurhaa-harkitsevaa/>

Mäkelä, M. 2016. Hoivaa, haaksirikkoja, ensiapua ja ammatillista kasvua – Narratiivinen tutkimus itsetuhoisuuden kohtaamisesta kunnallisessa aikuissosiaalityössä. Sosiaalityön Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Viitattu 24.10.2022. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99031/GRADU-1463998105.pdf?sequence=1>

Paniikin omahoito. Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS). Mielenterveystalo. 2021. Aikuiset. Omahoito ja oppaat. Omahoito. Mistä paniikkihäiriössä on kyse? 2021. Viitattu 20.12.2021. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/paniikin_omahoito/Pages/Mista_paniikkihairiossa_on_kyse.asp

Partonen, T. & Solin, P. 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Aikakauskirja Duodecim. Duodecim lehti. Viitattu 30.1. 2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830>

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli depressio. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 15.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389#T1>

Rovasalo, A. 2021. Psykoottiset häiriöt. Skitsofrenia. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 10.12.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148/skitsofrenia>

Sadeniemi, M. 2021. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 20.10.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378/kaksisuuntainen-mielialahairio?q=kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Viitattu 25.9.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sarajärvi, A. & Tuomi J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7., uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Schildt, M. 2016. Sairaanhoidajat.fi -www.sivut. Yli sata itsemurhayritystä päivässä. Viitattu 20.9.2019. <https://sairaanhoidajat.fi/2016/yli-sata-itsemurhayritysta-paivassa/>

Scribbr. 2023. Tietopankki. Opinnäytetyön rakenne. Miten kirjallisuuskatsaus tehdään? Viitattu 3.3.2023. <https://www.scribbr.fi/opinnaytetyon-rakenne/kirjallisuuskatsaus-opinnaytetyo/>

Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2017. Kuolemansyyt. Itsemurhien määrässä kasvua edellisvuosista. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 20.9.2019.
https://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_kat_006_fi.html

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Mielenterveys. Mielenterveyden edistäminen. Itsemurhien ehkäisy. Työkaluja itsemurhien ehkäisyyn. Viitattu 27.9.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy/tyokaluja-itsemurhien-ehkaisyyn>

TENK, tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2018. Tieteellisten julkaisujen tekijyydestä sopiminen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan suositus 2018. Viitattu 17.11.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_suositus_tekijyys.pdf

TENK, tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 2.1.2021

https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Ulusoy, S., Horasanli, B. & Kulaksizoglu, S. 2020. The relationship between vitamin B12 and vitamin D levels and subjective cognitive complaints in patients with first episode major depressive disorder. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. Viitattu 18.1.2022.

<https://dusunenadamdergisi.org/article/1486>

Vatne, M. & Nåden, D. 2016. Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. Sage journals. Viitattu 27.2.2023. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1177/0969733016658794>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus