



World Health
Organization

EESTI - ROOTSI VAIMSE TERVISE JA SUITSIDOLOOGIA INSTITUUT (ERSI)
ESTONIAN - SWEDISH MENTAL HEALTH AND SUICIDOLOGY INSTITUTE (ERSI)

ENESETAPPUDE ENNETAMINE: ABIKS NÕUSTAJATELE

Juhendmaterjal

WHO väljaande Eestile kohandatud tõlge

Tallinn 2006

Originaali tiitel:

PREVENTING SUICIDE
A RESOURCE FOR COUNSELLORS

This document is one of a series of resources addressed to specific social and professional groups particularly relevant to the prevention of suicide.

It has been prepared as part of SUPRE, the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide.

Keywords: suicide / prevention / resources / counsellors.

Department of Mental Health and Substance Abuse
Management of Mental and Brain Disorders
World Health Organization
Geneva
2006

© World Health Organisation 2006

Inglise keelest tõlkinud Margit Riit

Toimetanud Merike Sisask

© Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) 2006

ISBN-13: 978-9985-9647-6-7

ISBN-10: 9985-9647-6-4

Brošüür on valminud Euroopa Komisjoni ja Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi poolt finantseeritud projekti EMIP *“Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in the EU Member States and Applicant Countries”* raames.

SISUKORD

EESSÕNA	4
SUITSIIDIKOOREM	7
KAITSVAD FAKTORID	7
RISKIFAKTORID JA OHUOLUKORRAD	8
ELANIKKONNA ERIGRUPID JA SUITSIID	10
LAPSED JA TEISMELISED	10
EAKAD	11
LEVINUD MÜÜDID SUITSIIDI KOHTA	11
SUITSIDAALSE KÄITUMISE HINDAMINE	13
SUITSIDAALSE ISIKU KÄSITLEMINE	15
SUITSIDAALSETE LASTE JA NOORTE NÕUSTAMINE	18
NÕUSTAJA TOIMETULEK KLIENDI SUITSIIDIGA	20
ELANIKKONNA TEAVITAMINE	21
SUITSIIDIOHVRI LEINAJAD	22
VEEBILINGID	23
KASUTATUD KIRJANDUS	24

EESSÕNA

Suitsiidid on keeruline nähtus, mis on köitnud filosoofe, teolooge, arste, sotsiolooge ja kunstnikke läbi sajandite. Prantsuse filosoof Albert Camus tõdes oma teoses "Sisyphose müüt", et suitsiidid on ainus tõsine filosoofiline probleem.

Tõsise rahvatervise probleemina nõuab suitsidaalne käitumine meie tähelepanu, kuid selle ennetamine ja selle üle kontrolli saavutamine pole kahjuks kerge ülesanne. Kõrgetasemelised teadusuuringud näitavad, et suitsiidide preventioon on võimalik, kuid see kätkeb endas tervet hulka tegevusi, alates lastele ja noortele pakutavatest parimatest võimalikest kasvutingimustest kuni tõhusa psüühiliste häirete ravini ning riskifaktorite kontrollimiseni. Asjakohase informatsiooni levitamine ja teadlikkuse tõstmine on ühe eduka suitsiidipreventsiooni programmi olulisimad osad.

1999. aastal käivitas Maailma Terviseorganisatsioon (*WHO*) SUPRE (*Suicide Prevention*), mis on ülemaailmne algatus suitsiidide preventiooniks. Käesolev brošüür on üks paljudest SUPRE raames väljatöötatud juhendmaterjalidest, mis on suunatud erinevatele suitsiidide preventioonil võtmeisiku positsiooni omavatele sotsiaalsetele ja professionaalsetele gruppidele. Suitsiidide preventiooni edukas elluviimine sõltub võrgustikust, kuhu kuulub terve hulk erinevaid inimesi ja inimgrupe – tervishoiutöötajad, haridustöötajad, sotsiaaltöötajad, valitsuseliikmed, seadusandjate kogu, kohalikud omavalitsused ja perekonnad. Igaühel neist on täita oma roll selles pikas ja mitmekesisel ketis.

Võlgname erilise tänu Dr Scott Hinkle'ile, kliinilise koolituse koordinaator, NBCC-International, Greensboro, USA, kes töötas välja esmase versiooni sellest brošüürist. Järgnevalt vaadati tekst üle allpool nimetatud WHO Suitsiidipreventsiooni Rahvusvahelise Võrgustiku liikmete poolt, kes on samuti ära teeninud tänusõnad:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Uus-Meremaa

Professor Jean Pierre Soubrier, Chairman of the Section on Suicidology of the World Psychiatric Association, Paris, Prantsusmaa

Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India

Professor Danuta Wasserman, Swedish National Centre for Suicide Research & Prevention of Mental Ill-Health and Department of Public Health, Stockholm, Rootsi

Juhendmaterjale on praeguseks laialdaselt levitatud lootuses, et neid tõlgitakse ning kohandatakse vastavalt kohalikele oludele, mis on nende eduka toimimise eelduseks. Kommentaarid ja taotlused nende juhiste tõlkimiseks ja kohandamiseks on teretulnud.

Dr J. M. Bertolote

Koordinaator, vaimsete ja ajuhäirete juhtkond

Vaimse tervise ja ainete kuritarvitamise osakond

Maailma Terviseorganisatsioon

Igal aastal teeb enesetapu rohkem inimesi, kui hukkub kogu maailma mitmesugustes konfliktides kokku. Professionaalsete nõustajate toetamine suitsiidide ennetuses on äärmiselt oluline ja ilmselgelt vajalik ülesanne igal pool üle maailma.

Suitsiid on bioloogiliste, geneetiliste, psühholoogiliste, sotsioloogiliste, kultuuriliste ja keskkonnategurite keerulise vastasmõju tagajärg. Suitsidaalse käitumise avastamine, suitsidaalse isiku suunamine spetsialisti juurde ja tema käsitlemine on suitsiidide preventsiiooni kolm olulist sammu. Suitsiidiriskiga ja haavatava isiku kindlakstegemine, ennasthävitatavat käitumist põhjustava olukorra mõistmine ja tõhusa sekkumisviisi kujundamine on ennetustegevuses kõige olulisemad ülesanded. Seega on nõustamiseks vaja välja töötada tervishoiusüsteemil põhinevad enesetappude ennetamise ja suitsiidide käsitlemise meetmed¹.

Professionaalset nõustamist kui tegevusviisi defineeritakse kui kliinilistel, psühholoogilistel või arengulistel lähtekohtadel põhinevat sekkumist kognitiivsete, afektiivsete, käitumuslike või süsteemsete sekkumisstrateegiatega kaudu. Neid strateegiaid kasutades käsitlevad professionaalsed nõustajad tervisliku eluviisi, isikliku arengu ja karjääri küsimusi ning psüühikahäireid. Nõustajatel on erialane kõrgharidus ja väljaõpe ning nad töötavad sageli koolides, kõrgkoolides, karjäärinõuandlates, võõrutusraviasutustes, polikliinikutes ja haiglates.

Suitsiidiennetus sisaldab väga mitmesuguseid tegevusi, seal hulgas lastekasvatust, perekonnannõustamist, psüühikahäirete ravi, keskkonna riskifaktorite järele-

valvet ja täiskasvanute koolitust. Efektiivne koolitus ja elutähtis esmatasandi sekumine hõlmab suitsiidide põhjuste mõistmist, preventsiiooni ja ravi.

Nõustajad aitavad inimestel paremini mõista ainete kutritarvitamise ja meeleoluhäirete, suitsiidimõtete ja suitsidaalse käitumise seoseid. Nõustajad saavad aidata ka planeerida tagasilanguse vältimise meetmeid, hankida sotsiaalset toetust ja kui vaja, suunata nõustatav edasi intensiivsema psühhiaatrilise ja alkoholi ning narkootikumide võõrutusravi juurde.

Nõustajad vajavad selgeid, praktilisi, kättesaadavaid ja informatiivseid suitsidaalset kriisi käsitlevaid tegevusjuhiseid². Kahjuks korraldatakse vaimse tervise programmide raames harva suitsiidi käsitlevaid kõikehõlmavaid koolitusi³.

Kliendi suitsiidi peetakse nõustaja „ametialaseks riskiks”. Arvestuste kohaselt on umbes 25%-il nõustajatest olnud klient, kes sooritas enesetapu⁴. Suitsiid võib avaldada negatiivset mõju nii praktiseerivatele nõustajatele ja kui ka neile, kes on väljaõppes. Sellise kogemusega nõustajad väljendavad kliendi surmaga seoses enesehinnangu langust, pealetükkivaid mõtteid ja õudusunenägusid ning viha- ja süütundeid.

Käesolev brošüür on välja töötatud nõustajatele suitsiidiriski ja ennetustöö tutvustamiseks.

SUIISIIDIKOOREM

Hinnangute järgi sooritab maailmas aasta jooksul suitsiidi üks miljon inimest, mis asetab suitsiidi paljudes maailma riikides kümne enam levinud surma põhjuse hulka. Eestis sooritab suitsiidi iga päev üks kuni kaks inimest. Eksperthinnangul on suitsiidikatse sooritajaid kümme kuni kakskümmend korda rohkem kui enesetapu tegijaid. Arvatakse, et tegelikult on need numbrid veel suuremad. Kuigi suitsiidide arv eri demograafilistes rühmades erineb, on suitsiidide arv viimase 50 aasta jooksul ligikaudu 60% kasvanud. Suitsiidi läbi kaotatud elude arvu vähendamine on saanud rahvusvaheliselt vaimse tervise alase ennetustöö esmatähtsaks ülesandeks, milles nõustajatel on otsustav osa.

KAITSVAD FAKTORID

Kaitsvad faktorid^{5,6} vähendavad suitsiidiriski. Neid peetakse suitsiidi "tõrjevahenditeks" ja nende hulka loetakse:

- perekonna, sõprade ja teiste oluliste lähedaste isikute toetust
- religioosseid, kultuurilisi ja etnilisi uskumusi
- kuuluvust sotsiaalsetesse gruppidesse
- rahuldust pakkuvat seltskondlikku elu
- sotsiaalset integratsiooni, näiteks töö olemasolu, vaba aja mitmekülgne ja loominguline kasutamine
- juurdepääsu vaimse tervis teenustele.

Kuigi need kaitsvad faktorid ei kõrvalda suitsiidiriski, võivad nad tasakaalustada erakordsete elusündmuste mõju.

RISKIFAKTORID JA OHUOLUKORRAD

Suitsidaalsed käitumist esineb sagedamini kindlates tingimustes, mille määravad kultuurilised, geneetilised, psühhosotsiaalsed ja keskkonnafaktorid. Üldteada riskifaktorid on:

- madal sotsiaalmajanduslik staatus ja haridustase, töö kaotus
- sotsiaalne stress
- perekonnaprobleemid, probleemid sotsiaalsetes suhetes ja toetussüsteemis
- traumad nagu füüsiline ja seksuaalne vägivald
- isiklikud kaotused
- psüühikahäired, näiteks depressioon, isiksushäired, skisofreenia ja alkoholi ning narkootikumide kuritarvitamine
- väärtusetuse ja lootusetuse tunne
- seksuaalse orientatsiooni probleemid (näiteks homoseksuaalsus)
- isikupärane etteaimamatu käitumine (ülitundlikkus, näiteks kognitiivse stiili ja isiksuse struktuuri tõttu)
- häirunud otsustusvõime, impulsikontrolli puudumine ja ennasthävivate käitumine
- kehvad toimetulekuoskused
- kehaline haigus ja krooniline valu
- kokkupuuted teiste inimeste suitsiidiga
- enesekahjustamise vahendite kättesaadavus
- õnnetused ja vägivaldsed sündmused (sõda, looduskatastroofid, muud õnnetused).

Hinnanguliselt on enam kui 90%-il suitsiidi tegijatest psüühikahäired, 60% on suitsiidi ajal depressioonis. Tegelikult on kõik meeleoluhäired selgelt seotud suitsidaalse käitumisega. Depressioon ja selle sümptomid (kurbus, letargia, ärevus, ärritatus, une- ja söömishäired) peaksid hoiatama nõustajat potentsiaalse suitsiidiriski eest.

Suurenenud suitsiidirisk on seotud ka skisofreeniaga, ainete kuritarvitamisega seotud häiretega, isiksushäiretega, ärevushäiretega, sealhulgas posttraumaatiline stresshäire (PTSD), ja nende häirete komorbiidsusega⁶. Ligikaudu 10-15% ski-

sofreeniahaigetest teevad enesetapu. Suitsiid on järjekindlalt psühhoosihaigete sagedasim surma põhjus. Selge arusaamine oma psüühikahäirest, lühike ravi-periood ja rasked depressioonisümptomid on psühhoosihaigete suitsiidiriski suurendavad tegurid. Alkoholi tarvitamise, keeruliste elusündmuste ja muude stressorite koosmõju tagajärg võib olla eluperspektiivi kadumine ja ennastkahjustav käitumine. Alkoholism, eriti koos depressiooni ja isiksushäirega, suurendavad samuti suitsiidiriski.

Laste ja teismeliste suitsiidisurmade baaspõhjuseks on kindlaks tehtud mõned psüühikahäirete vormid⁷, mille enamlevinud kliinilised diagnoosid on meeoleluhäired, ärevushäired, ainete kuritarvitamine ja käitumishäired.

Suitsidaalsed isikud kannatavad sageli suurema ebasoovitavate keskkonnategurite mõju all kui nende mittesuitsidaalsed kaaslased. Sellised ebasoodad faktorid on näiteks kuritarvitamise juhtumid, perekonnaprobleemid, kultuurilised tegurid, inimestevaheliste suhete probleemid ja tugeva või kroonilise stressi toime. Depressiivsusega koos esinedes suurendavad need eluraskused suitsiidi tõenäosust. Tegelikult on elumuredega kokku puutumisest tekkiv lootusetuse tunne isegi tugevam suitsiidiennustaja kui ainult depressioon üksi.

Varasemad suitsiidikatsed suurendavad suitsiidiriski. Lisaks sellele on kõige olulisemate riskifaktorite hulgas püsiv enesekahjustamise mõte, kindel suitsiidiplaan ja suitsiidi ettevalmistused. Järelikult on suitsiidirisk kõige suurem, kui inimesel on olemas vahendid, võimalused ja täpne suitsiidi teostamise plaan ning tal puuduvad suitsiidi takistavad asjaolud.

Nõustaja jaoks on kliinilise otsuse tegemisel väga olulise tähtsusega suitsidaalse käitumisega seotud riskifaktorite kindlakstegemine. Nende riskifaktorite tundmine suunab ennetustegevust ja sekkumist, aidates nõustajal kindlaks teha suurimas suitsiidiohus isikud. Järelikult on nõustajate riskihindamise väljaõpe suitsiidide vähendamise seisukohast äärmiselt oluline.

Suitsiidikavatsustest märkuandmiseks ei ole paraku mingit üleüldist kommunikatiivset stiili. Suitsidaalse käitumise ohumärgid on iseenda hooletusse jätmine, muutused sotsiaalse käitumise harjumustes, tööviljakuse või õpiedukuse alenemine, muutused une- ja söömisharjumustes, soov isiklikud asjad korda seada, probleemid ära lahendada või heaks teha teistele tehtud ülekohus, ebatüüpiline huvi teiste tundmuste vastu, surma ja vägivaldteemade käsitlemine, äkiline meeolelu paranemine pärast depressiooniperioodi ja ootamatud või saagenud juhuslikud seksuaalvahekorrad.

ELANIKKONNA ERIGRUPID JA SUITSIID

Lapsed ja teismelised

Laste ja teismeliste suitsiidide ärahoidmises on nõustajatel eluliselt tähtis roll. Lapse või teismelise suitsidaalsus väljendub raskustes probleemide lahendamisel, stressiga toimetulekus ja emotsioonide ning tundmuste avaldamisel. Mõnel juhul võib ennasthävitava käitumise taga peituda kaaslaste negatiivne suhtumine.

Laste ja teismeliste suitsidaalses käitumises võib leida keerulisi põhjuslikke seoseid, sealhulgas depressiivne meeleolu, emotsionaalsed, käitumis- ja sotsiaalsed probleemid ning ainete kuritarvitamine. Noorte enesetappude põhjuste teise rühma kuuluvad romantilise suhte lõppemine, suutmatus toime tulla akadeemiliste nõudmistega ja muude stressiolukordadega elus ning raskused, mis on tingitud vähestest probleemi lahendamise oskustest, madalast enesehinnangust ja ebaselgest seksuaalsest identiteedist.

Suitsidaalsed lapsed kannatavad sageli lõhutud ja konfliktsete peresuhete pärast. Näiteks selline elumuutus nagu lahusus võib tekitada abituse ja kontrolli kaotuse tunde. Teismeliste suitsiidiriski suurendavad perekonnas esinenud vaimuhaigused, mis on kaasa toonud raskeid häireid perekonna funktsioneerimises, hülgamine perekonna poolt, hooletusse jätmine lapseas ja väärkohtlemine. Noorte suitsiidide taustaks on olnud perekonna suur psüühiline häiritus, vähene perekonnapoolne toetus, varasemad suitsiidimõtted või suitsidaalne käitumine, distsipliini- või õigusrikkumised ja laetud tulirelvade olemasolu kodus. Suitsiidimõtteid ja -katseid esineb rohkem neil lastel ja noortel, kes on täiskasvanute või kaaslaste väärkohtlemise ohvrid.

Üks noorte suitsiidi mõjutav faktor on mõne tuntud isiku või noore isikliku tuttava või lähedase suitsiid. Just noorte hulgas on levinud ka suitsiidide kuhjumise fenomen (kobarsuitsiid). Laialt avalikustatud suitsiidikatse või suitsiid võib viia sama identiteediga rühma liikmete enesehävitusliku käitumiseni, mis matkib suitsidaalse isiku elustiili või isikuomadusi. Mitmed uuringud toetavad just koolides tehtava laste ja noorte enesetappude ennetuse tähtsust.

Kuueteistaastaste ja vanemate noorte suitsiidiriski suurendavad koos negatiivse stressiga mõjuv alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamine. Meeleolu- ja ärevushäired, kodust ärajooksmine ja lootusetuse tunne suurendavad samuti suitsiidikatsete tegemise riski. Teismeliste suitsiidikatsed on sageli seotud alandavate

kogemustega nagu ebaõnnestumised õpingutes, tööl või romantilistes suhetes. Diagnoositud isiksushäiret esineb suitsiidi tegijatel kümme korda sagedamini kui mitteduitsidaalsetel noortel⁸, 80%-il suitsiidi teinud noortest on võimalik diagnoosida käitumishäiret, posttraumaatilist stresshäiret (PTSD) või vägivaldseid ja agressiivseid sümptomeid.

Eakad

Kõrges eas esineva suitsidaalse käitumisega seonduv üldtuntud põhifaktor on depressioon. Eakate inimeste puhul tuleb olulisena esile ravimite väärkasutus kui suitsiidi toimepanemise vahend. Siiski ületab depressiooni ravist saadud kasu oluliselt antidepressantide kasutamise negatiivse mõju.

Nõustajate teadlikkus suitsiidisõnumitest võimaldab vähendada eakate suitsiide. Ligikaudu 70% suitsiidi teinud eakatest inimestest on enne fataalse sammu astumist jaganud oma suitsiidimõtteid perekonnaliikmete või teiste inimestega. Seetõttu on kõigis olukordades nõustaja oluliseks töövahendiks perekonnaliikmete või sõprade küsitlemine, eakate rühma puhul on see lausa kohustuslik.

LEVINUD MÜÜDID SUITSIIDI KOHTA.

Suitsiidi kohta levitatakse väga mitmesuguseid müüte. Tavalisemad on järgmised:

Müüt nr 1: Need, kes suitsiidist räägivad, ei tee seda, sest nad tahavad ainult tähelepanu. See on **VALE**. Nõustaja peab suitsiidimõtetest või -kavast rääkiva inimesega kokku puutudes tarvitusele võtma kõik ettevaatusabinõud. Kõiki enesekehjustamise ohte tuleb tõsiselt võtta.

Müüt nr 2: Suitsiid on alati impulsiivne akt ja juhtub ette hoiatamata. **VALE**. Oma käe läbi elu lõpetamine võib olla impulsiivne, kuid suitsiidi võidakse kaaluda pikka aega. Paljud suitsidaalsed isikud saavad oma enesehävituslike kavatsuste kohta nii- või naasuguseid verbaalseid või käitumuslikke sõnumeid.

Müüt nr 3: Suitsidaalsed inimesed tahavadki surra või on teinud kindla otsuse

end tappa. **VALE.** Enamik suitsidaalseid inimesi avaldavad oma mõtteid vähemalt ühele inimesele või helistavad kriisitelefonil või arstile, mis on märk ambivalent-susest, kõhklustest kas tappa või mitte tappa.

Müüt nr 4: Kui inimene näitab paranemise märke või elab üle enesetapukatse, siis on ta väljaspool ohtu. **VALE.** Tegelikult on üks ohtlikemaid perioode aeg vahetult pärast kriisi või kui inimene on pärast suitsiidikatset haiglas. Nädal pärast suitsiidikatset on inimene eriti õrn ja enesekahjustamise ohus. Kuna tuleviku käitumise üks ennustaja on mineviku käitumine, on suitsidaalne inimene sageli jätkuvalt ohus.

Müüt nr 5: Suitsiid on alati pärilik. **VALE.** Mitte iga suitsiid ei ole seotud pärilikkusega ja veenvaid uuringuid pärilikkuse tähtsusest pole piisavalt. Perekonnas tehtud enesetapud on siiski tähtis suitsiidi riskitegur, eriti neis perekondades, kus esineb sagedasti depressiooni.

Müüt nr 6: Suitsiidikatse või suitsiidi tegijatel on alati vaimne häire. **VALE.** Suitsidaalne käitumine on seotud depressiooni, ainete kuritarvitamise, skisofreenia, teiste psüühikahäirete ning destruktiivse ja agressiivse käitumisega. Seda seotust ei maksa siiski üle hinnata. Nende häirete esinemissagedus erineb eri paigus ja esineb juhtumeid, kus suitsiidi teinud isikul ei avaldunud ükski psüühikahäire.

Müüt nr 7: Kui nõustaja räägib patsiendiga suitsiidist, paneb ta patsiendi pähe suitsiidimõtte. **VALE.** Nõustaja ei põhjusta mingil juhul suitsidaalset käitumist ainult sellega, et küsib, kas inimene ei kavatse endale viga teha. Tegelikult on patsiendi stressist põhjustatud emotsionaalse seisundi normaliseerimine suitsiidikavatsuste vähendamise vajalik osa.

Müüt nr 8: Enesetapu teevad "teistsugused inimesed", mitte meiesugused. **VALE.** Suitsiidi teevad igasugused inimesed, suitsiidi tuleb ette igat liiki sotsiaalsetes süsteemides ja perekondades.

Müüt nr 9: Kui inimene juba kord proovis enesetappu teha, siis ei tee ta seda enam iialgi. **VALE.** Tegelikult on suitsiidikatsed väga olulised suitsiidi ennustajad.

Müüt nr 10: Lapsed ei tee enesetappe, sest nad ei saa aru surma lõplikkusest ega ole kognitiivselt ei ole võimelised suitsiidiakti haarama. **VALE.** Kuigi harva, teevad lapsed enesetappe ja igas vanuses tuleb tõsiselt võtta iga vihjet suitsiidile.

Niisuguste suitsiidiga seotud väärarusaamiste tõttu võivad mõned nõustajad ärevust tunda või hinnata puudulikuks oma ettevalmistust tööks suitsidaalsete inimestega. Selleks, et suuta selle elanikegrupiga tööd teha, tuleb välja arendada tõhusad nõustamisoskused. Informatsioon, väljaõpe ja suitsidaalsesse kriisi sek-

kumise kogemused suurendavad nõustajate pädevust. Väljaõpe peab parandama suutlikkust rahulikult taluda teiste inimeste tugevaid tundeid, vähendama nõustajate kaitses olekut ja passiivsust ning aitama toime tulla väljelaamata leinaga. Peale selle on nõustaja jaoks väga olulised teadlikkus riskifaktoritest ja arusaamine riskiolukordadest.

SUITSIDAALSE KÄITUMISE HINDAMINE

Suitsidaalse käitumise igakülgne hindamine on nõustaja töös efektiivse sekkumise ja ennetustegevuse põhialus. Suitsidaalsuse hindamise esmane eesmärk on ennetustöö ja nõustamise tarvis informatsiooni hankimine. Hindamine suunab edasisi kliinilisi otsuseid, sekkumist, ennetust ja rehabilitatsiooni. Suitsidaalsuse hindamise kohustuslikud osad on:

- ülevaade olulistest riskifaktoritest
- suitsidaalsuse varasemad ilmingud ja episoodid
- püsivad bioloogilised, psühholoogilised, vaimsed, situatiivsed või meditsiinilised seisundid
- suitsidaalsete sümptomite, sealhulgas lootusetuse sügavus hindamise ajal
- tugevad stressorid
- impulsiivsuse ja kontrolli tase
- muud pehmendavad asjaolud
- kaitsvad faktorid.

Suitsidaalsuse hindamine nõuab käitumise ja riskifaktorite analüüsi, psüühikahäirete diagnoosimist ja surmaohu väljaselgitamist. Kui suitsidaalsuse hindamine on lõpetatud, on oluline kindlaks määrata suitsiidiriski raskusaste. Allpool esitatud 5-punktilise skaala riskimääratlusega alates *ei esine* kuni *äärmiselt suur risk*, võiks võtta selle kindlaksmääramise üldiseks aluseks:

- 1. Riski ei esine:** enesekahjustamise riski üldiselt ei ole.
- 2. Väike risk:** suitsiidimõtteid on vähe, ei ole kindlaid enesekahjustamise plaane või ettevalmistusi ja teadaolevaid riskifaktoreid on vähe. Silmnähtavat suitsiidikavatsust ei ole, aga suitsiidimõtteid on, ei ole konkreetset plaani ja isik ei ole teinud varem suitsiidikatset.

- 3. Keskmise risk:** on olemas kindel plaan ja ilmsed on ka suitsiidiks ettevalmistused, seda saadavad nimetamisväärsed suitsiidimõtted, on võimalikud suitsiidikatsed varasemas elus ja vähemalt kaks muud riskifaktorit. Või – on olemas rohkem kui üks riskifaktor, on suitsiidimõtted ja kavatsus, aga selget plaani eitatakse, inimene on motiveeritud oma praegust emotsionaalset ja psühholoogilist seisundit parandama, kui see võimalik on.
- 4. Suur risk:** on selgelt otsustatud plaan ja ettevalmistused teoks teha enast kahjustav tegu või on isikul seljataga mitu suitsiidikatset ja esineb kaks või rohkem riskifaktorit. Suitsiidimõtted ja kavatsus on verbaliseeritud ja on olemas hästi väljamõeldud plaan ja vahendid selle teostamiseks. See isik ilmutab kognitiivset jäikust ja lootusetust tuleviku suhtes ja eitab sotsiaalse toetuse kättesaadavust, neil on olnud varasemaid suitsiidikatsed.
- 5. Äärmiselt suur risk:** Mitmeid suitsiidikatsed ja mitu olulist riskifaktorit. Vältimatu tähelepanu ja sekkumine on vajalik.

Nõustaja vastutusel on teha otsus ja määrata surmariski suurus ohuskaalal, mis aitab kindlaks teha isiku potentsiaalset või fataalset enesevigastust. Sageli on kasulikum teha väär otsus suitsiidiohtu üle hinnates, kui vääralt suitsiidiohtu alahinnata. Sekkumises ja ennetuses on hindamisel saadud andmed kasutatavad ka nõustamiseelse ja -järgse seisundi võrdlemisel.

Suitsiidiriski hindamine hõlmab kliinilist intervjuud, hindamisprotseduuride tegemist ja kolmandatelt isikutelt lisainfo kogumist. Põhjus elada või eluga edasi minna on hindamise jaoks tähtsad kognitiivsed faktorid, mida tuleb arvestada suitsidaalsete isikute väljasõelumisel ja nende ravi planeerimisel. Lõpuks, suitsidaalsuse hindamine peab olema mitmemõõtmeline ja läbi viidud normaalse arengu ja sooliste erinevuste, perekonnanaloo, ainete kasutamise, isoleerituse taseme, psühhiaatrilise diagnoosi, abituse/lootusetuse taseme ja demograafiliste mudelite kontekstis³.

Noorte ja laste suitsidaalsuse hindamine peab hõlmama järgmist miinimumi:

- kliiniline intervjuu
- käitumise jälgimine
- lisainfo vanematelt, õpetajatelt, sugulastelt ja sõpradelt
- riskide ja olukorrast tulenevate faktorite hindamine
- suitsiidimõtete, -plaani ja -kavatsuste ja edasi elamise põhjuste hindamine
- perekonna ja kaaslaste toetuse kättesaadavus.

SUITSIDAALSE ISIKU KÄSITLEMINE

Kahjuks ei ole olemas üldisi kokkulepitud ja kindlaks määratud käitumisreegleid suitsidaalse või potentsiaalselt suitsidaalse inimese käsitlemiseks. Nõustamisteenused peaksid siiski suitsidaalse inimese vajadustele vastama. Suitsidaalse isiku kindlakstegemine, hindamine ja ravimine nõuavad paljude tähtsate muutujate läbi-kaalumist. Suitsidaalsetel inimestel on mitmesuguseid vajadusi alates informatsioonist kuni nõustamise ja ravini. Sageli on näidustatud lühiajalise toetava nõustamise ja ravimite kombineerimine depressiooni ja teiste suitsidaalse käitumise ilmingute ravis.

Kui inimesel on suitsiidimõtted, tuleb nendega otsekohe tegelema hakata. Esmalt tähendab see hindamist (näiteks ambivalenttsuse, impulsiivsuse ja riiidtsuse astet ning enesetapu vahendit). Sellele lisaks tuleb osutada toetust, teha mitmesugusel tasemel kokkuleppeid ja kaasata perekond ja ka nõustada. Suitsidaalse inimese käsitlemine hõlmab sageli ka farmakoloogilist ja statsionaarset ravi.

Suitsidaalse kriisi käsitlemine ei peaks olema laiemast kontekstist eraldatud sündmus. Sageli on oluline, et oleksid kaasatud teised tervishoiuasutused ja mõnel juhul peab teatama ka ametivõimudele. Suure koormusega töötavad nõustajad peavad olema eriti teadlikud enda võimekusest suitsidaalse kriisiga efektiivselt toime tulla. Tähtis on teada eetikapõhimõtteid ja seadusi, mis puudutavad kolmandate poolte kaasamist.

Koostöö nõustajate ja tervishoiuspetsialistide vahel on suitsiidide ennetuses olulise tähtsusega. Nõustajad, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, psühhiaatriaõed, psühhiaatrid ja arstid peavad tegutsema koostöös, osalema avalikkuse teavitamisel suitsiidide olemusest ning looma sidemed erinevate vaimse tervisega tegelevate teenuste vahel.

Suitsidaalset kriisi käsitledes on nõustaja esmased ülesanded järgmised⁹:

- olla rahulik ja toetav
- mitte olla hinnanguline
- julgustada eneseavamist, väljaraäkimist
- tunnistada suitsiidi kui ühte võimalikku valikut, aga mitte seda "normaliseerida"
- kuulata aktiivselt ja julgustada positiivselt enese eest hoolitsemist
- hoida nõustamisprotsessi fookuses "siin ja praegu"

- kuni kriisi leevendumiseni vältida sügavuti minevat nõustamist
- kutsuda teisi spetsialiste appi hindama enesevigastuse tõenäosust
- esitada küsimusi surmasoovi kohta
- eemaldada eluohtlikud suitsiidivahendid
- teha efektiivseid kriisi lahendamise otsuseid.

Efektiivsete otsuste all mõeldakse suitsidaalse kriisi käigus koostatavat kriisi lahendamise individuaalset kava, milles arvestatakse isiku eripära, konkreetseid riskifaktoreid ja potentsiaalse enesekehjustamise ohu suurust. Nõustaja, kes töötab elanikkonna erigruppidega ning teatud keskkonnas või tingimustes, koostab nende gruppide vajadustele, olukordadele või kontekstile vastava suitsidaalse kriisi lahendamise plaani. Haiglaväliste kriisidega, näiteks lapse kriisiga tegelevale nõustajal peaks olema selge tegevuskava, mis tõenäoliselt erineb statsionaaris toimuvast sekkumisest täiskasvanu kriisi, kus erakorralise abi personal või arstid on käepärast. Selgelt defineeritud suitsiidi käsitlemise plaanid mitte ainult ei võimalda kvaliteetset hooldust, vaid ka edasisuunamise võimalusi ja kindlust, et abivajaja leiab tervishoiusüsteemis ja abistruktuurides talle vajaliku.

Kuigi suitsidaalse isikuga tehtavate kokkulepete kasulikkuse kohta on üsna vähe tõendeid, on paljud nõustajad potentsiaalse suitsiiditegijaga lepingu tegemise poolt ja usuvad lepingu võimalikku positiivset mõju. Kui suitsiidikatse on tehtud, peab kommunikatsioon ohvri, nõustajate, ravispetsialistide ja ohvri perekonna vahel olema võimalik ja toimima efektiivselt. Kõigi suitsidaalse kriisiga tegelevate nõustajate enesekindlust ja eneseusku on võimalik suurendada suitsiidikatsele reageerimise treeningutega.

On oluline, et nõustaja loob potentsiaalse enesetapu tegijaga usaldusliku suhte, kus oleks ka omajagu usku nõustajasse. Potentsiaalselt suitsidaalne isik peab tundma ennast vabalt, et jagada infot ja olla veendunud, et nõustaja on valmis kriisi lahendama. Kui nõustaja üritab kriisi leevendada järk-järgult, peab ta protsessi käigus kindlustama isiku turvalisuse.

Suitsidaalse kriisi käsitlemisel peab nõustaja küsima, kas inimesel on kavatsus ennast vigastada või tappa. Näiteks võib nõustaja küsida:

- "Kas sul on olnud mõtteid ennast vigastada või ära tappa?"
- "Kas sa mõtled oma elu lõpetamisele?"
- "Kas sa oled kaalunud enesetappu?"
- "Kas sa oled kunagi mõelnud või mõtled praegu enesetappule?"

- “Kas sul on olnud nii paha olla, et oled mõelnud ennast ära tappa?”
- “Kas sul on plaan, kuidas oma elu lõpetada?”
- “Kas sul on ettekujutus, kuidas sa kavatsed seda teha?”

Muidugi peab neid küsimusi küsima viisil, mis vastab küsitletava isikule selles konkreetses sotsiaalkultuurilises kontekstis.

Väikese suitsiidiriskiga isikuid peab üldiselt aeg-ajalt uuesti hindama ja kontrollima, et kindlaks teha nende suitsidaalsus. Ei maksa unustada, et väikesest riskist võib ajaga saada mõõdukas või kõrge risk. **Mõõduka riskiga** isikuid peab uuesti hindama, et määrata, kui suur on vajadus nad hospitaliseerida, kaasata aktiivsesse tugisüsteemi, kindlustada neile 24-tunnine kiirabi kättesaadavus, meditsiiniline hinnang ja järelnõustamise kontakt. Kui isiku risk suureneb **tõsise** või **äärmusliku** tasemeni, on piiravad sekkumised tavaliselt vältimatud ja ei saa välistada ka tahtevastast haiglaravi. Sageli on parim ravi see, mis inimest kõige vähem piirab, aga on samal ajal turvaline ja efektiivne. Ravi jätkamise kindlustamine ja võimaliku psüühikahäire kindlakstegemine RHK või DSM klassifikatsiooni järgi aitavad ravi planeerida ja potentsiaalse psühhotroopse medikamentravi vajadust hinnata.

Suitsidaalse isiku käsitlemisel on tähtis, et nõustaja ei väljendaks oma isiklike moraalseid, religioosseid või filosoofilisi vaateid, kuna need võiksid luua suhtlemistõkkeid ja suitsidaalset inimest nõustajast eemale tõugata. Individuaalsed ja ühiskondlikud abi ja toetuse võimalused tuleb koos nõustatavaga läbi arutada. Käsitletakse perekonna, sõprade, vaimulike, hingehoidjate ja teiste abiandjate võimalusi. On tähtis, et ei antaks lubadusi nõustatava enesetapukavatsused enda teada jätta.

Korduva suitsiidi oht on suurim esimesel aastal pärast suitsiidikatset. Seega peavad nõustajad püüdma seda ennetada, kasutama intensiivset järelnõustamist ja -ravi, kaasa arvatud juhtumi analüüs, jätkuvad toetavad telefonikontaktid ning mõnel juhul koduvisiidid. Nõustajad peavad selgitama, kui sageli vajab isik kontakti nõustajaga, mida nõustajad saavad pakkuda järelnõustamises ja -ravis ja kui kaua peaks jätkuhooldus kestma. Enneaegne nõustamise lõpetamine ja ebaadekvaatne reageerimine ravile on ebasoodsad asjaolud võimaliku suitsiidi sooritamise suhtes.

Nõustamine peab olema kohandatud isiku vajadustele. Sageli hõlmab nõustamine kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, dialektilist käitumisteraapiat, psühhodünaamilist teraapiat ja perekonnaõustamist. Suitsidaalsete isikute teraapiaprotsessis

toob kasu intensiivsete emotsioonidega toimetuleku õpetamine ja enesehävitusliku käitumise analüüsimine, millega kaasneb nõustatava iseseisvuse toetamine. Abituse, lootusetuse ja ahastuse tunnete tunnistamine ja neist ülesaamine, nii nagu ka eneseteadvustamine ja positiivse identiteedi kujundamine, on suitsidaalsete inimeste nõustamises samuti väga tähtsad momendid.

Toetavas nõustamises üritatakse tavaliselt ka kindlaks teha sõnumit, mida inimene üritab edastada või mis probleemi ta üritab lahendada suitsidaalse käitumise kaudu. Kriisisituatsiooni teravust võib aidata leevendada võimalus oma probleemid välja valada. Nõustajad ei tohiks küll loota ainult verbaalse suhtluse peale, kuna suitsiidimõtete puudumine või eitamine võib maskeerida tegelikku suitsiidikavatsust. Hinnanguid vältiv toetus, aktiivne kuulamine ning oluliste ja sondeerivate küsimuste esitamine aitavad selgitada, mis sõnumit suitsidaalne isik püüab edastada.

SUITSIDAALSETE LASTE JA NOORTE NÕUSTAMINE

Nõustamine on suitsidaalsete laste ja noorte suitsiidiennetuse sobiv meetod, mis peaks keskenduma kognitiiv-käitumuslikule teraapiale rõhuasetusega toimetulekuoskustele. Nõustamise eesmärgid võiksid olla iseendast parem arusaamine, konfliktsete tunnete kindlakstegemine, enesehinnangu tõstmine, väheadaptiivse käitumise muutmine, efektiivsete konfliktilahendamise oskuste ja kaaslastega suhtlemise õppimine.

Suitsiidimõtete ja kavatsuste tekkejärgus pöörduvad vanemad õpilased ja üliõpilased kõige tõenäolisemalt sõprade poole. Kui neid õpetada riskikäitumisega kaaslasti ära tundma, võib see vajaliku abi vastuvõtmise toetuse otsijate jaoks kergemaks teha. Kogemus on näidanud, et kaasõpilaste nõustamise programmid suurendavad õpilaste teadmisi suitsiidi riskifaktoritest, õpetavad, kuidas kontakteeruda kriisitelefoni ja kriisikeskustega ja kuidas suunata sõbra nõustaja juurde. Õpilastel on vaja foorumit, kust nad saavad informatsiooni, kus saavad küsida ja õppida, kuidas aidata iseennast ja sõpru, keda on vandanud suitsiidimõtteid. Kahjuks ainult umbes 25% õpilastest räägivad täiskasvanutele sõbra suitsiidimõtetest. Hoolikalt ettevalmistatud nõustaja loengud aitavad seda numbrit suurendada.

Vanemate kaasamine ja koostöö teiste tervishoiuasutuste ja koolidega on samuti efektiivsed preventsoonimeetmed. Suitsiidipreventsiooni programmidega töötavates koolides peaksid olema ka lapsevanemad kaasatud kooli tegevusse, et teavitada, kindlaks teha ja aidata suitsiidikavatsustega noori. Õpetajad veedavad koos laste ja noortega palju aega, mistõttu on neil samuti kasulikku informatsiooni õpilaste vaimse tervise kohta. Veelgi enam, asjakohase väljaõppega personal oskab kindlaks teha õpilaste suitsiidi riskifaktoreid. Kui suitsidaalne käitumine tuleb ilmsiks koolikeskkonnas, tuleb kontakteeruda vanematega, tagada, et õpilase seisundit adekvaatselt hinnataks ja antakse vajalikku abi ja toetust, enne kui ta kooli tagasi tuleb. Oluline on, et pärast kooli naasmist suhtutaks temasse hästi ja toetavalt.

Sageli tahavad teise õpilase suitsiidiga kokku puutunud õpilased aru saada, mis juhtus, ja tahavad sellest sündmusest rääkida. Koolis organiseeritud nõustamine leinagrupis võib olla efektiivne suitsidaalse kriisi lahendamise meetod, mis aitab õpilastel toime tulla sõbra või kaasõpilase kaotusega. Selline käsitlus võib aidata karmi reaalsusega toime tulla, toetab kohanemist õpilase kaotanud koolikeskkonnaga ja häälestab elu positiivselt jätkama. Kuna kaaslased on haaratud segastest kaotuse, valu, viha ja frustratsiooni tunnetest, peab tähelepanu pöörama nende endi potentsiaalsetele suitsiidimõtetele ja -kavatsusele. Mõne lapse enesetunne võib olla raske mõnda aega pärast kaaslase või sõbra suitsiidi, mistõttu peaks nõustamine hõlmama järelhooldust- ja ravi.

Teismeliste suitsidaalse kriisi käsitlemine muutub veel tähtsamaks, kui tegemist on ainete kuritarvitamise, isiksushäire, impulsiivsuse ja stressiga suhetes kaaslastega¹⁰. Raskematel juhtudel peab suitsiidist mõtlevat teismelist kogu aeg jälgima. Kui perekond ei ole võimeline sellisel tasemel järelevalvet pakkuma ja teismelise üle puudub kontroll, tuleb noor haiglasse paigutada, et oleks võimalik talle adekvaatset tähelepanu ja hoolitsust pakkuda. Kahjuks ei ole hospitaliseerimine mingi garantii, et nooruk ennast ei kahjusta. Ta võib ka siis leida tee, kuidas oma destruktiivse eesmärgini jõuda. Pärast haiglaravi vajab laps või nooruk rehabilitatsiooni, mida pakuvad asjakohase väljaõppega spetsialistid, sealhulgas nõustajad. Nõustamine peab keskenduma haiglaslike surma-, tõrjumis-, võõrandumis-, kaotus- ja karistusfantaasiate vähendamisele ja situatsiooni stabiliseerimisele. Tuleb kaaluda ka psühhofarmakonide kasutamise vajadust^{1,11}.

Suitsiidide preventsoonis eristatakse mitmeid tasandeid (edendamine, ennetamine, ravi ja rehabilitatsioon), kus kõigil tasanditel on oma olulised ülesanded. Edendamise tasandil tegeldakse inimeste gruppidega, kes veel ei väljenda suit-

sidaalse häirituse märke või on see häiritus väga piiratud. Preventsiooni keskne ülesanne on siin säilitada ja parandada interpersonaalset ja sotsiaalset toimetulekut ning oluliselt vähendada emotsionaalseid, füüsilisi ja majanduslikke riskifaktoreid.

Koolisisesed hariduslikud programmid annavad teavet õpetajatele, kuidas kindlaks teha suitsidaalseid õpilasi, ja annavad õpilastele teadmisi, kuidas olla abiks oma hädas olevatele sõpradele. Avalikud programmid, mis keskenduvad vaimsele tervisele, toetavad ka suitsiidide preventsiooni. Kriisikeskused ja "Eluliini" tüüpi teenused on suitsiidide preventsioonis sageli kesksel kohal, kuigi nende mõju on ilmselt mitmetahulisem.

NÕUSTAJA TOIMETULEK KLIENDI SUITSIIDIGA

Suitsidaalne käitumine on üks sagedamini ettetulevaid vaimse tervise kriise, millega nõustajad kokku puutuvad. Vestlused kolleegide ja superviisoritega, leppimine tõsiasjaga, et suitsiid on üks võimalik nõustamisprotsessi lõppemise põhjus, „psühholoogiline lahang“ ja matuste külastamine osutunud tõhusateks kliendi suitsiidiga toimetuleku strateegiateks. Nõustajad peavad olema teadlikud oma probleemidest surma ja suitsiidi käsitlemisel, mis ei tohi piirata nõustaja tegevust suitsidaalse kliendi nõustamisel.

Suitsidaalsete klientidega töötava nõustaja keskne probleem on surmahirm. Nõustaja suitsiidi puutuvate hoiakute ja väärtuste ning suitsidaalsete isikutega tehtava töö efektiivsuse vahel on selge seos. Kui toimub suitsiid, vajab sellega seotud nõustaja debriifingut, mis sisaldab suitsiidini viinud sündmuste rekonstrueerimist ja suitsiidifaktorite kindlakstegemist, töörühma reaktsioone ja meetmeid ennetustöö edasiseks parandamiseks. Sooritatud suitsiidiga seotud nõustajad võivad avaldada viha ja meelepaha, süütundeid ja kurbust kuni post-traumaatiliste sümptomiteni välja. Kaaslaste toetus ja isegi toetav nõustamine on selles olukorras väga vajalikud.

ELANIKKONNA TEAVITAMINE

Nõustajad saavad anda elanikkonnale koolitust ja teadmisi, mis võib aidata vähendada suitsiidijuhtumeid. Näiteks on tähtis, et nõustajad informeeriks inimesi suitsiidi ohumärkidest. Harimise ja teadlikkuse suurendamisega aidatakse inimestel suitsiidiohu märke ära tunda, hajutatakse suitsiidiga seotud müüte ning antakse lootust neile, kes on potentsiaalselt suitsidaalsed ja vajavad oma valikute ümbermõtestamist. Esmatasandi meditsiinitöötajad ja nõustajad peaksid käsitlema avalikult suitsiidiga seotud probleeme eriolukordades (näiteks töökaotus ja sellega seotud perekonna ebastabiilsus) ja levitama teadmisi suitsiidi riskifaktorite kohta (näiteks depressioon, psüühikahäired, narko- ja alkoholisõltuvus, suitsiidid perekonnas).

Veelgi enam, nõustajate ülesanne on koolis informeerida ja harida õpetajaid ja lapsevanemaid, et need oskaksid kindlaks teha õpilaste suitsiidiriski. Koolipsühholoogide ülesanne on õpetada õpilasi, kuidas suitsidaalset käitumist avastada ja kuidas hankida abi. Näiteks õpilased, kes on kaasatud preventsiiooniprogrammidesse, vajavad infot ja väljaõpet, kuidas olla empaatiline ja aktiivselt kuulata ning kuidas läheneda sõbrale, kes võib-olla vajab abi. Selline info, mis aitab õpilasi laialt avalikustatud suitsiidi või suitsiidikatsega kaasnevate tugevate emotsioonidega toime tulla, aitab ennetada suitsidaalse käitumise imiteerimist („copy-cat“). On välja töötatud soovitusi, mille järgmine aitab kobarsuitsiide vältida¹².

Nõustajate jaoks on tähtis, et neil oleks suitsiidijuhtumi puhuks valmis meediaga suhtlemise plaan. Selles plaanis peab olema meediale tungiv soovitus mitte ülistada, imetleda või dramatiseerida surma, et ära hoida võimalikku suitsiidi nakkamist. Lähema informatsiooni saamiseks on nõustajatel soovitatav tutvuda juhendmaterjaliga „Enesetappude ennetamine: Suitsiidide kajastamine meedias“¹³.

SUIISIIDIOHVRI LEINAJAD

Töö suitsiidiohvri leinajate eneseabigrupis on konstruktiivne ja uut võimalust pakkuv järelnõustamise meetod. Sellised eneseabigrupid võivad pakkuda kasulikku informatsiooni leinaprotsessi ja suitsiidi kohta ja täita leinajate jaoks nõustaja funktsiooni.

Nõustajate kaasamine leinagruppidesse võib olla suureks lohutuseks suitsiidi tagajärjel kannatanud sõpradele ja perekondadele. Suitsiidiohvri leinajatel vahelduvad sageli süü-, viha- ja leinatunded. Sellistel juhtudel saavad nõustajad aidata neid tundeid läbi töötada. Paljud perekonnad on vahetult pärast suitsiidikatset teatanud vajadusest nõustamise järele. Selline nõustamine aitab perekondadel käsitleda stressi, mis tekkis suitsiidikatse tagajärjel, ja selgitada rolli suitsiidikatse tegija toetamisel ning sõbra või perekonnaliikme kaotuse käsitlemisel.

Nõustajad saavad vajaduse korral aidata perekondi ja sõpru paremini mõista psüühikahäirete osa suitsiidis ja vähendada suitsidaalse käitumise nakkamise riski või selle imiteerimist. Rehabilitatsioonigrupi nõustamine hõlmab suitsiidiga kaasneva stressi leevendamist ja suitsiidiohvri leinajate toetamist toibumisperioodil.

Nõustajad saavad aidata suitsiidiga leppida ja elus positiivselt edasi liikuda. Üks võimalus, kuidas kaotusega toime tulla, on selle käsitlemine eneseabigrupis. Täiendavat infot selle grupi tööle panemiseks võivad nõustajad leida käsiraamatust „Enesetappude ennetamine: Suitsiidiohvri leinajatele eneseabigruppide algatamiseks”¹⁴.

VEEBILINGID

Lisainfot leiate internetist (linke viimati kontrollitud aprillis 2006).

The International Association for Suicide Prevention <http://www.med.uio.no/iasp/>

The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health <http://auseinet.flinders.edu.au/>

The International Academy for Suicide Research <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

The American Association of Suicidology <http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention <http://www.afsp.org>

The Suicide and Mental Health Association International <http://www.suicideandmental-healthassociationinternational.org/>

Befrienders International <http://www.befrienders.org/>

Samaritans <http://www.samaritans.org.uk/>

International Federation of Telephone Emergency Services <http://www.ifotes.org/>

Lifeline International <http://www.lifeline.web.za/>

The Suicide Prevention Action Network <http://www.spanusa.org>

<http://www.infosuicide.org> (in French)

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Popenhagen MP, Gualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling* 1998;1:30-35.
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist* 2000;28:445-510.
4. Rogers JR. Suicide risk assessment. In: Welfel ER, Ingersoll RE, editors. *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001:259-264.
5. Collins BG, Collins TM. Crisis and trauma: *Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice* 2001;32:351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(Suppl. 2):70-74.
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America* 1990;12:511-556.
9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live": The adolescent at risk for suicidal behaviour. In: Capuzzi D, Gross D, editors. *Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents*. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000:319-352.
10. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence* 1998;21:319-370.
11. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals* 1990;20:143-150.
12. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report* 1994;37(Suppl. 6):1-12.
13. Sisask M. *Enesetappude ennetamine: Suitsiidide kajastamine meedias*. Tallinn: ERSI, 2005.
14. Saveljev K. *Enesetappude ennetamine: Suitsiidiohvri leinajatele eneseabigruppide algatamiseks*. Tallinn: ERSI, 2005.