



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

ENESETAPPUDE ENNETAMINE: ABIKS ÕPETAJATELE JA MUULE KOOLIPERSONALILE

Juhendmaterjal

WHO väljaande Eestile kohandatud ja täiendatud tõlge

Tallinn 2008

Originaali tiitel:
WHO/MNH/MBD/00.3
Original: English
Distr.: General

**PREVENTING SUICIDE:
A RESOURCE FOR TEACHERS AND OTHER SCHOOL STAFF**

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 / schoolteachers

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organisation
Geneva 2000

© World Health Organisation, 2000

This document is not a formal publication of the World Health Organisation (WHO), and all rights are reserved by the Organisation. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely responsibility of those authors.

Inglise keelest tõlkinud, Eestile kohandanud ja täiendanud Merike Sisask

Kordustrüki toimetanud Kertu Valling

© Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) 2008

Esmatrükk 2004

ISBN 978-9985-9963-1-7

Brošüüri kordustrükk on valminud Euroopa Komisjoni ja Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi poolt finantseeritud projekti EAAD "European Alliance Against Depression" (Eestis nimetusega "Eesti Depressioonivabaks") raames.

SISUKORD

EESSÕNA ORIGINALVÄLJAANDELE	5
EESSÕNA EESTIKEELSELE VÄLJAANDELE	8
SISSEJUHATUS	11
SUITSIDAALSUS KUI VARJATUD JA ALAHINNATUD PROBLEEM	12
SUITSIIDIPROTSESSI ARENG	14
KAITSVAD FAKTORID	15
RISKIFAKTORID JA RISKIOLUKORRAD	17
Kultuurilised ja sotsiaal-demograafilised faktorid.	17
Perekonna mustrid ja negatiivsed elusündmused lapsepõlves.	18
Kognitiivne stiil ja isiksus.	19
Psühhiaatrilised häired.	21
Depressioon.	21
Alkohol ja narkootikumide kuritarvitamine.	22
Anaboolsed steroidid.	22
Söömishäired	23
Ärevus.	23
Neuropsühhiaatrilised diagnoosid.	23
Psühhoosid.	24
Eelnevad suitsiidikatsed.	24
Hetke negatiivsed elusündmused kui suitsidaalse käitumise vallandajad	25
KUIDAS DISTRESSIS JA VÕIMALIKU SUITSIIDIRISKIGA ÕPILASI ÄRA TUNDA?	26
Distressi äratundmine.	26
Suitsiidiriski hindamine.	27

Eelnevad suitsiidikatsed.	27
Depressioon.	27
Riskisituatsioonid.	29
KUIDAS PEAKS SUITSIDAALSEID ÕPILASI KOOLIS KÄSITLEMA?	29
Üldine preventatsioon: enne kui mõni suitsidaalne akt aset leiab	29
Kooliõpetajate ja muu koolipersonali vaimse tervise tugevdamine.	30
Õpilaste enesehinnangu tugevdamine.	30
Kiusamise ja vägivalla ennetamine koolis.	31
Tunnete väljendamise edendamine.	32
Ravivõimaluste kohta informatsiooni pakkumine.	32
Sekkumine ehk interventsioon: kui suitsiidirisk on identifitseeritud.	32
Suhtlemine.	33
Koolipersonali oskuste parandamine.	34
Suunamine professionaalide poole.	35
Suitsiidivahendite eemaldamine distressis ja suitsidaalse lapse või noore lähedusest.	35
Postventsioon: kui suitsiidikatsed või suitsiid on toime pandud.	36
Koolipersonali ja koolikaaslaste informeerimine.	36
Debriefing.	37
Meediaga tegelemine.	37
KOKKUVÕTE SOOVITUSTEST.	39
ORIGINAALVÄLJAANDES KASUTATUD KIRJANDUS.	40
TÄIENDAMISEL JA KOHANDAMISEL KASUTATUD KIRJANDUS.	42
LISA.	43

EESSÕNA ORIGINAALVÄLJAANDELE

Suitsiid on keeruline nähtus, mis on köitnud filosoofe, teolooge, arste, sotsiolooge ja kunstnikke sajandeid. Prantsuse filosoof Albert Camus tõdes oma teoses "Sisyphuse müüt", et suitsiid 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 preventatsioon 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 WHO (Maailma Terviseorganisatsioon) SUPRE, 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, valitsusliikmed, seadusandjate kogu, kohalikud omavalitsused ja perekonnad. Igapähe neist on täita oma roll selles pikas ja mitmekesisises ketis.

Võlgname erilise tänu psühhiaatria ja suitsidoloogia professor Danuta Wasserman'ile ja doktor Veronique Narboni'le Rootsi Suitsiidiuuringute ja Preventiooni Keskusest (NASP, WHO koostööpartner), kes töötasid välja esmase versiooni sellest brošüürist. Järgnevalt vaadati tekst üle allpool nimetatud WHO Suitsiidipreventsiooni ja Uuringute Rahvusvahelise Võrgustiku liikmete poolt, kes on samuti ära teeninud tänusõnad:

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

Professor Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Kanada

Professor Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, Prantsusmaa

Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Hiina

Soovime tänada ka järgmisi eksperte nende panuse eest:

Professor Britta Alin-Akerman, Department of Education, Stockholm University, Stockholm, Rootsi

Professor Alan Apter, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tiqwa, Iisrael

Professor David Brent, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA, USA

Dr Paul Corcoran, National Suicide Research Foundation, Cork, Iirimaa

Dr Agnes Hultén, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Rootsi

Dr Margaret Kelleher, National Suicide Research Foundation, Cork, Iirimaa

Professor Francois Ladame, Unités pour adolescents et jeunes adultes, Université de Genève, Genf, Šveits

Dr Gunilla Ljungman, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Västerås Central Hospital, Västerås, Rootsi

Dr Gunilla Olsson, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Rootsi

Professor Israel Orbach, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Iisrael

Professor Xavier Pommereau, Centre Abadie, Bordeaux, Prantsusmaa

Dr Inga-Lill Ramberg, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Rootsi

Professor Per-Anders Rydelius, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Karolinska Institute, Stockholm, Rootsi

Professor David Schaffer, Columbia University, New York, NY, USA

Professor Martina Tomori, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

Professor Sam Tyano, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tiqwa, Iisrael

Professor Kees van Heeringen, Unit for Suicide Research, Department of Psychiatry, University Hospital, Ghent, Belgia

Professor Anne-Liis von Knorring, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Rootsi

Professor Myrna Weissman, Department of Child Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA

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

Dr J.M. Bertolote

Koordinaator, Vaimsed ja Käitumuslikud Häired

Vaimse Tervise Osakond

Maailma Terviseorganisatsioon

EESSÕNA EESTIKEELSELE VÄLJAANDELE

WHO Euroopa regioonis on suitsiidid 15-19 aasta vanuste noorte hulgas üks peamistest surmapõhjustest. Suitsiididest sagedamini esineb selles vanusrühmas vaid õnnetusjuhtumitest (sh liiklusõnnetustest) ja kasvajatest tingitud surmajuhtumeid. Kuigi Eestis on suitsiidirisk suurim keskealiste meeste ja vanemaeliste naiste hulgas ning laste ja noorte enesetapud moodustavad arvuliselt suitsiididest vaid väiksema osa (kuni 24-aastaste suitsiide on umbes 10% kõigist suitsiidijuhtumitest), on iga noore inimese enesetapp oma emotsionaalselt tähenduselt nii lähedastele inimestele kui ühiskonnale tervikuna eriti traumeeriv, tundub ebaõiglane ning tekitab mõistmatust ja süütunnet. Sellest annavad tunnistust ka ajakirjanduses ilmunud suitsiidilood – noorte enesetapud äratavad tähelepanu ning kütavad üles emotsioone.

Suitsiidikatseid, mida eksperthinnangu kohaselt arvatakse esinevat 10-40 korda sagedamini kui lõpuleviidud suitsiide, panevad kõige sagedamini toime just noored inimesed. Tütarlastel on kõige enam ohustatud vanusrühmaks alla 19-aastased. Suitsiidikatsed on üheks oluliseks hilisemat suitsiidi või korduvaidsuitsiidikatsed prognoosivaks faktoriks.

Suitsiidikatsed ja suitsiidini jõudmist on käsitletud protsessina, mis kujuneb välja ja areneb aja jooksul. Harva, kui üldse, on suitsidaalne käitumisakt tingitud ainult hetkeimpulsist ning toime pandud ilma ühegi eelneva ohu- ja hoiatusmärgita. Reeglina annab suitsidaalne inimene ümbritsevatele korduvalt märku oma elamise valust ja rahuldamatust vajadustest. Need märguanded võivad olla otsesed või kaudsed, verbaalsed või mitteverbaalsed. Kõrvalseisjate (professionaalide, pereliikmete, sõprade) võimuses peaks olema neid märguandeid tähele panna, nendega tegelikult edastatav sõnum välja lugeda ning adekvaatselt reageerida. See ei ole kerge, kuid mitte ka võimatu.

Kas inimesel on õigus end ära tappa? Läbi ajaloo pole sellele filosoofilisele küsimusele ühest vastust leitud. Hoiak suitsiidi suhtes sõltub paljuski ajaloolis-kultuurilisest taustast ning religioossetest tõekspidamistest. Mida noorem

on inimene, kes seisab elu ja surma valiku dilemma ees, seda väiksem on tema pagas – läbitöötatud ja lahtimõtestatud elufilosoofia ning elukogemused –, millele toetudes otsust teha. Seetõttu ei saa eeldada, et identiteedisegaduses noor teeb teadliku ja ratsionaalse valiku. Tihti iseloomustab suitsidaalset mõtlemist “tunnelnägemise sündroom”, kus alternatiive enam ei näi olevat ning enesetapp tundub ainukesena lahendamatu näivast olukorrast ja sellega kaasnevast talumatust hingevalust.

Kuigi kõiki enesetappe ei ole tõenäoliselt võimalik ära hoida, on enamus neist siiski ennetatavad. Suitsidaalse käitumise preventsiioon laste ja noorte puhul on oluline prioriteet ning kool tundub olevat parim koht suitsiidipreventsiooni programmide elluviimiseks. Koolidel põhineva preventiivse töö miinuseks on, et sellega jäävad hõlmamata need lapsed ja noored, kes ühel või teisel põhjusel on jäänud väljapoole formaalset haridussüsteemi. Samas on tihtipeale needsamad koolist väljalangemise põhjused ka olulisteks suitsiidi riskifaktoriteks. Siin jääb lootus riikliku ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö süsteemi ning kolmanda sektori peale.

Eestis riiklikul tasandil suitsiidipreventsiooni programmi vastu võetud ei ole, kuigi selle väljatöötamisega on vaimse tervise poliitika raames aastaid tegeldud. Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud rahvastiku tervise arengukava aastateks 2009-2020 seab üheks prioriteetseks suunaks küll laste ja noorte tervise ja arengu, kuid suitsidaalse käitumise ennetamist ja vaimse tervise edendamist see kahjuks eraldi prioriteedina välja ei too.

Suitsiidipreventsiooni võib vaadelda mitmelt erinevalt tasandilt:

- Otsene ehk spetsiifiline preventsiioon, mis on suunatud suitsidaalsele üksikisikule – suitsiidikatse sooritanule, suitsiidimõtetega inimesele. Otse-se preventsiiooni jaoks on vajalik suitsidaalsed inimesed ära tunda, nende rahuldamata vajadusi ja kriitilist emotsionaalset seisundit tunnetada ning siis aktiivselt suitsiidiprotsessi sekkuda, pakkudes vajalikku toetust ja abi.
- Kaudne ehk mittespetsiifiline preventsiioon, mis on suunatud kõrge riskiga gruppidele, kelle suitsiidiprotsess juba on (või veel ka ei ole) arene-

ma hakanud. Sellisteks riskigruppideks võivad olla näiteks vaimse tervise häirega (depressioon, ärevus) inimesed, raske kehalise haiguse all kannatavad inimesed (HIV/AIDS, vähk vm), alkoholi ja narkootikumide kuritarvitajad, suitsiidiohvri või suitsiidikatse sooritanu lähedased. Kaudse preventsiiooni jaoks on vajalik pakkuda riskigruppi kuuluvatele inimestele informatsiooni abi- ja toetusvõimaluste kohta ning hoolitseda selle eest, et niisugused võimalused oleksid vajadusel kättesaadavad.

- Üldine preventsiioon, mis on suunatud kogu elanikkonna vaimse tervise ja vastupanuvõime tugevdamisele. Üldine preventsiioon kätkeb endas ligipääsu takistamist suitsiidivahenditele (näiteks regulatsioon relvade hoidmise ja kasutamise ning ravimite väljakirjutamise kohta), elanikkonna üldise hoiaku mõjutamist vaimse tervise probleemidesse ja ravisse, erinevate võtmeisikute suitsidoloogia alast koolitust (tervishoiutöötajad, õpetajad, sotsiaaltöötajad, kirikuõpetajad jne), vabatahtlike abistajate liikumise edendamist ning kooliprogrammide väljatöötamist laste ja noorte enesekindluse ning toimetulekuvõime tõstmiseks.

Käesolev brošüür on WHO juhendmaterjali Eesti jaoks tõlgitud, täiendatud ja kohandatud variant, mille sihtgrupiks on kõik need, kes koolides lastega tööd teevad – õpetajad, kooliarstid ja -õed, koolipsühholoogid, sotsiaalpedagoogid jne. Loodame, et brošüürist on kasu nii individuaalse lugemisvarana kui ka asjakohaste koolituste baasmaterjalina.

Prof Airi Värnik, MD PhD

Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI), juhataja

Tallinna Ülikool, Sotsiaaltöö Instituut, vaimse tervise professor

Karolinska Instituut Stockholmis, külalisprofessor

SISSEJUHATUS

Ülemaailmselt on suitsiid 15-19 aastaste eagrupid viie esimese surmapõhjuse hulgas. Paljudes maades on see surmapõhjuseks selles vanuses poiste ja tüdrukute seas esimesel või teisel kohal.

Suitsiidide preventioon laste ja noorte hulgas on seetõttu oluline prioriteet. Võttes arvesse asjaolu, et paljudes maades ja regioonides käib enamuses selles vanuses inimesi koolis, näib kool olevat suurepärane koht ennetustegevuse arendamiseks.

Käesolev juhendmaterjal on peamiselt suunatud õpetajatele ja muule koolipersonalile, nagu koolipsühholoogid, kooliarstid, õed ja sotsiaaltöötajad ning kooli juhtkonna ja hoolekogu liikmed. Lisaks sellele võib pakutav informatsioon olla huvipakkuv ka rahvatervise spetsialistidele ja teistele suitsiidipreventsiooni programmidest huvitatud inimestele. See juhendmaterjal kirjeldab lühidalt noorte suitsidaalse käitumise ulatust, toob välja niisuguse käitumise taga olevad kaitsvad ja riskifaktorid ning osutab, kuidas ära tunda ja käsitleda suitsiidiriskiga noori inimesi. Lisaks annab see juhiseid, kuidas tegutseda juhul, kui keegi koolist on toime pannud suitsiidikatse või suitsiidi.

Suitsiidid alla 15-aastaste laste seas on üldiselt üsna ebatavalised. Enamus suitsiide kuni 14-aastaste laste hulgas pannakse toime teismeea alguses, kuid enne 12-aastaseks saamist juhtub seda väga harva. Siiski on palju maid, kus suitsiidid alla 15-aastaste laste ning 15-19-aastaste noorte hulgas on hakanud kasvama.

Kasutatavad suitsiidimeetodid on erinevates maades erinevad. Mõnedes maades on pestitsiidide kasutamine kõige levinumaks suitsiidimeetodiks, teistes aga kasutatakse sagedamini ravimitega mürgitamisest, autoga kihutamist ja relvaga tulistamist. Poisid surevad suitsiidisurma sagedamini kui tüdrukud, mille üks põhjus on selles, et nad kasutavad tüdrukutest sagedamini suitsiidi sooritamiseks vägivaldseid meetodeid, näiteks poomist, tulirelvi ja lõhkeaineid. Mõnedes maades aga tuleb 15-19-aastaste tüdrukute hulgas

suitsiide ette sagedamini kui samaealiste poiste hulgas. Eelmise sajandi 90-ndatel aastatel on vägivaldseid suitsiidimeetodeid kasutavate tüdrukute osakaal suurenenud.

Kui vähegi võimalik, siis parim viis ennetustegevuste läbiviimiseks koolide baasil on meeskonnatöö koolis, kuhu on kaasatud õpetajad, kooliarstid, kooliõed, koolipsühholoogid ja sotsiaaltöötajad, ning koostöö kohaliku omavalitsuse tasemel.

Suitsidaalsete mõtete esinemises käesoleval hetkel või minevikus pole midagi ebanormaalselt. Suitsidaalsed mõtted on osa normaalsest arenguprotsessist lapse- ja teismeeas, nagu ka eksistentsiaalsete probleemidega tegelemine ja püüd aru saada elust, surmast ning elu mõttest. Küsitlusuuringud näitavad, et enam kui pooled keskkooliõpilastest on mõelnud suitsiidist üldises plaanis. Noortel inimestel on vaja nendest teemadest täiskasvanutega rääkida.

Suitsidaalsed mõtted muutuvad ebanormaalseks, kui lapse või teismelise jaoks näib nende realiseerimine ainsa võimalusena raskustest pääsemiseks. Siis on risk suitsiidi või suitsiidikatse toimepanemiseks tõsine.

SUITSIDAALSUS KUI VARJATUD JA ALAHINNATUD PROBLEEM

Suitsiid on globaalselt üha kasvav rahvatervise probleem, mille leviku hindamiseks kasutatakse andmeid vaid vaieldamatult suitsiidina registreeritud surmade kohta. Seetõttu võib probleemi tegelik ulatus olla erinevatel põhjustel alahinnatud.

Religioon, tabud, sotsiaalne stigma ja süütunne perekonnas võivad põhjustada enesetappude tahtlikku varjamise ning nende alaregistreerimise.

Mõnedel juhtudel on võimatu kindlaks teha, kas liiklusõnnetusest, uppumisest, kukkumisest või narkootikumide üledoosist põhjustatud surmajuhtum

on mittetahtlik või tahtlik. Palju sõltub surmajuhtumite uurimise protseduuri-reeglitest, kuid arvatavasti on paljud niisugustest surmadest valesti klassifitseeritud mittetahtlikuna või õnnetusjuhtumina.

Vägivaldsesse surma surnud noorte surmajärgsed uuringud on näidanud, et niisugused noored ei moodusta homogeenset gruppi. Nende tendents käituda ennastkahjustavalt ja riskeerivalt võib avalduda mitmel erineval moel – olla nii demonstratiivne kui ka hästi varjatud. Tihtipeale on raske anda hinnangut, kas noorte surmajuhtumid on mittetahtlikud käitumisaktid või hoopis tahtlikud, mille põhjuseks on “elamise valu”. Kohtumeditšiinilise lahkamisprotseduuri ning retrospektiivsete psühholoogiliste intervjuude põhjalik läbiviimine (näiteks vanematega, õdede-vendadega, teiste sugulastega, perearstidega, klassijuhatajatega jne) oleks õige klassifitseerimise jaoks hädavajalik, kuid samas kulukas ettevõtmine. “Kahtlaste” surmajuhtumite hilisem analüüs on näidanud, et isegi kuni 75% õnnetusjuhtumitest võivad olla hoopiski tahtlikud ning peaksid olema klassifitseeritud suitsiididena.

Ka suitsiidikatsete esinemissagedus võib olla tugevasti alahinnatud. Üheks põhjuseks on kriteeriumid, mille järgi suitsiidikatset defineerida. Õpilaste endi poolt antav definitsioon suitsiidikatsele erineb psühhiaatrite poolt kasutatavast rangetele kriteeriumidele vastavast definitsioonist. Enesekohaste küsimustike abil saadud tulemused näitavad tavaliselt kaks korda rohkem suitsiidikatseid kui psühhiaatriliste intervjuude käigus saadud tulemused. Kõige parem seletus sellele võiks olla, et anonüümsetele küsimustikele vastanud noored kasutasid laiemat suitsiidikatse definitsiooni kui professionaalid. Ja veel, ainult 50% nendest noortest, kes väitis olevat üritanud end tappa, oli pöördunud pärast suitsiidikatse sooritamist abi saamiseks haiglasse. Seega ei ole haiglas ravitud suitsiidikatsetajate arv õige indikaator andmaks täielikku ülevaadet probleemi ulatusest ühiskonnas.

Selle teema lõpetuseks võib öelda, et teismelised poisid sooritavad enesetappe sagedamini kui tüdrukud. Kuid suitsiidikatsete kordaja on kaks või kolm korda kõrgem tüdrukute hulgas. Tüdrukutel areneb depressioon välja

sagedamini kui poistel, kuid samas räägivad tüdrukud oma probleemidest kergemini ning otsivad vajalikku abi, mis arvatavasti aitab ära hoida fataalseid suitsiidijuhtumeid. Poisid on tihtipeale agressiivsemad ja impulsiivsemad, tegutsevad alkoholi ja uimastite mõju all ning valivad vägivaldsemaid suitsiidimeetodeid. Kõik see tõenäoliselt suurendab nende suitsidaalsete aktide tulemuse fataalsust.

SUITSIIDIPROTSESSI ARENG

Suitsiidiprotsessi arengut kirjeldav ning distressi mõju arvesse võttev mudel on graafiliselt esitatud lisas (lk 43). Selle mudeli kohaselt algab suitsiidiprotsess esimeste tõsiste mõtetega suitsiidist, mis arenevad ja muutuvad aja jooksul ning lõpuks kas vaibuvad või kulmineeruvad suitsiidikatse või isegi lõpliku suitsiidiga.

Suitsiidiprotsessi mudelisse on hõlmatud geneetilised, bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed faktorid, samuti stressorid ja kommunikatsioon ümbritseva keskkonnaga. Kõik need komponendid koosmõjus üksteisega mängivad olulist rolli kogu suitsiidiprotsessi vältel, alates looteperioodist kuni läbi kogu täiskasvanuks olemise aja.

Suitsiidi mõjutavaid geneetilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid faktoreid kombineerides viitab suitsiidiprotsessi mudel stressitundlikkusele läbi kahe peamise tunnuse:

- a) kesknärvisüsteemi iseloomustavad tunnused, mis on eelsoodumusena päritud esivanematelt, esmajoones emalt-isalt;
- b) tunnused, mis on kujunenud traumaatiliste elusündmuste tagajärjel (kõige tõsisemate tagajärgedega neist intsest, piinamine ja muud vägivaldteod).

Suitsiidiprotsessi mudeli kohaselt ei ole piir suitsiidimõtete ja suitsiidikatsete vahel selgelt eristatav, vaid üsna tinglik. Lõpptulemus sõltub riskifaktorite ja

kaitsvate faktorite vastastikusest koostoimest, mida omakorda mõjutab päritud eelsoodumus. Piltlikult öeldes asetsevad riski- ja kaitsvad faktorid justkui kahel kaalukausil – ühel kaalukausil olevad riskifaktorid kallutavad inimest destruktiivselt mõtlema ja käituma, teisel kaalukausil olevad kaitsvad faktorid aga vähendavad vastukaaluks suitsidaalset mõtlemist ja käitumist ning aitavad inimesel leida jõudu surmasoovile vastu seista. Suitsiidipreventsioon põhinebki peamiselt riskifaktorite ja nende kahjuliku mõju vähendamisel ning kaitsvate faktorite ja nende kasuliku mõju suurendamisel.

Enamusel juhtudest vaibub suitsiidiprotsess iseenesest, mõnikord on selleks vajalik väline sekkumine. Vahel harva jõuab see aga välja suitsiidikatseni ning veelgi harvem lõpuleviidud suitsiidini.

KAITSVAD FAKTORID

Kaitsvad faktorid on inimese üldise heaolu tunnusteks. Kaitsvad faktorid võivad oma toimet avaldada mitmel erineval moel – vähendada otseselt düsfunktsiooni, tasakaalustada riskifaktorite mõju, katkestada riskikäitumisele viiva sündmuste ahela või hoida ära riskifaktorite väljakujunemise.

Peamised faktorid, mis pakuvad kaitset suitsidaalse käitumise vastu, on:

Perekonna mustrid:

- head suhted pereliikmete vahel;
- toetus perekonnalt;
- pühendunud ja järjekindel vanemlik hoolitsus.

Kognitiivne stiil ja isiksus:

- head sotsiaalsed võimed, suhtlemisoskus;
- isikliku väärtuse tunne;
- usk iseendasse, usaldus oma olukorra ja saavutuste suhtes;
- abi otsimine raskuste korral (näiteks õppimises);
- nõu küsimine tähtsate valikute tegemisel;

- avatus teiste inimeste kogemustele ja lahendustele;
- avatus uutele teadmistele.

Kultuurilised ja sotsiaal-demograafilised faktorid:

- sotsiaalne integratsioon (näiteks osalemise läbi spordis, kirikuelus, klubides ja muudes tegevustes);
- head suhted koolikaaslastega;
- head suhted õpetajate ja teiste täiskasvanutega;
- toetus olulistelt inimestelt;
- oma elu mõtte tunnetamine.

Keskkonna faktorid:

- head toitumisharjumused;
- hea uni;
- alkoholi-, narkootikumi- ja suitsuvaba keskkond;
- värske õhk ja päikesevalgus;
- füüsiline aktiivsus.

Lisaks eelpool nimetatud faktoritele on suitsudaalse käitumise ennetamise võtmeküsimuseks erinevate ravi- ja abivõimaluste kättesaadavus – võimalus pöörduda arstiabi saamiseks nii vaimse kui kehalise tervise häirete korral, võimalus vähendada pinget ning rääkida telefoni teel vabatahtlike abistajatega, võimalus ühineda toetust ja mõistmist pakkuvate eneseabigruppidega.

RISKIFAKTORID JA RISKIOLUKORRAD

Suitsidaalne käitumine on tavalisem teatud perekondades ja mingites kindlates tingimustes, selle põhjused peituvad nii ümbritsevas keskkonnas kui geneetikas. Analüüsid näitavad, et kõik allpool kirjeldatavad faktorid ja situatsioonid on tihtipeale seotud laste ja noorte suitsiidikatsete ja suitsiididega, kuid oluline on meeles pidada, et need kõik ei ole tingimata tuvastatavad iga juhtumi puhul.

Samuti tuleb meeles pidada, et allpool kirjeldatavad riskifaktorid ja riskisituatsioonid on erinevatel kontinentidel ning eri maades erinevad, sõltudes kultuurilistest, poliitilistest ja majanduslikest teguritest, mis erinevad üksteisest isegi naabermaades.

Kultuurilised ja sotsiaal-demograafilised faktorid

Madal sotsiaal-majanduslik staatus, madal haridustase ja töötus perekonnas on riskifaktorid. Migrantid kuuluvad tihtipeale sellesse gruppi, kuna nad kogevad sageli mitte ainult emotsionaalseid ja keelelisi raskusi, aga ka puudust sotsiaalsest võrgustikust. Paljudel juhtudel on need faktorid kombineeritud piinamiste, sõjavigastuste ja isolatsiooni psühholoogilise mõjuga.

Niisugused kultuurilised faktorid on samuti seotud vähese osalemisega uue ümbritseva kogukonna tavades ja traditsioonilistes tegevustes ning samuti konfliktidega erinevate sotsiaalsete väärtuste vahel. Näiteks on kultuurilisel konfliktil tugev mõju tüdrukutele, kes on sündinud ja kasvanud uuel ja vabamal maal, kuid kelle juured on tugevalt sees oma vanemate sügavalt konservatiivses kultuuris.

Sarnase kultuuritaustaga inimestel on tavaliselt ka sarnane arusaam väärtustest, käitumisnormidest ja hoiakutest, samuti elus võimaluste kasutamise ja takistustega toimetuleku strateegiatest. Iga üksiku noore inimese kasvamist mõjutab kollektiivne kultuuriline traditsioon. Juurteta lapsed ja noored on

märgatavate identiteediprobleemidega ja neil puuduvad mudelid edukaks konfliktide lahendamiseks. Seepärast võivadki nad pingelistes olukordades kalduda ennasthävitavaale käitumisele ning toime panna suitsiidikatsed ja suitsiidi.

Migrantide hulgas on suitsidaalse käitumise risk suurem kui kohalike elanike hulgas.

Seksuaalse orientatsiooniga seotud rahulolematuse ning identiteedisegaduse on samuti suitsidaalse käitumise riskifaktoriks. Lastel ja noortel, kes pole aktsepteerinud oma kultuuri, perekonna, kaaslaste või ka kooli ja muude institutsioonide poolt, on tõsisemaid probleeme iseenda ja teiste aktsepteerimisega ning optimaalseks arenguks vajalike toetavate mudelite leidmisega.

Perekonna mustrid ja negatiivsed elusündmused lapsepõlves

Destruktiivsed perekonna mustrid ja traumaatilised sündmused varajases lapsepõlves mõjutavad noorte inimeste hilisemat elu ning seda eriti juhul, kui nad pole suutnud traumaga toime tulla.

Suitsidaalsete laste ja noorte juures on sageli tähele pandud järgmisi perekonna düsfunktsioone, ebastabiilsust ning negatiivseid elusündmusi:

- vanemate psühhopatoloogia - afektiivsete (depressioon, bipolaarne meeleoluhäire vm) ja muude psühhiaatriliste häirete (isiksusehäired, skisofreenia vm) esinemine;
- alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamine ning antisotsiaalne käitumine perekonnas;
- suitsiid või suitsiidikatsed perekonnas;
- vägivald ja väärkohtlemine perekonnas, sealhulgas lapse füüsiline ja/või seksuaalne väärkohtlemine;
- halb hoolitsus vanemate/hooldajate poolt, halb kommunikatsioon perekonna sees;

- vanemate/hooldajate sagedased omavahelised tülid ning sellega kaasnev pingeline ja agressiivsus;
- vanemate/hooldajate lahutus, lahkuminek või surm;
- sagedased elukohavahetused ja kolimised teistesse piirkondadesse;
- väga kõrge või väga madalad ootused vanemate/hooldajate poolt;
- vanemate/hooldajate ebaadekvaatne või ülemäärane autoritaarsus;
- ajapuudusest tingitud vanemate/hooldajate võimetuse märgata lapse emotsionaalset distressi ning sellega tegeleda, võimetuse kaitsta last negatiivsest emotsionaalsest keskkonnast tingitud tõrjutuse ja tähelepanu puudumise eest;
- perekonna rigiidsus;
- adoptiiv- või kasupere.

Need perekonna mustrid on tihti, kuid mitte alati, iseloomulikud nende laste ja noorte puhul, kes sooritavad suitsiidikatse või suitsiidi. Tõendus põhised andmed kinnitavad, et suitsidaalsed noored pärinevad rohkem kui ühe probleemiga peredest, mille tõttu risk kumuleerub. Kuna need lapsed on oma vanematele lojaalsed ning nad ei taha (või neil on keelatud) avaldada perekonna saladusi, ei püüagi nad väljastpoolt perekonda abi otsida.

Lapsevanema või parima sõbra kaotusel võib olla traumaatiline mõju hilisemale elule, kui lapsele ei võimaldata küllaldaselt aega juhtunust kõnelemiseks. Paljud täiskasvanud arvavad, et parem on sellistest kaotustest mitte rääkida ning soovivad lapsel oma vanema või sõbraga juhtunu unustada.

Kognitiivne stiil ja isiksus

Lapsed ja noored, kellel puuduvad positiivsed näited konstruktiivsest suhtumisest eluraskustesse, tunnevad end väga kergesti pettununa, solvatuna või vallutatuna lootusetuse tundest.

Allpool loetletud isiksuseomadused on teismeeas tihtipeale tavalised, kuid need võivad olla seotud ka suitsiidikatse või suitsiidi sooritamise riskiga.

Riskifaktorina hakkavad need toimima enamasti koosmõjus vaimse tervise häiretega. Siiski on võimalus nende abil suitsiidi ette ennustada piiratud.

Sellisteks omadusteks on:

- ebastabiilne meeleolu;
- vihane või agressiivne käitumine;
- antisotsiaalne käitumine;
- *"acting-out"* käitumine (enda ebaadekvaatne väljaelamine);
- kõrge impulsiivsus;
- erutuvus ning kergesti aktiveeruvad hirmud;
- rigiidne mõtlemine ja rigiidsed toimetuleku mustrid;
- raskuste puhul nõrk probleemilahendamise võime;
- võimetus aru saada tegelikkusest;
- kalduvus elada kujuteldavas maailmas;
- maagiline kõikvõimsuse tunne;
- fantaasiad enda suurpärasusest vaheldumisi väärtusetuse tundega;
- kergesti pealetulev pettumustunne;
- ärevus;
- pidev ja nõudlikult väljendatud tähelepanuvajadus;
- ülemäärane sõltuvus lähedastest inimestest;
- armastuse ja tunnustuse lunimine sõpradelt, perekonnalt ja õpetajatelt;
- ambivalentsed suhted vanemate, teiste täiskasvanute ning sõpradega;
- kalduvus teravalt tähele panna märke halvustamisest, mitte-tunnustamisest ning eemaletõrjumisest;
- hüpohondriline ärevus väiksemategi märkide puhul kehalistest tervisehäiretest või pettumustest;
- alaväärsus- ja ebakindlustunne, mis võivad olla peidetud ülemäärase üleolekutunde ning kaaslaste, täiskasvanute ja vanemate vastu suunatud tõrjuva ja provokatiivse käitumise taha;
- ebakindlus enda sooidentiteedi ja seksuaalse orientatsiooni suhtes (homoseksuaalsus).

Kuigi teadlastel on olnud suur huvi leidmaks seoseid spetsiifiliste isiksuseomaduste ja kognitiivsete faktorite ning noorte suitsidaalse käitumise vahel, on kättesaadavad tõenduspõhised uuringuandmed spetsiifiliste iseloomujoonte kohta tavaliselt ebamäärased ja vastuolulised.

Psüühika- ja käitumishäired

Suitsidaalne käitumine on enam levinud laste ja noorte hulgas, kellel esineb järgmisi psühhiaatrilisi häireid.

Depressioon

Kombinatsiooni depressiivsetest sümptomitest ja antisotsiaalsest käitumisest on kirjeldatud kui kõige tavalisemat "eelmängu" noorte suitsiididele. Mitmed uuringud on leidnud, et kuni kolmveerandil nendest, kes lõpuks oma elu enesetapuga lõpetavad, on olnud üks või mitu depressiooni sümptomit ning paljudel on väljakujunenud depressiivne haiguslik seisund.

Depressiooni all kannatavate kooliõpilaste meditsiinilise abi poole pöördumise põhjuseks on sageli kehalised sümptomid. Somaatilised kaebused, nagu peavalu ja kõhuvalu, samuti teravad valud jalgades ja rinnas, on üsna tavalised.

Depressiivsetel tüdrukutel on tugev kalduvus endasse tõmbuda ja muutuda vaikseks, rusutuks ning passiivseks. Depressiivsed poisid kalduvad vastupidi käituma destruktiivselt ja agressiivselt ning nõuavad oma õpetajatelt ja vanematelt suurt tähelepanu. Agressiivsus võib viia tõrjutuse ja üksilduseni, mis iseenesest on juba suitsidaalse käitumise riskifaktoriks.

Kuigi mõned depressiivsed sümptomid või väljakujunenud depressiivsed häired on suitsidaalsete laste puhul tavalised, pole depressioon suitsiidimõtete ja -katsete kohustuslik kaasnähtus. Depressiooni rolli ei tohiks üle hinnata - noored võivad end tappa olemata depressiivsed ning võivad olla depressiivsed end tapmata.

Alkohol ja narkootikumide kuritarvitamine

Alkoholi ja uimastite kuritarvitajad on suitsiidi sooritanud laste ja noorte hulgas arvukalt esindatud: ühel juhul neljast on nooruk enne suitsidaalse akti toimepanemist tarvitanud alkoholi või narkootikume.

Pole midagi ebatavalist, kui lapsevanemad või sugulased ei tea, et nende teismelised on hakanud pruukima alkoholi ja/või narkootikume. Noored teevad kõik selleks, et kuritarvitamist saladuses hoida. Sellega võib kaasneda vanemate tagant alkoholi ja narkootikumide jaoks raha varastamine. Nad teavad, et see on vale, kuid nad on juba sattunud negatiivsesse ringi. Nad jätkavad vanematelt raha varastamist ning neile valetamist, millest omakorda tuleneb aina süvenev moonutatud või puudulik kommunikatsioon oma vanematega. Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine mõjutab tulemusi koolitöös. Nad hakkavad koolist viilima ja jäävad koju voodisse, tuues vabanduseks haiguse. Kui nad on koolis, ei suuda nad piisavalt keskenduda. Kui nad satuvad konfliktolukorda, ei suuda nad sellega positiivsel viisil toime tulla ning kaotavad oma sisemise tasakaalu. Niisugused reaktsioonid võivad lõppeda suitsiidikatse või suitsiidiga.

Mõnikord suurendab alkoholi ja narkootikumide tarvitamine ärevust. Ärevus võib tekkida ka hiljem, kui alkoholi või narkootikumide mõju on kadunud (pohmeluse ajal või ka pärast seda). Oluline on alkoholi või narkootikumide kuritarvitajale üheselt välja öelda, et tema käitumine ei ole aktsepteeritav. Rääkige noorele inimesele, et te olete teadlik tema alkoholi ja narkootikumide tarbimisharjumusest. Paljud kuritarvitajatest noored tunnevad, et nad on üsna üksi jäetud ning keegi ei hooli neist. Öelda talle, et te teate tema probleemist, on üks võimalik viis välja näidata, et te hoolite temast.

Anaboolsed steroidid

Süvenenud huvi iseenda, eriti oma keha vastu võib ärgitada poisse intensiivselt jõutreeningut tegema. Sellest tulenevalt ei ole poiste puhul harv nähtus, et nad hakkavad tarvitama anaboolseid steroide. Negatiivse efekti võivad need tekitada vistrikke ning põhjustada rindade suurenemist ja

spermaproduktiooni vähenemist. Psühholoogilisteks tagajärgedeks on depressioon ja ülemäärane agressioon. Anaboolsete steroidide tarvitajatel võib välja areneda vägivaldne temperament ning lõpuks kaotavad nad kontrolli oma viha üle ja jõuavad enesetapuni.

Söömishäired

Tulenevalt rahulolematusest oma kehaga, püüavad paljud lapsed ja noored kaalu langetada ning muretsuvad sellepärast, mida nad peaks sööma ja mida mitte. Teismelistest tüdrukutest kannatab 1-2% anoreksia või buliimia all. Lisaks langevad anorektilised tüdrukud väga sageli depressiooni ohvriks ning suitsiidirisk anorektiliste tüdrukute hulgas on 20 korda suurem võrreldes noortega üldiselt. Kuigi tüdrukutega võrreldes harvem, võivad ka poisid kannatada anoreksia ja buliimia all.

Mitmed uuringud on kinnitanud, et söömishäired ühelt poolt ning meeleolu, käitumine ja suitsiid teiselt poolt on omavahel seotud. Tõsiste söömishäirete all kannatajad tunnevad sundust saavutada kontroll oma olukorra ning kehakaalu üle. Mõnikord on neil enda suhtes ülikõrged nõudmised, millega kaasneb liialdatud soov kaalust alla võtta ning ülemäära palju sportida.

Ärevus

Uuringud on meeste puhul näidanud püsivaid seoseid ärevushäirete ja suitsiidikatsete vahel, naiste puhul on see seos nõrgem. Ärevus võib olla seotud depressiooniga, kuid selle mõju suitsidaalsele käitumisele võib olla ka sõltumatu depressioonist, mistõttu suitsidaalse riskiga noorte puhul on vaja ärevust hinnata ja vajadusel ravida. Suitsidaalsete mõtetega hõivatud noortel esineb tihti ka psühhosomaatilisi sümptomeid.

Neuropsühhiaatrilised diagnoosid

Siia kuuluvad lapsed ja noored, kelle diagnoosiks on hüperaktiivsus tähelepanu puudulikkusega, tähelepanu, motoorse kontrolli ja taju puudulikkus, autism ning Aspergeri sündroom. Paljud sellised noored on riskirühmas

peamiselt seetõttu, et nad mõtestavad ja reflekteerivad oma olukorda ning seost teiste inimestega tavapärasest erinevalt. Tihti nad ei tea, kuidas teistega õigesti suhestuda. Neil on tõsiseid raskusi kehakeele tõlgendamisel ning teiste inimeste kavatsuste mõistmisel. See paneb neid tundma end *outsaideritena*. *Outsideriks* olemine võib kergesti tekitada kasutuse tunde. Tagajärjeks on suitsidaalne käitumine. Nendel noortel on ka pisut moonutatud viis suhelda, millest teised tihtipeale valesti aru saavad.

Noored, keda koolis kiusatakse, võivad samuti tunda end *outsaideritena*. Kiusamine võib olla nii kehaline kui psühholoogiline. Kiusajad pärinevad tavapäraselt perekonnast, kus üksteisest ei hoolita või kus on tõsiseid psühholoogilisi probleeme. Nende vanemad võivad olla alkoholi kuritarvitajad või pikaajaliselt töötud ning niisuguses perekonnas on vägivaldne käitumismuster ilmselt üsna tavaline.

Psühhoosid

Kuigi väga väike osa lapsi ja noori kannatab niisuguste tõsiste psühhiaatriliste häirete all nagu skisofreenia, on suitsiidirisk nende noorte puhul väga kõrge. Enamust psühhootilisi noori iseloomustab tegelikult paljude erinevate riskifaktorite koosinemine, näiteks alkoholiprobleemid, ülemäärane suitsetamine ja narkootikumide kuritarvitamine.

Eelnevad suitsiidikatsed

Eelnev suitsiidikatse või korduvad eelnevad suitsiidikatsed, kas kombineeritult eelpool mainitud psüühikahäiretega või mitte, on olulisteks suitsidaalse käitumise riskiteguriteks. Riskikäitumine on samuti seotud suitsidaalse käitumisega. Näiteks:

- ülemäärane suitsetamine;
- hooletu ja ettevaatamatu käitumine;
- enese vigastamine.

Hetke negatiivsed elusündmused kui suitsidaalse käitumise vallandajad

Madal stressitaluvus koos eelpool nimetatud kognitiivse stiili ja isiksuseomadustega (tulenevalt pärilikest geneetilisest faktoritest, aga ka perekonna muustritest ja varajases elus kogetud negatiivsetest elustressoritest) iseloomustavad tavaliselt suitsidaalseid lapsi ja noori. Selline haavatavus raskendab adekvaatset toimetulekut negatiivsete elusündmustega ning seetõttu on suitsidaalne käitumine tihti põhjustatud stressitekitavatest elusündmustest. Need kogemused tekitavad abituse, lootusetuse ja meeleheite tunde, mis võib suitsiidimõtted esile kutsuda ning viia suitsiidikatseni või suitsiidini.

Riskisituatsioonid ja -sündmused, mis võivad vallandada suitsiidikatse või suitsiidi:

- situatsioonid, mida võidakse tajuda haavavatena (kuigi objektiivselt hinnates ei pruugi see tingimata nii olla). Nõrgema vastupanuvõimega lapsed ja noored võivad isegi triviaalseid juhtumisi tajuda sügavalt haavavatena ja reageerida neile ärevuse ning kaootilise käitumisega. Suitsidaalsed noored tajuvad selliseid situatsioone välise rünnakuna enda mina-pildi vastu ning kannatavad haavatud eneseuhkuse all.
- tülid ja suhtlemisprobleemid perekonnas;
- lahkuminek sõpradest, noormehest/tütarlapsest, klassikaaslastest jne;
- armastatud või olulise inimese surm;
- armastussuhte lõppemine;
- inimestevahelised konfliktid või kaotused;
- seaduserikkumised või probleemid distsipliiniga;
- kaaslaste/grupi surve, tunnustus ennasthävitava käitumisega kaaslaste poolt;
- kiusamise ja vägivalda ohvriks langemine;
- pettumused koolitöö tulemustes ja ebaõnnestumised õpingutes;
- kõrged nõudmised koolis eksamite perioodil;
- töötus ja halb rahaline olukord perekonnas;

- soovimatu rasedus, abort;
- nakatumine HIV-i või muudesse sugulisel teel levivatesse haigustesse;
- tõsine kehaline haigus;
- looduskatastroofid.

Mõnikord võivad ka muidu terved lapsed ja noored toime panna suitsiidikatse või suitsiidi – puutudes kokku vägivallega noortegrupi siseselt või ühiskonnas laiemalt, nagu näiteks poliitiline vägivald, piinamine ning sõda.

KUIDAS DISTRESSIS JA VÕIMALIKU SUITSIIDIRISKIGA ÕPILASI ÄRA TUNDA?

Distressi äratundmine

Igasugust ootamatut ja dramaatilist muutust lapse või noore kohustuste täitmises, tegevustes osalemises või käitumises tuleb võtta tõsiselt. Näiteks:

- huvi puudumine tavapärase tegevuste vastu;
- üleüldine hinnete langus;
- pingutuste vähenemine;
- keskendumisvõime puudumine klassis;
- põhjusetu või korduv puudumine või koolikohustuse mittetäitmine;
- ülemäärane suitsetamine või joomine või narkootikumide (sealhulgas kanepi) kuritarvitamine;
- politsei sekkumiseni viivad intsidendid ning õpilastevaheline vägivald;
- anaboolsete steroidide tarvitamine.

Need faktorid aitavad ära tunda psüühilise ja sotsiaalse distressi riskiga kooliõpilasi, kellel võivad esineda suitsiidimõtted, mis lõpptulemusena viivad suitsidaalse käitumiseni.

Kui õpetaja või koolipsühholoog on mõnda neist märkidest tähele pannud,

peaks sellest kooli kriisiabi meeskonnale märku andma ning korraldama nii, et õpilane saaks toetust ja abi.

Suitsiidiriski hindamine

Kui õpilased ei suuda toime tulla pikaajaliste probleemidega, leida abi nende lahendamiseks ning kõrvaldada probleemide põhjusi, on suur risk, et nad teevad selliseid meeleheitlikke samme nagu suitsiidi katsetamine. Usalduse loomine ja probleemile suunatud diskussioon võivad leevendada nende hingevalu ja äratada lootuse lahenduse leidmiseks.

Suitsiidiriski hinnates peab koolipersonal olema teadlik, et probleemid on alati mitmedimensioonilised.

Eelnevad suitsiidikatsed

Eelnevate suitsiidikatsete esinemine on üks olulisematest riskifaktoritest. Noored distressis inimesed kalduvad oma suitsidaalseid käitumisakte kordama.

Depressioon

Teine peamine riskifaktor on depressioon. Depressiooni diagnoosi peaks panema arst või lastele ja noortele spetsialiseerunud psühhiaater. Õpetajad ja muu koolipersonal peaks olema teadlikud depressiooni kui haiguse erinevatest sümptomitest.

Raskused depressiooni hindamisel on seotud faktiga, et teismeliste loomulikud arengufaasid sisaldavad mõningaid depressiooniga sarnaseid omadusi. Selle sarnasuse tõttu ongi oluline, et diagnoosi paneksid professionaalid.

Depressiooni tavalisemad sümptomid:

- Rusetus: elu nähakse mustades värvides ning rusutud meeleolu on valdav kogu päeva jooksul. Rusutud meeleolu ei kõiguta isegi positiivsete sündmuste asetleidmine.

- Rõõmu ja huvi kadumine tavapärase tegevuste vastu (anhedoonia): lihtsad igapäevased toimetused võivad tunduda koormavate või isegi ületamatult rasketena.
- Isu ja kehakaalu muutused, unehäired: paljud terved lapsed ja noored magavad ja söövad üsna palju, ootamatu muutus selles võib vihjata patoloogilisele protsessile.
- Muutused motoorses tegevuses: vähenenud ja tuim miimika ning aeglased liigutused kaasnevad tihti depressiooniga.
- Väsimus ja emotsionaalne külmus: kehaline ja vaimne väsimus on väga sagedane. Haridussüsteemis tõlgendatakse seda tihti ekslikult kui reaktsiooni ülemäärasele pingele koolitöös.
- Halvustav enesehinnang: suureneb ärrituvus ja kriitikatundlikkus, olukorrad oodatakse halvimat.
- Raskused keskendumisel ja otsuste tegemisel: laste ja noorte puhul põhjustab see allakäiku koolitöös, mis omakorda muudab nende probleemid hullemaks. Negatiivne ring on aktiveeritud.
- Surma- ja suitsiidimõtted: mõtted surmast ja korduvad kujutlused enesetapust on sageli laste ja noorte puhul täheldatavad.

Depressiivsed mõtted võivad normaalsel teismelisel olla ning peegeldada normaalset arengulist protsessi, mille käigus noor inimene on sügavalt huvitatud eksistentsiaalsetest küsimustest. Suitsidaalsete mõtete intensiivsus, nende sügavus ja kestvus, nende ilmnemise kontekst ning võimatus last või noort nendest mõtetest kõrvale juhtida (nende püsivus) on tegurid, mis eristavad tervet noort inimest suitsidaalsesse kriisi sattunud noorest.

Võrreldes depressiivsete täiskasvanutega kalduvad depressiivsed noored sagedamini "*acting out*" käitumisele ning söövad ja magavad rohkem. Teisemeiga on normaalne seisund ning selle käigus on üsna tavaline, kui esineb niisuguseid omadusi nagu madal enesehinnang, rusutus, keskendumisprobleemid, väsimus ja unehäired. Põhjust muretsemiseks pole seni, kuni need omadused pole pikaajalised ega süvene aja jooksul.

Riskisituatsioonid

Veel üks oluline ülesanne on välja selgitada need keskkonnast tulenevad eelpool väljatoodud situatsioonid ja negatiivsed elusündmused, mis aktiveerivad suitsidaalseid mõtteid ning seega suurendavad suitsiidiriski.

KUIDAS PEAKS SUITSIDAALSEID ÕPILASI KOOLIS KÄSITLEMA?

Noore distressis abivajava inimese äratundmine pole tavaliselt veel kõige suurem probleem. Hoopis raskem ülesanne on suitsidaalsete laste ja noorte kommunikatsioonile reageerida ja õigesti vastata.

Õpilaste suitsidaalse kriisi äratundmine ja sellega tegelemine võib olla probleemiks ning tekitada õpetajate ja muu koolipersonali endi sees konflikti seetõttu, et:

- neil puuduvad vajalikud oskused;
- neil on vähe aega;
- nad ei ole harjunud tegema meeskonna- ja võrgustikutööd;
- nad kardavad silmitsi seista enda psühholoogiliste probleemidega.

Osa koolipersonali teab, kuidas käsitleda distressis ja suitsidaalseid õpilasi tundlikkuse ja respektiga, osa aga mitte. Viimaste oskusi tulekski parandada. Tasakaal suhtlemisel suitsidaalse õpilasega peab olema paigas – õigesti doseerituna tuleb võimaldada nii lähedust ja empaatiat kui ka distantsihoidmist ja respekti.

Üldine preventatsioon: enne kui mõni suitsidaalne akt aset leiab

Igasuguse suitsiidipreventsiooni puhul on kõige olulisem aspekt tunda varakult ära lapsed, kes kannatavad distressi all ja/või kellel on suurenenud suitsiidirisk. Selle eesmärgi saavutamiseks tuleks allpoolloetletud vahendeid

kasutades erilist tähelepanu pöörata olukordadele koolipersonali ja nende õpilaste vahel, kelle pärast muret tuntakse. Paljud eksperdid jagavad arvamust, et pole kuigi arukas koolitada noori endid otseselt suitsidaalse käitumise osas. Pigem soovivad nad, et suitsiidiga seonduvad teemad tuleb panna positiivsesse valgusesse ja käsitleda vaimse tervise tugevdamisega seonduvalt.

Kooliõpetajate ja muu koolipersonali vaimse tervise tugevdamine

Ennekõike on oluline kindlustada õpetajate endi ja muu koolipersonali heaolu ja tasakaal. Nende jaoks võib töökoht olla tõrjuv, agressiivne ja mõnikord isegi vägivaldne paik. Seetõttu vajavad nad infot, mis aitaks neil aru saada iseenda, õpilaste ja kolleegide vaimsest pingest ja võimalikest psüühilistest häiretest ning pakuks välja nendes olukordades võimalikke adekvaatseid reaktsioone. Koolipersonalile peaks olema kättesaadav toetus ning vajadusel ka ravi.

Õpilaste enesehinnangu tugevdamine

Positiivne enesehinnang kaitseb lapsi ja noori psüühilise distressi ja rusutud meeleolu vastu ning võimaldab neil adekvaatselt toime tulla raskuste ja pingeliste elusituatsioonidega.

Selleks, et kasvatada lastes ja noortes positiivset enesehinnangut, on olemas terve hulk tehnikaid, mida kasutada. Mõned võimalikud lähenemised on näiteks:

- Rõhk peaks olema asetatud positiivsetele elukogemustele, mis aitavad noores inimeses välja kujundada positiivset identiteeti. Positiivsed minevikukogemused suurendavad noore inimese võimalusi tulevikus enesekindlalt tegutseda.
- Lapsi ja noori ei tohiks pidevalt sundida tegema kõike aina rohkem ja paremini.
- Pole piisav, kui täiskasvanud ütlevad, et nad armastavad oma last. Laps

peab end tundma armastatuna. On suur vahe, kas olla armastatud või tunda end armastatuna.

- Lapsed peaksid olema mitte ainult aktsepteeritud, aga ka tunnustatud ja kalliks peetud just sellistena, nagu nad on. Nad peavad tundma end erilistena ainuüksi sellepärast, et nad olemas on.

Kui sümpaatia takistab enesehinnangu arenemist, siis empaatia toetab seda, sest hinnangulisus on kõrvale jäetud. Empaatiline inimene oskab vaadata maailma läbi teise inimese silmade. Autonoomia ja kompetentsustunne on ehituskivideks positiivse enesehinnangu ülesehitamisel varajases lapsepõlves.

Laste ja noorte enesehinnang sõltub nende füüsilisest, sotsiaalsest ja kutsealasest arengust. Kõrge enesehinnangu saavutamiseks on teismelistel vaja välja kujundada lõplik sõltumatus perekonnast ja eakaaslastest, olla võimeline looma suhteid vastassooga, valmistuda ise hakkamasaamist võimaldavaks elukutseks, kujundada enda jaoks toimiv ja tähendusrikas elufilosoofia.

Efektiivseks strateegiaks võiks olla elus toimetulemise oskuste õpetamise sisseviimine kooliprogrammi, algul külalis-ekspertide poolt ning lõpuks osana regulaarsest rutiinsest õppekavast. Koolitusprogramm peaks noortele andma teadmisi sellest, kuidas olla sõprade suhtes toetav ja kuidas vajadusel otsida abi täiskasvanutelt.

Haridussüsteem peaks toetama iga õpilase identiteeditunde arengut ja tugevdamist.

Veel üks oluline ülesanne on tagada koolis au sees olevate traditsioonide ja kehtivate reeglite stabiilsus ja jätkuvus.

Kiusamise ja vägivalda ennetamine koolis

Haridussüsteemis peaks pakkuma võimalust omandada spetsiaalseid oskusi kiusamise ja vägivalda ärahoidmiseks koolis ja koolimajade ümbruses eesmärgiga luua turvaline ja salliv keskkond. Sotsiaaltöötajad, kooliartidid ja

-õed peaksid selles osas tegema tõhusat koostööd õpetajate ja lapsevanematega.

Tunnete aktsepteerimine ja väljendamine

Lapsi ja noori tuleks õpetada oma tundeid aktsepteerima ja tõsiselt võtma ning neid tuleks julgustada usaldama vanemaid ja teisi täiskasvanuid (õpetajaid, kooliarste või -õdesid), sõpru, spordikaaslast ja vaimulikke.

Neile tuleks õpetada ka seda, et nad ei ole oma intensiivsete tunnetega üksi ning et teismeliste puhul on üsna tavaline, kui nad juurdlevad eksistentsiaalsete küsimuste ja elu mõtte üle. Paljud poisid ja tüdrukud arvavad, et mitte keegi ei tunne samamoodi nagu nemad tunnevad, seetõttu peavad nad end teistest erinevateks. Kuna selles eas on oluline olla teiste moodi, siis on tähtis noortele nendest tavalistest tunnetest rääkida.

Paljud teismelised tahavad eksistentsiaalseid küsimusi arutada. Seepärast on vajalik olla valmis nendega avatult vestlema elust ja surmast, pettumustest, kaotustest ja muidugi ka niisugustest mõtetest, et suitsiid võib olla ainus lahendus. On väga oluline respektiga kuulata, sest võib kuluda päris palju aega enne, kui suitsidaalne teismeline on küllalt küps teisi lahendusi vastu võtma.

Abivõimaluste kohta informatsiooni pakkumine

Spetsiifilised abivõimalused peaksid olema noortele inimestele teada ning informatsioon kättesaadavaks tehtud, näiteks vajalikud telefoninumbrid - kriisiabi (Usaldustelefon, "Eluliin"), erakorraline meditsiiniabi ehk hädaabi, erakorraline psühhiaatriline abi jm.

Sekkumine ehk interventsioon: kui suitsiidirisk on identifitseeritud

Paljudel juhtudel on distressis ja/või suitsidaalse käitumise riskiga lastel ja noortel suhtlemisprobleeme, mistõttu on oluline arendada distressis ja/või suitsidaalse noorega dialoogi.

Suhtlemine

Esimene samm suitsiidipreventsioonis on kahtlemata usalduslik suhtlemine. Suitsidaalse protsessi arengu käigus on vastastikusel suhtlemisel noorte ja neid ümbritsevate inimeste vahel kriitiline tähtsus. Suhtlemispuudus ja sellest johtuv sotsiaalse võrgustiku purunemine põhjustavad:

- Vaikust ja suurenenud pinget suhetes. Täiskasvanute hirm provotseerida last või noort suitsidaalset akti sooritama, arutades tema suitsidaalseid mõtteid ja sõnumeid, on tihti vaikimise ja dialoogi puudumise põhjuseks.
- Ambivalentsust. Psühholoogiline pinge distressis või suitsidaalse noorega tegelemisest on tavaliselt väga kõrge ja see toob kaasa suure hulga emotsionaalseid reaktsioone. Lapse või noore suitsidaalne kommunikatsioon võib täiskasvanus esile tuua tema enda psüühilised konfliktid ja emotsionaalsed probleemid. Sellest tingitud koolipersonali ambivalentsus – soov aidata suitsidaalset õpilast samal ajal mitte soovides või mitte osates neid aidata – võib põhjustada dialoogist hoidumise.
- Otsest või kaudset agressiooni. Täiskasvanute ebamugavustunne võib mõnikord olla nii suur, et nendepoolne distressis või suitsidaalsele lapsele/noorele suunatud lõplik reaktsioon võib olla verbaalne või mitteverbaalne agressioon.

Võib arvata, et distressis või suitsidaalsel noorel esineb alaväärsustunnet, meeleheidet, enesevihakamist ning -süüdistusi. Need tunded muutuvad veelgi intensiivsemaks, kui ümbritsevad inimesed reageerivad vastuseks noore suitsidaalsele kommunikatsioonile vaikimise, ambivalentsuse ning mõnikord isegi agressiooniga.

On oluline mõista, et õpetaja ei ole selles suhtlemisprotsessis üksinda ning seetõttu on põhiline õppida ja harjutada, kuidas saavutada head kommunikatsiooni. Dialoog peaks olema loodud ja kohandatud igale situatsioonile vastavalt. Dialoog tähendab esmalt ja eelkõige lapse ja noore identiteedi ning tema abivajamise tunnetamist.

Distressis või suitsiidiriskiga lapsed on tihti teiste inimeste suhtlemisstiili suhtes ülitundlikud. Seda põhjustab asjaolu, et kasvamise ajal ei ole neil olnud usalduslikke suhteid oma pere ja sõpradega. Seetõttu on neil olnud pidevalt puudus teiste inimeste huvitusest, respektist ning armastusest. Suitsidaalsete õpilaste ülitundlikkus on äratuntav nii verbaalses kui mitte-verbaalses kommunikatsioonis. Siin mängib kehakeel sama suurt rolli kui verbaalne kommunikatsioon. Täiskasvanud ei tohiks lasta end hirmutada distressis või suitsidaalsete laste ja noorte keeldumisest nendega rääkida. Selle asemel tuleks neil aru saada, et selline hoiak – eemaldumine – on tihti märk usaldamatusest täiskasvanute vastu ja selle ületamisega tuleb tegeleda.

Suitsidaalsed lapsed ja noored väljendavad tugevat ambivalentsust selle suhtes, kas võtta pakutav abi vastu või keelduda ning samuti kas elada või surra. See ambivalentsus mõjutab silmnähtavalt suitsidaalse noore käitumist, mis võib väga kiiresti muutuda abiotsivast stiilist täieliku tõrjumiseni ning saab seetõttu tihti peale ümbritsevatelt vale tõlgenduse.

Koolipersonali oskuste parandamine

On ülimalt loomulik, et koolijuht vastutab kriisiolukorra juhtimise eest koolis. Selleks saab end ette valmistada spetsiaalsete koolituste abil, mis on suunatud kommunikatsiooni parandamisele distressis või suitsidaalsete õpilaste ja nende õpetajate vahel ning teadlikkuse suurendamisele suitsiidiriskist ja selle käsitlemise võimalustest.

Koolitades koolipersonali ning arendades nende võimet vestelda omavahel ja õpilastega elu ja surma teemadel, parandades nende oskusi ära tunda distressi, depressiooni ja suitsidaalset käitumist ning suurendades nende teadmisi olemasolevatest toetusvõimalustest on kriitilise tähtsusega vahendid suitsiidide preventsiiooni puhul.

Kriisiolukorra edukaks juhtimiseks peaksid eelnevalt paigas olema eesmärgid, juhtumiga tegelev võrgustik ja kindlad vastutuspiirid. Kriisiolukorras toimima hakkav reeglistik võiks igal koolil kriisijuhtimise käsiraamatusse kirjapanduna olemas olla.

Suunamine professionaalide poole

Lapsed ja noored, kes on suitsidaalsed või kes on toime pannud suitsiidikatsed, tuleks koolipersonali poolt aktiivselt ja personaalselt suunata professionaalide (perearsti, lastepsühhiaatri) vastuvõtule või haigla erakorralise meditsiini osakonda. Kohene, kindlameelne ja otsustav sekkumine võib päästa nende elu.

Igas koolis peaks olema kindlaks määratud üks kindel inimene, kellel lasub selge vastutus suitsiidiriskiga laste ja noorte edasisuunamise eest. See ei tohiks kunagi olla jagatud vastutus, kuid vastutav isik peaks saama piisavalt toetust professionaalidest ja ekspertidest koosneva võrgustiku poole.

Et abisaamine oleks efektiivne, peavad noortele mõeldud tervishoiuteenused tunduma kättesaadavate, atraktiivsete ja mitte-häbistavatena. Distressis või suitsidaalsed õpilased peaksid olema aktiivselt ja personaalselt suunatud koolipersonali poolt ning võetama vastu meeskonna poolt, mis koosneb arstidest, õdedest, sotsiaaltöötajatest ja juriidilistest nõustajatest, kelle ülesandeks on laste õiguste kaitsmine. Selline aktiivne õpilase suunamine tervishoiusüsteemi poole välistab võimaluse, et suunamisprotsessi käigus võiks noor sellest mingil põhjusel kõrvale jääda. Kõrvalejäämine võib kergesti juhtuda, kui suunamisprotsess viiakse läbi ainult formaalselt suunamiskirjade abil.

Suitsiidivahendite eemaldamine distressis ja suitsidaalse lapse või noore lähedusest

Erinevad järelvalve variandid ning ohtlike ravimite, relvade, pestitsiidide, lõhkeainete, nугade jne eemaldamine või luku taha panemine nii koolides, kodudes kui ka muudes kohtades on väga tähtsad elupäästvad abinõud. Need abinõud üksi ei ole aga piisavad suitsiidide preventsooniks pikemas perspektiivis. Samal ajal tuleb kindlasti pakkuda psühholoogilist abi.

Parem kontroll psühhotropsete ravimite väljakirjutamise üle on üheks oluliseks abinõuks. Teiseks oluliseks abinõuks on igasuguste muude ravimite,

pestitsiidide ning kodudes hoitavate mürkide üle parema kontrolli sisseseadmine. Koduse ravimikapi lukustamine on oluline, kuna paljud suitsiidikatsed pannakse noorte poolt toime just nende vanematele väljakirjutatud ravimitega.

Postventsioon: kui suitsiidikatse või suitsiid on toime pandud

Koolipersonali ja koolikaaslaste informeerimine

Koolidel peaks olema valmis plaan kriisilukorraks, kuidas koolis toimunud suitsiidikatse või suitsiidi korral informeerida sellest koolipersonali (eriti õpetajaid), aga ka sõpru, kaasõpilasi ja lapsevanemaid selleks, et ära hoida kobarsuitsiidi. Kobarsuitsiid on imiteeriva käitumise tagajärjena toimepandavad uued sarnased käitumisaktid. "Nakkusefekt" tuleneb suitsidaalsete laste ja noorte kalduvusest samastuda destruktiivsete lahendustega, mis võetakse üle suitsiidikatse või suitsiidi sooritanud inimestelt. Kobarsuitsiidide käsitlemiseks ja vältimiseks on olemas spetsiaalsed juhised.

Otsustavateks tegevusteks kobarsuitsiidide ärahoidmisel koolides pärast mõne õpilase enesetappu on:

- Suitsidaalsete õpilaste väljaselgitamine mitte ainult samas klassis, vaid üle kogu kooli.
- Kobarsuitsiid võib kaasa haarata neid lapsi ja noori, kes suitsiidi toimepanijat hästi tundsid. Kuid mitte ainult – isegi need noored, kes olid suitsiidiohvriks üsna kauged või lausa võõrad, võivad tema käitumisega samastuda ning toime panna enesetappu. Koolikaaslased, koolipersonal ja lapsevanemad peaksid saama võimalikult ruttu ja täpselt informeeritud õpilase suitsiidikatsest või suitsiidist ning neile peaks olema organiseeritud professionaalne toetus ja abi leinaprotsessi käivitamiseks ja/või sündmuse poolt põhjustatud distressi korralikuks läbitöötamiseks.

Debriefing ehk psühholoogiline järeltöötlus

Ootamatute raskete sündmuste poolt põhjustatud äkiliste kriiside ennetamiseks ja nendega paremaks toimetulemiseks on välja töötatud spetsiaalne rühmaviisiline sekkumisviis – *debriefing* ehk psühholoogiline järeltöötlus. *Debriefing* tuleks läbi viia nende kaasõpilaste (või ka teiste lähedaste inimestega), keda suitsiidijuhtum kõige otsesemalt ja sügavamalt puudutas. *Debriefing* on soovitatav läbi viia pärast esimese šoki möödumist ning selle läbiviija peaks olema rühmatöö kogemusega professionaal väljastpoolt kooli, kellel on teadmised kriisisekkumisest ning sellealased kogemused.

Meediaga tegelemine

Suitsiidilood ületavad tihti uudistekünnise ning leiavad kajastamist meedia poolt. Meediakanalite ülesanne ongi ühiskonnas toimuvate sündmuste kohta informatsiooni jagamine. Kui suitsiidilugu tundub olevat uudise väärtusega, siis sellest tõenäoliselt ka kirjutatakse või räägitakse. Püüd suitsiidilugude ilmumist ära hoida ei ole tõhus abinõu; seetõttu peaks kooli esindaja tegema uudistereporteritega koostööd selleks, et meediakajastus oleks vastutustundlik ning tõene.

“Ei kommenteeeri” pole hea vastus suitsiidiloost kokkuvõtet tegevale ajakirjanikule. Meediaga suhtlemisest keeldumine ei hoiä suitsiidiloo ilmumist. Pigem muudab see võimatuks mõjutada meediakajastuse sisu. Siiski ei peaks koolitöötajad tundma end kohustatuna vastama viivitamatult kõigile neile esitatavatele rasketele küsimustele. Tuleb valmis olla selleks, et anda vajalikud vastused mõistliku aja jooksul või suunata ajakirjanik kellegi juurde, kes suudab paremini vastuseid anda.

Kõik osapooled peaksid aru saama sellest teaduslikult tõestatud asjaolust, et uudised suitsiidijuhtumitest võivad provotseerida uute suitsiidide toimepanemist. Koolitöötajate püüdeid vähendada suitsiidinakkust võidakse ajakirjanike poolt valesti tõlgendada. Ajakirjanik tuleks suunata mõne selle ala professionaali poole, kes oskaks talle selgitada suitsiidinakkuse teaduslikku

põhjendust ning seda, kuidas vastutustundlik meediakajastus saab potentsiaalset nakkusohtu vähendada.

Mõned uudistele iseloomulikud tunnused, mis võivad soodustada suitsiidinakkuse levikut, ning tunnused, mis aitavad suitsiide ära hoida. Nii praktikud kui teadlased on ühte meelt selles, et mitte meediakajastus iseenesest, vaid teatud tüüpi meediakajastus soodustab nakkuse levikut. Tuleks vältida uudiste esitamist niisugusel moel, mis võib toetada kõrge suitsiidiriskiga inimeste suitsiidiplaane – ei tohiks kirjeldada kasutatud suitsiidimeetodi tehnilisi üksikasju ega esitada ühe suitsiidijuhtumi kohta korduvaid uudislugusid. Suitsiidijuhtumeid kajastavates uudistes abi ja toetuse saamise võimaluste nimetamine (soovitavalt koos telefoninumbritega) võib suitsidaalsetele inimestele saada päästerõngaks.

Kooli esindajad ja meedia peaksid hoolikalt kaaluma, mida suitsiidiga seonduvalt öelda või kirjutada. Ajakirjanikud esitavad tavaliselt seda informatsiooni, mida neile pakutakse. Improviseeritud kommentaarid suitsiidijuhtumi kohta koolitöötajate poolt võivad põhjustada kahjutoova uudisteloo. Nii koolitöötajad kui meedia peaksid hoolikalt mõtlema sellele, mida suitsiidi kohta öelda või kirjutada, et võimalik nakkusoht oleks minimaalne.

Lühike faktidele keskendunud meediakajastus võib kõrge suitsiidiriskiga inimestele head teha. Kui suitsiidi meediakajastus on faktidele keskendunud ning annab ülevaate suitsiidi riskifaktoritest, võib see avalikkust harida. Meedia võib suitsiidipreventsioonile palju kaasa aidata, selgitades, kuidas võimaliku suitsiidiriskiga inimesi ära tunda ning millised on neile vajalikud toetuse ja abi saamise võimalused.

KOKKUVÕTE SOOVITUSTEST

Suitsiid on meeleheitlik tegu, mis pannakse toime inimese poolt, kellel on psüühikahäireid, mis on ravitavad, ning muid probleeme, mis on leevendatavad. Põhiliselt tunnevad suitsidaalsed noored puudust neid ümbritsevate oluliste inimeste toetusest ja mõistmisest.

Suitsiid ei ole mõistetamatu ega tule nagu välg selgest taevast. Suitsidaalsed noored annavad ümbritsevatele inimestele küllalt palju hoiatussignaale ning võimalusi sekkumiseks.

Suitsiidide ennetustöös seisavad õpetajad ja muu koolipersonal tähtsa, kuigi raske väljakutse ees. Seejuures on põhiline:

- tuvastada personaalselt psüühikahäirete ja probleemidega õpilased ning pakkuda neile psühholoogilist toetust;
- luua lähedased suhted noorte inimestega, rääkida nendega ja püüda neid mõista ning aidata;
- leevendada psüühilist distressi;
- olla tähelepanelik suitsidaalse kommunikatsiooni varajaseks äratundmiseks – nii sõnaliste väljenduste kui ka käitumuslike muutuste kaudu – ning arendada selleks vajalikke oskusi;
- aidata vähemvõimekaid õpilasi nende koolitöodes;
- olla tähelepanelik koolist puudumiste suhtes;
- vähendada psüühikahäiretest tulenevat häbimärgistatust ning alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamist;
- suunata õpilasi psüühikahäirete ning alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamise ravile;
- piirata õpilaste ligipääsu suitsiidivahenditele – mürgised ja surmavad ained, pestitsiidid, tulirelvad, muud relvad jne;
- pakkuda õpetajatele ja muule koolipersonalile kohapeal võimalusi oma tööstressi leevendamiseks.

ORIGINAALVÄLJAANDES KASUTATUD KIRJANDUS

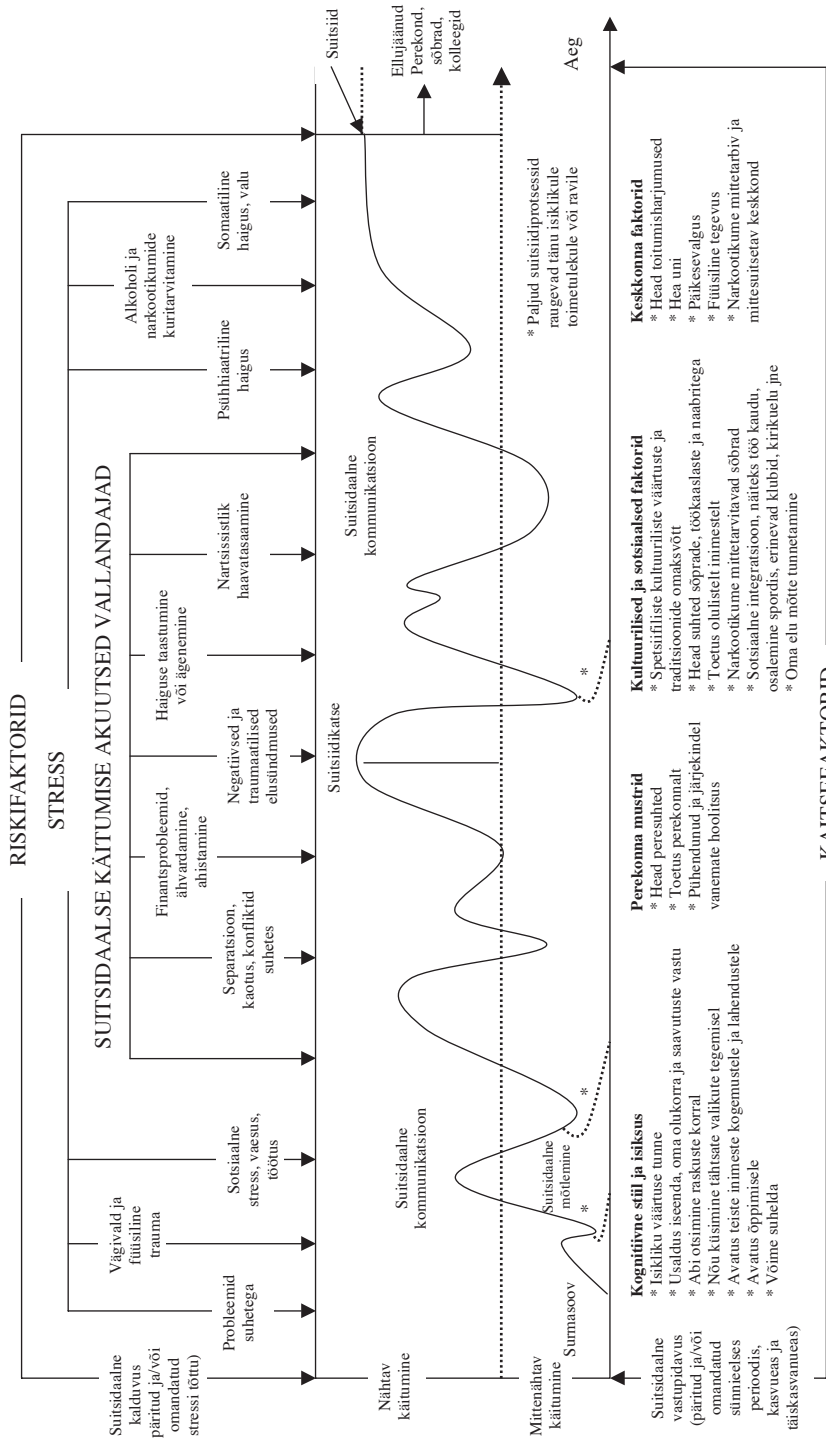
1. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(11):1543-51
2. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of Adolescence* 1998;21(4):459-72
3. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1994;Suppl.:1-12
4. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and Symptomatology: determinants of suicide behaviour in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1982;21:178-86
5. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:45-51
6. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton; 1994
7. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998;10(5):805-902
8. Gould MS et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;37(9):915-23
9. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine* 1982;16:1929-38
10. Jilek-Aall L. Suicidal Behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural Psychiatry Research Review* 1988;25:87-105
11. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington DC: US Government Printing Office; 1989
12. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and

- intervention programs: a survey. *School Counselor* 1994;42:130-6
13. Marcelli D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien* 1998;48(1):419-23
 14. Mc Key PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham PA: LRP Publications; 1993
 15. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. *Group and Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1983
 16. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of School Health* 1983;53:618-20
 17. Pommereau X. *Quand l'adolescent ca mal* [When things don't go well for adolescents]. Ed. J'ai lu Bien-être 1997
 18. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1981;20:545-65
 19. Smith J. *Coping with Suicide*. New York: Rosen; 1986
 20. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescents well-being. *Journal of Adolescence* 1997;32(128):897-911
 21. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American Journal of Psychotherapy* 1984;38:350-63
 22. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & Life-threatening Behavior* 1997;27(4):387-403
 23. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & Life-threatening Behavior* 1979;9:205-18
 24. Wasserman D. *Depression – en vanlig sjukom* [Depression – a common illness]. Stockholm: Natur och Kultur; 1998
 25. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of General Psychiatry* 1999;56:794-801
 26. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association* 1999;281(18):1701-13
 27. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American Journal of Psychiatry* 1973;130:450-5

TÄIENDAMISEL JA KOHANDAMISEL KASUTATUD KIRJANDUS

1. Davidson L, Marshall M et al. *School-based Suicide Prevention. A Guide for Schools and the Students, Families and Communities They Serve.* Manuscript; 2003
2. Enesetappude ennetamine: suitsiidide kajastamine meedias. Tallinn: ERSI; 2005
3. Kõlves K, Sisask M, Värnik A. *I osa: Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikatse sooritanute uuring*; Marandi T, Värnik A. *II osa: Suitsiidikatse sooritanu käsitus haigla erakorralise meditsiini osakonnas.* Tallinn: ERSI; 2004
4. Värnik A (toim). *Suitsiidi-uuringud. Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi 10. aastapäeva artiklite kogumik.* Tallinn: Iloprint; 2003
5. Wasserman D (ed). *Suicide – an unnecessary death.* London: Martin Duniz; 2001
6. Wasserman D, Narboni V. *Guidelines for suicide prevention in schools.* Stockholm: Graphium Ljunglöfs AB; 2001

LISA. Stressi-haavatavuse mudel ja suitsidaalsest mõtlemisest suitsiidini. Wasserman D, 1999



Esikaanel: **Mare Vint „Kivist sild“**, lito26/70

Mare Vint (1942) on alates 1960ndate teisest poolest kujundanud oluliselt Eesti graafika üldilmet. Tema originaaljoonistused ning graafilised lehed alustasid koheselt oma maailmade loomist, jätkates seda tänini. Nii püsivad juba aastaid teemad ja käsitlused, mille juurde Vint ikka ja jälle oma loomingu tagasi pöördub: metafüüsilised situatsioonid, korra ja kaose vahekord, arhitektuuri ja looduse suhtlus, inimese üksindus, kunsti kõrgus. Kuigi Vint kuulub nende kunstnike sekka, kes pöörab idee kõrval erakordselt palju tähelepanu teoste visuaalsele teostusele, nn peenkäsitööle ja selle nõtketele viimistlemisele, kõnelevad tema lehed alati ja ennekõike inimesest. Nii on ka "Sild" jutustus inimese jälgedest ümbritsevas. Või – kui on soovi – ka täpselt vastupidisest.

Eero Epner (Haus Galerii)