



## P2AV.TK.115 Sissejuhatus suitsidoloogiasse

Karmel Tall, mag

### SUITSIIDI EHK ENESETAPU DEFINEERIMINE

Enesetapp e. suitsiid on kompleksne fenomen, mis on sajandeid köitnud filosoofide, teoloogide, arstide, sotsioloogide ja loomeinimeste tähelepanu. Prantsuse filosoof Albert Camus' avaldab oma teoses *Sisyphose müüt* arvamust, et enesetapp on ainus tõsiseltvõetav filosoofiline probleem. Tuli otsustada, kas elu väärrib elamise vaeva või ei, ehk vastata filosoofia põhiküsimusele.

Sõna suitsiid tuleneb ladinakeelsest sõnast *suicidum*, mis omakorda tuleneb sõnadest *sui* (enda) ja *caedes* (mõrv). Suitsiid kui termin tekkis 17. sajandil Inglismaal. Selle mõiste arengut mõjutasid fakt ise ja väitlused sel teemal. Termin ilmumise tingis soov eristada tapmist teise inimese tapmisest.

#### Suitsiidi definitsioon

Suitsiidi on läbi aegade defineeritud mitmeti. Ühest ja õiget definitsiooni ei tasukski otsida. Juriidilises käsitluses on suitsiid tahtlik iseenda surma põhjustamine. Teaduslikus keeles tähendab suitsiid tahtlikku ja teadvustatud enesehävitamise akti, mida selle sooritaja peab hetkel parimaks lahenduseks ja mis lõppeb tema surmaga. Suitsiid on kõige äärmuslikum enesehävituslik käitumine ning on osaliselt ka seetõttu eriti paradoksaalne. Suitsiid on fenomen, mis nõuab sotsiaaltöötajate, terapeutide, psühholoogide, psühhiaatrite jt. erialade esindajate kõrgendatud tähelepanu.

Erwin Stengeli klassikalise definitsiooni kohaselt on enesetapp indiviidi enese poolt teadlikult ja tahtlikult tekitatud fataalne (surmav) enesevigastus. WHO (Maailma Tervishoiuorganisatsioon) defineerib enesetappu kui fataalse tulemusega akti, mis on ohvri poolt tahtlikult algatatud ja teostatud niisuguse teadmise või eeldusega, et selle tulemus on fataalne, ning mille kaudu ohver lootis realiseerida tema poolt ihaldatud muutusi.

Suitsiidikatse ehk enesetapukatse on WHO definitsiooni järgi mittefataalse tulemusega tahtlik tegevus, mille puhul inimene ilma teiste sekkumiseta vigastaks või mürgitaks ennast, seejuures on tegevuse eesmärk realiseerida muutusi, mida loodeti saavutada oma tegevuse tegelike või oodatud füüsiliste tagajärgedega. Definitsioon hõlmab ka neid tegevusi, mille puhul sekkutakse enne, kui tegelik enesevigastus on aset leidnud.

Mõiste "suitsidaalne käitumine" mahutab enda alla lisaks suitsiididele ja suitsiidikatsetele ka suitsidaalse mõtlemise. Suitsiidiprotsess areneb aja jooksul järkjärgult, see algab elutüdimusest, jõuab välja surmasoovini ning sealt edasi suitsiidimõtete, suitsiidikatsete ja suitsiidini. Suitsiidiprotsessi arengu kirjeldamisel on täheldatud kultuurilisi erinevusi, näiteks Hiinast pärinevad uuringud näitasid, et suitsiidikatsele või suitsiidile tavapäraselt eelnev suitsiidiplaan seelses kultuurikontekstis puudus.

Suitsiiditeema uurimise kaudu võime jõuda arusaamisele kultuurilistest erinevustest, eri kultuurides kehtivatest normidest ja arusaamisest vaimsest tervisest. Mõningates kultuurides on suitsiid loomulik ja isegi kohustuslik teatud kindlates situatsioonides. Näiteks Jaapanis oli kaua aega autegu *seppuku v. hara-kiri* (kõhuõõne avamine spetsiaalse noaga) samuraide ühiskonnas. Samas võetakse teistes ühiskondades suitsiidi kui tõsist vaimse tervise häiret või hälbimust normaalsest.

Arutelu on pälvinud ka küsimus suitsiidi vajalikkusest teatud ühiskonnale. Sellest aspektist lähtudes võib suitsiidi tõlgendada kui vajadust teatud liiki ühiskonnas, kus läbi erilise kodeeritud keele antakse edasi psühholoogiline teade sellest vajadusest. Iga inimene kannab endas ühiskonnas kinnistunud suitsidaalse käitumise juhiseid, mis sõltuvad selle ühiskonna suitsiidide vajadusest. Suitsiidiakti sooritab inimene, kes teatud situatsioonis tunneb need juhised ära ja järgib neid oma elu hinnaga. Suitsiid selles kontekstis on inimese mina-pildis aktsepteeritud ning seega ei peegelda see mitte ühiskonnavaenulikkust suhtumist vaid täielikku kuulumist ühiskonda. Ühiskonnad, kus inimesed on kaotanud oma eluenergia kaua enne bioloogilise energia lõppemist võivad tunnustada selliste indiviidide suitsiide. Kodeeritud keele all mõeldakse meie sisemist, alateadvuslikku keelt. Näiteks poesia on üks laiematest väravatest sellise alateadvusliku keele levikuks. Kuigi suitsiidide vajalikkuse eksisteerimine ühiskonnas oleks hirmutav väljavaade, pakub see alternatiivset aspekti suhteliselt pingerohkele teemale.

Vaatamata suurele kogusele empiirilistele ja kliinilistele uurimustele suitsidoloogia vallas, ei ole suitsiid ja suitsiidikatse täielikult mõistetav fenomen. Paljude sajandite vältel on suitsiidi seostatud kuriteoga ja selle teoloogilise partneri - patuga. Alles 20.

sajandi alguses esitati esimesed psühholoogilised, psühhoanalüütilised ja kognitiivsed teooriad suitsiidist.

Termin *suitsiid* viitab inimese enda sihilikule ja teadlikule tegevusele, mis lõpeb surmaga. Suitsiidi võib lahti mõtestada mitmeti. Üks peamisi viise mõista suitsiidi on selle vaatlemine psühholoogilisest aspektist läbi hingevalu. See on hingepein, mida suitsidaalne indiviid tajub elu raskel hetkel. Sellisest aspektist vaadeldes on suitsiid praktiline tegevus, mille eesmärgiks on peatada pidev talumatu valu tulv.

S. Freud'i käsitluse kohaselt on suitsiid varjatud mõrv ning tuleneb armastatud objekti kaotuse tõttu tekkinud vihast selle objekti suhtes. Viha on pööratud tagasi inimesele enesele ja selle äärmuslikum väljendus on suitsiid. Freud kahtles suitsiidi võimalikkuses ilma eelneva allasurutud soovita kedagi tappa. Noorte inimeste suitsiidi saab käsitleda Freud'i mudeli järgi, seevastu vanematel inimestel on viha suunatud rohkem elule kui niisugusele mitte spetsiifilisele indiviidile.

Wasserman'i käsitluse järgi võib suitsiid olla võimalus psüühiliste konfliktide lahendamiseks, millest inimene ei ole osaliselt või täielikult teadlik. Konfliktid inimeses eneses reflekteerivad kättemaksutahet, tahet karistada ennast või teisi või tahet põgeneda süütunde eest. Alateadlikult tajuvad sellised inimesed suitsiidi kui taasühinemise viisi kaotatud lähedasega ja ümbritseva maailma hävitamist. Nii alateadlik kui ka teadlik konflikt tekitavad ärevust, mis käivitab erinevad kaitsemehhanismid. Suitsidaalne käitumine võib esineda kaitsemehhanismina juhul, kui psühholoogilised kaitsemehhanismid on ebapiisavad ja ärevus kõikehaarav. Sellisel juhul on suitsiid pääseteeks talumatust ja raskest situatsioonist, kus inimene leiab ennast.

Suitsiidi võib vaadelda ka kommunikatsiooni viisina. Farberow ja Shneidman on kirjeldanud suitsidaalse isiku püüet väljendada talumatut psühholoogilist valu ümbritsevale maailmale. Tihti annavad suitsidaalsed inimesed oma lähedastele märku oma kavatsustest. Lähedaste inimeste ambivalentsed ja agressiivsed reaktsioonid sellisele kommunikatsioonile kiirendavad suitsidaalsuse arengut.

Durkheim ja Halbwachs tõid välja sotsiaalsete aspektide olulisuse suitsiidi käsitlemisel. Durkheim'i definitsiooni kohaselt on suitsiidid sellised surmajuhtumid, mis tulenevad otseselt või kaudselt ohvri isiklikust positiivsest või negatiivsest teost, mille enesehävituslikust tulemusest on ohver teadlik. Durkheim'i arvates on igal ühiskonnal teatud tasemega kollektiivne tung suitsiidiks, enesehävituseks, mis on püsiva suurusega senikaua, kuni põhitingimused antud ühiskonnas jäävad samaks. Teisisõnu, suitsiidide sageduse määrab ühiskonna struktuur, millest omakorda tuleneb indiviidide ühiskonda või gruppi integreerituse aste. Suitsiidi määr on antud ühiskonna reflektatsioon läbi indiviidide. Durkheim defineerides suitsiidi kui otsest või kaudset teadlikku enesevigastamist läbi positiivse või negatiivse teo, millega kaasneb surm. Selle definitsiooniga eristas ta tõelised suitsiidid muudest surmaga lõppenud õnnetustest. Teiseks jaotas Durkheim lähtuvalt sotsiaalse integratsiooni ja regulatsiooni tasemest suitsiidid nelja liiki:

*egoistlik suitsiid* – inimese sotsiaalse integratsiooni tase on nõrk;

*altruistlik suitsiid* - inimese sotsiaalse integratsiooni tase on tugev;

*anoomiline suitsiid* – sotsiaalse regulatsiooni tase on madal;

*fatalistlik suitsiid* – sotsiaalse regulatsiooni tase on kõrge.

Sotsiaalne integratsioon iseloomustab inimese suhet ühiskonda ehk kuivõrd on inimene integreerunud ühiskonda. Sotsiaalne regulatsioon iseloomustab ühiskonna suhet inimesse ehk kuivõrd ühiskond reguleerib indiviidi tegevust. Halbwachs väitis, et suitsiidi põhjused tulenevad nii inimeste sisemistest, kui ka välistest teguritest.

## Ajalugu

Ajaloouurijate andmete põhjal sooritati esimesed suitsiidid idamaades, kus valitses panteism<sup>1</sup> ja Buddha usuõpetus<sup>2</sup>. Viimane tunnistas vabasurma ja pidas seda mõnikord koguni tarvilikuks. Budausulistele tähendas vabasurm ainult eluvormi muutumist, sest hing sünnib uuesti koos uue ilme ja vormiga. Jaapanis, Indias ja Hiinas oli vabasurm suures lugupidamises ja peeti isegi kiiduväärt teoks, seda enam, et suur Buddha näljaajal ise oma elu lõpetas. Selleks, et teised inimesed tema enda lihast toituda võiksid.

## Suitsiidi antiikaegne käsitlus

Juba Vana-Kreekas arutlesid filosoofid suitsiidi üle. Epikuurlased<sup>3</sup> ja stoikud<sup>4</sup> tunnistasid ülimalt väärtuseks indiviidi, kelle vabadus peitub võimes otsustada ise oma elu ja surma üle. Nende arvates tasus elust kinni hoida ainult sellisel juhul, kui see on hea ja meeldiv, vastasel juhul oleks sõgedus jätkata. Epikuurlaste arvates tuli valida meeldiv surm, ja stoikud kiitsid kaalutletud enesetappu. Stoik Ptolomeus õhutas oma kõnedes rahvast nii, et paljud võtsid endilt elu, sest „surra on lubatud sellele kellele ei meeldi elu”. Epikuur, kes nägi ülimalt rõõmu vaimses rahulduses ja puutumata hingelises rahu, vaatas vabasurmale kui võimalusele vabaneda tülidest.

Pütagorlased<sup>5</sup> ei pooldanud suitsiidi. Nad tõid välja kaks põhjust, esiteks, et hing on sattunud kehasse ürgrüvetuse tagajärjel ja lunastuseks peab oma elutee lõpuni käima ja teiseks, et keha ja hinge valitseb harmoonia, mida enesetapp rikkuda võib.

---

<sup>1</sup> kõikjumalus; filosoofiline õpetus, mis peab loodust jumala kehastuseks

<sup>2</sup> 6 sajand eKr tekkinud usund; olemise kõrgemale tasandile, nirvaanasse jõudnu

<sup>3</sup> epikureismi pooldaja, elunautleja, inimene kes hindab üle kõige isiklikku mõnu ja meelelisi naudinguid; epikureism – õnn seisneb ärevusest hoidumises ja rahumeelses naudingus; Epikuros 342/341-271/270 eKr, kreeka filosoof

<sup>4</sup> stoitsismi pooldaja, inimene kes kindlalt ja mehiselt talub õnnetusi; stoitsism – mõistuspärast eluviisi ja enesevalitsemist rõhutav valgustuslik suund antiikfilosoofias; Ateena sammasehitise Stoa poikile järgi, ehit 450 eKr)

<sup>5</sup> pütagoreistlik koolkond, Pythagorase rajatud usulis-eetilise ja filosoofilise usulahutaolise ühingu liikmed; Pythagoras u. 580-500 eKr, kreeka filosoof

Egiptuses oli enesetapp eriti moes. Markus Antoniuse<sup>6</sup> ajal loodi lausa akadeemia kuhu võisid koonduda inimesed kes mõtlesid sooritada enesetappu. Akadeemias tunnistati Antoniuse ja Kleopatra<sup>7</sup> enesetappu kui eeskujulikku tegu. Koondunud inimestel oli tähtsamaks mureks, et kuidas leida kõige kergemat ja meeldivamat eluvõtmise abinõu.

Platon<sup>8</sup> ja Aristoteles<sup>9</sup> pidasid inimest ühiskondlikuks olendiks, kes elab kindlas koosluses. Platoni arvates oli inimesel täita oma kohustused jumala ees ja Aristotelese arvates riigi ees, mis keelaks neile enesetappu tegemast.

Vanas-Roomas oldi suitsiidide vastu heatahtlikum, sest stoitsismi<sup>10</sup> mõju ja hulk kuulsate isikute enesetappe toetasid seda. Stoikute ja epikuurlaste õpetusel oli eriliselt suur mõju selle ja hilisema aja mõttekäigule, mida tõendas enesetappjate rohkus Vana-Kreekas ja Roomas. Siiski oli Roomas enesetapp keelatud orjadel ja sõduritel. Orjade puhul räägiti majanduslikust põhjusest, sest orja enesetapp oli eraomandile kallalekippumine. Sõdurite puhul patriootilistest põhjustest, sest oli ette nähtud karistus, kes püüavad enda tappa, kuid jäävad ellu.

Stoitsismi loojanguga karmistusid Rooma seadused. Antoniuste valitsemisajast alates arenes õigus käsikäes filosoofiaga. Uusplatonism – mis küll taunis enesetappu, kuid tunnistas siiski üksikuid erandeid, nt lubab end tappa ühiskonna käsul, mida ka teeb Sokrates<sup>11</sup>. Karmimalt hakatakse võitlema ka enesetappude vastu sõjaväes. Ühe Antoniuse aegse seaduse kohaselt loeti kahtlusaluse enesetappu tema süü ülestunnistuseks, mis andis õiguse vara sundvõõrandamisele.

Kokkuvõtteks võib öelda, et enne kristluse tulekut muutus suitsiid Rooma riigis vähehaaval taunitavaks, aga ikkagi jäi valdavaks keisrite ajastu Rooma õigus, mis laseb igaühel vabalt valida oma surma. Olid mõningad asjaolud, mille puhul sooritatud enesetapp ei toonud kaasa vara sundvõõrandamist, nagu nt elutülpimusest, kurvastusest poja surma üle, kannatusest või haigusest pääsemiseks, maksujõuetuse vältimiseks jne. Tappa võisid kõik, kes polnud süüalused või süüdimõistetud. Siiski vaadeldi ja käsitleti antiikaja vabaturma kui üllast ja kangelaslikku tegu.

### ***Suitsiidi keskaegne käsitlus***

Keskaja alguses oldi vabaturma suhtes küllaltki ebalev, sest kristlusel rajatud tekstid ei olnud selgesõnalised. Kui teatepulk kiriku kätte läks, jäi päranduseks kõhklev suhtumine

---

<sup>6</sup> 82-30 eKr, Rooma riigimees ja väejuht; tappis end, et mitte langeda vangi

<sup>7</sup> Kleopatra VII Suur 69-30 eKr, tappis end, et mitte langeda vangi

<sup>8</sup> 427-347 eKr, kreeka filosoof

<sup>9</sup> 384-322 eKr, kreeka filosoof, antiikaja tähtsaim mõtleja

<sup>10</sup> stoitsism – mõistuspärast eluviisi ja enesevalitsemist rõhutav valgustuslik suund antiikfilosoofias

<sup>11</sup> 470-399 eKr, kreeka filosoof. Ateena laguneva orjandusdemokraatia juhid mõistsid ta surma süüdistatuna noorte laostamises ja riigijumalate salgamises, Sokrates surmas end ise kohtu otsuse põhjal juues surmaputke mahla

suitsiidi, mida vabatahtlik märterlus<sup>12</sup> pidevalt õõnestas. Seda põhjusel, et kristluse põhjanev sündmus on enesetapp, sest Kristus lunastas end teiste heaks. Ka siin püüavad kristlikud moralistid omaks võtta uusplatonistlikku mõtteviisi.

Suhtumise karmistumine tuleb selgemini välja püha Augustinuse<sup>13</sup> ajal, kus ta oma 22-raamatulises teoses „*Jumalariigist*“ esitab range doktriini, mis saab kiriku ametlikuks seisukohaks. Vastukaaluks paganate süüdistusele, et ristiusk olevat vanade jumalate hülgamisega põhjustanud antiikmaailma hävingu, avaldas see teos uue ja kõikehõlmava ajalookäsitluse. Suitsiidivastase seisukoha pealejäämine sellest ajast oli tingitud pigem ajaloolisest kontekstist kui sellekohase selge põhimõtte olemasolust algkristluses. Teoloogial kulus selle vastuseisu pühitsemiseks viis sajandit.

Pärast neli sajandit väldanud kõhklusel kristluse algusaegadest keelustatakse õhtumaades enesetapp täielikult. 5. – 10. sajandini kestis suur vastuolu enesetapu suhtes, ühelt poolt verejanulise vägivalla ning inimelu ja inimväärikust põlgava õhkkonna ja teiselt poolt tollaegsete võimude vahel. Sellise vastuolu tingis ajastu ise, kus jumala ja isandate suhted muutuvad samuti nagu nende isandate ja sõitlaste suhted. Jumala ja maaisanda huvid olid kooskõlas – ise käsutades enda elu tähendab püüda omastada nii ühe kui teise õigusi. Nii ilmalikus kui ka usuelus kaasnes suitsiidikeeluga inimvabaduse ahenemine. Inimene kaotas põhiõiguse talitada oma suva järgi, ja seda kiriku kasuks, kes suunas kogu tema eksistentsi ja sai tugevaks usklike arvust.

Ristiusu mõjul hakati enesetapule vaatama kui jumalavastasele teole. Õigustatud olid ainult need enesetapud, mis olid toime pandud jumala käsul, vastasel juhul kaotasid enesetapjad õiguse kiriklikele matustele. Kiriku määrused leidsid ka vastukaja keskaja seadusandluses. Enesetapmist peeti raskeks kuriteoks. Need, kes astusid vabaturma jumala tahte vastaselt, maeti maha koos raibetega.

11. ja 12. sajandil sai mõjusaks rohuks enesetapmist ja meeleheite vastu pihtimine. See tähendas, et saadakse oma patud andeks ja saavutatakse lepitus jumalaga. Pärast pihtimist tundus enesetapp terve mõistusega inimese poolt võimatu. Kui siiski peale pihtimist sooritati enesetapp, eeldas kirik, et toimepanija oli hullumeelne. Ristiusul läks suure vaevaga korda, et suruda maha sissejuurdunud tõekspidamist, mille põhjal enesetapmist keskajal ausaks teoks peeti.

Keskaja levinumad viisid enesetapmiseks olid poimine, uputamine, noaga tapmine ja surnuks kukutamine, mis on sarnane 20. sajandile. Meessoost enesetapjaid oli kolm korda rohkem kui naisi. Kaks kolmandikku enesetappudest leidis aset öösi. Enesetappe toimus kõigis ühiskonnakihtides. Linnas toimus suurem hulk enesetappe käsitöömeistrite hulgas. Aadlike puudumist või vähesust enesetapjate hulgast seletas nende eluviis, sest nagu teada oli õigusemõistmine nende käes. Enesetappu maskeeriti ka õnnetusjuhtumiks või loomulikuks surmaks. Samalaadne varjamine eksisteeris ka vaimulike seas, vaatamata sellele oli nende suhtarv 19% kõigist enesetappudest.

---

<sup>12</sup> antiikajal oma usu pärast surma mineja; märterlus on võimalik ainult niisuguse religioonis, mis nõuab kompromissitult ja absoluutset truudust usutunnistusele, on omane ristiusule ja islamile, kirik pole märterlust heaks kiitnud ega hukka mõistnud

<sup>13</sup> 354-28.VIII 430 A.D, kartaago usuteoreetik ja kirikuisa

Hoiak enesetapmistesse oli varjundirikkam kui surnukehade sünge nuhtlemistava. Siiski ei olnud keskaeg enesetapjate vastu leebe. Rahva uskumused, ametlik religioon ja tsiviilvõimud ilmutasid teo ees õudust, mis käis vastu looduse, ühiskonna ja jumala seadustele. Peamiselt puudutas keskaja tavaline enesetapp ikkagi töötajaid. Talupojad ja käsitöölised läksid surma oma olukorra järsu halvenemise tõttu. Sõjamehed ja aadlikud ei tapnud end otseselt, vaimulikud tapsid end mõnikord ja alati seletati seda hullumeelsusega, mis välistas kohtu mõistmise surnukeha üle. Oma kannatuste eest põgeneva pelguri suitsiid oli alati lihtinimese, talupoja, käsitöölise või sulase oma, mis kasvatas niisuguse teo halba kuulsust.

### ***Suitsiidi renessansiaegne käsitlus***

Renessansi algusaja religioossed segadused ei pehmandanud suitsiidi hukkamõistu sugugi, vaid võis täheldada suhtumise teatavad karmistumist. Katoliiklaste<sup>14</sup>, luterlaste<sup>15</sup>, kalvinistide<sup>16</sup>, ja anglikaanide<sup>17</sup> jaoks oli suitsiid saatanlik tegu. Katoliiklaste poolel saab uueks jõuks vabaturma keskaegne seletus meelegaite kaudu. Pattude järjestuses on lootusetus üks kõige rängemaid eksimusi. Enamik selle aja enesetappudest on pandud meelegaite arvele, kuid seda laadi meelegaite vastu pakkus abi pihtimine kirikus. Meelegaitele pöörasid ka tähelepanu 16. sajandil levima hakanud suremiskunsti käsiraamatud.

Renessansi algusaegade sotsiaalsed ja kultuurilised vapustused löid tausta, mis lubas mõtiskleda suitsiidi üle. Antiikmaailma imetlemisele lisandus sõjalise mõtte areng, mis sundis aadlikule peale uue käitumiskoodeksi. Kuuludes kuninga või mõne teise valitseja regulaararmeesse, seisnes tema au selles, et teenida edukalt talle määratud kohal. Sõda polnud enam suur mäng, kus tapmise asemel püüti vastaspoole rüütleid pigem vangistada, et nende eest lunaraha saada. Vangistusest ja lüüasaamisest sai aukaotus, millele üksikud eelistasid surma, võttes sellega oma antiiksangarlikud hoiakud.

Pead hakkas ka tõstma kodanlik individualism äris, kultuuris ja religioonis. Sündiv kapitalism nõudis suuremat valikuvabadust ja kinnitas oma isikupära oma huvide, elupiirkonna, vallasvara, lektüüri ja portreega. Kuid võites autonoomias, kaotad haavatavuses. Emile Durkheimi<sup>18</sup> väide, et suitsiidide sagedus on pöördvõrdeline ühiskondliku integratsiooni määraga, pidas siin täiesti paika. Sest inimrühma kaitsvad sidemed, mis ta lõi, nagu tsunft, perekond ja kirikukogudus olid tõketeks enesetapu vastu.

Renessansi ajal olid esindatud kõik tavalise enesetapu liigid, mille põhjusteks olid kannatus, kirm, armukadedus, hullumeelsus ja piinamishirm. Enesetappude keskmine

---

<sup>14</sup> roomakatoliku kirikuõpetus ja kirikukorraldus; kristluse levinum usutunnistus (Vääri 2000: 428)

<sup>15</sup> luteri usk, kristlik protestantlik usutunnistus ja kirikukorraldus, mis on lähtunud Martin Lutheri (1483-1546) poolt Saksamaal alustatud usupuhastusest ja usukäsitlusest

<sup>16</sup> J. Calvini (1509-1564) rajatud protestantlik usuvool

<sup>17</sup> anglokatoliiklus, rituaalsust pooldav suund anglikaani kiriku nn kõrgkiriklikus voolus

<sup>18</sup> 1858-1917, Prantsuse sotsioloog ja filosoof

suhtarv ei olnud eriti kõrgem kui keskajal, kuid sel teemal kirjutati ja kõneldi nüüd palju enam. Enamus arvamusi olid suitsiidi suhtes vaenulikud ja pidasid vajalikuks seda taunida. Püha Augustinusest alates polnud mõrvaks peetud vabasarma üle enam arutletud. Suitsiidi liigitati saatana poolt sisestatud surmapattude hulka, mida võis vabandada üksnes hullumeelsus. Seda toodi ka praktikas tihti ette, et vältida varanduse konfiskeerimist ja laiba nuhtlemist. Sellegi poolest oli enesetapu hukkamõist üksmeelne ja täielik.

Võimud, kes vastutasid ühiskonna korralduse eest, olid suitsiidi tunnistamise vastu. Ühelt poolt ähvardas see ühiskondlikku organismi ja teiselt poolt oli see kaudne süüdistus ühiskonna, riigi- ja kirikujuhtide vastu. See tunnistas nende suutmatust tagada kõigile elanikele inimväärne ja õiglane elu. Enesetapp oli süüdistus sotsiaalse koosluse ja selle juhtide vastu, sest vabasarma minek tunnistas, et inimene eelistas olematust selle põrguks muutunud maailma vastu. Enesetapp oli etteheide ja süüdistus eeskätt nendele, kes vastutasid inimese hea käekäigu eest. Sellepärast ei saanud vastutajad sallida sellist akti, mis haavas kõiki süsteeme ja usutunnistusi. See, kes pidas paremaks minna ja sooritada enesetapp, näitas sellega üles, et tal puudub igasugune usaldus teooriate, ideoloogiate, arvamuste ja lubaduste vastu. Ega jäänudki muud üle kui tembeldada isik hulluks, mis vabastas neid vastutusest enesetappjate ja eelkõige elavate ees. 17. sajandi alguse kiriku- ja riigitegelased, kelle eestvõttel toimus kultuuri üldine tõus teaduskriisis vaevlevas Euroopas, ei saanud lubada arutelu suitsiidi üle. Elu tuli võtta sellisena, nagu ta on.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et hoolimata suitsiidikeelust ja vaidlustest enesetapu kõlbelisuse üle, lähevad mehed ja naised 17. sajandil endiselt vabasarma. Arutelu suitsiidi üle tegelikkust ei mõjuta. Enesetappude sageduse määrasid endiselt kannatused, hirmud ja pettumused. Niisiis tundus nähtus olevat endine. Alles esimesed finantskriisid, mis raputasid hulljulget ja halvasti ettevalmistatud kapitalistlikku maailma, põhjustasid suitsiidide hüppelise kasvu. Ehk siis kapitalismi areng sai oluliseks teguriks suitsiidimäära tõusus.

### ***Suitsiidi valgustusaegne käsitlus***

Hilisrenessansi ajal esitatud küsimuse üle, olla või mitte olla, peeti 17. sajandil intellektuaalide ringkondades suuri heietusi. 18. sajandil pälvis teema jälle avaliku arutelu. Kunagi veel polnud nii palju kirjutatud ja räägitud vabasarvast, see sai ühiskondlikus nähtuseks, mille nimetuseks oli suitsiid. Ajavahemik renessansist valgustuseni näitas, et suitsiid oli kui klassinähtus. Piiratud arv suitsiide sooritati vastavalt moes olevale konventsioonile ja rituaalile. Enesetapp pandi toime õilsate vahenditega ja õilsatel eesmärkide, milleks olid au, armastus või võlad. Sellistesse enesetappudesse suhtusid võimud väga sallivalt, sest need ei seadnud kahtluse alla ühiskondlikku korraldust. Harva juhtus seda, et eliidist enesetappja laipa nuheldi või vara sundvõõrandati. Intellektuaalid, aga ainult kõnelesid vabasarvast, kuid vabasarma läksid harva.



18. sajandil hakkavad haritud eliidi seas levima uued suitsiidi motiivid, mida soodustas filosoofiline liikumine. Lähtudes epikuurlaste õpetustest hakkasid nad vabaturma õigustama. Viidates sellele, et vabaturm on asjade loomulik jätk. Ehk siis, kui elu valmistab meile rohkem vaeva kui rahuldust, tuleks elust loobuda. Selline suhtumine oli eriti iseloomulik Inglise aristokraatiale. Kuid hoolimata kõmulistest suitsiididest tapeti end ikka rohkem sõnades kui tegudes. Vabaturmast räägiti palju, kuid teoni jõuti harva. Suurem jagu enesetappe pandi ikka toime onnides ja hurtsikutes, kus tavaliseks põhjuseks oli kannatus.

Karistused tavalise enesetapu eest olid metsikud. Nt laipa lohistati vitstel, poodi jalgupidi üles, põletati või heideti prügimäele. Samas vähehaaval hakati ka üles näitama sallivust vabaturma vastu. 18. sajandi esimesel poolel hakkas suitsiidi kohtulik menetlemine vähemaks jääma ja paljudele enesetappudele ei järgnenud enam mingit protsessi. Veel üheks sallivuse tõendiks oli enesetapust pääsenutele mõeldud seltside asutamine. Vältimaks uusi katseid, suleti pääsenud varjupaikadesse, töomajadesse ja vanglatesse.

18. sajandi lõpul oli väitlus suitsiidi üle Euroopas täies hoos, mille tulemusel kujunes kaks suunda. Peamine suund vaatles suitsiidi kui ajutisest hullusest tingitud tegu, mis toime pandud vaimse vapustuse ajal ja võtab tegijalt vastutuse. Teisalt tundusid sanktsioonid ebavajalikena, vaatamata suitsiidi põhjustele. Enamuse inimeste jaoks oli enesetapp saatuslik tegu, mis oli küll taunitav ja samas õigusemõistmisele kättsaamatu. Filosoofid, kes näitasid, et suitsiidi tingivad sotsiaalsed ja psühholoogilised tegurid, viitasid ka vajadusele kõrvaldada selle inimlikud põhjused meditsiini, psühhiaatria, psühholoogia, sotsioloogia ja poliitika abil.

Kui veel 16. sajandil oli enesetapp kuradi ja patuse inimese vaheline asi, siis valgustusaja lõpuks on see suuremal määral asendunud ilmaliku arusaamaga, mis seletas suitsiidi ühiskonna ja psühholoogia vahelise küsimusena. Vähehaaval järgnes ka õigusteadus kultuurilisele arengule ja 18. sajandi lõpuks loobutakse kõikjal suitsiidide karistamisest. Vaikselt hakkasid riigi- ja kirikujuhid tajuma, et suitsiidimäär näitab, kui terve või haige mingi ühiskonnakiht tegelikult on.

### **19. sajand**

19. sajandi algul püütakse hävitada seda, milleni eelmisel kolmel sajandil on vaevaliselt ja aegamööda jõutud. Ehk siis, et suitsiidi kui ühiskondlikku tõsiasja tuli käsitleda eelarvamusteta ja püüda seda mõista, mitte taunida. Renessansist valgustuseni väljub suitsiid vähehaaval tabude hulgast, kuid endiselt käisid teravad vaidlused enesetapu karistamise ümber. Vaidlused aitasid enesetapu muuta nähtuseks, mis pärit siit ilmast ja igati loomulik. Samas püüdsid moraalsed ja poliitilised autoriteedid suruda suitsiidi tagasi keeldude rägastikku, kust ta poleks pidanudki lahkuma. Nende tegevust aitas tõhustada sotsiaalsete areng, mis süvendas üksikisiku ja kollektiivi süükompleksi suitsiidi suhtes. Psühhiaatria ja sotsioloogia näitasid, milline osa oli enesetappudes

indiviidi kõlbelistel ja vaimsetel nõrkustel, kui ka ühiskondlike seoste puudustel ja ebaõiglusel.

Jõuti selleni, et vaata kust otsast tahad, suitsiidid oli ikkagi tabu mida tuli ümbritseda vaikimisega, sest see oli kallalekippumine jumalale, hinge kõlbeline rikutus, vaimne puue, samuti vaimu, südametunnistuse ja ühiskonna haigus. Niiviisi tegi 19. sajand suures ulatuses tühjaks selle, milleni jõuti mõtiskluste tulemusena renessansist valgustuseni. Tulemuseks jäi vaikimine. Suitsiidid oli haigus, seda nii vaimses, moraalses, füüsilises ja sotsiaalses mõttes.

Vastandlikult vaikimisele hakkas 19. ja 20. sajandil ilmuma hulgaliselt erialast kirjandust. Humanitaarteadused ja meditsiin püüdsid seletada seda nõutuks tegevat käitumist, mis äratas õudu, jäi kõigile kättesaadavaks ja mida ükski seadus ega võim maailmas polnud suutnud ära keelata. Ometigi jäi otsus suitsiidist abi otsida saladuseks, kuni 1897. aastal avaldas Emile Durkheim tolle aja mahukale statistikale toetudes sotsioloogilise uurimuse *Suitsiidid*, mis suuremal määral kehtib tänaseni.

Kui 16-18 sajand pandi alus diskussioonile inimlikust vabadusest, siis 19. ja 20. sajandil on seda arutelu summutanud ja ühtlasi ka piiranud inimese põhivabadust ning pannud talle kohustuse elada, põhjendades seda üleloomulike ja ideoloogiliste seletustega. Nende seletuste taandumine lubaks jätkata valgustusaja lõpus katkenud vaitlust.

Ajalooliselt on erinevad kultuurid ja ühiskonnad omanud erinevaid vaateid ja hoiakuid suitsiidi suhtes. Suitsiidi on nähtud olulise vabadusena, õilsa teona ja isegi märterlusena. Sagedamini esineb mitteaktsepteerivat suhtumist suitsiidi, seda nähakse moraalselt valena, kuriteona, irratsionaalse teona, vaimse tervise häirena või ebaõiglusena ühiskonna ja Jumala suhtes. Vältimatult on seotud suitsiidiga oluline stigmatunnetus.

Tänapäeval omab lõpuleviidud suitsiidiakt olulist sotsiaalset mõju. Vaatamata rakendatud preventsoonile ei ole piisavalt tõendeid selle kohta, et farmatseutilised või kliinilised sekkumised oleks oluliselt vähendanud suitsiidide sagedust. Ekspertide hinnangu kohaselt sooritab piisavalt otsusekindel inimene vaatamata haiglas viibimisele või mujal saadud kohasele ravile ikkagi lõpuks enesetapu. King jt. (2001) poolt läbiviidud uurimuses tuuakse välja, et 25 kuni 40 % suitsidentidest on enesetapule eelneva aasta jooksul olnud kontaktis psühhiaatrilise abi pakkujatega. Siiski eeldatakse jätkuvalt, et suitsiidi peab ja on võimalik ennetada.

Vabaturma minejate jätkuv eksisteerimine esitab väljakutse suitsiidide preventsoonile ja meie ühiskonnas eksisteerivale hoiakule, et elu on püha. Suitsiidid mõjutab oluliselt ka suitsidendi lähedasi.

## **Statistika**

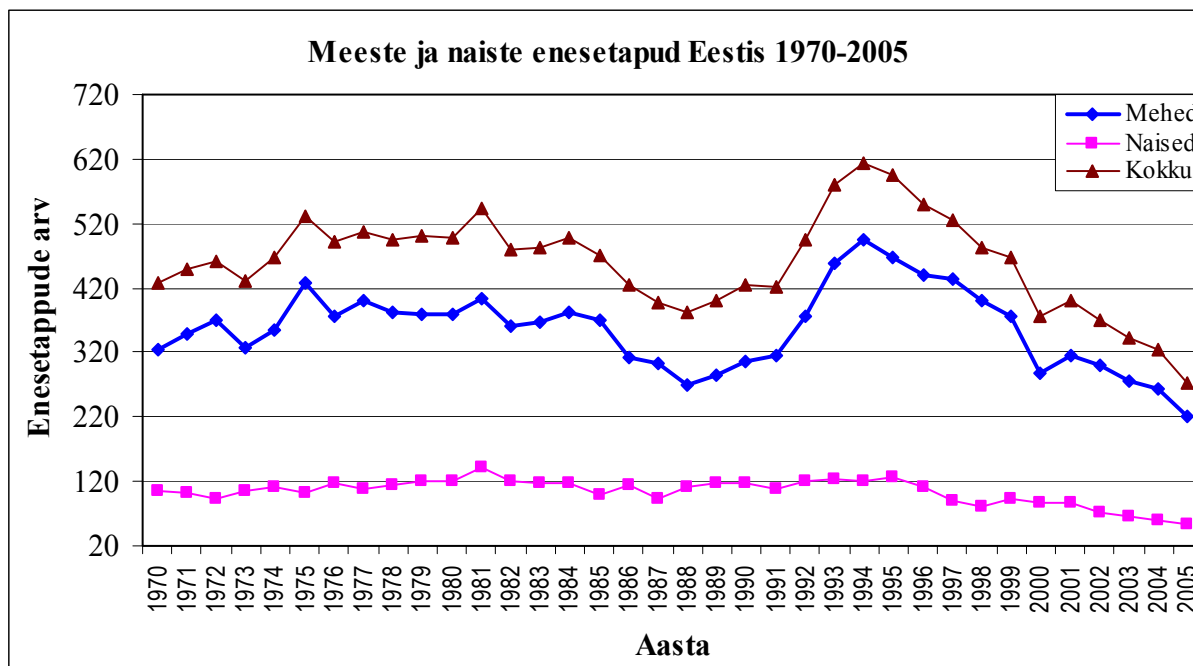
2008 aastal anti Põhja Politseiprefektuurile teada konkreetselt enesetapust ehk suitsiidist ja selle katsest Tallinnas 9 kuu jooksul 49 korral (2007 - 38). Neist enesetapp oli lõpule viidud viiel ehk 10,2% juhul. Haiglasse viidi enesetapumõtetega 11 isikut ehk

22,4% juhul. Nimetatud juhtumitest 12,2% ehk kuuel juhul viidi väidetavad enesetapu sooritajad tegelikult politseiosakonda kainenema. 28,6% enesetaputeadetest on tehtud Lasnamäe linnaosa territooriumil, 26,5% Mustamäe linnaosa territooriumil, 20,4 % Põhja-Tallinna linnaosa territooriumil ning teistes piirkondades 1-4 juhtumit. Lisaks eespool mainitud enesetapu juhtumitele on surmajuhtumitena registreeritud veel 11 enesetappu millest 72,7% sooritati poomise teel. Esineb ka erinevate ravimite (tablettide või vedeliku) manustamist, kõrgelt korruselt allahüppamist jne.

Euroopa Liidu liikmesriikidest sureb Eestis kõige rohkem alla 14-aastaseid lapsi vigastuste ja mürgistuste tõttu. Laste ja noorukite seas on viimastel aastatel suurenenud riskikäitumine, peamiselt suitsetamine ning alkoholi ja narkootikumide tarvitamine ning sagenenud psüühikahäired noores eas. Liiklusvigastused ja -surmad, uppumised, tapmised ja enesetapud toimuvad valdavalt seoses alkoholi tarbimisega. Enesetapp on 15-29-aastaste noorte levinuim surmapõhjus sõidukiõnnetuste kõrval.

Üldine enesetappude hulk on viimastel aastatel siiski näidanud langevat tendentsi. 1996. aastal sooritas enesetapu 439 meest ja 112 naist. 2004. aastal sooritas enesetapu 264 meest ning 59 naist ning 2007. aastal 207 meest ning 46 naist.

2002.a sooritas Eestis enesetapu 371 inimest, 1994 a oli see arv sajandi suurim – 614. Maailma Tervishoiu Organisatsiooni andmetel, kus on kasutatud 105 riigi kokkuvõtet, on suitsiidide kordaja maailmas keskmiselt 16 suitsiidi 100 000 elaniku kohta. Suitsiidikordajat alates 20st peetakse suure suitsiidiriski näitajaks. Suitsiidide suurenev osakaal enneaegsete surmajuhtude hulgas tingib vajaduse pöörata enam tähelepanu suitsiidikatsetele ja suitsidaalse käitumisega isikute abistamisele.



## Joonis 1. Meeste ja naiste enesetapud Eestis 1970-2005

Suitsiidikordaja näitab suitsiidide arvu 100000 inimese kohta. Kuni 10: madal suitsiidirisk, 10-20: keskmine suitsiidirisk, alates 20: suur suitsiidirisk. Suitsiidikõver peegeldab ühiskonnas toimuvat, mida võib näha ka jooniselt 1.

Tinglikult võib jagada kogu toodud perioodi neljaks:

### 1. 1970 - 1984 stagnatsiooni periood

Endises Nõukogude Liidus kuulus suitsiid keelatud teemade hulka. Esmakordselt avalikustati teadlaste jaoks andmed suitsiidide kohta endises NL-is Gorbatšovi "perestroika" ajal. Suitsiidi käsitleti raske vaimuhaigusena. Definitsiooni kohaselt oli suitsiid enesekaitseinstinkti vääristuse kõige raskem vorm, kus elu säilitamise tung asendub elu hävitamise tungiga. Peamised diagnoosid, mis suitsidaalse käitumisega inimesele pandi, olid skisofreenia ja maniakaal-depressiivne psühhoos. Diagnoosimisel ei arvestatud lisateguritena psühholoogilisi ega sotsiaalseid faktoreid ja haigete ravi oli sunniviisiline.

Usk psühhiaatrilisse ja narkoloogilisse abisse oli põhjendatult nõrk. Psüühilise haigena arvelevõttust tulenevad sotsiaalsed piirangud hoidsid paljusid tagasi olemasolevatki abi kasutamast. Endise Nõukogude Liidu ajal eksisteerinud hoiakute tagajärjel ei toimunud ka Eestis suitsidoloogia alal mingisugust arengut.

Reformide periood algas 1985 aastal ja kestab praeguseni. See oli lootuste, parema tuleviku ootuste periood. Eesti suitsiidikordajate muutust on mõjutanud nii poliitilised kui majandusreformid, mis said alguse juba 1985.a. ja jätkuvad tänapäevalgi. Poliitilised reformid andsid rahvale lootust, et lõpeb totalitaarne võõras võim, tekib enesemääramisõigus, realiseerub ideaalkujutus vabast kõrge elatusasemega Eestist. Seda perioodi iseloomustab üldine sotsiaalne optimism. Kogu Nõukogude Liidu ulatuses vähenes surmade üldarv, eriti aga vägivaldsed surmad.

2. Poliitiliste reformide aastatel 1985-1991 levis teatud sotsiaalne optimism või kohati isegi eufooria. Oluliseks faktiks ja mõjuteguriks sellel perioodil on ka ülirange alkoholi tarbimist piirav poliitika, mis lühiajaliselt oli tulemuslik. Tervisenäitajad paranesid, kuid raske on öelda, kas see tulenes lootusest tulevikule või alkoholipoliitikast, kuid kogu Nõukogude Liidu ulatuses vähenes surmade üldarv, eriti aga vägivaldsed surmad.

3. Majanduslike reformide perioodil, aastast 1992, oli paljudel raske passiivsusest ärgata, kõigil ei olnud ka piisavalt võimeid. Paljud olid šokeeritud uut laadi eetika- ja moraalkriisist, varanduslikust kihistumisest või teadasaamisest, et kõigel on reaalne

väärtus, et inimesed ei ole ega saagi olla võrdsed. See oli sotsialismilt turumajandusele ülemineku aeg koos uute väärtushinnangute ja elustiili tekkega, mis nõudis kõrget kohanemismõimet.

Suitsiidikõver peegeldab küllaltki tundlikult mingi riigi või regiooni inimeste elukvaliteeti, sotsiaalmajanduslikku ja poliitilist situatsiooni, samuti rahvatervist, populatsiooni üldist stressitaluvust ning tervishoiu ja sotsiaalhoolekande taset. Eestis oli suitsiidide sagedus stabiilselt kõrge stagnatsiooniperioodil. Aastatel 1965-1984 oli aastas keskmiselt 485 enesetappu. Trend oli tõusev. Keskmine suitsiidide arv 100 000 elaniku kohta aastatel 1970-1984 oli 33,5. Stagnatsiooniperioodil saavutas suitsiidide tase maksimumi 1981 aastal. On tõenäoline, et langus 1982/1983 aastal tulenes Andropovi valitsemisajal algatatud alkoholivastasest kampaaniast. 1984 aastaks oli suitsiidide arv jälle tõusnud. Selleks ajaks oli ka alkoholivastane kampaania nõ ära vajunud.

Sellele perioodile järgneb suitsiidide sageduse tugev langus 1988.aasta suunas, mil registreeriti kõige väiksem suitsiidisurmade arv viimase 30 aasta jooksul- 382 juhtu, vastav suitsiidikordaja 24,5. Alates 1989 aastast tõuseb suitsiidide arv taas ja saavutab maksimumi 1994. aastal, kui suitsiidi sooritas 614 inimest (kordaja 41).

#### 4. 1995-tänapäev

Alates 1995 aastast on suitsiidikõver olnud kindlas languses. Selle põhjuste kohta võib teha erinevaid oletusi. Üks võimalusi on, et tasakaalust väljalükatud süsteem tegi võnke ja stabiliseerub endisel tasandil. Ilmselt võib järeldada, et olukord Eestis on stabiliseerunud ja eriti rasked ajad on möödumas. Kindlasti ei saa kõrvale jätta ka asjaolu, et psühhiaatriline ja psühholoogiline abi on asjatundlikum ja abivajajatele vastuvõetavam.

## PSÜHHOLOOGILINE AUTOPSIA

Suitsiidi põhjuseid selgitatakse psühholoogilise autopsia meetodil, mis tähendab informatsiooni kogumist elust lahkunu kohta politsei- ja meditsiinidokumentatsioonist, lahanguaktidest ja surmatõenditest, lahkunu enda ülestähendustest jt. kättesaadavatest allikatest, samuti on psühholoogiline autopsia oluliseks komponendiks näost näkku intervjuu lahkunule lähedaste isikutega: pereliikmed, sõbrad, kaastöötajad jne.

Psühholoogilise autopsia meetod töötati välja Los Angelesi Suitsiidipreventsiooni Keskuses Los (*Angeles Suicide Prevention Center - SPC*) 1960datel aastatel. Tellimuse esitas dr. Theodore J. Curphey, kes töötas sellel ajal Los Angelesi maakonna koronerina. Psühholoogilise autopsia peamine eesmärk on sisult lihtne: koroneri toetamine õige otsuse tegemisel ja surma viisi määramisel, et surmatunnistusele saaks kantud õige informatsioon. Surma viisid on: loomulik surm, õnnetusjuhtum, suitsiid ja mõrv. Ebaselgust surma viisi kohta esineb tavaliselt õnnetusjuhtumi ja suitsiidi korral.

Meetodi väljatöötamise protseduur viidi läbi SPC käitumisteadlaste poolt (psühhiaatrid, psühholoogid ja sotsiaaltöötajad). Protseduur hõlmab surnu lähedaste intervjuerimist, mille eesmärgiks on leida informatsiooni, mis valgustaks tema olukorda enne surma ehk kas inimene soovis ise surra või ei soovinud. Protseduur omab ka terapeutilist efekti lähedastele läbi süü ja häbi vähendamise. Uurimustes, kus psühholoogilise autopsia meetodit kasutatakse, kui surma viis on selgelt suitsiid, kasutatakse uurimustulemusi surma põhjuste selgitamiseks. Kuigi surma viis võib olla ilmselge, põhjused selleks on enamasti äärmiselt ebaselged.

#### Kasutatud kirjandus

Antiigileksikon 1 A-MEZ (1983) Kirjastus Valgus.

Antiigileksikon 2 MET-YSE (1983) Kirjastus Valgus.

Hansson R (1926). Suurem kurja juur. Alkohol – kuritegevuse, õnnetusjuhtumite ja enesetapmiste tegurina ja õnneliku perekonnaelu hävitajana. Sõnavara kirjastus.

Jallai J (2006). Suitsiidid Eesti kaitseväes aastatel 1918-1940 ja 1992-2005. Bakalureusetöö. Sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika osakond, Tartu Ülikool.

King EA (2001). The Wessex Suicide Audit 1988-1993: a study of 1457 suicides with and without a recent psychiatric contact. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5, 97-104

Kushner H, Sterk C (2005). The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. *American Journal of Public Health* Vol 95, No 5: 1139-1143.

Lellep K (1931). Vabasurm. Psühhopatoloogiline uurimus eesti kaitseväelaste elust. *Sõdur* 4.IV, 13/14: 401-406.

Minois G (2004). Suitsiidi ajalugu. Olion.

Morrison M (1934). Enesetapmiste vastu, Tallinn.

Noor H (1994). Vaimse tervise poliitilisi aspekte. Enesehävituslikust käitumisest sovetiaegses Eestis. *Akadeemia* 9: 1846-1861.

Shneidman ES (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford University Press, USA.

Sisask M (2005). Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid. Magistritöö. Tervishoiu instituut. Tartu Ülikool.

Sotsiaalministeeriumi Arengukava 2008-2011. Viimati külastatud 13.01.2009. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Sotsiaalministeeriumi\\_arengukava\\_2008-2011.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Sotsiaalministeeriumi_arengukava_2008-2011.pdf)

Värnik A (2000). Enesetapp – rahvuslik häda? *Kodutohter* 1: 24-28.

Karmel Tall (2009), Tartu Ülikool

Värnik A (2001). Enesetappude ennetamine: Abiks esmatasandi tervishoiutöötajatele. Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut, Tartu Ülikooli Kirjastus.

Vääri E, Kleis R, Silvet J (2000). Võõrsõnade leksikon, Valgus.

## SUITSIDAALSE KÄITUMISE TEOORIAD

### Suitsidaalse käitumise bioloogilised tegurid

Geneetika ja biokeemilised tegurid omavad olulist rolli suitsidaalse käitumise seletamises. Eksisteerib 3 peamist põhjuslikku seost bioloogia ja suitsidaalse käitumise vahel. Need on: tõestatud suhe muutunud serotoniini aktiivsuse ja suitsiidikatsete vahel; muutunud serotoniini aktiivsuse ja suitsiidi vahel ning geneetiline soodumus suitsiidiriskile, mida käsitletakse eraldi geneetilisest soodumusest psühhiaatrilistele haigustele. Serotoniin on hea enesetunde neuromediaator, mis tekitab head tuju, tõstab tervislikku unetsükli ning hoiab söögiisu kontrolli all. Meeleolu on otseses sõltuvuses serotoniini tasemest ajus. Meie kliimavöötmes esineb serotoniini aasta-aegade sõltuv rütmilisus. Kõrgeimad serotoniin tasemed on suvel ja madalaimad talvel. Depressiivsete seisundite sagedus on suurem siis, kui päevad on lühikesed. Serotoniini ainevahetust ei mõjuta ainult päikeselt tulev valgus, esinevad olulised soolised erinevused. Meeste ajus toimub serotoniini süntees märkimisväärselt kiiremini kui naistel. Suitsiidiohvrite ajus on täheldatud madalaid serotoniini ja tema peamise metaboliidi 5-HIAA tasemeid.

On täheldatud, et suitsidaalne käitumine ilmneb mõne perekonna puhul põlvest-põlve, seega peab olema seos geneetilise ja neurobioloogiliste teguritega. Näiteks impulsiivsus on isiksuseomadusena geneetiliselt ülekantav. Lisaks jagavad perekonnaliikmed ühiseid hoiakuid, väärtusi, kogemusi ning ka ühist keskkonda ja sellega seotud tegureid. Vaimse tervise häirete puhul mängivad olulist rolli geneetika, neurobioloogia, isiksus ja varased kogemused. Vaimse tervise häired omakorda mängivad olulist rolli suitsidaalse käitumise kujunemisel.

### **Geneetika**

Mitmete geenide puhul on tõestatud mõju suitsidaalse käitumise kujunemisele. Siia kuulvad serotoniini transporteri geen, TPH geen, mis on serotoniini eelduseks ja COMT geen, mis ei kuulu serotoniinisüsteemi, kuid vastutab neurokemikaalide nagu dopamiin ja norepinefriin lõhustumise eest. Serotoniini transporteri geen kontrollib sünapsis serotoniini kättesaadavust, tegutsedes selle ümbersuunajana - transporter suunab serotoniini ümber neuronisse peale selle vabanemist sünapsisesse. Ravimeid nagu SSRIid ehk selektiivsed serotoniini tagasiside inhibiitorid kasutatakse depressiooni ravimisel (Prozac, Zoloft, Paxil). Ravimite mõju seisneb transporteri tegevuse tõkestamises, mille eesmärgiks on jätta rohkem serotoniini sünapsisesse. Sünaps on rakkude vaheline närviimpulsse vahendav kokkupuutekoht, mille moodustavad pre- ja postsünaptiline piirkond ja nende vahele jääv sünapsipilu. Närviimpulsi ülekande sünapsides neuronilt neuronile või neuronilt innerveeritavale rakule toimub keemiliste vahendajate e.neuromediaatorite abil.



Palju on uuritud geenide mõju läbi perekonna ja kaksikute uuringute. Näiteks on läbi viidud uurimus amišite (peamiselt Ameerika Ühendriikides elav traditsioonilist elustiili harrastav etniline grupp ja kristlik usulahk) perekondade kohta 100-aastast perioodi arvesse võttes. Kogu uuritud ajaperioodi jooksul suri 26 inimest suitsiidi, kellest suurem osa pärinesid vaid neljast perekonnast. Need neli perekonda omasid kõrget geneetilist soodumust depressioonile ja suitsidaalsusele samas, kui ülejäänud perekonnad omasid küll soodumust depressioonile, kuid mitte suitsidaalsusele. Järeldada võib sellest, et suitsiidi geneetiline komponent võib olla sõltumatu depressiooni geneetilisest komponendist.

Perekondlik soodumus suitsiidile suurendab isiku suitsidaalse käitumise kujunemise riski kahel tasandil. Risk suureneb mitme lähedase sugulase suitsiidi korral ja on natuke väiksem kaugemate sugulaste suitsiidi korral. Identsete kaksikute uuringud on aga näidanud, et kui üks kaksikutest sureb suitsiidi läbi, suurendab see 15% riski teisel kaksikul surra läbi suitsiidi. Mitteidentsete kaksikute korral suurendab ühe kaksiku surm suitsiidi läbi teise riski sarnaselt surra alla 1%.

### **Neurokemikaalid**

Neurobioloogid on leidnud, et metaboliit 5-HIAA tase on suitsidaalsetel patsientidel madal. 5-HIAA on serotoniini peamine metaboliit, mida on leitud suitsiidikatses sooritanud isikute seljaaju vedelikus ning samuti surmajärgsete uuringute käigus teatud ajupiirkondade uurimisel suitsiidi läbi surnud inimestel. Antud tulemusi on mitmel puhul korratud ja tõestatud.

Teised uuringud on käsitlenud hüpotaalamus-hüpofüüs-neerupealist telge ehk HPAd. HPA on stressireaktsioonisüsteem, kus iga mõnest minutist pikemalt eksisteeriv stress stimuleerib hormooni vallandumist hüpotaalamuses. Vabastatud hormoon mõjutab ajuripatsit põhjustades selles teistsuguse hormooni vabastamist, mis omakorda põhjustab neerupealsetes kortisooli vallandumise, mida sageli nimetatakse ka stressihormooniks. On leitud, et lapsepõlves väärkoheldud täiskasvanutel esineb HPA süsteemi regulatsioonis häireid, mis kinnitab väärkohtlemise lapsepõlves suitsiidi riskiteguriks. Serotoniinil on seega oluline roll inimese organismis. On leitud, et see mõjutab ka impulsiivsust. Uuriti inimesi, kellel oli impulsiivne/kõikuv isiksusehäire, inimesi agressiooniepisoodidega, süütamise- ja muude vägivaldtegevuste sooritajad ja kes olid toime pannud partneri mõrva. Leiti, et võrreldes kontrollgrupiga, oli uuritudel madalam serotoniini tase seljaajuvedelikus. Seega tundub olevat seos potentsiaalselt surmaga lõppeva suitsidaalse käitumise, impulsiivsuse ja serotoniinse süsteemi häirituse vahel.

Serotoniinil on oluline roll ka une reguleerimisel. Soomes tehtud uurimus toob välja seose öudusunenägude esinemise sageduse ja suitsiidide vahel. Uurimus tõi välja öudusunenägude esinemise sageduse ühes ajapunktis ning suitsiidi umbes 14 aastat

hiljem. Võrrelduna respondentidega, kellel ei esinenud õudusunenägusid olid taoliste unenägude aeg-ajalt nägijad 57% tõenäolisemalt need, kes lõpetavad oma elu suitsiidiga. Pidevate õudusunenägude nägijate suitsiidirisk suurenes dramaatiliselt, olles 105% tõenäolisemalt need, kes lõpetavad oma elu suitsiidiga võrrelduna indiviididega, kes ei näinud taolisi unenägusid üldse.

Teaduslikud uurimused on võimaldanud põhjalikuma arusaama bioloogiliste tegurite mõjust suitsidaalse käitumise kujunemisele. Samuti võimaldab see ulatuslikumat sekkumise võimaluste valikut. Siiski on tõenäoline, et suitsidaalse käitumise kujunemist mõjutavad ka muud tegurid.

### **Suitsidaalse käitumise psühholoogia**

Kuigi bioloogial on oma roll mõistmaks suitsidaalset käitumist, on siinkohal vähemalt samavõrra oluline käsitleda suitsiidi personaalset tähendust inimesele, kes plaanib oma elu lõpetada enesetapuga.

Prantsuse sotsioloog Emile Durkheim'i ja tema 1897 aastal ilmunud teose „Le Suicide“ aegadest alates on läbi viidud ulatuslikke uuringuid ning kirjutatud palju suitsidaalsest käitumisest ning analüüsitud suitsiidile viivaid tegureid inimese elus. Üks olulisemaid psühholoogilisi tegureid on lootusetus. Lootusetuse tunne kogemine on inimesele sügavat mõju avaldav. Seda on kirjeldatud kui Põrgut, olemist emotsionaalses seisundis, kus olemasolevat olukorda nähakse igavikuna. Kohas, kus ei ole lootust mingisugusele väljapääsule või andestusele ei sisemiste ega välismiste jõudude mõjul. Lootusetuse korrelatsioon suitsiidiga on väga kõrge. Kõrgem, kui ükskõik millise teise asjaoluga inimese elus. Lootusetuse mõju on uurinud dr. Edwin Shneidman, kelle huvi suitsidoloogia vastu ilmnas aastal 1949, kui ta töötas kliinilise psühholoogina ning tal ilmnas võimalus lugeda kirju, mis oli maha jäetud suitsiidi sooritanute poolt.

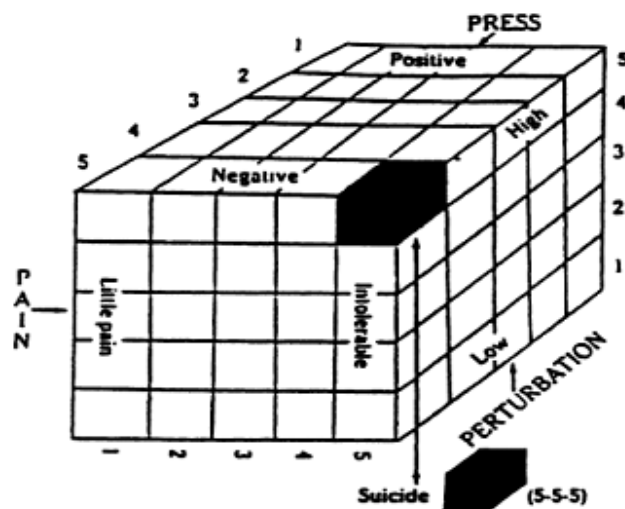
Loomulikult võib leida palju inimesi, kes tunnevad lootusetust, kuid vaatamata sellele suudavad oma koha elus leida ja selle tundega toime tulla ning selle hävitavale mõjule vastu seista. Kuid need, kes ei ole võimelised kohanema või kes kannatavad vaimse tervise haiguse all, tunnevad ennast olevat lõputus agoonias ja kannatustes. Oma raamatus „Autopsy of a Suicidal Mind“, toob Shneidman näite ühest lahkumiskirjast, mille kirjutaja esimesed laused väljendavad selgelt suitsidendi emotsionaalset seisundit: „Kõik mida ma teen on kannatus päev päeva järel. Iga sekund on valu või tuimus. Kui kaua on üks inimene suuteline elama ilma naudinguta?“

Hendini kohaselt on lootusetuse tunne suitsidaalsuses lähemal pigem meeletehetele, mis ei väljenda ainult muutusega seotud lootusetust vaid elu võimatust ilma mingi muutuse toimumiseta. See on talumatu valu mida kogetakse sügava depressiooniga või kõikehaarava psühhosotsiaalse stressori või kaotuse korral. Ahastust võib kirjeldada ka kui vaimset agooniat, mis väljendab kombinatsiooni paanikast, terrorist, hirmust, õudusest, raevust enda vastu ja häbist. Shneidman on loonud mõiste psüühiline valu (*psychache*) kirjeldamaks psühholoogilist valu, mis on seotud tõkestatud või

moonutatud psühholoogiliste vajadustega. Shneidman'i kohaselt võib enamus suitsiide liigitada viide psühholoogiliste vajaduste kategooriasse:

- 1) Takistatud armastus, aktsepteerimine või kuulumine – seotud toetuse ja ühtsustunde puudumisega.
- 2) Puudulik kontroll, organisatsioon ja stabiilsus – seotud saavutuse, autonoomsuse, korra ja arusaama puudumisega.
- 3) Rünnatud enesetaju ja häbi, alistatuse, alanduse ja vääritud tunde vältimine – seotud ühtsustunde, kaitstuse ja häbi vältimise puudumisega.
- 4) Katkised olulised suhted inimese elus, lein ja armastusest ilmajäämine – seotud ühtsustunde ja hoolitsuse puudumisega.
- 5) Äärmuslik viha, raev ja vaenulikkus – seotud domineerimise, agressiooni ja vastureaktsiooni puudulikkusega.

Shneidman on loonud ka mudeli eelneva teooria demonstreerimiseks (joonis 1). Mudel koosneb kuubist, mille igal küljel on 3 muutujat ja 5 kõrguse astet. Kõik muutujad hinnatakse skaalal 1-5. Esimene muutuja on valu (*pain*), teine tasakaalu häirimine (*perturbation*), mis on tunnetatud ärevuse tase või emotsionaalse tasakaalu häirimine. Kolmas muutuja on surve, pinge (*press*) ehk stress. Siia kuuluvad nõudmised ja mõjutegurid välisest keskkonnast, nagu kaotused või inimestevahelised konfliktid.



Joonis 1. Suitsiidi psühholoogiliste faktorite mudel

Mudel toob kujukalt esile ülimalt letaalse 5-5-5 kuubi nurgaosa kus maksimaalse intensiivsusega valu, surve ja tasakaalu häirimine ühinevad, moodustades äärmiselt kõrgel tasemel suitsidaalse riskisituatsiooni. Nõustamise kontekstis on oluline mõista, et

sekkumine saab toimuda igal ajal, kuubil esitatud tegurite igal tasemel lootuses vastava teguri intensiivsuse taset vähendada, mis omakorda vähendab suitsiidiriski. Eriti oluline on tegeleda lootusetuse tundega, kuna seda seostatakse suitsiidiriskiga kõige enam.

Maltzberger leiab, et psüühiline valu hõlmab endas erinevaid kogemuslikke aspekte nagu subjektiivne kontrolli kaotamise tunne, emotsionaalne tuimus ja võõrandumine, emotsioonide üleküllus ja lootusetus. Dissotsiatsioon (keha ja vaimu tunnetuslik eraldumine) on samuti levinud suitsidaalsuse tunnus. Suitsidaalsuses kogeb inimene sageli olukorda, kus nii tema ise kui ka keha koheldakse võõrobjektidena mis tekitavad vajaduse põgenemiseks.

Tasakaalu häirumist Shneidmani mudelis mõistab Jobs üldise terminina olukorrale, kus inimene tunneb ennast olevat emotsionaalselt tasakaalust väljas või häiritud. Suitsidaalse käitumise kontekstis hõlmab tasakaalu häirumine (1) taju piiratust ja (2) kalduvust mitteomasele enesekahjustavale käitumisele. Selle mõiste arusaamaga seotud raskuste tõttu muutis ta termini „emotsionaalseks kriisiks“, et haarata kõike Shneidmani poolt mõeldut.

Surve all mõeldakse enamasti stressi, mis on enamjaolt väline, kuid vahel ka sisemine: „surve, pinge ja stressorid või nõudmised mis mõjutavad, liigutavad, puudutavad või psühholoogiliselt mõjutavad inimest. Enamasti on tegemist suhtekonfliktidega, töökaotusega ja muude elusündmustega, mis põhjustavad olulist stressi. Sisemised stressorid nagu kontrollivad ja sundivad hallutsinatsioonid on samaväärselt stressirohked.

### ***Psühhodünaamiline mudel***

Teine mudel, mis toetab suitsiidi mõistmist on psühhodünaamiline mudel, kus teooriad püüavad rõhutada suitsiidi alateadlikku ja interpesonaalset aspekti ning püüdu oma mina surmata. Suitsiidi nähakse oma mina eest põgenemisena või oma mina nende osade hävitamisena, mida vihatakse. Hendin kirjutab, et kõik psühhodünaamilised tähendused, mida suitsidaalne klient väljendab, on seotud kaotusega, separatsiooniga või hüljatusega. Teooria kohaselt võib suitsiidi selgitada järgnevalt:

- 1) Ümbersünni ja taasühinemise fantaasia võib olla püüd tühistada või eitada kogetud kaotust.
- 2) Olles see, kes lahkub, on üks võimalus vältida mahajäetuse valu.
- 3) Kaotusest tulenevalt võib ilmnedu raevu tunne, mis võib olla alla surutud, välditud või väljendatud.
- 4) Enese karistamine võib väljendada süütunnet kaotuse eest vastutav olemises ja lunastust läbi samasuse.
- 5) Tuimus või sisemiselt surnud olek ja psühholoogiliselt juba surnud olemine võib väljendada otsust mitte edasi elada ilma kaotatud suhteta.

### ***Interpersonaal-psühholoogiline suitsidaalse käitumise teooria***

Miks inimesed surevad läbi enesetapu? Sest nad saavad ja nad tahavad. Antud vastus võib tunduda pealiskaudsena, kuid väljendab interpersonaal-psühholoogilise teooria olemust. Loomulikult ei väljenda see terve teooria sisu, kuna jätab mitmed baasilised küsimused lahtiseks nagu „mis eristab neid, kes saavad ja neid kes ei saa surra enesetapu läbi“ ja „mis siis põhjustab soovi surra neil, kes surra tahavad – emotsionaalne valu, lootusetus, või midagi muud?“

Vastates küsimusele, kes saab surra enesetapu läbi, selgitab teooria, et letaalne enesevigastus on seotud suure hirmu ja/või valuga. Vaid vähesed on selleks teoks võimelised, kaasa arvatud need, kellel on soov enesetappu sooritada. Seega on asjad nii nagu nad olema peavad – inimesed (ja teisedki organismid) ei ole loodud ennast hävitama. Vastupidi, evolutsioon on selle eest hoolitsenud, et enese alalhoid on midagi sügavalt juurdunud inimeses, ürgset ja elav jõud. Evolutsiooniteoreetilist terminoloogiat kasutades võib öelda, et enese alalhoid on võimas mandaat, peale soovitusel: „olge viljakad ja paljunege“, millele see loomulikult kaasa aitab.

Vastavalt teorialle on vaid need võimelised enesetappu sooritama, kes on minevikus piisavalt valu ja provokatsiooni kogenud (eriti rõhutatakse sihipärast enesevigastust, kuid mitte ainult). Taolised kogemused muudavad enesehävitusliku käitumise ja sellega seonduva inimese jaoks tavapäraseks, mis omakorda tekitab võimaluse, et enese alahoiuinstinkt saab võidetud. Kuigi eelnev enesehävituslik käitumine on suurima habitualiseeriva mõjuga hirmule ja valule tulevaste enesehävitusliku käitumise episoodide kontekstis, ei ole see ainuke nimetatud mõjuga kogemus. Erineva mõjuulatusega on ükskõik milline kogemus, mis tekitab olulist valu ja/või hirmu, kaasa arvatud vigastused, õnnetusjuhtumid, vägivald, väljakutsuv käitumine ja vägivalda või vigastuse kogemine sõjas või tööelus näiteks tervishoiutöötajana.

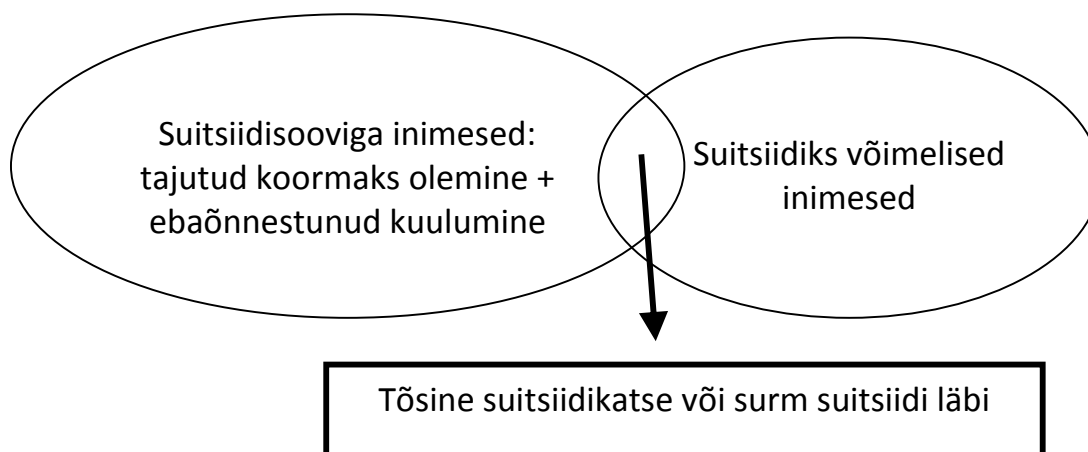
Teooria keskmes ongi habituatsiooni kogemused ja nende arendav võime rakendada letaalselt enesehävituslikku tegevust. See on vaatenurk, mille läbi suitsidaalset käitumist varasemalt selgitada pole püütud. Teooria kriitiline punkt seisneb aga selles, et võime midagi teha ei eelda tingimata soovi antud tegevust läbi viia. Näiteks kui inimesel on võime iga päev võimelda (tõestatuna faktist, et ta on seda mitte väga kauges minevikus teinud), kuid puudub soov võimelda, siis ta ei võimle. Inimesed, kes omavad eksperdi taset võitluskunstides ja seega omavad oskusi teistele inimestele füüsiliselt viga teha, kuid ei oma soovi teisi vigastada, siis nad seda ka ei tee. Välja arvatud situatsioonis, kus nad on sunnitud ennast kaitsma, millisel juhul lisandub soov oma võimeid kasutada. Sarnaselt eelnevale on inimesi, kes on muutunud kartmatuteks ja kohanenud valuga, omades seega võimet endale viga teha, kuid kui nad ei oma soovi, siis nad seda ei tee. Lähtuvalt teoriast, vaid inimesed, kellel on olemas nii võime kui ka soov, rakendavad oma võime enesevigastusi tekitades.

Mida siis tähendab enesetapusoov? Teooria vastus sellele on kahe interpersonaalselt olulise emotsionaalse seisundi koosinemine: tajutud koormaks olemine ja

ebaõnnestunud kuulumine. Tajutud koormaks olemine on inimese arusaam sellest, et tema eksistents on koormaks tema perekonnale, sõpradele ja/või ühiskonnale. Taoline vaatenurk toidab mõtet, et „minu surm on perekonnale, sõpradele ja/või ühiskonnale väärt rohkem, kui minu elu.“ Selline vaatenurk esindab potentsiaalselt fataalset väärarusaama ja on oluline tegur mida käsitletakse psühhoteraapias suitsidaalsete inimestega.

Ebaõnnestunud kuulumine on kogemus, kus inimene tunneb ennast võõrdununa teistest, ta ei ole oluline osa perekonnast, sõpruskonnast ja teistest väärtust omavatest gruppidest. Kui inimesed kogevad ühel ja samal ajal koormaks olemise ja kuulumatuse tunnet ehk nad ei näe endapoolse hoolitsuse olulisust teiste suhtes ega hoolitseta ka nende eest, siis teooria kohaselt ei ole neil enam midagi mille nimel elada ja seega on võimalus surmasoovi kujunemiseks.

Joonis 2 summeerib eelnevalt kirjeldatud teooria. Jooniselt on näha, et eksisteerib suhteliselt suur kogus neid, kellel on soov enesetapuks ja palju neid, kellel on selleks võimed. Otsustav on siiski see, et suhteliselt vähe inimesi eksisteerib ohtlikus kattavas tsoonis. Need on inimesed, kes teooria kohaselt on suurimas riskis suitsiidi sooritamiseks.



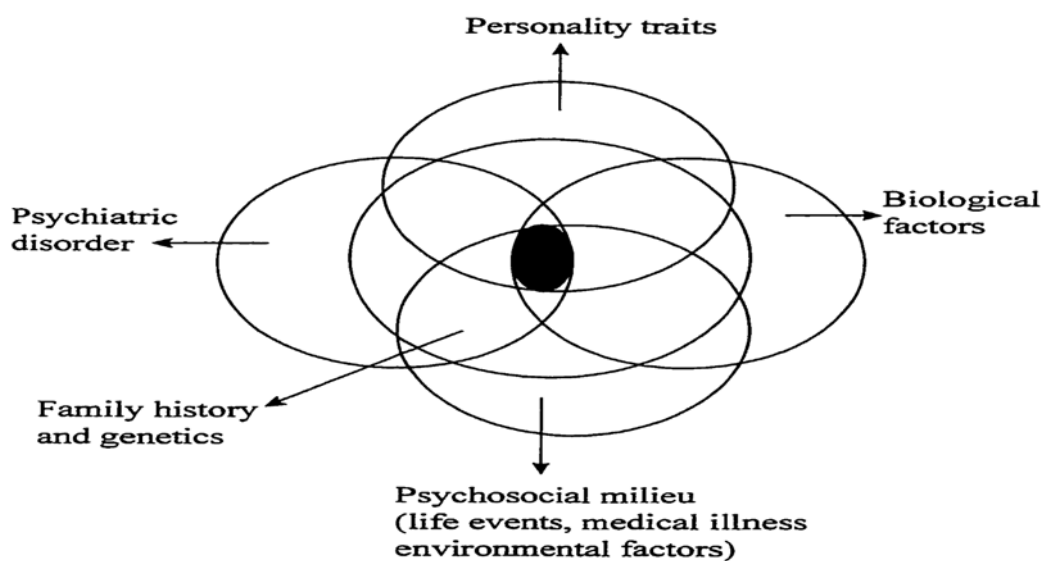
Joonis 2. Interpersonaal-psühholoogiline suitsidaalse käitumise teooria mudel

### ***Kattuvate tegurite mudel***

Blumenthali ja Kupferi (1986) kattuvate tegurite mudel väljendab viie olulise teguri kattumisel tekkivat suitsiidiriski (joonis 3). Viis ala on:

1) Psühhosotsiaalne keskkond (*psychosocial milieu*), peamiselt vaadelduna sotsiaalse toetuse kontekstis.

- 2) Bioloogilised tegurid (*biological factors*). Näiteks varane bioloogiline areng ja hilisem vananemine.
  - 3) Psühhiaatrilised häired (*psychiatric disorders*), eriti afektiivsed ja käitumuslikud häired, skisofreenia ja orgaanilised vaimsed häired.
  - 4) Isiksuseomadused (*personality traits*) nagu vaenulikkus, impulsiivsus ja depressioon.
  - 5) Perekonna ajalugu ja geneetika (*family history and genetics*).
- Antud teooria kohaselt on suurim suitsiidiriski viie faktorgrupi kattuvus punktis.



Joonis 3. Suitsiidiriski kattuvate tegurite mudel

### ***Kolme elemendi mudel***

Kolme elemendi mudel (Jacobs jt 1999) hõlmab soodustavaid tegureid, potentsiaalseid tegureid ja suitsidaalsuse läve kontseptsiooni. Soodustavad tegurid on afektiivsed häired, alkoholism ja skisofreenia. Potentsiaalsed tegurid on perekonnaajalugu ja laiem sotsiaalne keskkond, isiksusehäired (eriti piiripealne häire, antisotsiaalne ja nartsissistlik isiksusehäire), elustressorid (k.a rasked füüsilised haigused) ja ligipääs suitsiidi sooritamiseks vajalikele vahenditele (eriti tulirelvadele). Nimetatud omadused võivad kombineeruda isikupärasel moel viies indiviidi üle teoreetilise suitsidaalsuse läve ning sealt edasi suitsidaalse käitumiseni.

### **Suitsiidi trajektoori mudel**

Suitsiidi trajektoori mudel (Stillion jt 1989) on interaktiivne multidimensionaalne mudel, mis hõlmab lisaks eelnevalt käsitletud kahele mudelile ka rõhuasetust vallandavatele ehk „viimase piisa“ faktoritele. Inimesele avaldavad mõju ja on omavahel interaktsioonis bioloogilised, psühholoogilised, kognitiivsed ja keskkonnaga seotud riskitegurid. Bioloogiliste riskitegurite hulka kuuluvad geneetiline soodumus depressiooniks, lootusetus, abitus, madal enesehinnang ja ebapiisavad toimetulekuoskused. Kognitiivsete tegurite hulka kuuluvad kognitiivne jäikus ja erinevad kognitiivsed moonutused. Kognitiivne jäikus on võimetus pöörata oma tähelepanu dominantselt stiimulilt mujale ehk muuta tähelepanu objekti/subjekti. See muudab võimatuks muuta oma käitumist. Seega kui suitsidaalse inimese fookuses on vaid talumatu elu, siis kognitiivne jäikus sellisel puhul oleks võimetus näha üldse mingisuguseidki lahendusvõimalusi või meenutada, et kunagi üldse oleks parem olnud.

Kognitiivsed moonutused on vigased mõttemustrid ja ideed, mis toetavad negatiivsete emotsioonide säilitamist. Sellisteks mustriteks on näiteks „kõik või mitte midagi“ mõtlemine (kui ma sellel korral ametikõrgendust ei saa, siis ei saa ma seda mitte kunagi), üldistamine (kõik vihkavad mind), positiivse ignoreerimine jne. Keskkonnaga seotud riskitegurid hõlmavad negatiivseid perekogemusi ja muid elusündmuseid, kaotust, tulirelvade või muude suitsiidivahendite olemasolu. Erinevate riskitegurite koosmõju koos rakendatavate suitsiidimõtetega ja ilmnev vallandav sündmus ehk „viimane piisk karikasse“, võib lõppeda suitsiidiga.

Suitsiidi trajektoori mudel joonisel 3:

Biological risk factors – bioloogilised riskitegurid

Psychological risk factors – psühholoogilised riskitegurid

Cognitive risk factors – kognitiivsed riskitegurid

Environmental risk factors – keskkonnalised riskitegurid

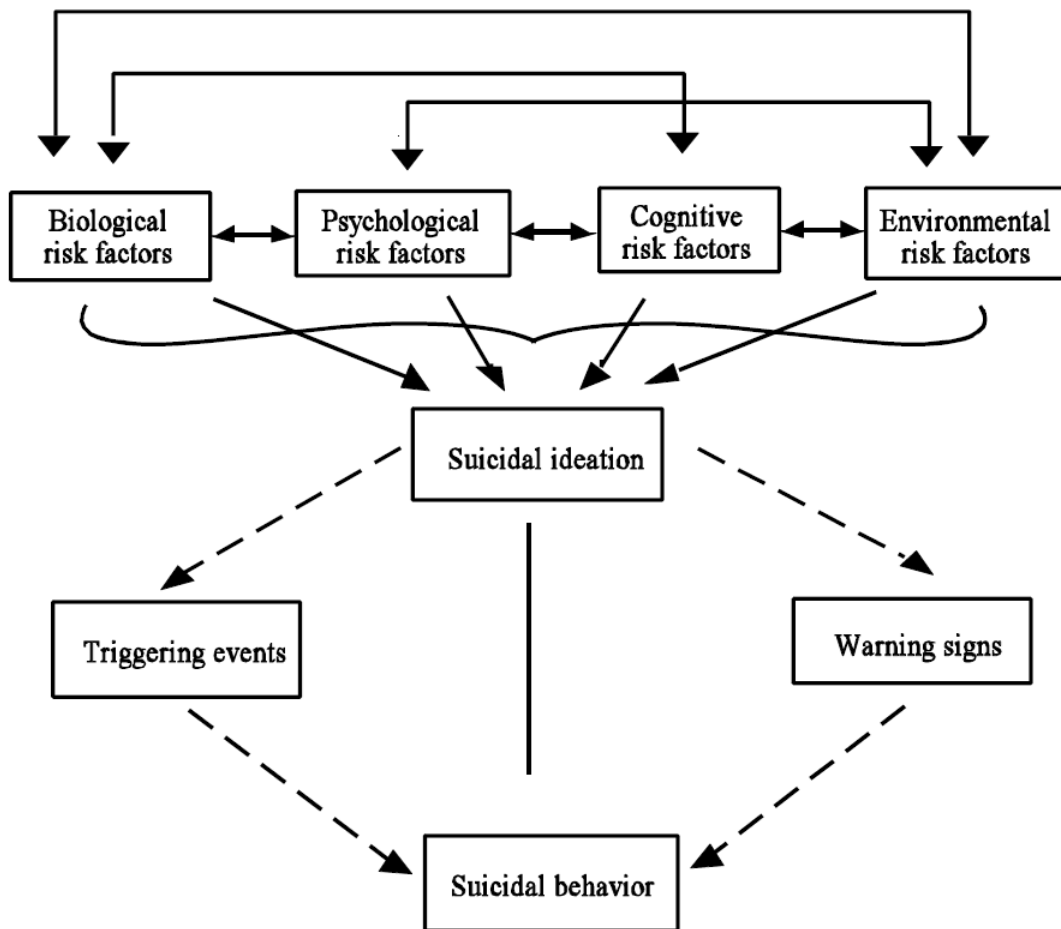
Suicidal ideation – suitsiidimõte

Triggering events – vallandav sündmus

Warning signs – ohumärgid

Suicidal behavior – suitsidaalne käitumine





Joonis 3. Suitsiidi trajektoori mudel

### Isiksuslikud omadused

Põgusalt on eelnevas tekstis mainitud mõningaid isiksuseomadusi (kognitiivne jäikus, impulsiivsus jne), mida uurimused on tõestanud olevat olulised tegurid suitsidaalses käitumises. Alljärgnevalt on olulisemad isiksuseomadused kokkuvõtlikult veelkord esitatud.

Täielikku nimekirja psühholoogilistest teguritest suitsidaalsuses ei ole võimalik esitada, kuna suitsiidi näol on tegemist kompleksse fenomeniga. Siiski saab välja tuua omadused, mille esinemised kliendil võivad suurendada suitsiidiriski:

impulsiivsus – kõikidest iseloomuomadustest omab impulsiivsus ainukesena otsest seost suitsidaalsusega. Näiteks situatsioon, kus impulsiivne inimene tunneb ennast lööduna, ta ei näe väljapääsu oma olukorrast ja tajub tulevikku lootusetuna. Lisades sellele

situatsioonile suitsiidi sooritamiseks vajalike võimaluste ja vahendite olemasolu, võib see olla kõik, mis vaja suitsiidikatses sooritamiseks antud inimesel;

mõtte- ja tundeviisi jäikus – inimese võimetus näha kompromisse või väljapääsu tekkinud olukorrast. Kui inimene hakkab mõtlema enesetapule, aheneb tema mõtte-, tunde- ja tegevusmaailm. Ta mõtleb pidevalt enesetapust ega ole suuteline märkama probleemist teisi väljapääse;

probleemilahendusoskused – depressioon vähendab inimese võimet leida probleemidele lahendusi. Lisades vähenenud probleemilahendusoskusele negatiivsed elusündmused, suureneb suitsiidirisk märgatavalt;

autobiograafiline mälu – see, kuidas inimene mäletab oma minevikukogemusi näiteks probleemide lahendamisel. Depressiivne ja suitsidaalne inimene ei suuda enamasti meenutada spetsiifilisi momente, vaid mäletab üldistatult. Näiteks kui paluda suitsidaalsel inimesel meenutada spetsiifilist sündmust seoses sõnaga „õnnelik“, siis vastab ta: „kui ma käisin üksinda pikkadel jalutuskäikudel“. Selles meenutuses on ühildatud mitmed sündmused, jalutuskäigud. Spetsiifiline mälupilt oleks näiteks: „kui ma käisin eelmise laupäeva õhtul Männiku metsas koos oma vanaemaga jalutamas“. Üldistav mäletamine mõjutab probleemilahendusoskusi, kuna inimene ei ole suuteline meenutama spetsiifiliselt, kuidas ta tuli minevikus toime sarnase probleemiga. Samuti on haigel inimesel raske meenutada minevikust midagi positiivset. Nõustamise kontekstis tähendab see vajadust rõhutada minevikus ja olevikus toimuvaid positiivseid sündmusi ning proovida leida positiivseid sündmusi tulevikus.

lootusetus – inimene, kes tunneb ennast lööduna ja ei näe olukorrast väljapääsu, on väga haavatav. Lootusetuse tunne on olulisel määral seotud negatiivse mõtlemisega. Seega on lootus üks olulisemaid võtmeküsimusi suitsidaalse ja depressiivse kliendi nõustamises.

#### Kasutatud kirjandus

Blumenthal S & Kupfer D (1986). Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Mann J & Stanley M (toim). 487, 327-340.

Jacobs DG, Brewer M & Klein-Benham M (1999). Suicide assessment: An overview and recommended protocol. *The Harvard Medical School guide to assessment and intervention*, Jacobs DG (toim). San Francisco: Jossey-Bass.

Joiner TE, Jr & Van Orden KA (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 80–89.

Stillion JM, McDowell EE & May JH (1989). *Suicide across the life span: Premature exits*. New York: Hemisphere.

Träskman-Benz L & Mann JJ (2000). Biological Aspects of Suicidal Behaviour. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Hawton K & van Heeringen K (toim). Wiley & Sons Ltd. Inglismaa.

Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL & Alcorn J (2000). Suicide: An Overview. *The Counseling Psychologist*; 28; 445.

Williams LMG & Pollock LR (2000). Psychology of Suicidal Behaviour. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Hawton K & van Heeringen K (toim). Wiley & Sons Ltd. Inglismaa.

## SUIITSIIDI TÜPOLOOGIA

Enesetapp on suremise viis, see ei ole põhjus. Enesetapuni viivad põhjused hõlmavad fenomenoloogilist, psüühilist, füüsilist ja isiklikku aspekti. Suitsiidiga seotud motiivid hõlmavad laia spektrit, alustades väliselt ebaolulistest seigast kuni kõikehõlmava valuni. Suitsidoloog Karl Menninger'i kohaselt oleks naiivne selgitada ükskõik millist suitsiidi läbi kindla põhjuse või põhjuste, sest tegemist on komplekse fenomeniga, mille põhjused on mitmetasandilised. Ta leiab, et uurida saab ja uurima peab suitsidendi psühholoogilise stressi taset ja iseloomu ning selle väljendust.

Suitsiidide klassifikatsiooni esmaseks loojaks võib pidada Emil Durkheim'i, kes püüdis selgitada suitsiidi sotsioloogilise nähtusena ja käsitles suitsiidi ühiskonna produktina. Durkheim'i peamine uurimussuund oli uurida suitsiidi kui ühiskonna sotsiaalse integratsiooni näitajat. Ta väitis, et kollektiivsel kalduvusel on oma edasilükkuv ning kontrollimatu jõud ning võrdles seda kosmiliste jõududega. Tema põhihuvi oli suunatud sotsiaalsele aktile, sotsioloogia seotusele ka sellise äärmiselt individuaalse aktiga nagu seda on suitsiid. Oluline on ära märkida, et tema klassifikatsiooni osad segunevad reaalses elus omavahel. Sotsiaalse integratsiooni (indiviidide seotuse määr sotsiaalses võrgustikus) ja sotsiaalse regulatsiooni (indiviidi soovide ja emotsioonide reguleerituse määr tavade ja normide poolt antud ühiskonnas või gruppis), kui sotsiaalsete jõudude omavahelisest seosest lähtuvalt jaotab Durkheim suitsiidid:

1. *Egoistlik suitsiid.* Egoistlike suitsiide genereerib ühiskond või grupp, kus sotsiaalne integratsioon on nõrk. Egoistlik suitsiid on liigse individualismi tulemus, indiviidi kaitsevad egoismi eest religioon, millele on omane tugev liikmete vaheline sidusus, peresuhted, eriti siis, kui omatakse ka lapsi või poliitiline kuuluvus. Kui mainitud sidemed on nõrgad, siis on suitsiidi tõenäosus suurem. Sageli ei leia ka kõrge intellektiga inimesed piisavalt võimalusi integreerumiseks ning tunnevad ennast eraldatuna ühiskonna elust. Hakates ise olukorda analüüsima võib tekkida olukord, kus nad leiavad, et elul ei ole mingit tõsiselt võetavat mõtet ning seetõttu sooritavad suitsiidi.
2. *Altruistlik suitsiid.* Altruistlike suitsiide provotseerib liiga tugev integratsioon gruppi või ühiskonda. Näitena võib tuua leskede ja teenijate kombekohased enesetapud isanda surma puhul Indias, usuhullude suitsiidid pärast liidri surma või hukkumist. Siia gruppi kuuluvad samuti hindude ühiskonnas levinud uskumused, et pärast poja sündi on mehe elu eesmärk täidetud. Seetõttu on soovitatav oma elu lõpetada, et elu mõte saavutada.
3. *Anoomiline suitsiid.* Anoomiliste suitsiidide hulka kuuluvad need enesetapud, mis toimuvad riigis, kus ühiskonnaliikmete poolt respektieritud regulatsiooni mehhanismid on puudulikud, vähesed või jõuga peale surutud ning moraalselt vastuvõtmatud. Suitsiidid endises Nõukogude Liidus kuuluvad siia gruppi. Anoomilist suitsiidi seostatakse sageli ka majanduse madalseisuga riigis. Sellises situatsioonis leiab inimene ennast ootamatult harjumuspärasest

oluliselt kehvemas olukorras olevat. Ta ei saa endale enam lubada mugavusi ja luksust ning peab tagasihoidlikult hakkama saama.

4. *Fatalistlik suitsiid*. See suitsiidi tüüp vastandub anoomilise suitsiidiga, toimub ühiskonnas, kus sotsiaalne regulatsioon on liiga kõrge. Siia kuuluvad näiteks orjade suitsiidid. Fatalistlik suitsiiditüüp ei ole selgepiirilisel defineeritud ning paljud uurijad on jätnud selle kõrvale. Durkheim on fatalistlikku suitsiidi maininud vaid ääremärkusena, rõhutades seejuures egoistliku ja anoomilise suitsiidi osatähtsust ning vähendades altruistliku ja fatalistliku suitsiidi osakaalu.

Durkheim'i suitsiidi klassifikatsiooni on palju kritiseeritud. On leitud, et altruistlikku ja fatalistlikku suitsiidi leidub väga harva või ei leidu üldse tänapäeva ühiskonnas, võib aga leida primitiivsemates ühiskondades. Samas, et sotsiaalse integratsiooni ja sotsiaalse regulatsiooni vahel on raske selget vahet teha. Näiteks inimesed, kes on usklikud (olles seega sotsiaalselt hästi reguleeritud), osalevad tõenäoliselt ka kirikuga seotud tegevustes, kogunemistes (olles seega ka sotsiaalselt hästi integreerunud).

Ka mitmed teised uurijad on püüdnud lahterdada ja klassifitseerida suitsidaalset käitumist, kuid psühholoog ja suitsidoloog Louis Weksteini arvamuse kohaselt on klassifitseerimisel lõpuleviidud suitsiid segi aetud põhjuste, fantaasia, kavatsuse, riski ja suitsiidikatsega. Mõningad tüpoloogiad on liialt üldiselt samal ajal kui teised on liialt segmenteeritud. Seega esitab Wekstein oma isikliku klassifikatsiooni kasutades selleks segmente juba loodud klassifikatsioonidest:

1. Krooniline suitsiid (*chronic suicide*) – surmasoov on maskeeritud ohtra sõltuvusliku käitumise taha nagu alkoholi ja narkootikumide manustamine, mõttetute operatsioonide soovimine jne. See kategooria kattub osaliselt järgmise kategooriaga;
2. Ignoreeriv suitsiid (*neglect suicide*) – suitsiidiohver väldib kontakti reaalsusega. Näitena võib tuua diabeetiku, kes valib tervisele kahjuliku dieedi või südamehaige, kes jätkab kiire elutempo hoidmist vaatamata arsti ettekirjutusele. See kategooria omakorda kattub osaliselt järgmise kategooriaga;
3. Mittekavatsetud suitsiid (*sub-intentional suicide*) – suitsiidiohver harrastab ohtlike tegevusi nagu punase tule alt läbi sõitmine, ilmastikuolude ignoreerimine matka või meresõidu planeerimisel ja üldine riskeeriv käitumine. Taolised inimesed eitavad suitsidaalset mõtet või kavatsust, kuid samal ajal soodustavad oma käitumisega ohtu oma elule. Mõned neist surevad kiiresti, teiste elu jätkub pikalt kujundades nende masohhistlikku käitumist meistiklassini. Menninger paigutab mittekavatsetud suitsiidi kroonilise suitsiidi kategooriasse ja peab sinna kuuluvateks: märtritaoline enesehävituslik käitumine, askeetlus, sõltuvuskäitumine, psühhosomaatilised ja isiksuse häired (antisotsiaalne käitumine) ning psühhoosid.
4. Lõpetav suitsiid / ratsionaalne suitsiid (*surcease suicide / rational suicide*) – inimene lähtub loogilisest järeldusest oma elu lõpetada. Inimene saab aru, et

tema kannatused on lõppematud ja pöördumatud ning võtab vastu ratsionaalse otsuse oma elu lõpetada.

5. Psühhootiline suitsiid (*psychotic suicide*) – põhjused seisnevad skisofreenilises häires, kus suitsident ei kavatse surra, pigem püüab eemaldada, hävitada, välja juurida oma psüühilist kasvajat.
6. Suunatud suitsiid (*focal suicide*) – teoreetiline osaline surm, kus osa kehast on vaja tappa. Enesemutilatsioon, sandistamine, mitmekordsed operatsioonid, ebaloomulikud õnnetused, ka mõningad seksuaalhäired nagu impotentsus ja frigiidsus kuuluvad sellesse kategooriasse. Kategooriad 5 ja 6 võivad omavahel oluliselt kattuda.
7. Automaatne suitsiid (*automatization suicide*) – nõrga motivatsiooniga suitsiid, kus inimene ülitugeva stressi tingimustes püüab pinget vähendada rahustite manustamise kaudu, saavutab vähe või olematu kergenduse ning manustab juurde. Tema tajuvõime on progresseeruvalt kahanev, millele järgneb poolune seisund, mille jooksul tarvitatakse veel lisaks rahusteid. Samuti võivad lisanduda mõningate teiste ravimite või alkoholi manustamine robotitaolises olekus, mis lõpeb surmaga. On arvatud, et näitlejatar Marilyn Monroe suri taolisel viisil. Tema psühholoogiline autopsia näitas, et ta manustas surmale eelneval perioodil kolme erisorti ravimeid ning tema surm võis olla õnnetu juhus.
8. Juhuslik suitsiid (*accidental suicide*) – võib olla põhjustatud valeinformatsioonist, vältimisest või valest ajastusest. Manipulatiivsel kaalutlusel alanud sündmus võib bumerangina individile tagasi tulla. Seda tüüpi suitsiid on tavaliselt põhjustatud valearvestusest. Mõningad uurijad nimetavad seda kategooriat Vene ruleti kategooriaks. Näiteks juhul, kui inimene valib teistega manipuleerimiseks viisi, kus manustab ohtralt ravimeid ja samal ajal arvestab sellega, et keegi on kohe saabumas. Samal ajal võib juhtuda, et saabujal tekkisid ootamatud takistused ning sündmus võib lõppeda surmaga taolise käitumise valinud inimese jaoks.
9. Eksistentsiaalne suitsiid (*existential suicide*) – seda kategooriat on nimetatud ka ohvri algatatud tapmiseks (*victim-precipitated homicide*), kus individ, kes on veendunud vajaduses ennast hävitada, osaleb kalkuleeritult eluohtlikus kriminaalses tegevuses eesmärgiga sundida politseinik või keegi teine individ teda tappa.
10. Mõrv-suitsiid (*suicide by murder*) – siin on suitsidendi jaoks on enesetapp argpükslik tegu. Et ennast tappa valib ta enda jaoks ülima vastase, provotseerib teda kutsudes seega esile iseenda hävingu. Taolist surma tõlgendatakse enamasti mõrvadena.

## Suitsiidi personaalsed ja sotsiaalsed tähendused

Täielikku ülevaadet suitsiidi personaalsetest ja sotsiaalsetest tähendustest on esitada võimatu, kuna iga inimese jaoks on tähendusel teatav varjund, mis on omane vaid sellele konkreetsele indiviidile. Mõningaid üldistusi on siiski võimalik teha (tabel 1).

Tabel 1. Enesetapu tähendused

---

### **Mõned suitsiidi kultuurilised tähendused**

Suitsiid kui patt: kuritegu looduse vastu, vastuhakk universumi ettemääratud liikumisele

Suitsiid kui kuritegu: enesetapja rikub sotsiaalset lepingut, mis on sõlmitud tema ja ühiskonna vahel

Suitsiid kui nõrkus või hullus: enesetapp väljendab inimese piiratust või kõrvalekallet normaalsest („Ta pidi küll hull olema“ või „Ta ei suutnud enam toime tulla“)

Suitsiid kui ülim surm: nagu *seppuku* ehk *hara-kiri* puhul või muude kultuuriliselt aktsepteeritud rituaalsete surmade puhul

Suitsiid kui ratsionaalne alternatiiv: „pluss-miinus“ kaalutluse tulemus, mis mõõdab situatsiooni olemust ning määrab sellele parima lahenduse

### **Mõned suitsiidi individuaalsed tähendused**

Suitsiid kui võimalus kohtuda kaotatud lähedasega: viis liituda surnuga

Suitsiid kui puhkus ja pelgupaik: viis kuidas pääseda depressiivsest ja rõhuvast situatsioonist

Suitsiid kui kättemaks: võimalus vastupanu ja kättemaksu osutamiseks äratõugatuse ja valu eest

Suitsiid kui karistus ebaõnnestumise eest: vastus iseendale seatud ja teiste ootustele mittevastamise ja eesmärkides ebaõnnestumisele

Suitsiid kui eksimus: suitsiidikitse on mõeldud appihüüuna, kuid abi ei tule ja sekkumine jääb olemata, mille tulemus on surm

---

### *Suitsiid kui patt*

Ristiusu poolt on enesetappu patuna nähtud sajandeid. Katoliiklasi, protestante ja juute õpetatakse enamasti usus, et ennast tappa on moraalselt vale tegu. Miks? Mis on suitsiidis sellist, et seda peab kogu võimaliku autoritaarsuse ja olemasoleva mõjuvõimuga tunnistama äärmuslikult valeks käitumiseks? Pühak Augustine aastal 426

toetas katoliikliku usu kristalliseerunud vastuväite loomist suitsiidile. Esimene hõlmab suhet usku, mis ei ole tunnustatud õigeks kõigi juudi-kristluse traditsioonide poolt. Nimelt seisukoht, et enesetapp muudab võimatuks isiku poolt teiste toimepandud pattude kahetsemise. Teine vastuväide põhineb kuuendal käsul „Sina ei tohi tappa!“ Suitsiid ei ole siin erandiks. Siiski pidi Augustine lisama mõningad erandid oma reeglitesse:

- Abraham<sup>19</sup> ei olnud mitte ainult päästetud julmuse süüst, vaid oli isegi ülistatud oma valmisoleku tõttu tappa iseenda poeg kuuletumises Jumalale, mitte iseenda valikust...
- Samson<sup>20</sup> omas ennenägematut jõudu, ta mattis ennast ja oma vaenlasi maja alla. Taoline tegu on õigustatud vaid juhul, kui Vaim, kes Samsonile tema jõu andis, edastas ka vastavad juhised sellise teo kordasaatmiseks.

Võib olla kõige ebamugavam erand Augustine jaoks oli seoses Jephthah'i<sup>21</sup> tütre ohverdamisega tema enda poolt, sest Jephthah oli lubanud Jumalale, et ohverdab kelle iganes, kes temale esimesena vastu tuleb peale võidukat naasmist lahingust. See seik on olnud probleemiks paljudele usklikele mitmete sajandite vältel kuna on ühelt poolt kasutatav suitsiidi ebaõigeks mõistmisel, kuid teisalt tekitab küsimuse, kas on õigustatud oma tütre tapmine isa poolt, viimase ettevaatamatu lubaduse tõttu.

Pühak Thomas Aquinas kinnitas 13dal sajandil Augustine järeldused ja lisas veel ühe põhjenduse. Jumalal ja ainult temal on võim anda elu ja seda võtta. Suitsiid on patt, sest see esindab vastuhakku maailma ettemääratud korrale. Enesetapja on iseteadlik, seega süüdi uhkuse patus. See seisukoht sai veelgi kinnitust filosoof John Locke poolt, kes keeldus lisamast enesehävituse inimese vabaduste hulka. Tema arusaama kohaselt on inimene omand ja seega ei ole ta vaba iseennast hävitama. Suured kannatused ei anna õigust sekkuda elu kulgu vastavalt looduseadustele ning võtta iseenda elu oma kätte.

Indiviidid, kes eelnevalt kirjeldatud suitsiidi kultuurilist tähendust aktsepteerivad, usuvad tõenäoliselt, et läbi suitsiidi kaotatakse midagi enam kui lihtsalt oma elu. Samuti kaotavad lähedased midagi enam, kui lihtsalt oma armastatu. Perekonnaliikme suitsiid langetab allesjäänute peale häbiloori lisaks kaotuse ja leinaga seotud emotsioonidele.

Suitsiidi hukkamõistu, mis põhineb kuuendal käsul, on aga raske kokku viia kristlusega seotud sõjategevusega. Ristisõjad ja ketserite tagakiusamine on korduvalt rikkunud käsku „Sina ei tohi tappa!“. Keskajal olid massisuitsiidid vägagi levinud tagakiusatud kristlastest ketserite ja mitte-kristlastest vähemuste seas. Moslemid ja juudid, kes ei soovinud astuda ristiusku, eelistasid pigem surra enesetapu läbi. Tagakiusatud ohvrid olid suitsiidi sooritamise tõttu pattu langenud, kuid nende tagakiusajaid patusteks ei peetud, kuigi nad kasutasid ähvardamist ja piinamist.

---

<sup>19</sup> Piiblitegelane 1. Moosese raamatust

<sup>20</sup> Piiblitegelane Vanas Testamendis

<sup>21</sup> Piiblitegelane Vanas Testamendis



Samas on ristilöömine igale kristlasele tuttav kontseptsioon, kus ohverdatakse elu pattude eest, olles seega suitsidaalse alatooniga. Mõned varasemad ristiusu mõtlejad pidasidki Jeesuse surma suitsiidiks nagu ka hilisemal ajal kristlane John Donne. Märtrina suremine sai Jeesuse järgijatele suureks ahvatluseks, sest oli ju seotud suursuguse ohverdusega. Vana ja Uus Testament ei keela otseselt enesetappu, samas ei ole sellele olulist tähelepanu pööratudki.

Filosoof David Hume, kes oli samuti mõjukas mõtleja ja hääli ristiusu arengus, pakkus alternatiivse lähenemise suitsiidile: „Ma ei ole kohustatud tegema ühiskonnale väikest heategu iseenda suure kahju arvelt; miks siis peaksin ma jätkama oma armetut eksistentsi?“

### *Suitsiid kui kuritegu*

Kas enesetapp on patt või kuritegu? Suitsiidi ajaloo ülevaatest ilmnes, et aegadel, kui kirik ja riik olid omavahel põimunud, oli lihtne pidada enesetappu nii patuks, kui kuriteoks. Samuti omavad patt ja kuritegu ühiseid jooni läbi teadliku normide rikkumise inimese poolt.

Kodanliku ja jumaliku reaalsuse eraldumise protsess on läbi aegade tugevdanud vaadet enesetapule kui kuriteole, mitte patule. Suitsiidi ajalugu on näidanud, et lisaks suitsiidendile või suitsiidikatse sooritanule said karistatud ka tema lähedased. Seda vaatamata sellele, kas suitsiidikatse oli õnnestunud või mitte. Seadused, mis peavad enesetappu kuriteoks, on praeguseks seaduseraamatutest kadunud. Varasemalt oli kombeks ka kindlustusfirmadel käsitleda suitsiidi kuriteona, mille eesmärgiks on kindlustusandjalt hüvitist välja petta. Praegusel ajal on võimalik saada hüvitist ka enesetapu korral, kuigi taolised lepingud on piirangutega. Suitsiidi vabastamine kuritegelikust määrangust baseerub arusaamal, et vastavad seadused ei ole töötanud nagu vaja ning faktiliselt leidis väga vähe inimesi, kes olid nõus taolist seadust ellu viima.

### *Suitsiid kui nõrkus või hullus*

Mõned enesetapjad saab klassifitseerida psühhootilisteks või vaimselt tõsiselt häirituteks, kuid paljusid ei ole võimalik sellesse klassifikatsiooni haarata. Psühhiaatriliselt haigetel on suurem suitsiidirisk kui üldpopulatsioonil. Kõige suurem osakaal suitsiidi sooritajatest on inimestel, kellel on diagnoositud depressiivne psühhooos. Suitsiidi preventsiiooni kontekstis on oluline tähelepanu pöörata depressioonihaigetele ja teiste vaimse tervise haiguste ohvritele. Samas ei ole vaimse tervise häire täielikult adekvaatne põhjendus suitsidaalsele käitumisele. Paljud inimesed läbivad oma haiguse akuutse perioodi ilma kordagi suitsidaalsusele kaldumata. Ahvatlev on uskuda, et inimene peab olema hull, et enesetapp sooritada, kuid see ei ole tõsi.

Hoiak, et suitsiidi sooritavad vaid nõrgad inimesed, sai hoogu tänu Darwini evolutsiooniteooriale. Darwinistliku evolutsiooniteooria kohaselt jääb ellu tugevam,

nõrgemad surevad välja. Elu on pidev võitlus eksistentsi pärast. Seega on suitsiid üks looduse valikuid, kuidas eemaldada need, kes ei ole piisavalt tugevad. Taoline seisukoht ei ole tänapäeval enam nii tervitatud kui evolutsiooniteooria naiivse sotsiaalse rakendamise ja vohava individualismi ajastul.

### *Suitsiid kui ülim surm*

Hiina ja Jaapani budistlikus traditsioonis on tuntud *daishi*, mis tõlgituna tähendab suursugust surma. Zen'i õpetajad on iseenda peal näidanud võimalust lahkuda maisest elust. Õpetaja distsipliin ja pühendumus mõjus sõdalastele. Samurai otsis *daishi*t lahinguväljal. Mõju ulatus kaugemale oma ajast põhjustades *kamikaze*<sup>22</sup> pilootide eneseohverduse II Maailmasõjas (kuigi mõningad noored mehed kahtlesid oma missiooni täitmisel kuna see tähendas neile kindlat surma).

Suitsiid on saanud austusaluseks kui üks *daishi* vorm. *Seppuku* on Jaapanis traditsiooniline suitsiidivorm, läänemaailmas teatakse seda paremini *hara-kiri* nime all. Akt hõlmab kõhuõõne avamist spetsiaalse noaga, kuid enamasti mõõgaga. Mõningatel juhtudel on taoline suremise viis auväärseks alternatiiviks hukkamisele. Surmale määratud inimene sai võimaluse olla iseenda hukkaja. Vabatahtlik *seppuku* on motiveeritud aga erinevatest asjaoludest nagu näiteks soov järgneda oma õpetajale või käskijale teispooldusesse või protestida ebaõigluse vastu.

Suitsiidi seostamine auväärse teoga ei ole omane vaid idamaades, seda on esinenud ka Antiik-Kreekas ja Roomas. Seega seesama tegevus, mida hiljem peeti patuks ja kuriteoks teiste poolt, oli roomlaste jaoks võib olla kõige auväärsem tegu üldse, mida inimene siin ilmas sooritada võis.

### *Suitsiid kui ratsionaalne alternatiiv*

Uskumus, et suitsiid on auväärne tegu, kajastub ka tänapäeval läbi hoiaku, et suitsiid on aktsepteeritav, ratsionaalne alternatiiv isiklikule eksistentsile. See baseerub arusaamale, et elu ei ole mitte alati eelistatav surmale. Indiviid selles kontekstis ei hävita ennast uskumuses, et neile langeb midagi suurt ja head osaks peale surma, vaid sooviga ennast taandada elust, mille kvaliteet tundub oluliselt hullem kui hirm surma ees.

Renessansi ajastul peeti surma sageli pelgupaigaks elu julmuse ja pettumuste eest. Läbi ajaloo on olnud mitmeid aegu, kus elu masendus ja kannatus muutsid loomulikuks elu lõpetamise valiku suitsiidi läbi. Katkuaja õudused, millele lisasid veelgi õudu sõja- ja sotsiaalse sfääri kannatused, kergitasid paljudes üles küsimuse elu väärtuse kohta. Filosoof Richard Brandt'i kohaselt on ratsionaalsus subjektiivne. Mis tundub ratsionaalne suitsiidendile ei pruugi tunduda sama ratsionaalne kõrvaltvaatajale. Väga

---

<sup>22</sup> Otsetõlkes „püha tuul“, suitsiidirünnakud Jaapani lendurite poolt, mille eesmärgiks oli hävitada nii palju sõjalaevu kui võimalik

raske on hinnata suitsidaalse inimese mõtlemise ratsionaalsust ja täiesti võimatu on otsuse ratsionaalsust hinnata peale suitsiidiakti toimumist.

Tekib küsimus, kas elu peab iga hinna eest pidama ülimaks ja seda ükskõik millistes tingimustes või sõltub elu väärtus olukorrast? Nende küsimustega puutume tänapäeval kokku igapäevaselt läbi meditsiini arengu ja dilemma õigus elul - õigus surra.

### *Suitsiid kui võimalus kohtuda kaotatud lähedasega*

Lähedase inimese surm võib osutada niivõrd talumatuks kogemuseks, et leinajat haarab soov surnuga liituda. Hiljuti raske kaotuse üleelanud inimesed kogevad tunnet, et surnud inimene on nende lähedal. Taoline reaktsioon on normaalne ning kuulub tavapärase leinaprotsessi juurde vähendades leinajal mahajäetuse tunnet. Kui aga suhe surnud lähedasega on olnud sõltuvuslikku laadi, võib igatsus muutuda nii suureks, et leinaja soovib samuti surra lootuses uuesti kohtuda lahkunuga. Taolist sõltuvust väljendavad näiteks laused: „Ma ei suuda ilma temata edasi elada.“, „Ma ei ole ilma temata täielik inimene.“, „Mis minust saab? Ma ei saa ilma temata endaga hakkama.“ Paljudel inimestel esineb taolisi tundeid ja vahel kaasnevad nendega suitsidaalsed mõtted. Enamasti on tegu mõtetega, mis peatselt kaovad, kuid vahel võivad need viia ka suitsiidiaktini.

Mõningad sotsiaalkultuurilised normid võivad samuti soodustada suitsiidimõtteid leinaprotsessis. Surmajärgne elu paradiisis on kujutletud niivõrd mõnusaks kohaks samas, kui maapealne elu on tõeliselt kannatusi täis. Surma ei nähta reaalsena, surm on vaid üks igavesse ellu. Taolised sõnumid võivad oluliselt hägustada piiri elavate ja surnute vahel.

Eriti tundlikud taaskohtumise fantaasiate suhtes on lapsed. Laps on oma identiteedi otsimise teel ja kui sureb tema vanem või õde/vend, jätab see lapse hinge suure tühimiku ja igatsuse. Mõningad täiskasvanud on suhteliselt lapselikud oma sõltuvuses teiste suhtes ja tunnevad lastega sarnaseid tundeid, kui sureb keegi lähedane. See võib olla põhjustatud läbielamata leinast nende lapsepõlves. Vanema kaotus on mõjuv sündmus igale lapsele ja suuremat vahet lapse emotsionaalse protsessi kontekstis ei ole, kas vanem sureb või lahkub niisama lapse elust. Suitsiidi läbi taaskohtumise saavutamine tundub kõige tõenäolisem, kui inimese minatunnetus ei ole täielikult välja arenenud, kas siis arengutaseme või mingite takistuste tõttu, kui surnud on oluline toetuse allikas ja kui esineb kultuurilisi hoiakuid, mis muudavad surma tegelikkust ja surmajärgse elu ahvatlevaks.

### *Suitsiid kui puhkus ja pelgupaik*

Elu katsumustest väsinud inimene võib igatseda rahuliku koha ja puhkuse järgi. Taolisel vajadusel võib loomulikult olla ka muid väljundeid, nagu puhkus kodust kaugemal või abipalve sõbrale, kes aitaks koormat kergendada. Võimalus on ka lihtsalt vastutusest

taganeda, kuid nimetatud väljundid ei tööta edukalt iga inimese jaoks. Elu võib olla tunnetatud niivõrd ahistava ja koormavana, et hea puhkus isegi öise une näol tundub juba võimatu ja suure imena. Enamasti on une häiritus seotud depressiooniga ja mida sügavam on depressioon, seda raskem on leida head ja taastavat und. Sellistes tingimustes võib unistus pikast ja rahulikust unest, kus ei ole mingeid katkestusi, tunduda tõeliselt ahvatlevana. Une-surma analoogia on levinud paljudes kultuurides, ka Eestis nimetatakse vahel surma lõputuks uneks. Seega võib inimese jaoks olla ahvatlev võtta mõni tablett tavapärasest rohkem ja hääbuda unede maale.

Selline hoiak suitsiidi suhtes on toetatud individuaalsete ja kultuuriliste kalduvuste poolt hägustada elu ja surma vaheline piir. Hästi sobib selline hoiak kalduvusse lahendada probleeme läbi millegi sissevõtmise või suhu panemise (suitsetamine, piibu tõmbamine, medikamentide manustamine peavalu või seedehäirete korral või ükskõik millise muu stressi sümptomi korral). Inimesed, kellel on oraalised või eskapistlikud<sup>23</sup> kalduvused, on eriliselt vastuvõtlikud nägema suitsiidi lahendusena oma eluväsimusele.

#### *Suitsiid kui kättemaks*

Tõrjutud armastus, saamata jäänud ametikõrgendus, mitteeelistatud laps: tegelik situatsioon ei ole niivõrd oluline kui põletav kibestumise ja haigetsaamise tunne, mida inimene nimetatud situatsioonides võib tunda. Mõned inimesed tunnevad pidevalt, et neid on koheldud ebaõiglaselt ja nende saavutused ei saa kunagi tunnustatud. Ükskõik kuidas nad ka ei püüa, ei suuda nad saada vastu armastust ja kiitust. Teised inimesed ei pruugi olla teadlikud ega märgata sellise inimese ootusi ja lähenemist situatsioonidele. Nad ei pruugi mõista, kuivõrd seotud on selle inimese jaoks lootus ja kahtlus, viha ja igatsus.

*Ma tundsin ennast muserdatult. Absoluutselt muserdatult. See oli minu esimene tõeliselt hea semester. Ei ühtegi puudumist ega kursusest loobumist. Kõik hinded A-d ja B-d. Ma olin tubli terve semester. Tundsin ennast tugeva ja enesekindlana. Ma teadsin, et ei peaks midagi erilist ootama oma vanematelt, kui koju läksin, aga ma arvan...see tähendab, ma tean, et ootasin natuke tunnustust. No näiteks, et ema naeratab ja ütleb: „Tundub, et sul oli hea semester, eksju? Mul on sinu pärast hea meel“ või „Ma olen sinu üle uhke“, kuigi ta ei ütleks kunagi midagi sellist.*

See noor naine uskus, et tema pingutused ei leidnud mingisugust vastukaja, et tema perekond vaevu märkas, et ta puhkuseks koju oli jõudnud. Haiget saanud ja vihane, otsustas ta oma perekonnale kätte maksta viies läbi suitsiidikatse. Kui perekond ei näe, et ta on midagi hästi teinud, ehk näevad nad siis, kui midagi on halvasti. „Ma tahtsin neile haiget teha - ja endale haiget teha - täpselt parasjagu.“ Ta löikis ennast randme ja käevarre piirkonnast ja see tegevus vabastas teda mõningal määral meeleheitest, mida

---

<sup>23</sup> Põgenemine tegelikkuse eest kujutlusmaailma

ta tundis. Ta ei olnud ennast väga tõsiselt haavanud, seega sidus ta oma haavad ohtra sidemega kinni. Keegi ei teinud sellest välja. Mõni päev hiljem võttis ta sideme ära paljastades värsked armid. Ka sellele ei pööratud erilist tähelepanu perekonna poolt. Perekond oli hoopis innustunud ühe tädilapse pulmades planeerimisest.

Tüdruk tundis ennast veelgi masendavamalt ja leidis lahenduse suitsiidikatses. Ta ronis katusele ning seistes seal kujutas ette kuidas allolijad vaatavad ehmunult ja šokeeritud tema moondund ja katkist keha ja tunnevad kahetsust. Ta hüppas katusele alla ja jäi ellu ning oli väga teadlik sellest, et ta sooritas suitsiidikatse selleks, et kätte maksta oma perekonnale. Suitsiidikatse andis talle teatava pingemaanduse ja kergenduse, samas oli ta jätkuvalt suitsidaalne ka peale ravi ja koju naasmist rääkides vajadusest veelkord suitsiidikatse sooritada selleks, et keegi teda märkaks.

Eelnev näide illustreerib enesehävitusliku teo lävel seisva inimese vaimset olukorda. Tema fantaasia hõlmas iseenda surma ja selle mõju tunnistamist. *Ta oli lõhestunud kaheks, tapjaks ja ohvriks.* Kättemaksufantaasia kaotab suure osa oma jõust, kui inimene teadvustab endale, et ta ei saa kunagi näha oma surma loodetud mõju teistele. Ka inimesed, kes sooritavad suitsiidikatse muudel põhjustel peale kättemaksu, võivad vahel omada ebareaalset fantaasiat, et neil on mingil moel võimalik oma surma mõju teistele inimestele näha ja tunda peale suitsiidi.

*Peale suitsiidikatset koges kirjeldatud tüdruk pingemaandust.* On tavaline, et oma vere nägemine vähendab emotsionaalset pinget, kuigi seda vaid hetkeliselt. Inimene võib tunda, et ta ei ole enam nagu halvatud oma kannatustes vaid võtab midagi ette, teeb midagi, et oma olukorda muuta. Taolise suitsiidikatse tulemusena võib fantaasia sellest, et inimene on ka peale suitsiidi olemas, et selle mõju näha ja tunda, veelgi hoogu saada.

Paljudel suitsiidikatse sooritajatel on madal enesehinnang, mis on tajutav ka toodud näite puhul. Madala enesehinnangu ja kättemaksu fantaasia kombinatsioon suurendab suitsiidiriski oluliselt.

#### *Suitsiid kui karistus ebaõnnestumise eest*

Suitsiidiohver võib olla ka iseendale seatud täitmatute ootuste ohver. Iseendale antud hinnang „Ma olen ebaõnnestunud“ toetab otsust karistada ennast kõige äärmuslikumal moel, mis välistab tulevased ebaõnnestumised. See on nagu inimese üle oleks kohut peetud tema enda tekitatud kohtus ja leitud, et tema on süüdi kõige raskemas kuriteos. Oma ootuste ja saavutuste vahelist lõhet tajub selline inimene äärmuslikult suurena ja ületamatuna. On inimesi, kes ebaõnnestumise peale alandavad oma ootusi või kes püüavad leida midagi positiivselt ja hinnata seda osa, millega nad on toime tulnud. Samas on neid, kes jätkuvalt püüavad täita lõhet oma seatud ootuste ja reaalsete tulemuste vahel. Mingil hetkel muutub see ebakõla talumatuks. Kui midagi peab seetõttu ohverdama, siis valituks osutuvad nemad ise, mitte iseendale seatud ootused.

Ebaõnnestumise tunne on suitsidentidel sagedasti esinev. Psühholoogilise autopsia uurimused on sageli leidnud, et suitsiidi sooritanud mehed on katse sooritanud peale

vallandamist, madalamale ametiastmele viimist või ametikõrgendusest ilma jätmist. Naiste suitsiidid on sagedamini seotud tajutud või reaalse ebaõnnestumistega suhetes. Sageli on suitsident kogunud korduvat ebaõnnestumist nii töö- kui kodus elus.

Õnneks ei soorita iga ebaõnnestumist kogev inimene suitsiidi. Warren Breed on loonud baasilise suitsiidisündroomi kontseptsiooni. Selle kohaselt on ebaõnnestumisel oluline roll suitsidaalsuses, kuid saab letaalse mõju läbi koosinemise selliste teguritega nagu rigiidsus, pühendumus, häbitunne ja isolatsioon. Rigiidsus väljendab võimetust liikuda ühest rollist teise või muuta oma eesmärke. Eksisteerib vaid üks roll, üks eesmärk ja vaid üks tee selle saavutamiseks. Pühendumus väljendab intensiivset soovi õnnestuda. Ebaõnnestumise tunne hõlmab endas enam kui oma ootustele mitte vastamist. See hõlmab ka süütunnet, enesesüüdistamist. Suitsiidisündroomi iseloomustab ka kõikehõlmav häbitunne. Indiviid ei ole mitte ainult milleski ebaõnnestunud, vaid ta tunneb ennast läbinisti väärtusetuna: „Ma ei kõlba millekski, ei saagi kunagi kõlbama, ma olen tühi koht.“ Nimetatud tegurite tulemusena võib inimene sattuda isolatsiooni.

#### *Suitsiid kui eksimus*

Surm võib olla soovitud tulem üledoosi või mõne muu enesehävitusliku akti tulemusena, mis võib ebaõnnestuda, kui keegi satub suitsidendile peale ja päästab ta. Samas on inimesi, kes arvestavad sellega, et keegi neile nõ peale satuks ja neid päästaks. Vahel on põhjust arvata, et inimene ei ole soovinud ennast tegelikult tappa, kuid mingil põhjusel on tema tegevus siiski lõppenud surmaga. Ei oleks õige automaatselt järeldada, et surm on olnud soovitud mõju iga suitsiidikatse puhul. Samavõrra ebaõige oleks oletada, et surm ei ole olnud soovitud tulemus.

Suitsidaalsuses esineb sageli teatav ambivalentsus. See tähendab, et inimene samal ajal soovib surra ja samal ajal soovib elada. Ta soovib pääseda talumatust psühholoogilisest valust ja väljakannatamatust elust, samas soovides leida viisi ellu jäämiseks. Ei ole võimalik kindlaks teha, kas kõik suitsidaalsed inimesed omavad taolist ambivalentset, kuid on teada, et paljud neist kaalutlevad edasi-tagasi surma ja elu vahel. Eluohtlik akt, mis tuleneb taolisest ambivalentisusest võib väljendada teatud vastuolu. Miks peaks naine manustama ohtlikus koguses medikamente mõni minut enne abikaasa oodatavat koju saabumise aega, kui tema eesmärgiks oli oma elu täielikult lõpetada? Siiski ta võtab need sisse ja juhul, kui abikaasa mingil ootamatul põhjusel ei tule koju tavapärasel ajal, saab see tema viimaseks teoks.

#### **Kasutatud kirjandus**

DeSpelder LA & Strickland AL (2005). *The Last Dance: Encountering Death and Dying*, 7<sup>th</sup> Ed. McGraw-Hill, New York.

Durkheim E (1952). *Suicide: A Study in Sociology*, ingl. keelde tõlkinud Spaulding, J.A., Simpson G. Routledge & Kegan Paul, London.

Ferrovia J (2007). *The Suicidal Client: Assessment and Treatment Considerations*. NASW.

Kastenbaum RJ (2004). *Death, Society, and Human Experience*, 8<sup>th</sup> Ed. Pearson Education Inc, New York.

Kõlves K (2001). *Sotsiaalne integratsioon ja elusündmused suitsiidiprotsessis*. Magistritöö, Tartu Ülikool.

Lester D (1995). Thwarting disorientation and suicide: An examination of Naroll's theory of suicide. *Cross-Cultural Research* 29/1.

Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI (1992). *Assessment and Prediction of Suicide*. New York; London: Guilford.

Maris RW, Berman AL & Silverman MM (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. Guilford Press.

Perlin S (1975). *A Handbook for the Study of Suicide*. Oxford University Press Inc.

Saveljev K (2002). *Suitsiidisurma lein*. Bakalaureusetöö. Tartu Ülikool.

Värnik A (1997). *Enesetapud Eestis 1965-1995*, Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut.

Värnik A (1997). *Suicide in the Baltic Countries and in the Former Republics of the USSR*. Stockholm.

Wekstein L (1979). *Handbook of Suicidology*. Brunner/Mazel, New York.

## SUITSIIDI RISKITEGURID

### Enesehävituslik käitumine

Kursuse eelnevate teemade juures on mitmes erinevas kontekstis mainitud ka enesehävituslikku käitumist. Suitsiid on ilmselt enesehävituslik akt, kuid mida veel võib nimetada enesehävituslikuks ning milliseid tegureid täpsemalt antud käitumine sisaldab, seda vaatamegi järgnevalt.

Vaatamata ohtratele suitsidoloogia-alastele uurimustele ja arutlustele filosoofide, psühhiaatrite, psühholoogide, sotsioloogide jt spetsialistide seas, ei ole siiski jõutud ühesele arusaamale ja kokkuleppele suitsiidi definitsioonis, põhjustes, tähenduses ja protsessis. See on ka mõistetav arvestades taolise enesehävitusliku akti ebalooslikkust lähtuvalt ellujäämise instinkti teooriast. Enamus inimesi nõustuvad, et enesehävitusliku tee valinud inivid on oma teelt kõrvale kaldunud ja sattunud „nõiaringi“, kust ise enam väljapääsu ei näe ega leia. Et sellises situatsioonis inimest aidata, peab püüdma mõista tema seisundit.

Enesehävituslik käitumine hõlmab ükskõik millist tegevust, läbi mille inimene emotsionaalselt, sotsiaalselt ja füüsiliselt kahjustab või lõpetab iseenda elu. Laias laastus hõlmab enesehävituslik käitumine küünte närimist, juuste kitkumist, kratsimist, käte lõikumist, mürgiste ainete või kahjulike esemete neelamist, suitsetamist, pea peksmist vastu mingit pinda, alkoholi ja teiste uimastavate ainete kasutamist, hoolimatut liiklemist, elupäästvate abinõude nagu insuliini mittetarvitamist, otsest suitsiidikatset ja suitsiidi.

Enesehävitusliku skaala ühes otsas võib näiteks olla inimene, kelle emotsionaalne ja füüsiline tervis on korras ja kes suitsetab vaatamata teadmisele, et see võib tema eluiga lühendada. Taolist inimest ei peeta tavaliselt suitsidaalseks. Skaala teises otsas võib aga näiteks olla teine inimene, kellel on diagnoositud emfüseem (kopsuhaigus) ja kes vaatamata sellele jätkab suitsetamist. Tema käitumist võib hinnata kui aeglast enesehävituslikku teguviisi. Eksisteerib neli suuremat gruppi enesehävituslikku käitumist:

1. *Inimesed, kes lõpetavad oma elu suitsiidiga*
2. *Suitsiidiga ähvardajad* – inimesed, kes räägivad enda tapmisest, kuid kellel ei ole kindlat plaani seda teha. Oluline on siin teada, et vaid suitsidaalsed inimesed räägivad oma elu lõpetamisest enesetapu läbi ja kõiki suitsiidiähvardsusi peaks võtma tõsiselt ning kaaluma suhtes inimese individuaalse olukorraga.
3. *Suitsiidikatse sooritajad* - suitsiidikatse ehk parasuitsiid viitab ükskõik millisele ettekavatsetud tegevusele, mis on mittefataalse tagajärgjega ja võib viia või



tegelikult viib enesekahjustamiseni. See hõlmab kõiki neid tegevusi, kus vahelesegamine on ära hoidnud tegeliku enesekahjustamise.

4. *Krooniliselt enesehävituslikud* – alkoholi ja/või narkootiliste ainete pidevad kuritarvitajad. Sageli on neil diagnoositud ka isiksusehäire. Mõningate uurimuste kohaselt on enesehävitusliku akti toimepanijatest üle poolte teinud seda korduvalt. Siia gruppi kuuluvad ka inimesed, kes ignoreerivad arsti ettekirjutusi ja ei kasuta enda elu säästmiseks vajalikke ravimeid, näiteks südamehaiguste või diabeedi korral.

### Suitsiidirisk

Riskiteguriks nimetatakse mõõdetavat omadust, tingimust või ohtu mis toetab ebasoodsat tulemit ja eelneb sellele tulemile. Riskitegur on midagi, mis võib viia suitsiidini või on seotud sellega. Inimesed, kes omavad mingit teatud riskitegurit, omavad suuremat ohtu suitsiidi sooritamiseks. Kaitsvad tegurid seevastu vähendavad suitsiidi võimalikkust konkreetsel indiviidil. Kaitsvad tegurid soodustavad paindlikkust ning positiivsust ning on seega tasakaalustavaks jõuks riskiteguritele. Riski- ja kaitsvad tegurid võivad olla oma olemuselt biopsühhosotsiaalsed, keskkondlikud või sotsiaalkultuurilised.

Suitsiid on riskitegurite ja kaitsvate tegurite vahelise interaktsiooni tulem. Riskitegurid võib jaotada kaudseteks ja otsesteks, mis on oluline eristus suitsiidipreventsiooni kontekstis, kuna rakendatavad strateegiad on vastavalt riski kategooriale erinevad. Kaudsed tegurid hõlmavad indiviidi sotsiaalmajanduslikku staatust, ühiskonnas eksisteerivat majanduslikku võrsust/ebavõrdsust, haridust, linnastumist, perekonna ajalugu (nt lapsepõlvetraumad), isiksuseomadusi (nt introvertsus), sotsiaalset integratsiooni ja tervise ning vaimse tervise teenuse tingimusi.

Kaudsed tegurid on baasiks suitsidaalsele käitumisele. Need soodustavad vastuvõtlikkust hilisemate otseste tegurite suhtes indiviidi elus. Kaudsed tegurid ei ole seotud ainult suitsiidiga, need võivad põhjustada erinevaid ebasoodsaid tulemeid indiviidi füüsilise ja vaimse tervise kontekstis. Nende suhe suitsiidi on baasiline, kuid mitte otsene. Suitsidaalsuse kujunemise protsessis hinnatakse kaudseid tegureid vajalikeks, kuid mitte piisavateks põhjusteks.

Otsesed riskitegurid nagu näiteks juurdepääs tulirelvadele või teistele letaalsetele vahenditele, hiljutised elusündmused, stressifaktorid inimese elus ja mürgistused, on otsesemalt seotud suitsidaalse akti esinemisega ja võivad eelneda sellele. Taolised „vallandavad“ sündmused erinevad vanuse, soo, rassi, rahvuse ja teiste sotsiaaldemograafiliste näitajate lõikes. Iseenesest ei ole otsesed tegurid ei vajalikud ega piisavad suitsiidi esinemiseks. Kuid mõjuvate kaudsete tegurite ja otseste tegurite kombinatsioon võib moodustada vajalikud ja piisavad tingimused suitsiidiks.

Vaimse tervise uurija dr. Mościcki kohaselt on epidemioloogilised uurimused näidanud, et psühhopatoloogia on kõige kriitilisem kaudne riskitegur suitsidaalse käitumise

kontekstis. Üle 90% täiskasvanud suitsidentidest ja üle poole alaealistest suitsidentidest vastavad mingisuguse psühhiaatrilise diagnoosi kriteeriumitele. Kõige enam levinud diagnoosid on meeleoluhäired, mõnuainete tarvitamisega seotud häired, isiksusehäired ja skisofreenia. Vaatamata olulisele tõestatud seosele psühhiaatriliste häirete ja suitsidaalsuse vahel ei ole selge, kas suitsiidid on nende häirete tulem või eraldiseisev ja kattuv osa. Ebaselguse üks põhjustest on see, et enamus uurimustest kasutab surmajärgset diagnoosi (psühholoogiline autopsia) ja ei ole selge, kas ilma suitsiidi esinemiseta oleks diagnoos sama. Seega on võimalik, et depressioon on suitsidaalsuses ülediagnoositud.

Oluliseks riskiteguriks on ka mitme erineva psühhiaatrilise või sõltuvusliku häire koosesinemine. Koosesinemust uurinud psühholoogilise autopsia uuringute kohaselt 70-80% suitsiididest esines erinevate häirete koosesinemust, millest kõige levinum on meeleoluhäire ja alkoholismi koosesinemine. Vanemas eas esineb kõige sagedamini meeleoluhäire koos füüsilise haigusega, kuid füüsiline haigus üksinda ei tundu suurendavat suitsiidiriski. Samamoodi võib olla ka paanikahäire esinemine koos depressiooniga signaaliks suurenenud suitsiidiriskile, kuid ei ole üksi esinedes suitsiidirisk nagu varasemalt on arvatud.

Veel kuuluvad kaudsete riskitegurite hulka neurokeemilised häired, millest kõige olulisem on serotoniinisüsteemi väärtalitus. See tegur on sõltumatu psühhiaatrilisest diagnoosist ning seotud sümptomite subjektiivse raskusastmega ning planeeritud ning meditsiiniliselt surmavate suitsiidiaktidega. Samuti on suitsiidiriskiga seotud kolesterooli taseme vähenemine. Perekonnas esinev psühhopatoloogia ja suitsidaalne käitumine on riskitegur, mis võib muuta bioloogilist vastuvõtlikkust ja serotoniini toimet. Lisaks esindab pärilikkus geneetilist panust indiviidi bioloogilistele karakteristikutele. Mittetoimiv perekeskkond koos mitme erineva stressoriga on tõestatult soodustava tegur suitsidaalsuse kujunemises. Samas on stressori olemus vähem oluline kui nende arv. Mida rohkem on indiviidi elus stressoreid, seda suurem on tema suitsiidirisk.

### **Suitsiidid, risk ja kaitsvad tegurid: indiviidi tasand**

Eelnevalt kirjeldati suitsiidi riskitegureid grupeerituna kaudseteks ja otsesteks. Suitsiidi riski- ja kaitsvaid tegureid võib grupeerida mitmeti, üks võimalustest on eristada need lähtuvalt individuaalsest, interpersonaalsest ja keskkondlikest mõjuteguritest. Taoline jaotus võib tunduda mõnevõrra kunstlik kuna individuaalseid omadusi saab vaadelda vaid sotsiaalse ja füüsilise keskkonna kontekstist. Siiski on kategoriseerimine kasulik ja vajalik võimalike lahenduste leidmiseks suitsidaalses käitumises. Järgnevalt toodud tegurid on valitud eesmärgiga iseloomustada suitsidaalse käitumise üldisi trende.

## Vaimne ja füüsiline haigus

Nagu eelnevalt nimetatud, on vaimse tervise häire ja eriti mitme haiguse koosmõju kõige kõrgema tasemega riskitegur suitsidaalsuses. Depressioon on sagedasemini diagnoositud vaimse tervise häire nii fataalsete kui ka mittefataalsete suitsiidikatsete juures ning samuti on sagedased diagnoosid seoses alkoholi kuritarvitamisega. Haiguse kestus, tagasilanguse/uue episoodi esinemus peale ravi ja haiguse raskus on kõik olulised tegurid suitsiidiriski kontekstis. Iga järgnev suitsiidikatse suurendab omakorda suitsiidiriski konkreetsel indiviidil. Mida tõsisem/fataalsem oli katse, seda suurem on järgnev risk. Kõige suurem on risk 6 kuud peale suitsiidikatset.

Lisaks eelnevale mõjutab suitsiidiriski ka ravi kättesaadavus ja patsiendi valmisolek ning võime aktsepteerida määratud diagnoosi ning järgida raviplaani. Erinevate uurimuste kohaselt on depressioon ühiskonnas olulisel määral aladiagnoositud ning alaravitud. Samuti ei manusta paljud patsiendid ravimeid ettenähtud korras, mis jällegi suurendab konkreetse indiviidi suitsiidiriski.

Teatud tüüpi füüsilised haigused on samuti seotud suitsidaalse käitumisega. Neid käsitletakse sõltumatutena haiguse mõjust inimese vaimsele tervisele. Suurim mõju on haigustel, millega kaasneb krooniline, tugev valu või puue. Selliste haiguste hulka kuuluvad näiteks AIDS, neeruhaigused, pärgarteri häired, mõned vähihaiguse liigid, seljavigastused ja traumaga seotud ajukahjustused.

Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi poolt koordineeritud ja Eestis läbiviidud kontrollgrupi uurimuse käigus, kus igale suitsiidikatse sooritajale vastas üks sama vana ja samast soost inimene populatsioonist leiti, et riskigruppi kuuluvad pikaajalise kehalise haiguse või puuetega isikud. Samuti oli pikaajaliste psüühiliste puuete alla kannatavate isikute osakaal suitsiidikatse sooritanute seas kõrgem. Pikaajalisest psüühilisest vaevusest kõrgema suitsiidiriskiga osutusid kahel viimasel nädalal enne suitsiidikatset vaevanud psüühilised häired. Peamiselt toodi esile hirmud, ärevus, depressiivsed tunded ja unetus. Suitsiidikatse sooritanutest diagnoositi 98,8% vähemalt üks psüühika- või käitumishäire. Sagedasim oli depressioon (59%), millele järgnesid rasked stressireaktsioonid ja kohanemishäired (21%) ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (10%). Naistel oli mõnevõrra sagedamini depressiooni ja raskeid stressreaktsioone, meestel esines naistest rohkem skisofreeniat, skisotüüpsed ja luululisi häireid ning rohkem kui kaks korda rohkem psühhoaktiivsete ainete tarbimisest tingitud häireid. Suitsiidikatses sooritanutest kolmandikul oli ka varem psüühilisi häireid diagnoositud. Becki depressiooni küsimustiku alusel leiti, et suitsiidikatse sooritanutest 23% olid normaalses seisundis ja 77% depressiivses seisundis. Depressiivset seisundit esines kõige rohkem vanemas vanuserühmas (60 ja vanemad).

## **Väärtused, iseloom ja muud isiksuslikud omadused**

Inimese väärtushinnangud mõjutavad suitsiidi nägemist lahendusena. Nagu eelnevatest materjalidest võis lugeda, on mõningates religioonides suitsiid keelatud ja selle sooritamise tagajärjed äärmiselt tõsised.

Ka kultuur mõjutab arusaama inimese elu väärtusest. Kaitsvateks teguriteks on leitud olevat veel ka enesehinnang, eesmärgi omamine elus, enda tundmine kasulikuna ja väärtustatuna nii kodus, tööl kui kogukonnas.

Uurimuste kohaselt mõjutavad suitsidaalset käitumist, ja seda eriti nooremas eas, sellised isikuomadused nagu oma elu ja tegevuse üle kontrolli omamise tunne, iseseisvus, probleemilahendusoskused, intellektuaalsus ja paindlikkus. Inimesed, kes usuvad omavat oma elu üle kontrolli ja usuvad, et asjadel, mis nendega juhtuvad on otsene seos nende endi poolt tehtud otsustega, näevad väiksema tõenäosusega probleemide lahendusena suitsiidi kui inimesed, kes usuvad et nende elu kontrollib mingi välispidine jõud. Kaitsvateks teguriteks on ka lootus ja optimism tuleviku suhtes. Mitmeid eelnevalt nimetatud omadusi on võimalik arendada läbi teraapia ja oskuste treeningu. Riskiteguriteks on veel ka impulsiivsus ja agressiivsus, kusjuures risk suitsiidi sooritamiseks on suurem nooremas eas võrreldes vanemate indiviididega.

## **Käitumuslikud riskitegurid**

Alkoholi ja teiste uimastavate ainete tarbimine on suitsidaalsuses tuntud riskifaktoriks. Mõningatel juhtudel on erinevate ainete kuritarvitamine piisavalt tõsine, et pidada seda vaimse tervise häireks. Samas võivad need esineda ka ilma vaimse tervise häireta, olles siiski riskiteguriks. Uurimused on näidanud, et isegi nikotiini tarbimine, eriti sage suitsetamine, on seotud suitsiidisurmaga. Mehhanism, kuidas erinevad ained suitsidaalsust täpsemalt mõjutavad, ei ole päris selge, kuid olulisteks teguriteks on kindlasti vähenenud piirangud inimeses ja kahjustatud võime hinnata olukordi objektiivselt. Alkoholi rolli suitsiidis on uuritud palju ning hinnanguline osakaal alkoholiga seotud suitsiididel on 28-79%. Alkoholi tarvitamise sagedus enne suitsiidi on kõrgem meestel võrreldes naistega, noorematel võrreldes vanema täiskasvanueaga ja mõningates rahvusgruppides ja geograafilistes asukohtades.

Kairi Kõlvese jt poolt Eestis läbiviidud uurimuse tulemused näitasid, et Eesti suitsidentidest 61% olid alkoholisõltlased või alkoholi kuritarvitajad, mis on märkimisväärselt kõrgem võrreldes teiste maade uuringute tulemustega. Uuriti 427 suitsiidijuhtumit kasutades psühholoogilise autopsia meetodit. Igale suitsidendile vastas üks kontrollisik, kelle sugu ja vanus olid sama. Alkoholisõltuvus ja alkoholi kuritarvitamine diagnoositi lähtuvalt DSM-IV printsiipidest. Leiti, et alkoholisõltlasi ja kuritarvitajaid oli enam meessuitsidentide hulgas võrreldes naissuitsidentidega ning meeste puhul keskealiste (35–59) vanusrühmas. Uuring kinnitas indiviidi tasandil, et

alkoholi väärarvitamisega seotud suitsiidide osakaal on Eestis väga kõrge, samuti on alkoholi väärarvitamine oluline suitsiidi riskitegur.

Käitumuslikud riskitegurid on põhjalikumalt läbi uuritud alaealiste kui täiskasvanute seas. Teismelistel on suurem risk suitsiidi sooritamiseks varase seksuaalse aktiivsuse korral, mõnuainete tarvitamise korral, ebaõnnestumisel õppetöös, samasoolise armastuse ja vägivalda korral. Riskikäitumist on raske eristada suitsidaalsusest. Näiteks Vene ruleti mängimine, narkootikumidega liialdamine ja ohtlikud ronimistegevused. Riskiteguriks on ka ligipääs letaalsele vahenditele ja seda eriti noorte seas. Näiteks inimesed, kes omavad lihtsat juurdepääsu relvadele, kasutavad suitsiidi sooritamiseks suurema tõenäosusega relva ja selle kasutamine on enamasti fataalne.

### **Demograafilised riski- ja kaitsvad tegurid**

Iga päev teeb Eestis suitsiidi 1-2 inimest ja suitsiidikatse hinnanguliselt vähemalt 10 inimest, tõenäoliselt paar korda rohkem. Iseisvusajal (1992-2007) on Eestis hukkunud suitsiidi läbi 6899. Kuigi suitsiid on individuaalne akt, mis toimub unikaalses situatsioonis, esinevad mitmed tõestatud riski- ja kaitsvad tegurid mitmel tasemel – demograafilised, kogukondlikud, perekondlikud ja individuaalsed. Demograafiliselt varieeruvad suitsiidi ja suitsiidikatsete mustrid lähtuvalt vanusest, soost, rahvusest, ametialast, geograafiast, sissetulekust jt teguritest.

### **Vanus, sugu ja rahvuslik kuuluvus**

Suitsiidi puhul on kogu maailmas riskirühmaks mehed (v.a. Hiina) ning suitsiidirisk suureneb koos vanusega. Merike Sisaski'i poolt läbiviidud uurimus näitas, et Eesti puhul on enim ohustatud just keskealised mehed. Suitsiidikatse sooritamise risk on naistel suurem kui meestel ning suitsiidikatse sooritamine on sagedasem nooremas eas, meeste puhul on kõige enam ohustatud vanuserühm 20-29 ning naiste puhul 15-19. Kui suitsiide sooritavad mitte-eestlased mõnevõrra sagedamini kui eestlased, siis suitsiidikatsete puhul rahvusesti erinevusi ei ilmnenud.

Migrantide suitsiidikordaja on enamasti suurem võrreldes kohaliku elanikkonnaga. Samuti on migrantide suitsiidisuremus enamasti kõrgem selle maa omast, kust ta pärineb. Siin mängivad rolli kohanemisküsimused uues sotsiaalses keskkonnas ja kultuuriruumis ning nende juurde kuuluvad psüühilised reaktsioonid.

Valge rassi esindajad sooritavad rohkem suitsiide, kui musta rassi või asiaatide esindajad. Kõige rohkem suitsiide esineb punase rassi seas – indiaanlaste suitsiiditase on 5 korda kõrgem teiste rasside esindajatest. Asiaatidel on suured erinevused, see tähendab, et näiteks Jaapanis on vähe suitsiide, Hiinas palju.

Eestis läbiviidud kontrollgrupi uurimuses leiti, et suitsiidikatsed on sagedasemad naiste seas – 65% elanikkonnast ja mehi 35%. Vanuselisel on suitsiidikatse sooritanuid kõige

rohkem vanusegrupis 20-29 (36%), järgmistena 15-19 (19%) ja 30-39 (19%). Naiste puhul oli risk kõrgeim vanuserühmas 15-19 ning meeste puhul 20-29. Järelikult on suitsiidikatsete risk kõrgem nooremas elanikkonna grupis, alates 30. eluaastast suitsiidikatse risk alaneb. Rahvuseliselt on erinevused mitteolulised: 57% eestlaste seas ning 43% mitte-eestlaste seas, kontrollgrupis oli eestlasi 58% ja mitte-eestlasi 42%.

### **Abielulisus, seksuaalne orientatsioon, vangistus**

Üldiselt on suitsiidikordaja madalam abielus inimestel kui üksikutel, lahutatutel või leskedel. Samas suurendab lähisuhtevägivald suitsiidiriski ja seda vaatamata abielustaatusele. Abielus olemine kaitseb mehi rohkem kui naisi ning laste omamine jällegi vastupidi, kaitseb naisi rohkem kui mehi. Perekond on kõige olulisem sotsiaalne keskkond. Perekonnaga seoses on inimestel suurem kohusetunne, nad on paremini sotsiaalselt integreeritud. Abielu võimaldab suuremat sotsiaalset ja emotsionaalset toetust. Lesed ja lahutatud inimesed on sageli üksikud ja ebapiisavas kontaktis ühiskonnaga. Eriti vanemate meeste puhul on suurenenud suitsiidirisk, sest kooselu kaitseb suitsiidi eest mehi enam kui naisi.

Seksuaalne orientatsioon on suitsiidiriskiks vaid meestele. On tõestatud, et homoseksuaalid või biseksuaalsed mehed vanuses 18-40 on 5-14 korda suurema tõenäosusega sooritamaks suitsiidi kui heteroseksuaalsed mehed.

Vangide suitsiidide esinamus on 9 korda suurem populatsiooni esinemusest. Vangistatud ja seadusega pahuksis olevatel noortel on oluliselt suurem suitsiidirisk võrreldes mittevangistatud noortega. Enamus suitsiide viiakse läbi meesterahvaste poolt, kes on vahistatud mittevägivaldsete kuritegude eest, mille nad panid toime jooanud olekus.

Paljud uuringud alates Durkheimist on rõhutanud sotsiaalse integratsiooni suitsiidiriski vähendavat toimet, seejuures on rõhutatud just abielulisuse rolli. Merike Sisaski poolt Eestis läbiviidud uurimus näitas, et sarnaselt suitsiididega on ka suitsiidikatsete puhul abielu (nii registreeritud kui vabaabielu) kaitsvaks teguriks, seda nii keskmises (35-59) kui ka vanemas (60 ja vanem) vanuserühmas. Elamine ühes leibkonnas koos partneriga oli kaitsvaks teguriks ning riskiteguritena tulid esile naiste hulgas üksinda elamine (alla 35.a. vanuserühmas) või ilma partnerita koos lapsega elamine (35-59.a. vanuserühmas).

Viimasena nimetatud uurimuses leiti ka, et suitsiidikatse sooritanud on üksikumad võrreldes kontrollgrupiga. Nende seas on harvemini abielus või vabaabielus olevaid isikuid ning tihemini vallalisi ja lahutanuid (või lahku läinuid). Meeste seas oli suitsiidikatsetajate osakaal suurem vallaliste puhul ja naised võrreldes meestega olid tihemini abielus või kooselus konkreetse partneriga. Võrreldes kontrollgrupiga on suitsiidikatse sooritanud tihemini lasteta (vastavalt 35% ja 48%). Kui suitsiidikatse sooritanutel on lapsed, siis on need sagedamini alla 16 aasta vanused kui kontrollgrupis (vastavalt 36% ja 24%). Suitsiidikatse sooritanud olid kõige tihemini tavapäraselt elanud koos partneri ja lastega (30%), järgnes elamine koos vanematega (27%). Leibkonna

koosseis suitsiidikatse sooritanutel vahetult enne suitsiidikatset erines nende tavapärasest: üksinda või üksinda koos lastega elavate isikute koosseis oli suurenenud, mis viitab sotsiaalse integratsiooni vähenemisele. Kontrollgrupp erines peamiselt selle poolest, et nende seas oli rohkem koos partneri ja lastega (32%) või ainult koos partneriga (22%) elavaid isikuid.

### **Ametiala, haridus, töötus, sissetulek, religioon**

Üldiselt on teatud ametialade esindajate seas, nagu politsei, arstid ja militaarsfääri esindaja, suitsiidide sagedus teiste erialade esindajatest mõnevõrra kõrgem. Seda on võimalik selgitada läbi letaalsetele vahenditele juurdepääsu. Nimetatud ametite esindajatel on see juurdepääs surmavatele ravimitele või relvadele lihtsam.

Haridus võib olla sõltumatuks riskiteguriks suitsiidis või siis olla seotud suitsidaalse käitumisega läbi korreleeruva suhte sissetuleku ja tööstaatusiga. Mõningate uurimuste kohaselt on suitsiidirisk suurim mõlemas haridusliku spektri äärmuses. Eestis läbiviidud uurimus näitas, et kõrgem haridusase, mis tagab inimesele kindla professioni (kesk-eri ja kõrgem haridus) või kõrgema hariduse omandamine nooremas vanuserühmas (alla 35), üliõpilase staatus, olid suitsiidikatse suhtes kaitsvaks teguriks. Nooremas vanuserühmas suurendas suitsiidikatse sooritamise riski kooliõpilase staatus.

Peale perekonda on töö teiseks oluliseks sfääriks inimese elus. Töö ei taga mitte ainult sissetuleku, vaid on oluline ka sotsiaalsete kontaktide ja positsiooni aspektist lähtudes. Töö puhul on oluline selle individuaalne tähendus, see tähendab, et kui olulist rolli mängib töö konkreetse inimese elus.

Suitsiidi ja tööstaatus vahelised uuringud on näidanud, et töötutel on suurem suitsiidirisk kui töötavatel indiviididel, samuti on suurema riskiga invaliidistumise tõttu tööturult lahkunud. Suitsiidiriskiga korreleerub töötus ja seda eriti pikaajalise töötuse korral. Töötus on seotud ka vaesuse, lähisuhtevägivalla ja mõnuainete tarvitamisega. Töötamine tagab inimesele kindla sotsiaalse keskkonna, kuuluvustunde ja toe. Eesti uurimuses leiti, et kõikides vanuserühmades vähendab töötamine suitsiidikatse sooritamise riski ning töö puudumine (töötus, alaline töövõimetus) suurendavad seda riski. Sissetulekute kohta on leitud, et see korreleerub negatiivselt suitsiidikordajaga.

Suitsiidiuurimused, mis on vaadelnud inimeste kirikus käimist, on leidnud, et seotus religiooniga on kaitsvaks teguriks. Kuid ei ole selge, kas kiriku sotsiaalne võrgustik on see, mis kaitseb või on see indiviidi uskumussüsteem, tõenäoliselt on see mõlema kombinatsioon. Religioon on suitsidaalsuses kaitsvaks teguriks osaliselt kindlasti seetõttu, et usuga seotud tegevused annavad indiviidile teatud kogukonnatunnetuse ja toetussüsteemi. Usulise tõekspidamise olemasolu kui üks sotsiaalse integratsiooni tunnus osutus ka Eestis läbiviidud uurimuses suitsiidikatse sooritamise riski vähendavaks teguriks. Usuline tõekspidamine oli harvem suitsiidikatsetajate seas kui elanikkonna kontrollgrupis. Usuline tõekspidamine vähendab suitsiidikatse riski nii meeste kui naiste puhul.

Eestis suitsiidikatse sooritanute seas on rohkem madalama haridusega isikuid, 30% põhiharidusega ja 30% keskharidusega. Kõrgharidus või üliõpilase staatus vähendab suitsiidikatse riski. Töölase hõivatuse osas on elanikkonna kontrollgrupis rohkem täisajaga töötajaid, vastavalt 56% ja 42%. Töötuid (18%) ja invaliide (10%) oli enam suitsiidikatse sooritanute seas kui elanikkonna kontrollgrupis. Seal oli töötuid 9% ja invaliide 1%. Meeste seas oli kõrgeima riskiteguriga töötud ja alaliselt töövõimetud, naiste seas oli samuti töötus peamiseks riskiteguriks. Kuna suitsiidikatse sooritanud on üldiselt madalama haridustasemega, on see ilmselt üheks põhjuseks, miks neil on ka raskem tööturul läbi lüüa.

### **Geograafia ja linn vs maa**

Eesti-Rootsi Suitsidoloogia ja Vaimse Tervise Instituudi juhataja dr. Airi Värniku kohaselt erineb suitsiidide sagedus Eestis piirkonniti suurel määral. Suhtarvudes annavad Eesti suurimad linnad Tallinn ja Tartu keskmisest väiksema suitsiidikordaja. Aastatel 1999-2001 juhtis suitsiidide sageduse tabelit Ida-Virumaa suure ülekaaluga teiste maakondade ees. Kõrged on näitajad ka Haapsalu ja Jõgeva kandis. Enamasti on suurlinnades suitsiidide sagedus suurem, kuna tihe asustus tekitab reeglina probleeme ja tõstab närvipinget. Suurlinnades genereerib suitsiide ka asjaolu, et sinna koguneb nii eliit kui vastasäärmus, äärmused on aga teatavasti suitsiidialtid.

Ajavahemikul 1999-2001 sooritasid kõige enam suitsiide linnamehed (51%), järgnesid maamehed (28%), linnanaised (16%) ja maanaised (6%). Kuna aga linnarahvastikku on Eestis ligikaudu 70%, maarahvastikku 30%, siis tehes ümberarvestuse absoluutarvudelt suhtarvudele, tuleb ilmsiks, et kõige sagedasem on suitsiidisurm maameeste hulgas: 2001.a. 61 juhtumit 100 000 maamehe kohta. Linnas hukkus samal ajal suitsiidi läbi 45 meest 100 000 linnamehe kohta. 100 000 linnanaise kohta sooritas samal aastal suitsiidi 12 naist ning 100 000 maanaise kohta 11 naist.

### **Elusündmused kolmel viimasel elukuul**

Nagu eelnevalt mainitud, kuuluvad hiljutised elusündmused suitsidaalses käitumises otseste riskitegurite hulka. Mida tugevam on inimese sotsiaalsete suhete võrgustik, seda enam on ta kaitstud elusündmuste negatiivse toime eest. Elusündmuste mõju erineb vanuse ja soo lõikes. Noored kogevad enam interpersonaalseid kaotusi, konflikte ja majanduslikke raskusi, keskealised töö ja majandusliku olukorraga seotud sündmusi ja partnerist lahkuminekut, eakusega kaasnevad muutused tervislikus seisundis. Soolistest erinevustest on esile toodud, et mehed elavad raskemini üle töökoha kaotust ja majanduslikke raskusi.

Eestis läbiviidud uurimus eestlaste ja mitte-eestlaste enesetappude kohta näitas, et suitsiidieelsel perioodil toimunud elusündmuste/muutuste toimumisel ei esinenud rahvuseti suuri erinevusi. Kolm kõige sagedamini esinenud elusündmust kolmel viimasel



elukuul jäid samaks ka rahvuste eristamisel: rohkem kui kolmandikul nii eesti kui ka mitte-eesti rahvusest suitsidentidest esinesid tõsised probleemid suhetes pereliikmetega, neljandik põdesid viimasel kolmel elukuul kehalisi haigusi ning viiendik koges finantsseisundi halvenemist. Sagedamini esines veel olulise elusündmusena lahusolek abikaasast või elukaaslasest probleemide tõttu.

### **Suitsiidi riski- ja kaitsvad tegurid uurimuses**

Suitsiidiuurimuste ja preventsiiooni keskmes on arusaam suitsiidi riski- ja kaitsvatest teguritest. Eelnevaga seostub ka selline mõiste nagu resilentsus. Järgnevalt vaatleme kõiki neid komponente suitsiidiuurimuse kontekstis lähemalt.

Täiendusena teksti alguses nimetatud riskiteguri definitsioonile võib öelda, et suitsiidiuurimuse kontekstis on riskitegur tunnus, mis kirjeldab indiviidide gruppi, kes omab suuremat tõenäosust ebasoovitavaks resultaadiks. Teiste sõnadega, ebasoovitav tulem ilmneb suurema tõenäosusega grupil, kes omavad teatud tunnust, kui grupil inimestel, kes seda tunnust ei oma. Näiteks suitsiidi puhul on kliiniline depressioon riskiteguriks, mida tõlgendatakse järgnevalt: populatsioonis, kus kõik muud tunnused on võrdsed, on tõenäoline et see grupp inimesi, kes omavad kliinilist depressiooni omavad ka suuremat suitsiidide sagedust kui see grupp, kus kliinilist depressiooni ei ole.

Siin on olulised mitmed asjaolud:

- 1) Riskitegurid omavad mõju eelkõige grupi, mitte indiviidi tasandil. Kui kliinilise depressiooni haigete grupis on suitsiidide sagedus suurem kui grupis, kellel seda haigust ei ole, siis indiviid kellel on kliiniline depressioon ei ole tingimata rohkem suitsidaalne kui indiviid, kellel kliinilist depressiooni ei ole.
- 2) Suurenenud risk ei tähenda ilmtingimata kõrget riski. Suurem osa inimestest, kes omavad ükskõik millist riskiteguri, ei tapa ennast ära.
- 3) Riskitegurid on seotud tulemiga, kuid ei pruugi olla selle põhjuseks. Kliiniline depressioon ei põhjusta suitsiidi. Uurijad ei tea, mis põhjustab suitsiidi.
- 4) Riskitegurite tundmine ei võimalda ennustada, kes sooritab enesetapu ja kes mitte.

Kaitsev tegur on oma olemuselt vastand riskitegurile. Seega on see tunnus, mis on seotud ebasoovitava tulemi esinemuse vähendamisega teatud grupis. Näiteks samal ajal, kui kliiniline depressioon on riskitegur, hea vaimne tervis on kaitsvaks teguriks. Enamus uurijaid keskenduvad riskiteguritele, sest need on tunnused, mille kaudu on võimalik kindlaks teha grupid, kus preventiivsed tegevused oleksid vajalikud. Viimase aja trend on siiski selles suunas, et pigem leida interventsiooni võimalusi suurendamiseks kaitsvaid tegureid ja mitte keskenduda ainult riskitegurite vähendamisele. Tulemus on põhimõtteliselt sama.

Resilentsuse mõistet kasutatakse sageli kaitsva teguri sünonüümina. Paremini on see aga mõistetav kui indiviidi või grupi võime kohaneda erinevates olukordades ja leida taas tasakaal, olla paindlik. Indiviidi resilentsust mõjutavad mitmed tegurid nagu pärilikud võimed, kogemused, keskkondlikud tegurid, treenitus jm tegurid, mis kõik ei ole veel täielikult mõistetavad.

Riski- ja kaitsvate tegurite uurimise ja mõistmise eesmärkideks on muuhulgas:

- 1) eristada omadused, mis on seotud suitsidaalse käitumisega ja alluvad interventsioonile;
- 2) idendifitseerida ja keskenduda neile inimestele, kes kõige enam vajavad preventiivset interventsiooni;
- 3) edendada suitsiidi põhjuste leidmisele suunatud uurimust.

Uuritakse tegureid individuaalsel, interpersonaalsel ja keskkondlikul tasandil, erinevate tegurite vastastikust mõju ja seotust ning muutumist läbi aja.

### **Kasutatud kirjandus**

DeBruyn L, Fullerton-Gleason L & Chino M (2008). Suicidality: Demographic Risk and Protective Factors. *Encyclopedia of Interpersonal Violence*. SAGE. [http://www.sage-reference.com/violence/Article\\_n507.html](http://www.sage-reference.com/violence/Article_n507.html). Viimati külastatud 19.03.09.

Fullerton-Gleason L (2008). Suicide, Risk and Protective Factors: In Research. *Encyclopedia of Interpersonal Violence*. SAGE. [http://www.sage-reference.com/violence/Article\\_n511.html](http://www.sage-reference.com/violence/Article_n511.html). Viimati külastatud 19.03.09.

Hoff LA (1989). *People in Crisis: Understanding and Helping*. Addison-Wesley Publishing. USA.

Kõlves K, Sisask M & Värnik A (2004). Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikatse sooritanute uuring. SUPRE-MISS projekti raport. ERSI.

Kõlves K, Värnik A, Tooding L-M, Wasserman D (2006). The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*;36:923–930.

Mościcki EK (1997). Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatric Clinics of North America*. 20; 3; 499-517.

Shah AK (2008). A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and urbanization. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 38, 714–719.

Sisask M (2005). Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Sisask M, Kõlves K, Värnik A & Wasserman D (2003). WHO-SUPRE – ülemaailmne suitsiidikatsete uuring Eestis. *Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi 10. aastapäeva artiklite kogumik. Suitsiidi-uuringud / Värnik A.* 65-69.

Värnik A (2003). Suitsiidide esinemus Eestis. *Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi 10. aastapäeva artiklite kogumik. Suitsiidi-uuringud / Värnik A.* 24-29.

Värnik A & Kõlves K (2001). Eestlaste ja mitte-eestlaste enesetapud. Tallinn-Tartu: Lennujaama Kirjastus.

Värnik A, Wasserman D, Dankowicz M & Eklund G (1998). Age-specific suicide rates in Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.*, 394,20-5.

## SUIISIID ELUKAARE KONTEKSTIS

### LAPSED

Laste arusaam enesetapust kujuneb varases nooruses ja järgneb nende arusaamale surmast ja suremisest. Lapsed sooritavad enesetappu väga harva, kuid on selle aktiga hästi kursis läbi meedia ning räägivad sellest ka omavahel.

#### Laste arusaam enesetapust

Uurimused on näidanud, et juba seitsme-kaheksa aastased lapsed mõistavad enesetappu kontseptsiooni. Nad oskavad kasutada sõna „enesetapp“ vestlustes ja nimetada mitmeid meetodeid enesetappu sooritamiseks. Nooremad, umbes 5-6 aastased on võimelised enda tapmisest rääkima, kuigi nad ei mõista enesetappu tähendust. Sellest rääkimisel õpivad nad ka täiskasvanute reaktsiooni pealt, mis enamasti on rahulolematu. 7-8 aastastel on lapsed suure tõenäosusega suitsiidide teemal kellegi oma sõbraga juba rääkinud. Ühes 1999 aasta uurimuses, mille viis läbi Brian Mishara, olid pooled esimese ja teise klassi uuritud lastest ja kõik vanemate klasside lapsed näinud vähemalt ühte enesetappu televiisoris. Enesetapp toimub enamasti mingis multifilmis ja hõlmab „paha“ poolt enda tapmist peale seda, kui ta on kaotanud võitluse „heaga“. Lapsed puutuvad suitsiidikatsete ja ähvardustega kokku läbi seebiooperite ja täiskasvanute programmide. Vanemate seas läbiviidud uurimused on näidanud, et 4% lastest on ähvardanud ennast tappa mingil ajahetkel.

Lääne kultuurides on harva lastel vanuses 5-12 positiivne hoiak enesetappu suhtes. Enamasti peetakse seda teoks, mida ei tohiks teha ja harva leitakse, et inimesel on õigus ennast tappa. Kui perekonnas toimub suitsiid, siis lapsed on sellest enamasti teadlikud, vaatamata vanemate püüdlustele seda fakti varjata ja selgitada surma õnnetusjuhtumina. Mishara poolt läbiviidud uurimus Canadas näitab, et 8% lastest teadsid kedagi, kes oli sooritanud enesetappu, kuid ühelegi neist lastest ei rääkinud enesetapust täiskasvanud inimene.

#### Laste arusaam surmast

Kuigi lapsed mõistavad surma ja enesetappu juba noores eas, erineb nende arusaam sageli täiskasvanu arusaamast. Väga noored lapsed ei mõista surma lõplikuna (kui keegi on surnud, võib ta veel ellu ärgata), universaalsena (igaüks ei pea tingimata surema), ennustamatuna (surm ei saa lihtsalt tulla ükskõik mis ajahetkel) ega paratamatuna (olles piisavalt ettevaatlik ja omades head arsti võib surma vältida). Surma kontseptsiooni mõistmine on seotud kognitiivse arenguga ja muutub vastavalt eale kiiresti. Enamus lapsi mõistab surma täiskasvanuga sarnaselt juba varases eas, kuid on ka leitud, et kuni 20% 12-aastastest lastest võib veel arvata, et surnu suudab tunda, tajuda, näha ja kuulda nagu elav inimene.

### Laste arusaam enesetapust

Oleks naiivne arvata, et noored lapsed ei tea enesetapust midagi. Siiski on televiisorist nähtav oluliselt erinev reaalsusest. Televisiooniprogrammides ennast tappa inimesed ei kannata enamasti raske depressiooni või teiste vaimse tervise häirete all, nad ei ole enamasti ambivalentsed oma otsuses ennast tappa või mitte ja harva näevad lapsed suitsidaalsele inimesele abi pakkumist või ükskõik millist preventsiiooni. Taoline kogemus vastandub reaalsusega, kus vaimse tervise häired kaasnevad peaaegu et alati enesetapuga, suitsident on äärmuslikult ambivalentne ja suitsiidimõtted arenevad harva suitsiidiaktiks kuna inimene leiab oma probleemile mingi alternatiivse lahenduse.

### TEISMELISED JA NOORED

Teismeliste ja noorte suitsidaalse käitumise kohta palun lugeda aine kaustast „Infomaterjalid“: Abiks õpetajale ja muule koolipersonalile.

### VANURID

Vaatamata olulistele kultuurilistele erinevustele maailma maades, on vanurite suitsiidikordaja läbivalt kõrge. Kõige üldisemas plaanis on üle 75 aastaste suitsiidikordaja umbes 3 korda kõrgem alla 25 aastaste suitsiidikordajast. Taoline trend on jälgitav mõlema soo esindajate seas olles järsem meeste hulgas. Vanemate naiste suitsiidikordaja on erinevates maades erinev. Mõningates see kasvab vanusega (nt Eestis), teistes saavutab kõrgeima taseme keskeas, viimane on eriti levinud arengumaades ja vähemusgruppides on naiste suitsiidikordaja kõrgeim noortel. Lähtudes 2001 aasta andmetest võib öelda, et pooled maailma naiste suitsiididest sooritavad Hiina naised.

Enesetapp on levinuim meeste seas, eriti üle 75 aastaste seas. See on vastuolus naiste kehva tervise ja sotsiaalse staatusega mis kaasneb nende pikema eaga ja selle sekundaarsete teguritega nagu psühhofüüsiline olukord, vaesus, lese staatus ja mahajäetus. Taolise erinevuse selgitamiseks on sotsiaalteadlased leidnud, et naised kaitseb suitsiidi eest paremini korraldatud sotsiaalne võrgustik, suurem enesetõhusus igapäevatoimingutes ja pühendumus järeltulevatele põlvedele.

### Eakate suitsiidi üldised tegurid

Sellele vanusegrupile on omased teatud tunnused. Vanemad inimesed kannatavad tõenäolisemalt füüsiliste või psüühiliste haiguste käes ja üldiselt planeerivad oma enesetappe, mitte ei käitu impulsiivselt. Vanemate inimeste enesetapumeetodid on üldiselt vägivaldsed ja kõrge suremistõenäosusega, väljendades tõsiseid kavatsusi. Kõige

levinumateks meetoditeks on poomine, tulirelvade kasutamine (eriti USA-s), kõrgelt alla hüppamine (eriti Aasia suurlinnades nagu Hong Kong ja Singapur), mürgi võtmine (eriti ravimid, rahustid ja valuvaigistid naiste seas) ning uputamine.

Enamik vanurite enesetapukatsetest on läbi viidud kodus. Kui on jäetud hüvastijätukiri, sisaldab see tavaliselt varalisi ja matustega seotud korraldusi. Kirjad osutavad kindlale kavatsusele, täpsele planeerimisele ja emotsionaalsele lahtilaskmisele/eemaldumisele.

#### Vanurite suitsiidikäitumise vähene teatamine

Enesetapu tagajärjel surnute statistilised andmed sisaldavad tavaliselt tegelikkusest väiksemaid numbreid, vanemate inimeste enesetappude puhul peetakse seda eriti sagedaseks. Erinevatel põhjustel võib esineda vastumeelsus nimetada surma enesetapuks, eriti piirkondades, kus religioossed ja kultuurilised hoiakud mõistavad selle hukka. Üldiselt võidakse enesetappu vabatahtlikult varjata vältimaks avalikku (häbi)mürgistamist, sotsiaalsest mugavusest, poliitilistel põhjustel, kindlustusmakse saamiseks või seetõttu, et see oli tahtlikult maskeeritud õnnetuseks. Enesetappu võib samuti eksitusena liigitada kui teadmata surmapõhjust või loomulikku surma (nt kui inimene võtab hooletult elushoidvaid ravimeid).

Enesetapp võib jääda märkamata ka juhul, kui on tegu ravimite üledoosi, enese surnuks naljutamise või surmaga mõni aeg pärast suitsiidikatset (sellisel juhul teatakse surma põhjuseks ametlikult isiku kliiniline seisund), samuti eutanaasia korral.

#### Kõrgendatud suitsiidi riskifaktorid eakate hulgas

Kuigi paljud vanuritest võivad enesetapu ajal kannatada psüühikahäirete all, pole suuremal osal neist eelnevalt esinenud suitsidaalset käitumist. Lisaks on uurijad leidnud, et ainult väike protsent psüühiliselt tervetest inimestest "ihkavad" surra.

Psühhopatoloogia. Psühhiaatriline patoloogia on vanurite seas kõige olulisem enesetapu riskifaktor (üle kolme neljandiku kõigist juhtumitest). Teadaolevate andmete järgi kannatavad nad oma surma ajal mingit liiki psühhiaatrilise häire all.

Meeleoluhäired on tugevalt seotud suitsiidikäitumisega kõikides vanusegruppides, ent tunduvad kõige olulisemat rolli mängivat just eakamate täiskasvanute puhul. 1997 Harrise ja Barraclough' juhitud uurimus paljastas, et tugeva depressiooni poolt mõjutatute suitsiidirisk oli vastavalt 20 ja 12 korda kõrgem kui oodatud võrreldes üldise populatsiooniga. Enamus eakaid ohvreid kannatas tugeva depressiooni all: 67% enesetappudest oli sooritatud 50-aastaste ja vanemate poolt 1991. aastal Yates Conwelli läbi viidud uurimuse põhjal. 83% 65-aastaste ja vanemate seas 1993. aasta Clarki ja Clarki põhjal ja 44% üle 60-aastastest 1995. aasta Markus Herikssoni järgi.

Meeleoluhäirete valdav roll tõsiste suitsiidikatsete riski suurenemisel viitab, et nende häirete eemaldamine võib vähendada tõsiste kavatsustega suitsiidikatsete arvu kuni

80%, eriti üle 60-aastaste seas, kus seos meeleluhäirete ja suitsiidikatsete vahel on tugevam. Sealjuures on väga tavaline eakamate täiskasvanute depressiooni aladiagnoosimine ja ravimata jätmine.

Eakamatel isikutel pole tihti klassikalisi sümptomeid. Peaaegu pooltel neist puudub depressiivne meeleolu kliinilises vormis (üks kõige äratuntavamaid sümptomeid). Lisandub sageli samaaegne füüsiline haigus, mis tihti varjab depressiooni sümptomeid. Eakad inimesed võivad ka nimelt eitada suitsiidimõtteid. Eakate depressiooni aladiagnoosimine vähendab ka antidepressandiravi. Isegi kui leitakse, et depressiooni on vaja ravida, on sageli probleemiks antidepressantide sobitamine juba tarbitavate ravimitega.

Sarnaselt on suitsiidiriskiga eakate isikute identifitseerimine keeruline. Hoiatavate suitsiidikatsete puudumine eakate seas muudab eriti oluliseks suitsiidimõtete avastamise. Hiljutine uuring suitsiidimõtetest 73 lõpule viidud enesetapu põhjal leidis, et 38% protsenti olid suitsiidimõtteid avaldanud oma arstile. Kui räägiti lahkunu sõprade ja lähedastega selgus, et 85% neist olid rääkinud oma mõttest. Mitmed patsiendid olid eitanud oma suitsiidikavatsusi arstiga rääkides. Need arvud illustreerivad suitsiidikavatsuste tuvastamise raskusi eakate patsientide seas selle algstaadiumis ning raskusi lähedaste nõustamisel, kui on suitsiidikavastuste kahtlus.

Alkoholi kuritarvitamine ja sõltuvus on vastavalt erinevatele uuringutele seotud 3–44% eakate suitsiidiohvrite juhtumitega, mis on kõrgem kui üldised selle eagrupi näitajad ja palju sagedasem 65 kuni 74-aastaste seas. Alkoholi tarvitamine ja depressioon võivad luua väga kõrge suitsiidiriski eakate seas, eriti kui alkoholi tarvitamine pärsib üldist toimetulekut. Ainult väike hulk suitsidiaalsetest eakatest kannatas skisofreenia või mõne teise psühhootilise seisundi või isiksusehäirete all. Suitsiidid võivad üldiselt olla seotud ka isiksuse vähese avatuse omadusega, lähisuhete loomise võimetuse, psühholoogilise valu verbaalse väljendamise võimetuse, kontrolli kaotuse ja üksinduse, meeleheite ning teistest sõltuvusega.

Ärevushäired paistavad olevat olulised ainult täiendava seisundina, eriti koosmõjul depressiooniga. Dementsus esineb suitsiidikalduvustega patsientide diagnoosis harva. On pakutud, et Alzheimeri tõve varajases staadiumis võib sageli esineda suitsiidikavatsusi, kuid haiguse süvenemisega kaasnev tunnetuslikkuse kahjustumine võib takistada selle täideviimist.

Füüsiline haigus. McKenzie ja Popkini 1990. aasta uuringu põhjal 65% eakatest olid mõjutatud tõsiste krooniliste füüsiliste patoloogiate poolt suitsiidi ajal ning 27% kannatas tõsise püsiva haiguse käes. Kuna need seisundid vähendavad tõenäoliselt iseseisvust ja nõuavad elustiili muutust, võivad need tekitada depressiooni, abitust ja lootusetust, eriti meeste ja üle 75-aastaste seas. Meditsiini võimekuse vähene usaldamine ja lõputu kannatamine olid sagedased depressiivsete suitsiidikalduvustega eakate seas.

Viimased uuringud näitavad vähki põdevate patsientide suitsiidide tõusu esimestel diagnoosile järgnevatel kuudel ja seda eriti meeste seas. Siiski on nende seas tuvastatud

kõrge psühhopaatoloogiate ülekaal (nt tugev depressioon, ärevus). Tähtis aspekt suitsiidiriski kontekstis suhetes füüsiliste haigustega on see, kuidas patsiendid suhtuvad oma haigusesse ja ka nende isiklikud kartused. Enamusel juhtudel on nende hirmudeks sügavamate psühholoogiliste probleemide ilmingud.

Elutingimused ja sündmused. Vanemate enesetapjate, eriti meeste seas on ülekaalus lesestunud, üksikud või lahutatud inimesed. Võrdlemisi madal enesetappude tase abielus inimeste seas võib viidata mitte ainult abielus olevale lähedusele vaid ka sellega kaasnevale agressiivsuse väljajelamise võimalusele.

Kuni 50% eakatest enesetapjatest, eriti naised, on elanud üksi ja olnud üksikud. Üldiselt suitsidiaalsetel vanuritel on olnud vähem võimalusi ja toetust ja vähem kontakte nooremate sugulaste ja sõpradega. Siiski mõned uurijad väidavad, et peale sagedasemate kaotuste ja füüsiliste haiguste vanas eas, pole neil nii palju sotsiaalset isolatsiooni ega stressirikaid seiku elus, kui noortel enesetapjatel. Vanurite suitsidiaalset käitumist võib suhestada nartsissistliku kriisiga, suutmatusega saada hakkama igapäevaste väikeste läbikukkumistega. Suitsidiaalne käitumine võib sel juhul vallanduda nendest sündmustest koos depressiooni või alkoholi kuritarvitamisega.

Pensionile jäämine iseenesest ei ole oluline enesetapurisk, kui see pole järsk ega sunnitud. Eriti meeste ja ka nende seas, kes ei suuda hakkama saada rollivahetuste või tervise- ja sotsiaaltoetustega. Sotsiaalmajanduslik kalle ei tundu olevat vanurite suitsidiaalsuse jaoks nii tähtis kui ta on seda nooremate seas. Raske kaotus on see, mis sageli esindab hilises elus stressirikast sündmust, samuti on lähedase või sõbra surm see, mis enesetapule mõjutab. Risk on suurem siis kui see puudutab abikaasa surma, eriti kui see juhtub äkki. Mehed tunduvad olevat haavatavamad kui naised.

#### Kasutatud kirjandus

Canetto SS (1992). Gender and Suicide in the Elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 22:80–97.

Clark D & Clark SH (1993). Suicide among the Elderly / *Suicidal Behavior: The State of the Art: Proceedings of the XVI Congress of the International Association for Suicide Prevention*. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Conwell Y (1994). Suicide in Elderly Patients / *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Conwell Y (1991). Suicide in Later Life: Psychological Autopsy Findings. *International Psychogeriatrics* 3:59–66.



## SUISSIIDIRISKI HINDAMINE

Suitsidaalne käitumine hõlmab suitsiidimõtteid, suitsiidikatseid ja lõpuleviidud suitsiidi. Suitsiidiprotsess areneb aja jooksul järk järgult, see algab elutüdimusest, jõuab välja surmasoovini ning sealt edasi suitsiidimõtete, suitsiidikatsete ja suitsiidi. Antud kursuse raames eelnevalt käsitletud teemad annavad ülevaate suitsiidi riski- ja kaitsvatest teguritest ning suitsidaalsuse kujunemise protsessist. Siin esitatakse kokkuvõtlikult veelkord olulisemad tegurid ja käsitletakse suitsiidiriski hindamist.

Suitsiidiriski hindamine on oluline osa igapäevapraktikast inimestele, kes puutuvad kokku suitsidaalsete klientide või patsientidega. Taolise riski hindamine ei ole täpne teadus ja probleeme on riskifaktorite hindamisel mitmeid. Suitsiidirisk on dünaamiline, mitte staatiline. See on muutuv populatsioonide ja vanuserühmade lõikes. Indiviidi suitsiidirisk võib aja jooksul suurened või väheneda ja riski olemus muutuda. See on oluline info riskihindamise kontekstis, sest hindamine saab seega olla vaid hetkeolukorra „pildistus“.

Suitsidaalsuse ennustamise mudelid on pidevalt näidanud valehindamist, ennustades suitsiidi ja suurt riski inimestele, kes tegelikult kunagi suitsiidi ei soorita. Sage madala riski ennustamine ja seetõttu kliendi/patsiendi kaotamine ei oleks kliinilises praktikas aktsepteeritav. Eesmärk ei peaks olema suitsiidi ennustamine konkreetsetel indiviidil vaid riski hindamine usaldusväärset ja järjepidevat viisil. Kuigi alati ei ole võimalik suitsiide täielikult määrata ette ennustada, saab hinnata olulisi riskitegureid, mis võivad viia inimese suitsiidi. Ühes Inglismaa ja Walesi uurimuses leiti, et 1/4 suitsidentidest oli omanud kontakti vaimse tervise teenusega aasta jooksul enne suitsiidi.

Kui satume silmitsi suitsidaalse inimesega, on oluline osata hinnata suitsiidiriski, mis hõlmab suitsiidimõtete, suitsiidiplaani ja plaani täideviimiseks vajalike vahendite olemasolu kohta uurimist. Suitsiidist mõtlemine on sageli probleemile lahenduse leidmise püüd. Kahjuks on suitsidaalne inimene oma mõtlemises piiratud. Tal on teatud „tunneltaju“, mis kitsendab oluliselt võimalike lahendusvariantide leidmist. Hindamisel peakski uurima, kas suitsiid on valik (inimese letaalsus) ja kas see on ainus valik (kognitiivse piiratuse tase). Seega on oluline aidata inimesel näha rohkemate valikuvõimalustega elu. Näiteks kui inimene ei võta vastu ühtegi pakutud valikutest, mis on erinev enesetapust, võib kasutada järjestamise tehnikat (milline valik oleks kõige vastuvõetavam ja milline kõige vähem), et inimesel tekiks pikemaajalisem kontakt ja tegevus seoses erinevate võimalustega. See on inimese teadlikkuse tõstmine erinevatest valikutest, mis vähendavad samal ajal suitsiidiriski.

Psühholoogilise autopsia uuringud näitavad, et oluline osa suitsidentidest on olnud suitsiidile eelneval perioodil kontaktis vaimse tervise teenuse osutaja esindajaga. Siiski paljud ei ole omanud mingisugust kontakti tervishoiuteenustega suitsiidile eelneval perioodil. Uurimistulemused kinnitavad vaimse tervise, esmaabitervishoiu, sotsiaal- ja vabatahtlike teenistuste olulisust suitsidaalse inimese riski hindamisel. Suitsiidiriski hindamine hõlmab teadmist tegurite kohta, mis muudavad indiviidi vastuvõtlikuks

suitsidaalsele käitumisele (tabel 1), teadmisi teguritest, mis kaitsevad suitsiidi eest ja võimet kätte saada vajalik informatsioon.

Tabel 1. Suitsiidi riskitegurid

#### **Suitsiidi riskitegurid**

- Üksindus (sotsiaalne isolatsioon)
- Meestel alkoholi ja ravimite väärarvitamine
- Vaimse tervise häired, eriti depressioon
- Varasem ennastkahjustav käitumine
- Varasemad vaimse tervise häired ja psühhiaatriline ravi
- Perekonnas esinevad vaimse tervise häired (ennastkahjustav käitumine, depressioon, alkoholi/ravimite väärarvitamine)
- Lootusetus
- Kõrge riskiga suitsiidimõtted:
  - suitsiidimeetodi valik on suurema riskiga (poomine, relv)
  - ligipääs surmatoovatele vahenditele
  - surmaplaan (testamendi koostamine, hüvastijätt perekonna ja lähedastega)
- Madalam sotsiaalne klass
- Töötus
- Isiksusehäired (eriti koosinemus teiste psühhiaatriliste häiretega)
- Füüsilise tervise probleemid, näiteks kardiovaskulaarhaigused, kaksteistsõrmiku- ja maohaavandid, eriti vanematel meestel
- Hiljutised elusündmused:
  - lähedase surm ja lein (kahe eelneva aasta jooksul)
  - majanduslikud probleemid
  - juriidilised probleemid
  - väärkohtlemine minevikus või olevikus (seksuaalne, füüsiline või emotsionaalne)
  - suhte probleemid
  - vanemate kaotus lapsepõlves läbi lahutuse või surma

- kokkupuude suitsidaalse käitumisega

### Suitsiidiriski hindamine

Kui kahtlustate, et tegemist võib olla suitsidaalse käitumisega, tuleb tähele panna järgmiseid asjaolusid:

- psüühiline hetkeseisund ja surma- ning enesetapumõtted;
- enesetapukava – kuivõrd inimene on selleks valmis ja kui kiiresti seda kavatsetakse teha;
- vahendid;
- võimalik abi ja toetus (omaksed, sõbrad jne).

Parim viis teada saada, kas kellelgi on enesetapumõtteid, on seda küsida. Vastupidi üldlevinud arvamusele ei anna enesetapust rääkimine inimesele ideed sooritada enesetapp. Tegelikult on enamasti inimene väga tänulik ja tunneb kergendust, et saab kellegagi vabalt rääkida oma probleemidest ja küsimustest, millega ta silmitsi on. Suitsiiditeemaatilisel vestlemiseks peaks olema tingimused, milles inimene tunneb ennast turvaliselt. Suitsidaalsete mõtete selgitamine nõustamisel eeldab avatud, hinnanguvabade küsimuste esitamist kliendile. Nõustaja, kes küsib kliendilt: „Ega sa ju ometi ei mõtle tõsiselt suitsiidi teha?“ hävitab võimaluse avastada kliendi suitsidaalseid mõtteid. Suitsiiditeemaatika nõustamisel võib avada näiteks küsimustega lootusetuse tunde ja ahastuse kohta. Näiteks võib küsida: „Kui te tunnete ennast kurvameelsena, olete te kunagi tundnud näiteks, et olukorrast ei ole mingit väljapääsu või et teie enesetunne ei parane kunagi?“ Jaatava vastuse korral tuleb otsesemate küsimustega uurida suitsidaalsete mõtete ja plaanide olemasolu.

Kui klient väljendab otseselt või varjatult enesetapumõtteid, peaks läbi viima suitsiidiriski hindamise vastavalt kindlale kavale. Kõige olulisem on kindlaks teha enesetapumõtete ja surmasoovi olemasolu, sest ilma soovita surra enamasti inimesed ei proovi ennast tappa. Surma- ja enesetapumõtete kohta küsimine:

- „Miks te tahate surra?“ (kättemaksuks, valu lõpetamiseks, enda karistamiseks). Nõustaja ülesandeks on jälgida, mis on vastuste sisu? Kas on tegemist mõne tuntud riskiteguriga nagu depressioon, haigus või lähedase kaotus?
- „Mida surm teie jaoks tähendab?“ (kohtumine kaotatud lähedasega, uuestisünd uude keskkonda)
- „Mis ajast te enesetapule ja surmale mõtlete? Kas see seostub mingi kindla sündmusega teie elus?“

- „Kui sageli te enesetapule mõtlete? Kas te suudate vajadusel enesetapumõtteid maha suruda?“ Kas inimesel on kinnisidee ennast surmata? Kas inimene suudab oma mõtteid kontrollida?
- „Kas te olete kellelegi rääkinud oma mõtetest?“ Kas inimesel on keegi usaldusisik?

Lisaks peab uurima neid põhjuseid, miks inimene ei ole antud ajahetkeni suitsiidikatset sooritanud. Nii võib saada olulist infot positiivsete tulevikuootuste formuleerimiseks ja negatiivsete mõtete muutmiseks. Varasemate suitsiidikatsete kohta küsimine on määrava tähtsusega. Küsima peaks suitsiidikatsega seotud asjaolude kohta (kas inimene otsis abi enne suitsiidikatset) ja kasutatud meetodi surmavuse kohta. Samuti peab üksikasjalikult küsima suitsiidikatse põhjuste kohta. Kas tegemist oli mingi ilmse negatiivse eelneva elusündmusega nagu lahtus, töökaotus vmt? Suitsiidirisk on suurem nende inimeste hulgas, kelle lähisugulased on varasemalt sooritanud suitsiidi. Seetõttu peab küsima perekonnas toimunud suitsiidikatsete ja suitsiidide kohta. Samuti on oluline info küsimine vahendite kättesaadavuse kohta.

Juhul kui minevikusündmuse uurides selgub, et inimene on eelnevalt juba sooritanud suitsiidikatse, siis on tõenäoliselt tema kavatsus suitsiidi sooritada tõsisem kui siis, kui eelnevaid katseid ei ole toimunud. Muidugi peab uurima ka seda, kui kindlalt surmav oli eelmine suitsiidikatse. Kui klient neelas tablette, mille surmavuses ta tegelikult kindel ei olnud, siis võib tegemist olla nõ „appikarjega“, kuid kui meetod oli kindlalt surmav ja pääsemine oli juhuslik, siis on suitsiidikavatsus tõenäoliselt tõsisem ja sügavam ka järgmisel korral.

Vaatle kliendil antud ajahetkel esinevaid depressiivseid sümptomeid. Erilist tähelepanu peaks pöörama lootusetuse- ja abituse tunde ning ülemäärase ja ebakohase süütunde esinemisele. Tähele peab panema lauseid nagu „Minu perekonnal oleks palju parem ilma minuta.“ Uuri kliendi ravi ja organismi reaktsiooni sellele kuna ravi mõju puudumine suurendab enamasti lootusetuse tunnet. Samuti peab küsima antud eluperioodi psühhosotsiaalsete stressorite kohta (töö ja suhted, kaotus, tõsise füüsilise haiguse avastamine jne) kuna nii võib saada olulist infot suitsiidimõtete võimaliku allika kohta. Kui käesoleva ajaperioodi stressitekitavad situatsioonid sarnanevad eelnevalt sooritatud suitsiidikatse asjaoludele, on klient olulisel määral suurenenud suitsiidikatse sooritamise riskiga.

Suurenenud suitsiidiriskiga on kliendid, kelle reaalsusetaju on moonutatud. Siia kuuluvad narkootikumide ja alkoholi kasutamine, kuid ka psühhootilised episoodid. Kuna suitsidaalsuse ja alkoholi kuritarvitamise vahel esineb tõestatud seos, siis peab selgitama kliendi alkoholi tarbimisega seotud käitumist. Sama kehtib ka narkootikumide kohta. Psühhootiliste sümptomite esinemine depressiivsel suitsidaalsel kliendil on väga oluline ohumärk. Kolme tüüpi psühhootilised sümptomid on märkimisväärselt ohtlikud ja võivad kliendi tõugata ennasthävitavale teole: 1) kuulmishallutsinatsioonid, mis käsivad endalt elu võtta, 2) välise kontrolli tajumisega seotud mõtted (tunne, et väline jõud kontrollib inimest ja tema tegusid), 3) religiooniga seotud kinnisidee või hõlmatus

religioonist. Tõenäoliselt ei väljenda klient nende sümptomite esinemist, vaja läheb perekonnaliikmete intervjuerimist.

Kliendi elukeskkonna hindamine on sama oluline kui kliendi enda hindamine. Küsima peaks sotsiaalse toetuse olemasolu kohta. Näiteks suitsidaalne klient, kes elab üksinda vajaks keskmise suitsiidiriski korral haiglasse suunamist, kuid koos lähedastega elav tõenäoliselt mitte. Vahendite kättesaadavuse selgitamine on oluline. Lähedased saavad palju kaasa aidata vahendite kättesaadavuse ennetamisele.

Eelneva intervjuu käigus peaks nõustaja üles tähendama minimaalselt järgneva kliendi kohta:

1) SUGU. Depressiooni esinemine naistel on kaks korda suurem kui meestel. Võib-olla on põhjus ka selles, et naised on oma meeleolu suhtes avatumad ja pöörduvad rohkem arstide poole. Naised on ka stressoritele ja elukeskkonna muutustele tundlikumad kui mehed. Paljudele naistele langeb lisakoormus seoses kohustustega nii kodus kui ka tööl (näiteks üksikemad), laste kasvatamise ning eakate vanemate eest hoolitsemisega.

Sünnitusjärgselt on paljud naised eriti vastuvõtlikud. Hormonaalsed ja kehalised muutused ja samuti vastutus uue elu eest võivad põhjustada depressiooni teket pärast sünnitust (sünnitusjärgne depressioon). Kui ajutine meeleolulangus on noorte emade seas sagedaseks nähtuseks, siis tugevalt väljendunud depressiivne seisund ei ole normaalne ja seda tuleb aktiivselt ravida. Naiste depressioonile on rohkem iseloomulikud söögiisu- ja kaalutõus, ärevus. Seksuaalfunktsiooni- ja unehäired on sümptomid, mis patsiente sageli kõige rohkem häirivad.

Meeste puhul on depressiooni raskem avastada kui naistel. See on tingitud laialtlevinud valearusaamast, et muredest rääkimine ja nendega ise mitte toimetulemine näitab inimese nõrkust. Teisalt maskeerub depressioon meestel agressiivse käitumise või alkoholi liigtarvitamise taha. Alkohol ei ole ainus vahend, millega mehed püüavad depressiooni maskeerida. Leitakse mitmeid alternatiivseid "ravivõimalusi" nagu ülemäärane sportimine ja töönarkomaania. Ka hasartmängude, ekstreemsete ja riskantsete spordialade harrastamine alanenud ohutunde foonil võib meeste puhul depressioonile viidata.

2) VANUS. Eestis on kõige rohkem suitsiide 25-44 aastaste meeste hulgas, järgnevad 45-60 aastased mehed, siis üle 60 aastased ja alla 25 aastased. Naiste hulgas on kõige rohkem suitsiide üle 60 aastaste seas, järgnevad 45-60 aasta vanused, siis 25-44 ja alla 25 aastased. Suitsiidid alla 15-aastaste laste seas on suhteliselt ebatavalised. Enamus neist pannakse toime teismeea alguses, kuid enne 12-aastaseks saamist juhtub seda väga harva.

3) DEPRESSIOONI ESINEMINE. Nagu eelnevas tekstis rõhutatud, on depressioon üks olulisemaid suitsiidiriski tegureid.

4) VARASEMAD SUITSIIDIKATSED. Kõige olulisemaks riskiks suitsidaalses käitumises on varasemad suitsiidikatsed.

5) ALKOHOLI- JA NARKOOTIKUMIDE TARVITAMINE. Kroonilisel alkohoolikul on suurim risk pohmelli seisundis, kui tekib enesesüüdistus, sageli kehalised valud, vöörutusnähud. Ühekordse joomise korral on see efekt, et alkoholi mõju all tunduvad probleemid ägedamad ja ka konfliktid tekivad kergemini. Kui on juba enne suitsiidimõtteid ja kavatsus, siis võetakse julgustuseks alkoholi. Mõnuaineid on jällegi kerge üle doseerida.

6) MUUTUSED REAALSUSTAJUS. Võivad olla seotud psühhoosiliste episoodidega.

7) PUUDULIK SOTSIAALNE TOETUS. Sotsiaalselt isoleeritud inimesed, kes on näiteks vanglas, haiglas või kodus aga voodihaiged omavad suuremat suitsiidiriski. Perekond on kõige olulisem sotsiaalne keskkond. Turvaline perekond kaitseb enamasti suitsiidi eest paremini, kui perekonna puudumine. Perekonnaga seoses on inimestel suurem kohusetunne, nad on paremini sotsiaalselt integreeritud.

8) LAHUTATUD, LESK, ÜSIK. Abielu võimaldab suuremat sotsiaalset ja emotsionaalset toetust. Lesed ja lahutatud inimesed on sageli üksikud ja ebapiisavas kontaktis ühiskonnaga. Eriti vanemate meeste puhul on suurenenud suitsiidirisk, sest kooselu kaitseb suitsiidi eest mehi enam kui naisi.

9) FÜÜSILINE HAIGUS. Erinevad hormonaalsed haigused (kilpnäärme probleemid), mao-seedetrakti haigused, südamehaigused, maohaavad, rasked liigesepõletikud, halvatused soodustavad suitsiidikäitumist. Suitsiidirisk kasvab vanadusega eriti naistel.

10) VÄLJATÖÖTATUD SUITSIIDIPLAANI OLEMASOLU

Järgnevalt on ära toodud mõned näidisküsimused suitsiidiriski kiireks hindamiseks. Samas on ka siin oluline süveneda kliendi probleemi, pakkuda turvatunnet ja olla empaatiline, sisendada lootust.

*Et saada teada, kas kellelgi on kindel plaan end tappa:*

„Kas teil on kavas oma elu lõpetada?“

„Kas te olete mõelnud, kuidas seda teha?“ (kas välja on valitud koht, aeg ja meetod)

*Et saada teada, kas kellelgi on selleks vahendeid (meetod) ja kui surmav on planeeritu:*

„Kas teil on tablette, relv, putukamürki või midagi muud?“

„Kas need vahendid on kergesti kättesaadavad?“

„Kas te oskate relva kasutada?“

„Kas te olete enesetapu sooritamist “harjutanud”?“ (kas klient on hoidnud käes tablette, proovinud siduda nööri, hoidnud relva meelegoal)

„Kas te olete mõelnud, kuidas võimalikku päästmist ära hoida?“

*Et saada teada, kas inimesel on määratud mingi ajapiir:*

„Kas olete otsustanud, millal oma elu lõpetada?“

„Millal te mõtlete seda teha?“

Peale suitsiidiriski hindamisintervjuud jääb otsustada oluline küsimu: Mida teha edasi? Siin aitab suitsidaalse kliendi ennasthävitava teo riski jagamine kolme kategooriasse:

- 1) SUUR RISK - klient, kellel on suitsiidimõtted, plaan ja kavatsus. Inimesel on kindel plaan, vajalikud vahendid ja ta kavatses sooritada enesetapu kohe:
  - Jääda inimese juurde, mitte mingil juhul ei tohiks jätta teda üksinda;
  - Rääkida empaatiliselt, eemaldada lähedalolevad tabletid, nuga, relv, mürgid jms;
  - Sõlmida temaga kokkulepe suitsiidi mittesooritamiseks mingi ajaperioodi jooksul;
  - Võtta kohe ühendust psühhiaatri või arstiga ning aidata korraldada, et kiirabi viiks inimese haiglasse;
  - Teatada juhtunust omastele.
  
- 2) KESKMINE RISK - klient, kellel on suitsiidimõtted ja plaan, kuid ei ole kavatsust:
  - Pakkuda emotsionaalset tuge, rääkida suitsidaalsetest tunnetest, pöörata tähelepanu positiivsetele probleemilahendustele;
  - Kasutada ära kõhklusi (suitsidaalne ambivalentsus);
  - Leida enesetapule alternatiive – millised tegevused on klienti aidanud varasemalt kriisidega toimetulekul?;
  - Sõlmida kokkulepe suitsiidi mittesooritamiseks mingi ajaperioodi jooksul;
  - Suunata inimene psühhiaatri, nõustaja või arsti juurde;

- Võtta ühendust inimese lähedastega ning püüda neilt abi saada.
- 3) VÄIKE RISK - klient, kellel on suitsiidimõtted, kuid ei ole plaani ega kavatsust. Inimesel on suitsiidimõtteid nagu „Ma ei suuda enam edasi elada“, „Tahaksin olla surnud“, aga ei ole mingit plaani suitsiidi sooritamiseks.
- Pakkuda emotsionaalset tuge;
  - Saada selgust suitsidaalsetes tunnetes;
  - Pöörata tähelepanu positiivsetele lahendustele varasemate probleemide juures;
  - Suunata inimene psühhiaatri või arsti juurde;
  - Kohtuda regulaarselt, hoida kontakti.

#### Mida teha? - kokkuvõte

- Kuulata, ilmutada kaastunnet, olla rahulik
- Näidata, et tahate aidata ja hoolite inimesest
- Võtta olukorda tõsiselt ja püüda hinnata riski suurust
- Küsida, kas on olnud varasemaid enesetapukatseid
- Pakkuda muid lahendusi peale enesetapu
- Küsida enesetapukava kohta
- Püüda võita aega ja sõlmida kokkulepe
- Teha kindlaks teised abistajad
- Kui võimalik, kõrvaldada enesetapuvahendid
- Tegutsege, püüdke leida abi
- Kui enesetapurisk on suur, jääge inimese juurde

#### Mida mitte teha?

- Olukorda ignoreerida
- Sattuda segadusse, kimbatusse, paanikasse
- Öelda, et kõik läheb hästi
- Soovitada inimesel lihtsalt jätkata
- Anda mõista, et probleem on tühine
- Anda tühje lubadusi



- Lubada hoida saladust
- Jätta inimest üksi

Psühholoogid Cooper ja Navneet on pakkunud oma riskimääratluse, mida kasutada suitsidaalsete inimeste hindamisel kliinilises praktikas (tabel 2). See kattub osaliselt eelnevalt tooduga. Nad leiavad, et lisaks on kasulik eristada akuutne risk, krooniline risk ja krooniline suur risk koos seisundi akuutse halvenemisega. Akuutne risk on ajaliselt limiteeritud. Krooniline risk hõlmab aga pikemat perioodi, mille jooksul sooritatakse mitmeid suitsiidikatseid ja seega on need inividid pidevalt suurenenud riskiga suitsiidi sooritamiseks. Taolise seisundi akuutne halvenemine ilmneb, kui esineb märgatav sümptomatoloogia esilekerkimine.

Tabel 2. Suitsiidiriski kategooriad

**Suitsiidiriski kategooriad: saab kasutada riski suuruse määramisel**

***MADAL RISK***

- Suitsiidimõtted on mööduvad, ei ole püsivad
- Ei ole suitsiidiplani
- Kergekujuline või puuduv vaimse tervise häire – mitte üldse või vähesel määral esinevad depressiooni sümptomid
- Ei esine alkoholi või ravimite/narkootikumide väärarvitamist
- Stabiilne psühholoogiline seisund

***Mida ette võtta?***

- Ei ole vajalik jälgida inimest
- Toetada inimese emotsionaalse pinge maandamist nii palju kui võimalik
- Uurida võimalike vaimse tervise probleemide kohta. Kui on esinemuse kahtlus, siis abistada kontakti loomisel professionaalidega

***KESKMINE RISK***

- Suitsiidimõtted, mis ei ole püsiva loomusega
- Ei ole suitsiidiplani
- Vähesel määral vaimse tervise häire
- Mõningal määral esineb alkoholi ja ravimite/narkootikumise väärarvitamist
- Ebastabiilne psühholoogiline seisund kuid ei ole kriisisituatsioon
- Ebakorrapärane riskikäitumine

***Mida ette võtta?***

- Toetada inimese emotsionaalse pinget maandamist nii palju kui võimalik
- Kontakteeruda inimesega mõni päev pärast esmast kokkupuudet
- Oluline on kontakteeruda vastavate professionaalidega, et saada ülevaade indiviidi vaimse tervise olukorrast, psühhosotsiaalsetest probleemidest ja määrata kriisi preventsiiooni strateegiad

***KESKMISEST KÕRGEM RISK***

- Pidevad suitsiidimõtted
- Indiviid võib olla mõelnud erinevate meetodite peale, kuid konkreetset suitsiidiplaani ei ole
- Esineb psühhiaatriline haigus
- Ebastabiilne psühholoogiline seisund koos koheselt vallanduva kriisiga

***Mida ette võtta?***

- Toetada inimese emotsionaalse pinget maandamist nii palju kui võimalik
- Takistada juurdepääs surmavatele vahenditele
- Kontakteeruda iga päev
- Oluline on kontakteeruda vastavate professionaalidega, et saada ülevaade indiviidi vaimse tervise olukorrast, psühhosotsiaalsetest probleemidest ja määrata kriisi preventsiiooni strateegiad

***SUUR RISK***

- Kindel suitsiidiplaan
- Ligipääs surmavatele vahenditele
- Esineb psühhiaatriline haigus
- Sage alkoholi või ravimite/narkootikumide väärarvitamine
- Ebastabiilne psühholoogiline seisund koos vallanduva kriisiga
- Eskaleeruv riskikäitumine, „vene ruleti“ käitumine

***Mida ette võtta?***

- Olla inimese juures, mitte jätta teda üksi
- Takistada juurdepääs surmavatele vahenditele
- Rääkida inimesega, püüda leevendada emotsionaalset kriisi ja maandada pinget

- Oluline on kontakteeruda vastavate professionaalidega ning toetada inimese kontakti, et saada ülevaade indiviidi vaimse tervise olukorrast, psühhosotsiaalsetest probleemidest ja määrata kriisi preventsiiooni strateegiad

### **Suitsiidiriski suurendavad tegurid depressioonihaigetel**

Nagu kursuse eelnevate osade õppematerjalidest näha, tõstab depressioon suitsiidiriski olulisel määral. Tallinnas läbiviidud suitsiidikatse sooritanute uurimuses selgus, et 59% uuritavatest esines depressiooni ja muid meeleoluhäireid. Võib öelda, et eranditult kõik depressioonihaigeted soovivad surra tulenevalt selle haiguse piinavast olemusest. Kõik aga ei vali väljapääsuks oma elu lõpetamist. Suitsidaalsuse intensiivsus ei sõltu mitte ainult depressiooni intensiivsusest, vaid ka inimese individuaalsest kogemusest ja erinevusest. Siinjuures on oluline minevikukogemus ja indiviidi elulugu. Varases lapsepõlves probleeme kogenud inimestel on suurem tõenäosus depressiooni põdeda, kuid samuti suurendab selline kogemus suitsiidiriski depressioonis. Järgnev nimekiri on üks paljudest, mida psühhiaatrid on proovinud luua, et selgitada suitsiidiriski olemasolu depressioonihaigetel. Suitsiidirisk on suurem sellisel juhul, kui haigusseisundile lisanduvad või selles esinevad:

- süütunne, alaväärsustunne, pinge ja ärrituvus;
- äärmuslik hüpohondria ehk püsiv hõivatus ideest, et esineb mingi raske ja progresseeruv kehaline haigus;
- unetus koos tõsise murega selle pärast;
- kontrolli kaotamise hirm, hirm enda või kellegi teise vigastamise pärast;
- varasemad suitsiidikatsed;
- suitsiidist rääkimine;
- enese eemaldamine lähedastest, sotsiaalne isolatsioon;
- suitsiid perekonnas;
- minevikus kogetud purunenud kodu (enne vanust 15-aastat);
- raskekujuline füüsiline haigus;
- alkoholi või narkootikumide tarvitamine;
- depressiivse perioodi lõpuperiood, kui depressioonist ei ole veel täielikult üle saadud, kuid energia hakkab taastuma, selles situatsioonis energia taastub kiiremini, kui ahastuse ja lootusetuse tunded taanduvad;
- košmaare sisaldavad unenäod;
- töötus ja majanduslikud raskused.

Enamasti on religioon suitsiidikäitumises kaitsvaks teguriks. Siiski kurdavad depressioonihaiged sageli usu kaotuse üle, mis suurendab süütunnet veelgi. Seega sellisel juhul on religioon pigem riskiteguriks.

## **Juhtum**

Mees vanuses 25 sooritas suitsiidi.

Tema isa oli alkohoolik ja vanemad lahutasid, kui ta oli 11-aastane. Esmalt elas ta oma emaga, siis isaga. Ta oli sotsiaalhoolekandele tuntud oma käitumisraskuste ja kooliprobleemide tõttu. Sageli oli ta ka politsei huviväljas. Ta oli alates teismeeast mitmel korral harrastanud erinevaid ennastvigastavaid tegevusi, mida kirjeldati impulsiivsetena. Ta oli mitmel korral psühhiaatrikliinikus ravil seoses alkoholist võõrutamisega, ärevusega ja unehäiretega. Tal oli diagnoositus ka piiripealne isiksusehäire koos ärevushäirega, impulsiivsuse, sõltuvuse ja paranoia suundumustega.

Viimase aasta jooksul olid tema probleemid saagenenud ja samuti ka visiidid psühhiaatrikliinikusse. Ta kirjeldas häälte kuulmist seoses alkoholi tarbimisega, mis ütlesid „tapa ennast ära“ või „tapa oma endine pruut“, lisaks kuulis ta oma peas muusikat. Viimasel ajal oli tema elus toimunud tüdruksõbrast lahkumine, millega kaasnes ka kontakti vähenemine tema aasta vanuse pojaga. Kaks kuud enne oma surma nägi ta tüdruksõpra uue kallimaga, mis viis ta endast välja.

Ta elas hostelis kuna oli oma tüdruksõbrast lahku läinud. Tema kontaktisik sotsiaalhoolekandes, kellega tal oli usalduslik suhe, vahetas piirkonda ja lahkus tema elust 1 kuu enne tema surma. Ta jätkas joomist ja koges ärevuse- ning paanikaatakke ning samuti alkoholi tarvitamisega seotud hallutsinatsioone. Üks nädal enne surma kontakteerus ta psühhiaatrikliinikuga kurtes depressiooni ja unehäirete üle. Ta võeti haiglasse sisse, kuid kirjutati välja 3 päeva hiljem ja järgneval nädalal võttis ta endalt elu.

## ENESETAPUKIRJAD

Suitsiid ei ole ainult privaatne tegu, ega ka täielikult isikupärane või ennustamatu. On erinevaid võimalusi mõistmaks suitsiidi psühholoogilisi tagamaid ja kuigi need ei anna meile täielikku selgust selle akti kohta, annavad need alustuseks baasi, millele toetuda. Enesetapukirjad, mis on ilmseks alguspunktiks suitsiidi mõistmisel, lubavad sageli rohkem, kui suudavad täita. Võib tunduda, et mitte miski ei saa olla suitsiidi põhjusele ja tõe lähemal kui kiri, mille suitsident on endast maha jätnud, kuid see ei ole kahjuks nii. Endalt elu võtta otsustanud inimene on sageli äärmuslikus ahastuses, ta ei ole võimeline selgelt ega spetsiifiliselt mõtlema. Suitsiidi mõtte verbaliseerimine on raske ka tervele inimesele, veelgi enam aga depressiivsele, lootusetusetundes vaevlevale inimesele. Kui see on aga mõnel suitsidendil õnnestunud ja järele jääb sõnaosav ja sügav tekst, siis korratatakse neid ridu lõpmatuseni just harukordse sisevaate pärast suitsidaalsesse mõttemaailma. Taolised kirjad võivad olla jõulised, haaravad või isegi võrtsitatud musta huumoriga. Siiski ei ole enesetapukirjad midagi tüüpilist, kuna vaid harvad inimesed jätavad endast maha mõned read.

4000 aastat tagasi kirjutas üks egiptlane oma meeleheite narratiivi vormis papüürusele ja lisis sinna 4 lühikesevärsilist poeemi. See dokument, mis praegu asub Berliini Muuseumis, on Briti psühhiaatri Chris Thomase arvates esimene enesetapukiri. Ta usub, et see väljendab sügavalt depressioonis ja tõenäoliselt psühhootilist psüühikat.

Enesetapukirju on kirjutatud sellest ajast peale tindiga, pliiatsiga, värvidega, kriitidega jne või verega. Prantsuse kunstnik Jules Pascin näiteks lõi oma randmed ja kirjutas oma verega – "Lucy, pardonnez-moi" – ja seejärel poos ennast üles. Vene poet Sergei Esenin, kes oli vaid 30 aastat vana, kui ennast üles poos soojatorude külge oma toas – toas, mis oli totaalises kaoses, asjad laiali ja igal pool leidus tükke tema käsikirjast – kirjutas terve poeemi oma verega enesetapule eelneval päeval:

Goodbye, my friend, goodbye.  
My dear, you are in my heart.  
Predestined separation  
Promises a future meeting.

Goodbye, my friend, without handshake and words,  
Do not grieve and sadden your brow, —  
In this life there's nothing new in dying,  
But nor, of course, is living any newer.

Enesetapukirjade pikkused on väga varieeruvad. Ian O'Donnell ja tema kolleegid Oxfordi Ülikoolist uurisid kirju, mis olid maha jäetud inimeste poolt, kes tapsid ennast Londoni metroos ja leidsid, et pikkus varieerus 17-sõnalisest kirjast, mis oli kirjutatud metroopileti taha kuni 800-sõnalise kirjani, mis oli kirjutatud metroopingi peale tunni

jooksul enne enesetappu ning mille viimased sõnad kirjeldasid suitsidendi viimaseid ettevalmistusi kohe-kohe saabuva rongi ette astumiseks.

Paljud kirjad on lühikesed, hoiatava sisuga: "Ole ettevaatlik, vannitoas on tsüaniidi gaas" või näiteks: "Ära tule sisse. Kutsu kiirabi". Tavalised on spetsiifilised juhised, kuidas toimetada kehaga, mida öelda lastele või vanematele suitsiidi kohta, kuidas jagada vara, mida teha kassi või koeraga jne. Enesetapu põhjused on sageli kirjeldatud ebamäärastena ja viitavad kumuleeruvale kannatustele ja väsimusele – "Ma ei suutnud seda enam taluda"; "Olen elust väsinud"; "Elu jätkamisel ei ole mingit mõtet". Noored lapsed on vähem spetsiifilised kui vanemad teismelised oma põhjendustes ja kehaga ning varaga seotud soovide kirjeldamises. Lapsed jätavad ka vähem sageli endast maha kirja kui täiskasvanud. Samas esineb laste kirjades sagedamini püüdu vabastada oma vanemad, vennad ja õed süütundest. Näiteks üks 22-aastane neiu, kes hüppas alla büroohoone katuselt kirjutas: "Keegi ei ole süüdi minu otsuses. Ma lihtsalt ei suutnud leppida eluga. Olgu Jumal mulle armuline."

Enamus kirjadest on suitsident lähedaste suhtes positiivselt meelestatud. Samas, kui esineb vaenulikkust, võib see olla hingemattev. Näiteks mees, kelle naine oli armunud tema venda, pani gaasitoru oma suhu ja enne surma kirjutas kirja oma naisele: "Ma armastasin sind, kuid suren sind vihates ja vihates oma venda." Naise foto tagaküljele kirjutas ta: "See on pilt ühest teisest naisest – tüdrukust, kellega ma enda teada abiellusin, et sul jääks alati meelde, et sind armastasin, kuid surin sind vihates." Üks teine inimene kirjutas oma enesetapukirjas: "Ma vihkan sind ja kogu sinu perekonda ja loodan, et sa ei saa kunagi hingerahu. Ma loodan, et tulen seda maja kummitama seni kuni elad siin ja soovin sulle kõike halba tulevikus, mis üldse võimalik." Õnneks on taolised mürgised kirjad harvaesinevad.

Üldiselt omavad enesetapukirjad stereotüüpseid karakteristikuid. Mitmes uurimuses on originaalseid kirju võrreldud simuleeritud kirjadega. Viimased on kirjutatud kontrollgrupi inimeste poolt, kellel paluti kujutada ette, millise kirja võiks kirjutada suitsiidi planeerija. Originaalkirjad olid oluliselt täpsemad juhistes, mida teha vara, kindlustustega, rohkem väljendus mure lähedaste pärast, enam neutraalsed oma toonilt, samas väljendasid nad suurema tõenäosusega psühholoogilist valu ja kasutati sagedamini sõna "armastus".

Vähesed kirjad on äärmiselt omapärased ja psühhoatilised, enamus ei anna tunnistust ebapädevast või reaalsuse väärkujutlustest. Samas on teada, et suurem enamus suitsiide on seotud psühhiaatrilise haigusega, seega ei ole imestada, et enamus kirju peegeldavad ahastust, meeleheidet ja lootusetust. Akuutne vaimne haigus tekitab meeleheidet, ohutunnet ja sellega kaasneb krooniline stress. Üks naine kirjeldas oma enesetapukirjas kogemust elamisest psühhiaatrilise haigusega: "Ma tahaks suuta selgitada seda nii, et mind mõistetak. Ma kardan, et see on midagi, mida ei ole võimalik sõnadesse panna. Kogu aeg on raske, kõikehaarav ahastus – ma kardan kõike. Kardan elu. Olen seest tühi, kuni täieliku tuimuseni. See on nagu midagi minu sees oleks juba surnud. Kogu minu olemine mitme kuu jooksul on olnud kiskumine sellesse tuimusesse. Kõik on olnud minu vastu nii head – on püüdnud nii väga mind aidata. Ma tõesti soovin, et suudaksin olla teistsugune, oma perekonna jaoks. Kõige valusam on see, et teen

haiget oma perekonnale ja minu sees on käinud võitlus süütunde ja selle osa vahel minust, mis tahab lihtsalt kaduda. Kuid mul puudub see baasiline elusäde, seda lihtsalt ei ole minu sees. Vaatamata sellele, mida viimasel ajal on öeldud minu "paranemise" kohta, on hulluksajav hääl minu peas valjum, kui kunagi varem. See on kõigi ja kõige haardeulatusest väljas, mulle tundub. Ma ei suuda seda enam taluda. Ma arvan, et minus on midagi väga viltu, kuidagi vastupidiselt normaalsele ja ma ei suuda sellega enam võidelda. Ma soovin, et saaksin kaduda ilma kellelegi valu põhjustamata. Andke mulle andeks."

#### Kasutatud kirjandus

Cooper J & Navneet K (2004). *Assessing Suicide risk. / New Approaches to Preventing Suicide : A Manual for Practitioners*, Duffy D (toim). London: Jessica Kingsley Publishers.

Jamison KR (1999). *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. Westminster, MD, USA: Alfred A. Knopf Incorporated.

Kõlves K, Sisask M, Värnik A (2004). Enesetappude ennetamine: Suitsidaalsus ühiskonnas ja suitsiidikatse sooritanute uuring. SUPRE-MISS projekti raport. Tallinn: ERSI.

Saveljev K (2005). Abiks sotsiaaltöötajatele depressiooni ja suitsiidiriski hindamisel. Juhendmaterjal. Tallinn: ERSI.

## SUITSIIDISURMA LEIN

Suitsiidisurma lein on indiviidi reaktsiooni lähedase surmale suitsiidi läbi. Eksisteerib üldine uskumus, et lein suitsiidi läbi lähedase kaotanud leinajatel on mitmete aspektide poolest erinev leinast kaotuse korral teiste surma vormide läbi. Mitmed uurimused on andnud empiirilisel tõestatud tulemusi selle väite kohta. Siiski arvavad uurijad, et metodoloogiliste puudujääkide tõttu ei saa suitsiidisurma leina nende tulemuste alusel unikaalseks pidada. Samas nõustuvad nad, et leinaprotsess suitsiidisurma tulemusena on intensiivsem võrreldes teist laadi surmast tuleneva leinaprotsessiga.

Leinaprotsessi võivad mõjutada erinevad faktorid. Leinajal on kaotusega raskem toime tulla juhul, kui surm on saanud ootamatult või on iseloomult vägivaldne. On tõenäoline, et leinaprotsess osutub tavalisest raskemaks, kui lähedane tunneb vastutust surma pärast või esineb muid stressoreid (majanduslikud raskused, probleemid seadusega). Samuti mõjuvad leinaprotsessile surmale eelnenud suhted lahkunuga, takistatud kommunikatsioon, rolliprobleemid ja sotsiaalse toetuse puudumine. Demograafilistest faktoritest võivad leina mõjutada leinaja ja lahkunu vanus, sugu ning sugulusaste. Oluliseks peetakse ka individuaalseid omadusi nagu isiksus, ambivalentsus, sõltuvus ja tervislik seisund.

Suitsiidid on leinajate jaoks enamasti kriis ning surmaga kaasnevaid reaktsioone kriisile elavad läbi enamasti leinajad, kuid suitsiidisurma lein on erinev temaatilise ja sotsiaalse konteksti ning mõju poolest peresüsteemile. Lisaks tavapärasele reaktsioonile rõhub suitsiidiohvri leinajat sügav süü-, häbitunne ja viha ning inimesed on pidevalt otsimas vastust küsimustele “miks?” ning “kas suitsiidi oleks saanud ära hoida ja kui, siis kuidas?” Eelnevatele küsimustele lisaks raskendab leinajate olukorda ühiskonna poolne hoiak nende suhtes. Erinevate uurijate ühine arvamus tundub olevat mitte leina staadiumide, vaid leina ülesannete kohta. Selle kontseptsiooni kohaselt on ülesandeid kolm:

1. Suitsiidendist eraldumine
2. Toetava sotsiaalse võrgustiku säilitamine
3. Rahuldava mina-kontseptsiooni säilitamine

Suitsiidisurma lein on oluliselt mõjutatud suitsiidi ajaloost, mida on käsitletud varasemas konseptsioonis. Suitsiidisurma leinaga seotud aspektid on tugevalt mõjutatud ajaloolisest sotsiaalsest tõrjutusest ja häbitundest. 1960ndatel läbiviidud uurimus näitas, et stigma eksisteerib seniajani. Isegi kaasajal, kui huvi suitsiidi ja preventsiiooni vastu on kasvanud, ei pöörata piisavalt tähelepanu leinajatele. Samas on ka leinajad ise läinud “põranda alla”, hoides leina, süü- ja häbitunde ning viha enda sees.



## Ühiskond ja suitsiidiohvri leinaja

Avalik arvamus suitsiidiohvri leinajast mõjutab otseselt leinaprotsessi positiivset või negatiivset väljundit. Suitsiidisurmaga kaasneva stigma ja isoleerituse tõttu tajub sotsiaalne võrgustik leinajaid sageli negatiivselt. Suhtumise selgitamiseks empiirilisel on põhiliselt kasutatud kolme meetodi: 1) leinajate arvamuse küsimine; 2) avalikkuse vaatlemine, kas otseselt või kaudselt ning nende hoiakute hindamine; 3) individuaalne lähenemine kogukonna liikmetele. Uurimuste tulemused on näidanud, et suitsiidi läbi lähedase kaotanuid vaadeldakse erinevalt võrreldes teist laadi surma leinajatega. Enamasti arvatakse suitsiidiohvri leinajatel esinevat sagedamini psühholoogilisi probleeme, nendel lasub kaasinimeste arvates häbi- ja süü, neid tajutakse ebameeldivamatena ning rohkem vaimset abi vajavatena. Inimesed eeldavad sageli, et suitsiidiohver on mingil moel suitsiidini "tõugatud" ning seetõttu peab keegi selles süüdi olema. Samas eksisteerib kaks levinumat müüti suitsiidi kohta: 1) "meeldivad" või "kenad" inimesed ei tapa ennast ära ja 2) "korralikes" perekondades suitsiide ei esine.

Enamus uurimustes osalenud leinajatest tajusid siiski kogukonna kaastunnet ja sotsiaalse toetuse olemasolu. Toetusest keeldumine toob kaasa sotsiaalse eraldumise, mis võib olla seotud indiviidi toimetulekustrateegia valikuga. Samas võib oma rolli muutusega kaasnev ebakindlus soodustada sotsiaalse eraldumise vajadust, kuna leinaja ei tea, kuidas peaks käituma või suhtlema erinevates situatsioonides. Ebakindluse tulemusena omakorda võidakse tajuda teisi indiviide ebakindlana ning võimetuna leinajaga suhtlemiseks st võidakse projitseerida iseenda tunded ja tajumise teisele inimesele. Stigma tunnetus leinajate poolt võib tuleneda leinaja enda kogemustest ning hoiakutest.

## Suitsiidisurma leina spetsiifilised aspektid

Tulenevalt suitsiidisurma ootamatust ja vägivaldsest iseloomust suitsiidiohvri leinamine komplitseeritum teist laadi leinast. Suitsiidisurma lein hõlmab intensiivsemalt hülgamise, stigma, süü- ja häbi, vastutuse ning kaotuse tunnet ning suurendab olulisel määral suitsiidiriski leinajal. Lisaks komplitseerivad leinaprotsessi põhjuse otsimine surmale ja eemaletõugatuse ning vihatunne lahkunu suhtes (tabel 1).

Psühholoog ja suitsiidiohvrite lähedaste leinaterapeut Marilyn J. Hauser'i (1987) nägemuse kohaselt on leinaprotsessi komplitseerivad faktorid suitsiidisurma leina korral järgnevad:

*Surm suitsiidi läbi on enamasti äkiline ja ootamatu.* Surma tajumine ootamatuna on seotud vajadusega suitsiidi eitada. Ootamatu ja äkilisena võidakse suitsiidisurma tajuda ka sellisel juhul, kui lahkunu on suitsiidile eelnevalt korduvalt ähvardanud suitsiidi sooritada. Haiguse või kõrge vanuse korral on surm loomulikum ja inimene kohaneb paremini. Äkiline surm ei anna võimalust mõttega kohanemiseks. Suitsiidi korral ei suuda inimese mõistus aru saada enesehävituslikust ja ootamatust teost. Lisaks eelnevale jätab ootamatu surm inimese ilma võimalusest tegeleda nn. "lõpetamata asjadega" suhetes ning seega omandada lõpetatuse tunne. Šokk, uskumatuse tunne ja fakti eitamine on sügavalt tunnetatavad ning seetõttu muutub ka leinaprotsessi

normaalne areng. Eitamine kaitseb leinajat mingil määral šoki ja suitsiidisurma laastava mõju eest.

Tabel 1. Leinaja reaktsioonid suitsiidile

Väljendus	Tagajärg
<i>Füüsiline</i> Sagenenud psühhosomaatilised kaebused ja sümptomid	Visiidid arsti juurde
<i>Psühholoogiline</i> <i>Afektiivne</i> Kergendus Viha / Vaenulikkus Kurbus / Depressioon <i>Kognitiivne</i> Šokk / Uskumatus tunne Süütunne Eitamine Ühesuunaline kommunikatsioon: "Ma valin elu ilma sinuta" Häbi / Saladuslikkus  Hirm "hulluks minna"  Lahkunuga samastumine  <i>Käitumuslik</i> Käitumusmuutuste muutumine	Põhjustab süütunnet, enesesüüdistust, viha Süüdlase otsimine; kohtukutsed Suurenenud suitsiidirisk  Põhjustab eitust; "hulluks minemise" hirm Oma tegude paaniline revideerimine Müütide tekitamine mõrva / õnnetuse kohta Põhjuse, seletuse otsimine Viha surnud lähedase suhtes Takistatud kommunikatsioon; emotsionaalne eemaldumine; kolimine  Teraapia vältimine kuna haige olemine on seotud stigmaga  Suitsidaalne käitumine toimetulekuviisina, personaalse lahendusena; õnnetusi otsiv; suitsiidikatsed
<i>Psühhosotsiaalne</i> Sotsiaalse rolli puudumine leinajatel, seotud stigmaga	Patoloogiline leinamine

*Surm suitsiidi läbi on sageli vägivaldne.* Suitsiid on juba oma olemuselt vägivaldne tegu, mida defineeritakse sageli kui kättemaksu, iseenda tapmist või asendatud mõrva. Paljude suitsiidimeetodite puhul esineb kehalisi vigastusi ja verd. Tihti viiakse suitsiidi läbi kodus ja esmased avastajad on perekond ja lähedased. Meetodist tulenev vaatepilt võib lähedastel tekitada ärevust, painajalikke unenägusid, pealetükkivaid mälestusi ja teisi traumajärgseid sümptomeid.

*Suitsiid kutsub leinajas sageli esile süütunnet.* Süütunne on iseloomulik ükskõik millisest surmast tulenevale leinaprotsessile ning kaob enamasti peale surma umbes poole aasta pärast. Suitsiidi korral esineb süütunnet sagedamini, see on intensiivsem ning võib kesta mitmeid aastaid. Lakkamatu vastuse otsimine küsimusele "miks?" esindab lootust, et vastus leevendab süütunnet. Kuid see protsess võib tekitada aina rohkem ja rohkem küsimusi, mis omakorda suurendavad veelgi süütunnet. Süütunnele lisandub häbitunne, mis on seotud suitsiidisurma ajaloolise aspektiga, neid kahte tunnet on kõige sagedamini kirjeldatud suitsidaalsete isikute ja leinajate poolt. Mõlemad tunded tulenevad inimese iseenda negatiivsest hinnangust oma tegudele või tunnetele. Kuna need tunded võtavad mitmeid erinevaid vorme ja esinevad erineval kujul, siis ei tunta neid tihti ära. Süütunne ja häbi võivad esineda enesesüüdistuse, depressiooni, alanduse, äratõukamise, hülgamise, kaotuse, väärtusetuse, saamatuse, häbistamise jpt tunnete vormis.

*Suitsiid leiab sageli aset juba eelnevalt stressirohkes keskkonnas.* Inimesed, kes on vastandatud paljude stressoritega, omavad suurt riski füüsilisele ja vaimsele tervisele. Surmale eelnevalt võib stressi põhjustajaks olla näiteks suitsidendi depressioon või eelnevad suitsiidikatsed ja ähvardused. Paljude stressorite koosmõju võib mõjutada leinaprotsessi ning seega viia lahendamata leina tulemuseni. Leinajatel võib esineda peale lähedase suitsiidi ka kergenduse tunne, mis on seotud suitsiidile eelnenud perioodi stressi tasemega. Mõnikord võib emotsionaalselt häiritud ja enesehävitusliku eluviisiga inimese surm tuua kergenduse lähedastele. Kergenduse tunne muudab leinaprotsessi segaste tunnete kogumiks. Sinna kuuluvad negatiivsed tunded nagu süü, hülgamine, eemaletõugatus ja sügav masendus ning kergenduse tunne lähedase hävitusliku käitumise mõju alt pääsemisest. Kergenduse tunne seostub ka süütundega, kuna kui leinaja tunneb kergendust peale surma, siis koheselt tunneb ta ka süüd kergenduse tundmise pärast.

*Suitsiid mõjutab tavapäraseid leinaga seotud rituaale.* Leinaja soovimatuse tõttu avalikult leinata ja soovi tõttu surma moodust varjata võib esineda komplikatsioone tavapärase matusega seotud rituaalide läbiviimisel. Sellest tulenevalt võib tekkida olukord, kus lähedased ei räägi suitsiidist või lahkunust. Selline käitumine võib omakorda viia alateadliku suitsiidiakti eituseeni. Rituaalide puudumine võib lähedaste

jaoks olla ka varjatud moodus suitsiidiohvri karistamiseks. Kõige olulisemaks ohuks rituaalide puudumisel on selle kaudu kogukonna takistamine abi pakkumisel.

*Suitsiid võib põhjustada alateadliku viha kahjulikul viisil väljendamise ja viia lõpuks häiritud kommunikatsioonimustrini.* Igas suitsiidis esineb eemaletõukamise komponent. Leinaja tunneb, et suitsiidiohver on ta samaaegselt eemale tõuganud ja hüljanud. Eemaletõugatuse tunne põhjustab viha, kuid mõlemate tunnete olemasolu enamasti eitatakse või ignoreeritakse. Nende tunnete alateadvuslik väljendamine võib toimuda projitseerimise teel ning väljendub sageli süüdlase otsimises ja süüdistamises. Selline käitumine omakorda blokeerib kommunikatsiooni ning suurendab häbitunnet. Kuna suitsiidisurma leinaga on seotud hülgamine, kohtab vihatunnet siin sagedamini ja see esineb tugevamalt. Viha võib olla tugev, samas võib olla ka mahasurutud ühiskondlike tavade tõttu, mis ei aktsepteeri viha surnud inimese vastu. Viha võib olla suunatud erinevate instantside esindajatele nagu arstid, politsei ja aeglane päästemeeskond; ümbruskonnale üldiselt: lahkunu sõbrad, töö- ja koolikaaslased ja ühiskond üldiselt; leinajale endale hoolimatuse pärast; lahkunule.

*Märgistatus ehk stigma.* Sotsiaalne võrgustik võib reageerida suitsiidile vältimise, kuulujuttude ja puuduliku kommunikatsiooniga. Sellest tulenevalt võivad lähedased ennast tunda isoleerituna ja häbistatuna.

Lisaks eelnevatele suitsiidisurma leinaga seotud aspektidele on oluline roll leinaprotsessis meedial ja tähtpäeval. Meedias avaldatu suurendab sageli leinajate poolt tunnetatavat stigmat ja häbi toimunut ebatäpsel ja hoolimatul viisil kajastades. Leinaja jaoks on surnud, jäädavalt lahkunud, lähedane inimene. Siinkohal on oluline ära märkida erinevate autorite arvamus, et suitsiid lõpetab inimese elu, kuid ei kirjelda eelnevat, st peamine rõhuasetus peaks olema sellel, kes inimene oli ja kuidas oma elu elas.

Igasugused lahkunuga seotud tähtpäevad esindavad ükskõik millise surma leinaja jaoks rasket perioodi. Suitsiidisurma korral esindavad need sügavat stiimulit depressiooni ja ahastuse tekkeks. Tunded võivad nendel aegadel olla korduvalt sama intensiivsed kui vahetult peale suitsiidi, kuna tähtpäevad toovad kõige teravamalt inimesesse teadmise oma lähedase surmast.

#### Abi suitsiidiohvri leinajatele

Esmane abi allikas on enamasti perekond, juhul kui ollakse võimelised leina omavahel jagama. Enamus inimesi ei vaja normaalses leinaprotsessis professionaalset sekkumist. Leinaja vajab professionaalset sekkumist, kui lein hakkab segama leinaja igapäevast tegevust nagu koolis või tööl käimine, otsuste tegemine, korrapäraselt magamine ning söömine. Aktiivse sotsiaalse suhtlemise vältimine ei lange sellesse kategooriasse ning

võib kesta kauem muudest nähtudest. Uurimused on näidanud, et paljud suitsiidiohvri leinajad vajaksid professionaalset abi ning suurim vajadus on emotsionaalne jõustamine. Sotsiaalse või professionaalse toetuse kaasamine leinaprotsessi on oluline faktor komplitseeritud leina vältimisel.

Suitsiidiohvri leinaja nõustamisprotsessis on oluline, et nõustaja arvestab keskkonnaga, kust leinaja tuleb. Suitsiid toimub sageli perekonnas, kus esineb mitmeid sotsiaalseid probleeme nagu alkoholism või väärkohtlemine. Sellisel juhul on ambivalentset tundeid juba eelnevalt olemas ning suitsiid tõstab need veelgi esile. Nõustamise maksimaalse tulemuslikkuse huvides peab nõustaja tähelepanu pöörama sotsiaalsetele ja perekonnaga seotud raskustele leinajal. Võtmeteemad leinanõustamises: suhte loomine leinaja või perekonnaga; kaotuse erinevate aspektide uurimine; kaotatud suhtega tutvumine; leinaja taustinformatsiooniga tutvumine; toetuse pakkumine ja eesmärkide saavutamine.

#### Leinagrupid

Psühholoogiline interventsioon on loomulik valik leinaprotsessis kuna lein on isikutevaheline elusündmus. Väga oluline on seejuures, et nõustaja omaks vastavat koolitust või oleks professionaal. Grupinõustamine suitsiidisurma leina korral on osutunud üheks tõhusamaks viisiks suitsiidiohvri leinajate abistamisel ning komplitseeritud leina vältimisel. Teiste, sarnast kogemust omavate inimestega koosolemine ja suhtlemine aitab vähendada isoleerituse ja hirmutunnet. Kogemuste ja tunnete jagamine on kaalukas eelis. Osalistel on võimalus väljendada oma tundeid hinnanguvabas õhkkonnas. Tulemusena leiavad nad oma tunded olevat tüüpilised ja normaalsed. Nende stigma väheneb, nad tunnetavad toetust ja hoolivust. Leinajad saavad vahetada kogemusi, millega kaasnevad erinevad toimetulekustrateegiad.

Leinagrupid alluvad kõikidele karakteristikutele mis kehtivad tavapäraste ja teraapiagruppide suhtes. Erinevaid grupitöö meetodeid on palju, grupid võivad erineda sessiooni kestvuse, kordade arvu, liikmeks olemise tingimuste, juhtimise poolest. Samuti professionaalide või vabatahtlike ressursside kasutamise ning muude aspektide poolest. Kindla kordade arvu ja koolitusega vabatahtlike grupiliidrite kasutamisega gruppide puhul on leinajad väljendanud positiivset tagasisidet grupi tulemuslikkuse ja programmi kasulikkuse suhtes.

Grupp võib leinajale anda:

- tunde ühtsusest ja toetuse olemasolust;
- empaatilise õhkkonna ja kuuluvustunde hetkel, mil inimene tunneb ennast eraldatuna ülejäänud maailmast;
- lootuse, et “normaalne” olukord kunagi taastub;

- jagatud kogemuse raskete tähtpäevadega toimetulekul;
- võimalusi õppida uusi viise probleemide lahendamiseks;
- võimaluse rääkida hirmudest ja muredest ning saada tagasisidet;
- turvalise ja hinnanguvaba keskkonna, kus tunnete väljendamine on vaba ja aktsepteeritav ning kus kehtib konfidentsiaalsuse nõue.

Grupi liidri tegevuses on oluline empaatiline suhtumine ka nendesse leinajatesse, kes tunnevad professionaalide suhtes resistentsust. Resistentsus võib tuleneda faktist, et suitsiidi läbi kaotatud lähedased on surmale eelneva perioodi mingil ajahetkel kokku puutunud psühhiaatrite, psühholoogide või sotsiaaltöötajatega. Sellest teadmisest võib aga leinaja järeldada, et professionaalid ei suutnud prognoosida suitsiidiriski ning seega suitsiidi ära hoida, millest tulenevalt on leinaja neis pettunud. Sellest aspektist vaadatuna ei ole leinajal usku abisse professionaali poolt. Siiski, ületades grupiga liitumise raskuse, avab leinaja ennast võimalusele usalduse taastamiseks.

#### Kasutatud kirjandus

Clark SE & Goldney RD (2000). The Impact of Suicide on Relatives and Friends. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. / Hawton K. & van Heeringen K. (Ed). Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 467-484.

Hauser MJ (1987). Special Aspects of Grief After a Suicide. *Suicide and It's Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors* / Dunne E.J., McIntosh J.L. & Dunne-Maxim K. (Eds.). New York, London: W.W. Norton & Company. 57-70.

Jordan J.R. (2001). Is Suicide Bereavement Different?: A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 31/1. 91-102.

Leenaars AA (1993). *Suicidology: Essays in Honor of Edwin Shneidman* Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc. 35-40.

Parkes CM (1996). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Routledge.

Saveljev K (2003). Suitsiidisurma lein ja suitsiidiohvri lähedaste grupitöö mudel sotsiaaltöös. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Van der Wal J (1989-1990). The Aftermath of Suicide: A Review of Empirical Evidence. *Omega*. 20/2. 149-171.