

Alkoholiprobleemidega patsientide suitsiidiriski hindamine

Metoodiline juhendmaterjal esmatasandi tervishoiutöötajatele



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut

Alkoholiprobleemidega patsientide suitsiidiriski hindamine

Metoodiline juhendmaterjal
esmatasandi tervishoiutöötajatele

Tallinn 2010

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2010. a.
Igasugune materjali reprodutseerimine ja levitamine ei ole lubatud ilma
Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Koostaja: Zrinka Laido, Airi Värnik, Merike Sisask ja Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja
Suitsidoloogia Instituut (ERSI)

Kujundanud: Kirjastus Pegasus

Trükkinud: Ecoprint

Teine trükk

ISBN 978-9949-461-00-4

Tasuta jagamiseks

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS	4
1.1. FAKTE SUITSIIDI KOHTA	4
1.2. PROBLEEMI ULATUS MAAILMAS	4
1.3. PROBLEEMI ULATUS EESTIS	5
1.4. SUITSIID – MÜÜDID JA FAKTID	6
2. ALKOHOLI TARVITAMINE JA SUITSIDAALNE KÄITUMINE	7
2.1. ALKOHOL JA SUITSIIDIRISK	8
3. ESMATASANDI TERVISHOIUTÖÖTAJA ROLL JA LÜHISEKKUMINE	10
4. SUITSIDAALSE PATSIENDI ÄRATUNDMINE	11
4.1. RISKIFAKTORID	11
4.2. KAITSVAD FAKTORID	15
5. SUITSIDAALSUSE HINDAMINE	16
5.1. INTERVJUU	16
5.2. INSTRUMENDID – SKAALAD	19
5.3. SUITSIDAALSE PATSIENDI TUNNUSJONED	20
6. SUITSIDAALSE PATSIENDI KOHTLEMINE	24
6.1. PATSIENDI KOHTLEMINE LÄHTUVALT MÄÄRATLETUD SUITSIIDIRISKI INTENSIIVSUSEST	24
6.2. PATSIENDI KOHTLEMINE LÄHTUVALT SUITSIIDIRISKI KESTUSEST	26
7. RAVI	29
7.1. RAVI KESTUS	30
7.2. FARMAKOTERAAPIA	30
7.3. SUITSIDAALSE PATSIENDI PSÜHHOOGILINE RAVI	31
7.4. ABIALLIKAD	31
8. ARSTI JA SUITSIDAALSE PATSIENDI SUHTE PROBLEEMID	33
9. KOKKUVÕTTEKS	34
9.1. SUITSIDAALSE PATSIENDI OHUMÄRGID	34
9.2. SUITSIDAALSE PATSIENDI HINDAMINE JA RAVI	34
KIRJANDUSALLIKAD	35
LISA – ENESHINNANGULINE MEELEOLU SKAALA (EMS)	39

1. SISSEJUHATUS

1.1. FAKTE SUITSIIDI KOHTA

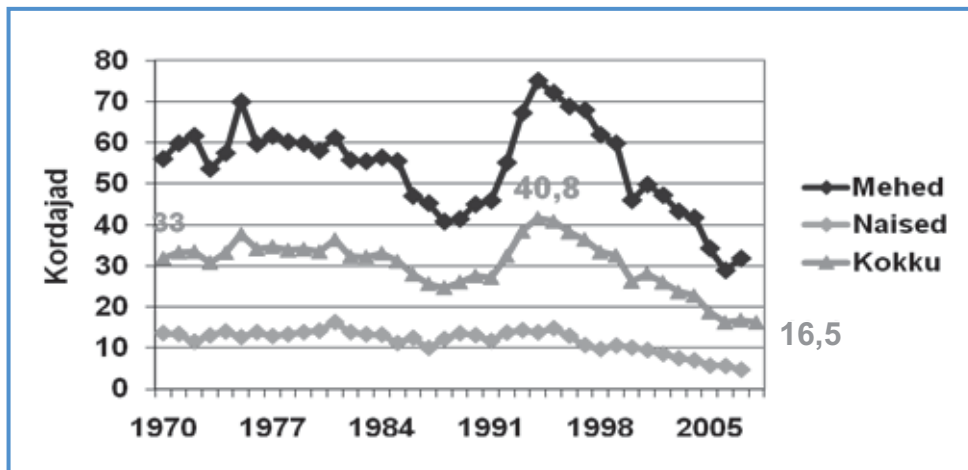
- Suitsiid on akt, mis tuleneb kognitiivsete, afektiivsete ja kommunikatiivsete aspektide koosmõjust (3).
- Suitsiidis on komplekselt esindatud bioloogilised, geneetilised, psühholoogilised, sotsiaalsed, kultuurilised ja keskkonnaga seotud faktorid.
- Suitsiidiprotsess on kontinuum, mille käigus suitsidaalne käitumine muutub järk-järgult tõsisemaks – alates elutüdimusest kuni surmasoovi, suitsiidmõtete, suitsiidikatse(te) ja suitsiidini. Protsess võib kesta kuu või aasta ning sõltuvushäiretega patsientide puhul kogu elu (3).
- Kõik suitsidaalsed mõtted ei lõpe suitsiidiaktiga ning suurem osa suitsiidijuhtumitest on ennetatavad.
- Enamik suitsidaalsetest patsientidest tõenäoliselt ei räägi oma probleemidest perearstile, välja arvatud juhul, kui arst selle kohta küsib.
- Suitsiidiohvitest 66% kontakteerub oma perearstiga viimase 4 nädala jooksul enne surma ning 47–73% külastab oma perearsti viimase 3 kuu jooksul enne surma (5).
- Visiitide arv perearstide juurde suureneb märgatavalt enne suitsiidiakte, seda nii lõpule viidud suitsiidide kui suitsiidikatsete puhul (5).
- Kui iga teine suitsiid suudetaks esmatasandi tervishoiusüsteemis ära hoida, langeks suitsiidikordaja piirkonnas ühe kolmandiku võrra.

1.2. PROBLEEMI ULATUS MAAILMAS

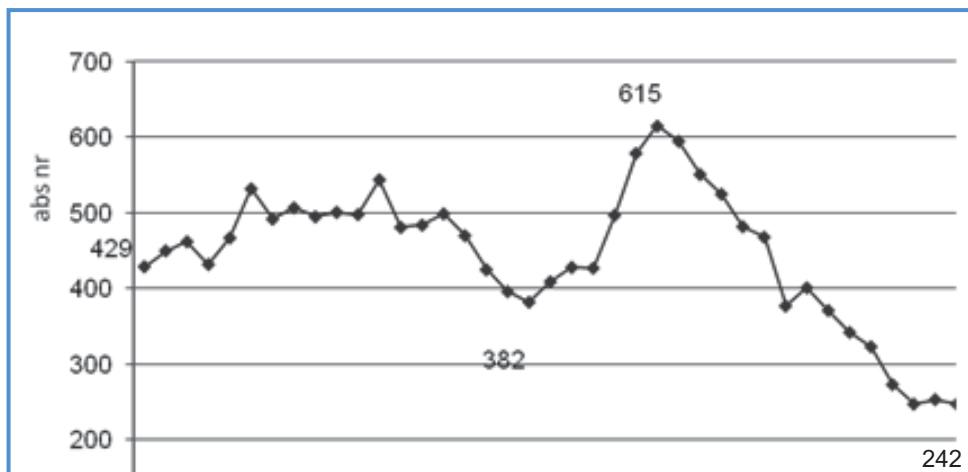
- Igal aastal sureb suitsiidi tagajärjel umbes üks miljon inimest; “globaalne” suremuskordaja on 16 inimest 100 000 kohta, teisiti öeldes üks surmajuhtum iga 40 sekundi järel.
- Viimase 45 aasta jooksul on enesetappude arv maailmas suurenenud 60% võrra.
- Mõnedes riikides on suitsiid vanusrühmas 15–44 kolme peamise surmapõhjuse hulgas ning vanusrühmas 10–24 teine surmapõhjus.

1.3. PROBLEEMI ULATUS EESTIS

Eestis on enesetappude arv alates 1990. aastate keskpaigast pidevalt vähenenud (Joonised 1 ja 2). See puudutab eriti meessoost rahvastikku, kelle hulgas suitsiidide arv on tugevasti vähenenud. 2008. aastal oli enesetappude suitsiidikordaja Eestis 100 000 elaniku kohta 16,5, mis on sarnane Euroopa Liidu keskmise suitsiidikordajaga.



Joonis 1. Suitsiidikordajad 100 000 elaniku kohta Eestis 1970–2008, kokku ja mehed/naised



Joonis 2. Suitsiidide absoluutarv Eestis 1970–2008

1.4. SUITSIID – MÜÜDID JA FAKTID

Levinuimad müüdid ja faktid suitsidaalse käitumise ning suitsidaalse patsiendi kohta on toodud allolevas tabelis (Tabel 1). Tabel annab hea lühiülevaate suitsiidide teemaga seotud arvamustest ning eelarvamustest.

Tabel 1. Müüdid ja faktid suitsidaalse käitumise kohta (6)

MÜÜT	FAKT
Inimesed, kes räägivad enesetapust, seda tegelikult ei tee.	Enamik inimesi, kes enesetapu sooritavad, annavad oma kavatsustest eelnevalt märku.
Suitsidaalne inimene on kindlalt otsustanud surra.	Enamik suitsidaalsetest inimestest kahtleb.
Enesetapp pannakse toime ette hoiatamata.	Suitsidaalsed inimesed annavad oma kavatsustest korduvalt märku.
Kriisi möödumine tähendab, et enesetapuht on möödas.	Palju enesetappe sooritakse just paranemise ajal, kui inimesel on jõudu ja tahtmist teha enesehävituslik mõte teoks.
Kõiki enesetappe ei ole võimalik ära hoida.	Tõsi. Aga suuremat osa saab.
Kui keegi käitub suitsidaalselt, jääb ta niisuguseks alati.	Enesetapumõtted võivad tagasi tulla, aga nad pole püsivad ja mõnegi inimese puhul ei tarvitse need kunagi korduda.

2. ALKOHOLI TARVITAMINE JA SUITSIDAALNE KÄITUMINE

Alkoholiga seotud häired on erineva raskusastmega alates tüsistusteta mürgistusest ja aine kuritarvitamisest kuni võõrutusseisundis tekkiva deliiriumi või dementsuseni (7). Tervishoiutöötaja peab hindama patsiente, kes kannatavad erinevate alkoholi tarvitamisega seotud kliiniliste seisundite all. Tavalisemad nendest on äge mürgistus, kuritarvitamine ja sõltuvus, vastavalt RHK-10 klassifikatsioonile peatüki "Psüühika- ja käitumishäired" all (F10-F19).

F10.0 Äge intoksikatsioon (7)

Mööduv seisund, mis järgneb alkoholi manustamisele ja avaldub häiretena teadvuses, tunnetuses, tajus, afektides ja käitumises või muudes psühhofüsioloogilistes funktsioonides ja reaktsioonides.

See on põhidiagnoos ainult juhul, kui mürgistus tekib ilma eelneva tõsise ja pideva alkoholiprobleemita. Tõsisemate alkoholiprobleemide korral tuleks eelistada järgmisi diagnoose – kuritarvitamine, sõltuvus, psühhootiline häire.

Alkoholil võib olla madalamate annuste korral käitumisele stimuleeriv toime, kuid annuste tõustes võivad ilmuda agiteeritus ja agressiivsus ning eriti kõrgete annuste korral ilmneb tugev sedatiivne toime.

F10.1 Kuritarvitamine (2, 7)

Alkoholi tarvitamise viis, millel on kahjustavad tagajärjed nii füüsilisele tervisele (maksakahjustus, pankreatiit jne) kui vaimsele tervisele (suurest joomisest tingitud episoodilised depressiivsed häired).

Äge mürgistus või pohmellisündroom ei tähenda iseenesest veel niisugust tervisekahjustust, et selle alusel saaks diagnoosida kuritarvitamist.

Kuritarvitamist ei saa diagnoosida, kui esineb sõltuvus, psühhootiline häire või mõni muu spetsiifilisem alkoholiga seotud häire.

F10.2. Sõltuvus (2, 7)

Sõltuvus on füsioloogiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mis areneb välja pideva alkoholi tarvitamise tagajärjel. Selle iseloomulikeks joonteks on tugev tung alkoholi tarvitada, vähenenud kontroll alkoholi tarvitamise üle, jätkuv alkoholi tarvitamine vaatamata tekkinud kahjulikele tagajärgedele, kõrgema prioriteedi andmine alkoholi tarvitamisele muude tegevuste ja kohustustega võrreldes, suurenenud tolerantsus alkoholi suhtes, kehalised võõrutusnähtud alkoholi tarvitamise lõpetamisel.

2.1. ALKOHOL JA SUITSIIDIRISK

Alkoholi tarvitamist loetakse sõltuvusprobleemiks ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud häireks. Juba alates 1970. aastatest on seda käsitletud ka kui kroonilist suitsidaalset akti, mille puhul alkoholisõltuvuses inimene eelistab mõnutundega seonduvat destruktiivset käitumisviisi otsesele enesetapu toimepanemisele (8, 9). Alkoholimürgistus viib sageli agressiivse käitumiseni, mis omakorda võib viia suitsidaalselt mõtlemiselt suitsiidikatse(te)ni või koguni suitsiidini ning mõjutada suitsiidimeetodi valikut (10).

Alkoholi roll suitsidaalse mõtlemise ja käitumise etioloogias on üsna hästi uuritud teema (9, 11, 12). Alkoholi mõju ajule on seotud alkoholisaldusega veres, mis tekitab komplikatsioone hoiakutes, käitumises ja meeleolus (9). Lisaks sellele on alkoholi ja suitsiidi vahelist seost uurides sageli leitud komorbiidsust depressiooniga (11).

Sõna RISK tähendab „kõhklust – kõikumist võimalike tagajärgede ning võimetuse vahel absoluutse täpsusega neid tagajärgi ette ennustada“ (13). Suitsiidirisk on muutuv nähtus ning see võib olla iga päev pisut erinev. On tähtis pakkuda patsientidele ja nende peredele jätkukontakte selleks, et õigesti hinnata suitsiidiprotsessi arengut (14).

Suitsiidiprotsess on järk-järgult tõsisemaks muutuva suitsidaalse käitumise kontiinum ja seda ei saa käsitleda kui käitumisakti, mida juhib ainult impulsiivsus. Suitsiidiprotsess võib kesta kuid või aastaid ning see annab võimaluse sekkumiseks ja suitsiidipreventsiooniks (3).

Suitsiidiriski hindamine on raske ülesanne, mis nõuab teadmiste optimaalseimal viisil praktilise rakendamist. Tuleb arvesse võtta nii neid faktoreid, mis tõukavad tagant, kui ka neid faktoreid, mis suitsiidiprotsessi arengut takistavad (14):

- suitsidaalne mõtlemine;
- varasemad psühhiaatrilised häired ja varasem suitsidaalne käitumine;
- perekonnaliikme või lähedase inimese suitsiid (suitsiidimudel);
- patsiendi suitsidaalne kommunikatsioon.

Alkoholisõltuvusega inimesel on suitsiidirisk suurem kui elanikkonna hulgas üldiselt (15). Seetõttu on alkoholiprobleemidega inimesed perearsti praksises eritähelpanu ja jätkukontakte vajav rühm. Alkoholi liigtarvitamise ja depressiooni koosesinemine suurendab suitsiidiriski tohutult. Mitmed uuringud on näidanud, et suurem suitsiidi tõttu on sagedasem alkoholi kuritarvitajate hulgas ning et alkoholi kuritarvitajaid on suhteliselt enam suitsiidi sooritanute hulgas (16, 17). Eestis esines alkoholi kuritarvitamist 10%-l suitsiidi sooritanutest ning alkoholisõltuvust 51%-l (18). Sageli eelneb suitsiidi sooritamisele alkoholi tarvitamine ja sellest tingitud joove (19).

Alkoholi kasutatakse sageli eneseabi vahendina selleks, et leida tröösti, põgeneda probleemide eest ja leevendada depressiooni. Nagu enamik muidki sõltuvushäireid, nii viib ka see sotsiaalse funktsioneerimise halvenemiseni (perekonnas, töökohal). Alkoholi liigtarvitamise lõpptulemuseks on sotsiaalne isolatsioon või laostumine, millega sageli kaasneb suitsiid (20).

Suitsidaalne käitumine võib olla üks peamisi alkoholi liigtarvitamise tunnuseid või sellega kaasnev tunnus (9). Inimene, kes kannatab depressiooni ja alkoholi liigtarvitamise all, kaotab tasapisi eneseväärikuse, loob negatiivse pildi endast ning tunneb suurt lootusetust tuleviku suhtes, mis kõik kokku kiirendab suitsiidiprotsessi kulgu (9).

Alkoholprobleemidega patsiendid on spetsiifiline suitsiidi riskigrupp ning nad on tõenäoliselt (21):

- alustanud alkoholi joomist väga noorelt;
- tarvitanud alkoholi pikka aega;
- tarvitanud alkoholi suurtes kogustes;
- halva kehalise tervisega;
- masendunud meeleolus;
- korratu ja kaootilise eluviisiga;
- kaotanud hiljuti väga lähedase(d) inimese(d) – lahku läinud abikaasast või perekonnast; kaotanud lähedase surma läbi;
- alanenud töövõimega.

3. ESMATASANDI TERVISHOIUTÖÖTAJA ROLL JA LÜHISEKKUMINE

Perearsti praksis annab alkoholiprobleemidega patsiendi puhul esimese võimaluse lühisekkumiseks ning suitsiidi ennetamiseks. Paljud enesetapu sooritanud patsiendid on külastanud perearsti mõne kuu jooksul enne oma surma, kuid paljud nendest perearstidest pole olnud teadlikud oma patsientide kavatsustest või eelnevatest suitsiidikatsetest (22). Kui patsiendil esineb mitu häiret korraga, siis on tema suitsidaalne käitumine tõenäoliselt suurenenud raskuste tõttu kaasuvate häirete diagnoosimisel ja ravil (10). Üle 50% toimepandud suitsiididest on seotud depressiooniga, 25% sõltuvushäiretega ning 10% muude psüühikahäiretega (nagu näiteks skisofreenia) (23). Erilist tähelepanu tuleb pöörata patsiendile, keda lisaks psüühikahäirele mõjutavad hiljutised läbielamised nagu lähedase inimese surm, lahutus, töötus. Uuringud on näidanud, et paljudel vanematel inimestel, kes külastasid oma perearsti kuu enne suitsiidi sooritamist, oli diagnoosimata vaimse tervise häire, millel on seos suitsiidiga (nagu näiteks depressioon), või haigus, millel on seos suurenenud suitsiidiriskiga (nagu näiteks neuroloogilised haigused, vähk, kroonilised haigused, HIV) (24).

Perearsti rolli suitsiidi ennetava lühisekkumise puhul võib jagada nelja kategooriasse: (1) suitsidaalse patsiendi äratundmine, (2) hindamine, (3) kohtlemine ning (4) ravi.

4. SUITSIDAALSE PATSIENDI ÄRATUNDMINE

Enamik patsiente, kes kavatsevad enesetappu teha või ennast vigastada, annavad oma kavatsustest perearstile mingil moel märku (otsestelt või kaudselt). Patsiendi suitsidaalne kommunikatsioon võib olla väga varieeruv. Ta ei pruugi anda ühtegi vihjet oma suitsidaalsete kavatsuste kohta või on tema väljaütlemised juhuslikud ning mõjutatud häirivatest olukordadest (näiteks alkoholi mõju all olles) (14). Selline kommunikatsioon võib viidata madalale suitsiidiriskile. Korduvad ning selged väljaütlemised suitsidaalsete mõtete ja plaanide kohta, ilma et tegu oleks alkoholi joobes või tüli käigus öelduga, võivad viidata kõrgele suitsiidiriskile (14).

Perearsti esimene samm on pöörata tähelepanu otsestele ohumärkidele ning arvestada suitsiidi või suitsiidikatsete riskifaktoritega.

4.1. RISKIFAKTORID

Suitsiidide ennetamisel on oluline roll riskifaktorite äratundmisel ning hindamisel. Suitsiidi riskifaktoreid võib liigitada kestuse (lühi- või pikaajalised) või suitsiidiriski intensiivsuse (madal, keskmine, kõrge) järgi. Suitsidaalse inimese kohtlemine sõltub riskifaktorite kestusest või suitsiidiriski intensiivsusest.

Pika- ja lühiajalised riskifaktorid

Oluline on aru saada, kas patsient kavatseb sooritada enesetapu lühema (mõne päeva, kuu) või pikema aja jooksul. Püsivate või pikaajaliste riskifaktoritega inimesed kuuluvad kõrge riskiga gruppi, samas ägedad või lühiajalised riskifaktorid viitavad kõrge riskiga situatsioonile (5). Kui kõrge suitsiidiriskiga inimesel esineb kõrge riskiga periood, suureneb suitsiidirisk tohutult (5). Riskifaktorite klassifikatsioon ning nende kestus on toodud allolevas tabelis (Tabel 2) (5).

Tabel 2. Pika- ja lühiajalised suitsiidi riskifaktorid

Pikaajalised riskifaktorid	Lühiajalised akuutsed riskifaktorid
ON OLNUD:	ON PRAEGU:
Depressiivne/bipolaarne häire	Raske depressioon
Sõltuvushäire	Agiteeritus/ärevus/insomnia
Skisofreenia	Lootusetuse tunne
Ärevushäired	Kaasuv ärevus/ainete kuritarvitamine ning tõsised meditsiinilised probleemid
Eelnevad suitsiidikatsed	Haiglast väljakirjutamine
Perekonnas on esinenud enesetappe	Suitsiidimõtted
Negatiivsed elusündmused lapsepõlves	Psühhosotsiaalsed stressorid
Isolatsioon/üksinda elamine	Kaotused, majandusliku olukorra halvenemine
Töötus	Kevad/varajane suvi
Meessoost, kõrge vanus	

Suitsiidiriski intensiivsuse määratlemine

Mõnikord on võimatu ette näha sündmuse või muutuse ning nende mõju suitsiidiriskiga inimesele. Suitsiidi riskifaktorid aitavad kindlaks teha kõrge suitsiidiriskiga patsienti ning määratleda suitsiidiriski intensiivsust.

Tabelis 3 on nimetatud kõik enam levinud suitsiidi riskifaktorid (epidemioloogilised faktorid, psühhiaatrilised häired, varasemad sündmused ning suitsiidiga seotud sümptomid). Alkoholi väärarvitajatest suitsiidiohvid kalduvad olema meessoost, keskealised, vallalised ning on tarvitanud alkoholi pikka aega (15). Alkoholi tarvitajate puhul on psühhiaatrilise haiguse (eriti depressiooni) kaasumine oluliseks riskifaktoriks.

Teised suitsiidi riskifaktorid alkoholi väärarvitajate puhul joomise jätkamine, raske depressiooni episoodid, suitsidaalne kommunikatsioon, sotsiaalse toetuse puudumine, töötus ja üksinda elamine (15). Riskifaktorite lisandumine suurendab alkoholi väärarvitaja suitsiidiriski (15). Perearst peab mõistma, millistele riskifaktoritele tuleb pöörata tähelepanu aktiivselt küsitledes ning milliseid faktoreid võib lihtsalt passiivselt teadvustada, kuni need aktuaalseks muutuvad (24).

Tabel 3. Lõpule viidud suitsiidiga seotud riskifaktorid ja sümptomid (22)

EPIDEMIOLOOGILISED FAKTORID	PSÜHHIAATRILISED HÄIRED	VARASEMAD SÜNDMUSED	SUITSIIDIGA SEOTUD SÜMPTOMID
Meessoost, keskiga (suureneb vanusega)	Depressioon	Eelnevad suitsiidikat- sed	Lootusetus
Lesk või lahutatud	Ainete kuritarvitami- ne (eriti alkohol)	Perekonnas on olnud suitsiide	Anhedoonia
Üksinda elamine; lapsed on kodust lahkunud	Skisofreenia	Hiljutine psühhiaat- riahaiglast väljakirju- tamine	Insomnia
Stressitekitavate elu- sündmuste esinemine	Paanikahäired	Krooniline kehaline haigus	Tõsine ärevusseis- und
Ligipääs potent- siaalselt letaalsetele suitsiidivahenditele	<i>Borderline</i> isiksuse- häire		Keskendumisrasku- sed
	Noorukid: impulsiiv- ne, agressiivne ja antisotsiaalne käitu- mine; perevägivald ja pere lagunemine		Psühhomotoorne agiteeritus
			Paanikahood

Riskifaktorite kindlakstegemine aitab ära tunda riskirühma kuuluvat patsienti. Pärast suitsidaalse patsiendi tuvastamist tuleb perearstil olla valmis edasisteks tegevusteks ning pöörata tähelepanu verbaalsetele ja mitte-verbaalsetele märguannetele (23).

Mitte-verbaalsed vihjed: (1) mahalöödud pilk, (2) psühhomotoorsed häired kõnes ja liikumisel, (3) hooletu suhtumine välimusse (23).

Verbaalsed vihjed: väljaütlemised nagu „Olen suure surve all“ või „Mul on närvid läbi“ pakuvad hea võimaluse küsida patsiendilt tema meeleseisundi kohta. Seose leidmine patsiendi teiste haiguste ja läbielamiste ning praeguse probleemi vahel võib anda aimu, kui tõsised on tema tunded; pereelu, kooli, tööd ja suhteid puudutavad küsimused võivad paljastada patsiendi suitsidaalseid mõtteid (23).

Suitsiidi ja suitsiidikatse riskifaktorite võrdlus

Suitsiidikatse on mittefataalse tulemusega tegevus, mille puhul inimene tahtlikult vigastab või mürgitab ennast (1). Alkoholi väärarvitamisega seotud suitsiidiohvritest on umbes üks kolmandik teinud eelneva suitsiidikatse; alkoholi kuritarvitamine on leitud olevat kõige olulisem riskifaktor lõpuleviidud suitsiidide puhul (15). Tabelis 4 on loetletud lõpuleviidud suitsiidide ning suitsiidikatsete riskifaktorid. Erinevus puudutab eelkõige patsientide sugu ja vanust.

Tabel 4. Suitsiidi ja suitsiidikatsega seotud riskifaktorid (25)

RISKIFAKTORID	SUITSIIDI RISKIFAKTORID	SUITSIIDIKATSE RISKIFAKTORID
Demograafilised	Vanadus, täiskasvanud mehed kuni 55 eluaastani, meessugu, lahutatud, vallaline, lesk, teatud ametialad (põllumajandus, tööstus, meditsiin, politsei), homo- või biseksuaalsus, immigrandid	Noorus (naised 15–25, mehed 25–34), naissugu, lahkuminek või lahutus, homo- või biseksuaalsus
(Neuro)bioloogilised, geneetilised	Serotoniini (5-HT) metabolism – puudulik serotoniini edasikandmine, perekonna anamneesis lõpuleviidud suitsiidid või hospitaliseeritud psühhiaatriline häire	Serotoniini süsteemi tundlikkus, pärilik bioloogiline vastuvõtlikkus meeleolu- ja söltuvushäirete suhtes, positiivne perekonna anamnees
Tervislik seisund	Psüühikahäire: mõni hiljutine episood, raske depressioon, muud meeleoluhäired, skisofreenia, ärevus, tähelepanuhäired, isiksusehäired, alkoholisõltuvus, uimastite kuritarvitamine, (korduv) statsionaarne psühhiaatriline ravi, kehaline haigus: mõni krooniline haigus, HIV/AIDS	Psüühikahäire: raske depressioon, uimastite kuritarvitamine, ärevus, isiksusehäired, skisofreenia, komorbiidsus, kehaline haigus: epilepsia, HIV infektsioon, varasem peatrauma
Sotsiaalsed	Vallaline, vabaabielu, lapse kaotamine, puudulik sotsiaalne toetus, väärkohtlemine lapsepõlves, düsfunktsionaalne pere, pere lagunemine, koduvägivald, põlvkondade vaheline pingeline, massimeedia mõju	Düsfunktsionaalne pere, vanemate lahutus või lahkuminek, abieluprobleemid, noor või madala haridustasemega ema, emotsionaalne, füüsiline või seksuaalne väärkohtlemine lapsepõlves, hülgamine, hooletusse jätmine, traumaatilised elusündmused, sotsiaalse toetuse puudumine, halvad suhted, massimeedia mõju

Tabel 4. Suitsiidi ja suitsiidikatsega seotud riskifaktorid (25) (jätk)

RISKIFAKTORID	SUIITSIIDI RISKIFAKTORID	SUIITSIIDIKATSE RISKIFAKTORID
Majanduslikud	Töötus, madal sissetulek, finantsprobleemid, invaliidsuspension, madal sotsiaalmajanduslik staatus (sh vaesus, kodutus)	Töötus, madal sotsiaal-majanduslik staatus, madal haridustase, madal sissetulek, vaesus
Interpersonaalsed, psühholoogilised	Impulsiivne käitumisstiil, kehv probleemilahendamise oskus, negatiivsed või lootusetud tulevikuväljavaated, ennastvigastav käitumine, kuuluvustunde puudumine	Impulsiivsus, kontrollimatu viha teiste ja enda vastu, hüljatuse tunne, süütunne, meeleheide, kehv probleemilahendamise oskus
Situatsioonist tulenevad	Hiljutised kaotused ja lein (töö, partner, tervis), hiljutine kroonilise või surmaga lõppeva haiguse diagnoos, ebapiisavate probleemilahendamise oskuste tõttu tekkinud lõksusolemise tunne, suitsiidivahendite kättesaadavus, kaitsvate faktorite puudumine	Negatiivsed elusündmused, kuuluse surm, ennastvigastavad eakaaslased, meedia mõju, suitsiidikatse vahendite kättesaadavus
Muud	Varasemad või hiljutised enesevigastused, eelnev suitsiidikatse, vägivalgakuritegu, kevad	Religioossed aspektid

Kui ilmneb, et patsient on varem teinud suitsiidikatseid, tuleks erilist tähelepanu pöörata katsete ja suitsidaalsete kavatsuste ohtlikkusele (26). Suitsiidikavatsuse hindamiseks on välja töötatud mitmeid skaalasid. Eriti sageli kasutatav on 19 küsimusest koosnev Becki Suitsidaalsete kavatsuste skaala (*Suicidal Intent Scale*) aastast 1974 (27). Suitsidaalsete kavatsuste hindamine on üks osa ambulatoorse või statsionaarse patsiendi ravist ning seda peaks tegema psühhiaater.

4.2. KAITSVAD FAKTORID

Lisaks paljudele riskifaktoritele on olemas ka niisuguseid faktoreid, millel on kaitsev toime (5). Kaitsvad faktorid on:

- perekonna toetus;
- isikliku väärtuse tunne;
- head toimetulekuoskused;
- kuuluvustunne ning oma elu mõtte tunnetamine;

- rasedus;
- sünnitusjärgne periood (ei tohi siiski unustada sünnitusjärgsete psühhooside ja meelelühäirete võimalust);
- tugevad usulised tõekspidamised;
- vajaliku arstiabi kättesaadavus.

Kahjuks on ühe või mitme riskifaktori olemasolul suurem mõju kui kaitsvate faktorite puudumisel (5).

5. SUITSIDAALSUSE HINDAMINE

Sekkumise edukus sõltub perearsti võimest tuvastada suitsiidiriskiga patsient ning tagada sobiv ravi. Patsiendi suitsiidiriski hindamine tähendab perearsti poolset hinnangut sellele, kui suur on patsiendi poolt suitsiidi sooritamise tõenäosus ning vajadus sekkuda (23). Lühiajalise riski (võimalik suitsiid 24–48 tunni jooksul pärast hindamist) prognoosimine on usaldusväärsem kui pikaajalise riski prognoosimine (22). Suitsiidiriski hindamisel tuleks jälgida sotsiaal-demograafilisi riskifaktoreid, olemasolevaid stressoreid, depressiooni, alkoholi kuritarvitamise ning suitsiidmõtete esinemist (1).

Suitsiidiriski hindamiseks võib kasutada intervjuud ning hindamisskaalaid. Hindamine võiks lõppeda järeldusega, kas tegemist on madala või kõrge suitsiidiriskiga või on seda raske hinnata (14).

5.1. INTERVJUU

Arsti-patsiendi omavahelist suhet ei saa asendada ükski hindamise instrument. Oskus küsida õigeid küsimusi õigel ajal ning teha seda professionaalses ja empaatilises õhkkonnas on äärmiselt oluline. Kartuses, et suitsiidist rääkimine võib anda inimesele idee enesetapu sooritamiseks, väldivad perearstid sageli küsimusi patsiendi suitsidaalsete mõtete ning plaanide kohta. Tegelikult räägivad patsiendid väga avameelselt oma suitsiidmõtetest, kui neile see võimalus anda. Nad ei ole lihtsalt valmis omaalgatuslikult suitsiiditeemast rääkima või abi otsima (1). Intervjuu alguses tuleks esitada üldisemaid küsimusi, et seejärel edasi minna spetsiifilisematega.

Küsimused suitsidaalsuse hindamiseks

Kui perearst kahtlustab, et tegemist võib olla suitsidaalse käitumisega, tuleks hinnata järgmisi asjaolusid (21):

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

Tabelis 5 on toodud üldised küsimused, mis võivad olla abiks intervjuu läbiviimisel ning juba eelpool mainitud faktorite hindamisel. Tabelis 6 on toodud küsimused, mis on suunatud suitsiidiplaani ja vahendite (meetodite) olemasolu väljaselgitamisele ning ajafaktori hindamisele.

Tabel 5. Üldised küsimused suitsidaalsuse hindamiseks (22)

ÜLDISED KÜSIMUSED:	
	Teised inimesed sinu olukorras kaotavad mõnikord lootuse. Kas sinuga on ka nii?
	Sul on praegu väga raske aeg. Millele sa mõtled selles masendunud meeleolus?
	Kas sa tahaksid oma probleemide eest peitu pugeda?
	Kas sa oled praegusel stressirohkel ajal mõelnud enese vigastamisele?
	Kas sa oled kunagi mõelnud ennast tappa?
	Kuidas sa seda teeksid?
	Mis saaks sinu pereliikmetest või teistest lähedastest inimestest, kui sa seda teeksid?
	Mis on sind takistanud neid mõtteid ellu viimast?

Tabel 6. Spetsiifilised küsimused suitsiidiplaani, vahendite (meetodite) või ajafaktori kindlakstegemiseks (21)

PLAAN	Kas sa oled teinud plaane oma elu lõpetamiseks?
	Kas sa tead, kuidas sa seda teeksid?
VAHENDID (MEETODID)	Kas sul on tablette, tulirelva, putukamürki või teisi vahendeid?
	Kas sul on olemas juurdepääs vahenditele?
AJAFAKTOR	Kas sa oled otsustanud, millal plaanid oma elu lõpetada?
	Millal sa plaanid seda teha?

Vaimse seisundi hindamisel tuleks tähelepanu pöörata patsiendi kognitiivsele poolele, meeleolule, mõtteprotsessile ja mõtete sisule, tema koostöövõimele ning arstile edastatud informatsioonile. Uimastite kuritarvitamisest tingitud kehalised sümptomid või võõrutusnähud, rahutus ning agiteeritus on olulised infoallikad suitsidaalse patsiendi hindamisel (23).

5.2. INSTRUMENDID – SKAALAD

Enamik skaalasisid hõlmavad niisuguseid valdkondi nagu eelnevad suitsiidikatsed, demograafilised andmed, sotsiaalne isolatsioon ja psühhopatoloogia (suitsidaalne mõtlemine ja depressiivsus) (28). Skaalasisid võib liigitada suitsiidiprotsessi mõjutavate „sõltumatute“, inimesest väljaspool olevate faktorite (ennustatavad faktorid) või „paindlike“ elementide järgi, mis mõõdavad suitsiidiriski raskusastet (29). Mõlemat liiki skaalasisid on kirjeldatud allpool. Neid kasutatakse võimaliku suitsiidiriski prognoosimiseks („Kurva inimese“ skaala) või suitsiidiprotsessi tõsiduse hindamiseks (Paykel'i suitsiidiredel). Esiialgu on soovitatav kasutada „Kurva inimese“ skaalat, et hinnata suitsiidiriski intensiivsust (madal, keskmine või kõrge). Kui suitsiidirisk on keskmine või kõrge (skoor 3–10), tuleks seejärel Paykel'i suitsiidiredeli abil hinnata suitsiidiprotsessi tõsidust.

„Kurva inimese“ skaala

„Kurva inimese“ skaala (*The SAD PERSON scale*) on olemuselt ennustav skaala, mis keskendub välistele faktoritele, mille abil prognoosida suitsiidiriski. Enamasti kasutatakse skaalat suitsidaalse patsiendi seisundi hindamiseks, et määratleda vajadus tema hospitaliseerimiseks ja kliiniliseks sekkumiseks (28, 30). Eeliseks on see, et skaala koosseeb ainult kümnest elemendist. Akronüüm SAD PERSONS on tuletatud suitsiidi riskifaktorite esimestest tähtedest (**s**ex, **a**ge, **d**epression, **p**revious attempts, **e**thanol abuse, **r**ational thinking loss, **s**ocial support lacking, **o**rganized plan, **n**o spouse, **s**ickness). Iga riskiteguri esinemine annab ühe punkti. Lõppskoor võib jääda vahemikku 0–10. Kõrgem skoor viitab suuremale suitsiidiriskile.

Tabel 7. „Kurva inimese“ skaala prognoositava suitsiidiriski hindamiseks (29, 31)

Riskifaktorid (kui „jah“, märkida tulemuseks „1“)	Skoor
Sugu: mees	(0–1)
Vanus: noorem kui 20, vanem kui 45	(0–1)
Depressioon	(0–1)
Eelnevad suitsiidikatsed	(0–1)
Etanooli kuritarvitamine	(0–1)
Ratsionaalne mõtlemine häiritud, nt orgaaniline ajukahjustus, tundeelu häired, skisofreenia	(0–1)
Sotsiaalse toetuse puudumine	(0–1)
Suitsiidiplaani olemasolu	(0–1)
Ei ole abielus või lähisuhtes	(0–1)
Haigus, halb füüsiline tervis	(0–1)
Lõppskoor:	0–10

Lõppskoor:

0–2 madal suitsiidirisk; 3–4 keskmine suitsiidirisk (ambulatoorse haige pidev jälgimine); 5–6 kõrge suitsiidirisk (sekkumine soovitatav); 7–10 väga kõrge suitsiidirisk.

„Suitsiidiredel“

Paykel'i suitsiidiredel mõõdab olemasoleva suitsidaalsuse raskusastet ning keskendub suitsidaalsele käitumisele kui protsessile (29). Suitsiidiredel kujutab endast viiest küsimusest koosnevat hierarhilist rida, vt allolevat tabelit (Tabel 8). Neli esimest küsimust viitavad suitsidaalsetele tunnetele ning viies suitsiidikatsele (32). Perearst peab alustama küsimusest number 1, seejärel number 2 jne. Oluline on kindlaks määrata ka ajavahemik, nt 2 nädalat, 2 kuud, 6 kuud, 12 kuud või eluaeg (29). Patsiendil on võimalus iga küsimuse puhul valida nelja vastusevariandi vahel – “sageli”, “mõnikord”, “harva” või “mitte kunagi”. Kui patsiendi vastus on muu kui “mitte kunagi”, tuleks kohe uurida, kas need tunded/mõtted ilmnesid eelmisel nädalal, aastal või veel varem. Erilist tähelepanu tuleks pöörata vastustele, mis viitavad hiljutisele ajaperioodile (32).

Tabel 8. Paykel'i suitsiidiredel suitsiidiprotsessi arengu hindamiseks (29, 32)

5	Kas Sa oled kunagi proovinud endalt elu võtta?
4	Kas Sul on kunagi tulnud ette olukordi, mil oled tõsiselt kaalunud endalt elu võtta või teinud ehk plaane, kuidas Sa seda teeksid?
3	Kas Sa olen kunagi mõelnud endalt elu võtta, isegi kui Sa seda tegelikult ei teeks?
2	Kas Sa oled kunagi soovinud, et oleksid pigem surnud – näiteks jääksid magama ega tõuseks enam kunagi üles?
1	Kas Sa oled kunagi tundnud, et elu ei ole elamist väärt?

5.3. SUITSIDAALSE PATSIENDI TUNNUSJOONED

Suitsiidiriski põhjalikul hindamisel tuleb arstil meeles pidada, et suitsidaalsete inimeste käitumine võib olla seotetu ja vastuoluline (14).

Suitsidaalne patsient on tavaliselt:

- haavatav;
- kergesti solvuv;
- tunneb häbi ja süüd;
- tal esineb meeleolukõikumisi ning
- ta kaldub tõrjuvalt reageerima, kui tunneb, et temast ei hoolita.

Suitsidaalse patsiendi meeleseisundit iseloomustavad:

Kahestunud tunded: Suuremal osal inimestest on enesetapu suhtes kaheksugused tunded. Enesetapule kalduva inimese hinges võitlevad elutahe ja soov surra. Soov elu vaevadest ja valudest

vabaneda on suur, samas pole kadunud soov edasi elada. Paljud suitsidaalsed isikud ei taha tegelikult surra, nad ei saa lihtsalt eluga hästi hakkama. Kui nad abi saavad ja elusoovalt tugevneb, väheneb ka soov end tappa.

Impulsiivsus: Enesetapp on ka impulsiivne tegu. Nagu iga teinegi siseaeg, on ka impulss end tappa mööduv ning kestab vaid mõne minuti või tunni. Tavaliselt vallandavad sellekohase soovi igapäevaelu negatiivsed sündmused. Niisugust kriisi leevendades ja püüdes aega võita saab arst aidata enesetapusoovi vähendada.

Mõtteviisi jäikus: Kui inimene hakkab enesetapule mõtlema, aheneb tema mõtte-, tunde- ja tegevusmaailm. Ta mõtleb kogu aeg enesetapust ning pole suuteline märkama teisi väljapääse. Mõtlemine on mustvalge.

Patsiendi kahestunud tunded võivad raskendada suitsiidiriski hindamist. Tulemuseks võib olla väärarvamus või suitsiidiriski vale hinnang (33). Paljud suitsidaalsed inimesed püüavad oma haavatavust/meeleheidet varjata ning kõrvalise abita toime tulla. Siiski, enamik suitsidaalsetest inimestest annavad oma mõtetest ja kavatsustest teada. Märkuandeid ja avaldusi nagu „tahan surra“ või „tunnen ennast kasutuna“ ei tohi ignoreerida. Oluline on tõsta arstide teadlikkust, kuidas suitsidaalset patsienti ära tunda ning suitsiidiriski hinnata. Tabelis 9 on toodud enesetapule kalduvate inimeste levinumad tunded ja mõtted (21).

Tabel 9. Enesetapule kalduvate inimeste TUNDED ja MÕTTED

TUNDED	MÕTTED
Kurbus, depressioon	“Soovin, et oleksin surnud”
Üksildus	“Mul ei ole kedagi, kes aitaks”
Abitus	“Ma ei suuda seda enam taluda”
Lootusetus	“Olen hädavares ja teistele koormaks”
Tühisus	“Teistel on minuta parem”

Suhtlemine suitsidaalse inimesega

Esimene kontakt suitsidaalse inimesega on äärmiselt tähtis. Tihti leiab see aset rahvarohkes haiglas, kodus või avalikus kohas, kus omavaheline vestlus võib olla raskendatud.

Edukaks kommunikatsiooniks on vaja:

1. Leida sobiv koht privaatseks vestluseks.
2. Varuda aega. Suitsidaalsed inimesed vajavad oma koormast vabanemiseks palju aega ja nende kuulaja peab olema selleks valmis.
3. Kõige tähtsam on inimest hoolega kuulata. Abikäe andmine ja kuulamine vähendavad oluliselt enesetapuni viivat meeleheidet.

Tabelis 10 on toodud mõned juhtnöörid, kuidas suhelda suitsidaalse inimesega.

Tabel 10. Kuidas suhelda? (6)

KUIDAS SUHELDA?	KUIDAS EI TOHI SUHELDA?
Kuulata tähelepanelikult, olla rahulik	Teist inimest liiga sageli katkestada
Püüda mõista vestluspartneri tundeid (olla kaastundlik)	Ilmutada jahmatust või erutust
Näidata oma poolehoidu ja lugupidamist mitte üksnes sõnades, vaid ka välises käitumises (kehakeeles)	Näidata, et sul pole aega
Austada partneri arvamusi ja väärtushinnanguid	Käituda üleolevalt
Rääkida ausalt ja siiralt	Teha pealetükkivaid või ebaselgeid märkusi
Olla muretsev, hoolitsev ja sõbralik	Esitada liiga sügavale tungivaid küsimusi
Pöörata erilist tähelepanu vestluspartneri tunnetele	

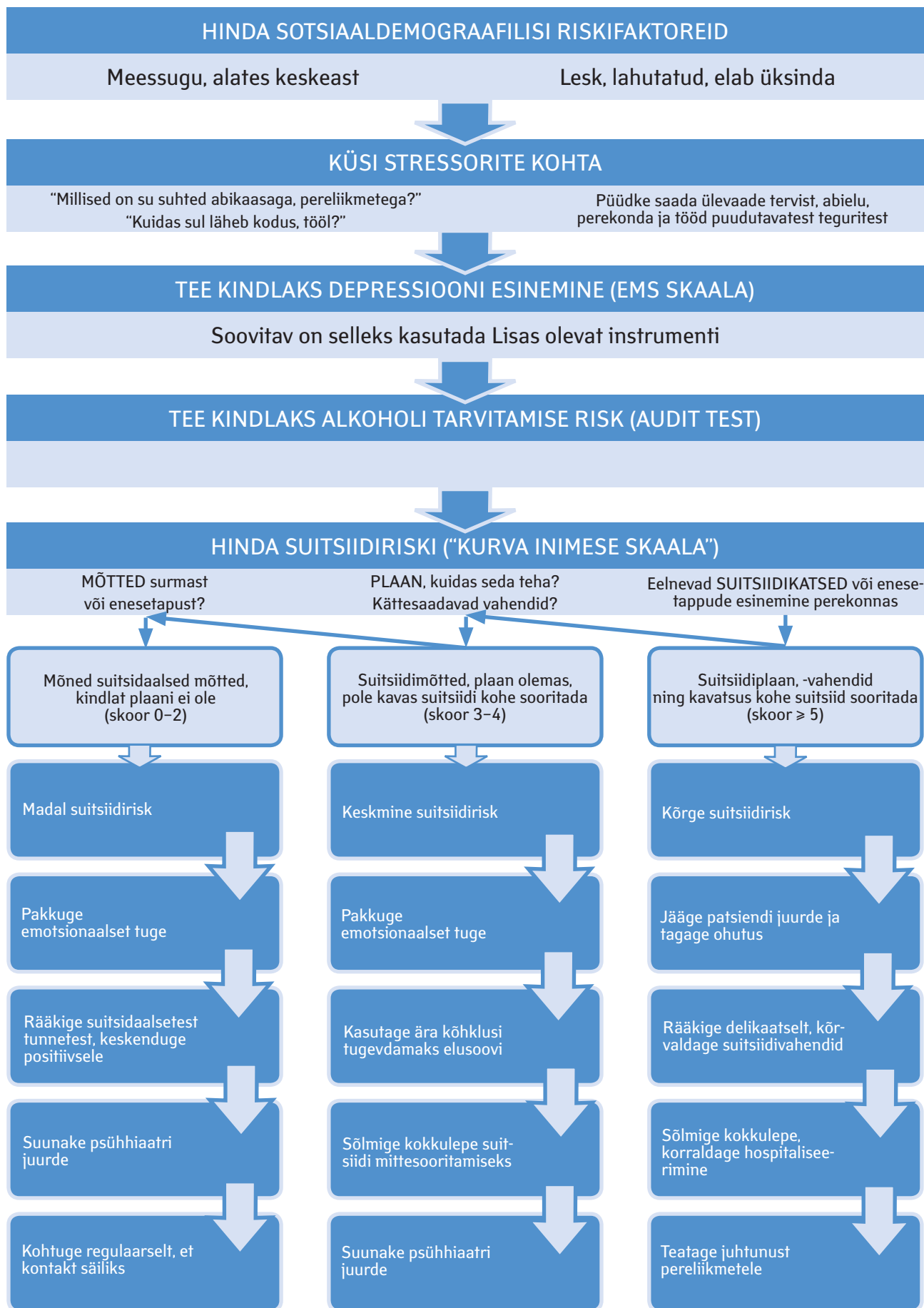
PEA MEELES:

Rahulik, avameelne, hooliv, tunnustav ning mitte-hinnanguline lähenemine on kontakti saavutamiseks hädavajalik.

Kokkuvõtlikult suitsiidiriski hindamisest

Joonisel 3 on toodud algoritm patsiendi suitsiidiriski hindamiseks. Oluline on:

- hinnata sotsiaal-demograafilisi riskifaktoreid;
- küsida stressorite kohta;
- välja selgitada depressiooni olemasolu/puudumine – enesehinnanguline meeleolu skaala (EMS);
- hinnata alkoholi liigtarvitamise tõsidust – WHO test AUDIT (2);
- hinnata suitsiidiriski.



Joonis 3. Algoritm suitsiidiriskiga patsiendi kohtlemiseks

6. SUITSIDAALSE PATSIENDI KOHTLEMINE

Pärast intervjuu läbiviimist ning suitsiidiriski hindamist tuleks arstil järgida juhiseid edaspidisteks tegevusteks, et aidata enesetapuriskiga ja alkoholisõltuvusega patsienti. Arsti edasine tegutsemine sõltub määratletud suitsiidiriski intensiivsusest (madal, keskmine, kõrge) ning kestusest (alarmeeriv, lühi- või pikaajaline).

6.1. PATSIENDI KOHTLEMINE LÄHTUVALT MÄÄRATLETUD SUITSIIDIRISKI INTENSIIVSUSEST

„Kurva inimese“ skaala kasutamine võimaldab arstil prognoosida ja määratleda suitsiidiriski intensiivsust. Ühtlasi annab see suuna edasisteks tegevusteks. Vahemikku 0–2 jääv lõppskoor viitab madalale suitsiidiriskile ning sellest suurem skoor keskmisele, kõrgele või väga kõrgele suitsiidiriskile.

Vähene suitsiidirisk

Inimesel on olnud enesetapumõtteid nagu: “Ma ei suuda enam edasi elada” või “Tahaksin surnud olla”, aga tal pole plaani enesetapu sooritamiseks (21).

Mida saab perearst teha? (21)

- Pakkuda emotsionaalset tuge.
- Aidata saada selgust suitsidaalsetes tunnetes. Mida avameelsemalt inimene oma kaotusest, üksildusest ja alaväärsustundest räägib, seda enam tema emotsionaalne segadus vaibub. Kui inimene on rahunenud, hakkab ta tõenäoliselt kainemalt mõtlema. See on väga oluline, sest mitte keegi peale inimese enda ei saa surmamõtteid kõrvale heita ja teha otsust edasi elada.
- Pöörata erilist tähelepanu inimese positiivsetele tegudele, suunates teda rääkima sellest, kuidas lahenesid varasemad probleemid, ilma et oleks olnud vaja abi otsida enesetapust.
- Suunata inimene psühhiaatri või arsti juurde.
- Kohtuda regulaarsete ajavahemike järel, et kontakt jätkuks.

Keskmine suitsiidirisk

Inimesel on enesetapumõtteid ja -plaane, kuid tal pole kavas kohe suitsiidi sooritada (21).

Mida saab perearst teha? (21)

- Pakkuda emotsionaalset tuge, rääkida inimese suitsidaalsetest tunnetest ja pöörata tähelepanu positiivsetele jõududele.
- Kasutada ära kõhklusit. Arst peaks juhtima tähelepanu suitsidaalse inimese sisemistele vastuoludele ja kõhklustele, et tema elusoov järk-järgult tugevneks.
- Leida enesetapule alternatiive. Arst peaks püüdma juhtida enesetapuriskiga inimest teisi lahendusvariante leidma ehk äärmisel juhul pakkuma ise välja mõned võimalused lootuses, et vestluskaaslane võtab neist mõne kaalumisele.
- Sõlmida kokkulepe. Saada suitsiidi kavatsevalt inimeselt lubadus, et ta ei tee enesetappu a) enne, kui ta on arstiga uuesti kontakti võtnud või b) mingi kindla aja jooksul.

Suur/kõrge suitsiidirisk

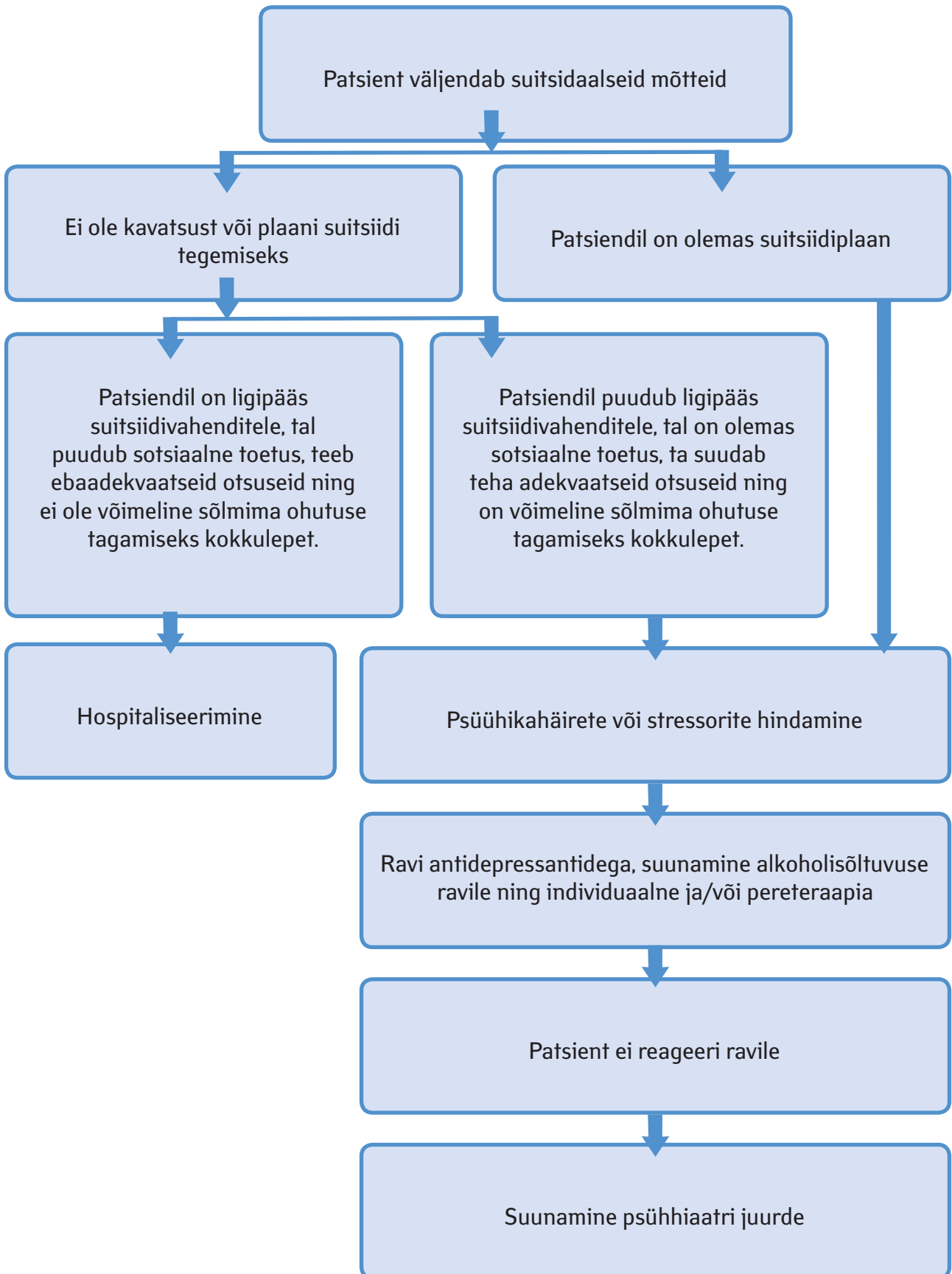
Inimesel on kindel plaan, vajalikud vahendid ja ta kavatseb kohe enesetapu teha.

Mida saab perearst teha? (21)

- Jääda inimese juurde. Mitte mingil juhul jätta teda üksi.
- Rääkida temaga delikaatselt, võtta ära tabletid, nuga, relv, putukamürk jms.
- Sõlmida kokkulepe, mille alusel patsient lubab ennast mitte vigastada teatud aja (24–48 tunni) jooksul ning võtta perearstiga uuesti ühendust juhul, kui tema seisund peaks selle aja jooksul muutuma.
- Võtta kohe ühendust psühhiaatriga ning aidata korraldada, et inimene viidaks kiirabi-autoga haiglasse.
- Teatada juhtunust omastele ning tagada nende toetus.

Kui ajapuudusest või muudest asjaoludest tingituna ei ole skaalasiid võimalik rakendada (alkoholijoores enesetapuohtliku patsiendi puhul), tuleks vähemalt kindlaks teha kõige kriitilisemad riskifaktorid. Nendeks on suitsiidimõtted, suitsiidiplaani olemasolu, ligipääs suitsiidivahenditele, sotsiaalne toetus ja otsustusvõime (22). Joonisel 4 on toodud algoritm viisidest, kuidas hinnata suitsiidimõtete ja suurenenud suitsiidiriskiga patsiente.

6.2. PATSIENDI KOHTLEMINE LÄHTUVALT SUITSIIDIRISKI KESTUSEST



Joonis 4. Algoritm suitsidaalsete mõtetega patsientide hindamiseks

Kui on tekkinud kahtlusi suitsiaalsete mõtete olemasolus, tuleks hinnata suitsiidiriski kestust. Arst peab langetama otsuse, kas tegemist on kohese (48 tunni jooksul), lühiajalise (mõne päeva jooksul) või pikaajalise suitsiidiriskiga (1). Edaspidine tegutsemine patsiendi abistamiseks sõltub konkreetsest otsusest.

Alarmeriv risk

Kui patsient väljendab kavatsust surra, tal on plaan ning vajalikud vahendid, on tegemist alarmeriva riskiga. Psühhoosid (hallutsinatsioonid, luulumõtted), meeleheide, lootusetuse tunne ja äärmuslik pessimism suurendavad suitsiidiriski märgatavalt (1). Alarmeriv risk nõuab kohest tegutsemist ning tavaliselt on selleks hospitaliseerimine psühhiaatria-asutusse. Samal ajal kui võetakse ühendust psühhiaatri ja haiglaga, tuleb tagada patsiendi ohutus. Kui patsient keeldub abist, võib kutsuda politsei. Oluline on patsienti mitte üksi jätta, isegi mitte lühikeseks ajaks (näiteks telefonikõne ajaks).

Lühiajaline risk

Lühiajalise riski puhul on oht, et inimene sooritab enesetapu lähimate päevade või nädalate jooksul. Depressiooni ja alkoholi kuritarvitamise koosinemine, eriti tõsise ärevusseisundi (paanikahood) puhul, suurendab lühiajalist suitsiidiriski, seda isegi suitsidaalse käitumise puudumisel (1). Samuti suurendavad riski eelnevad tõsised suitsiidikatsed ning suitsiidide esinemine perekonnas.

Soovitavad on alljärgnevad tegevused:

- Kaasake pereliige või muu lähedane inimene; rääkige, et probleemi lahendamine nõuab suurt tähelepanu ning koostööd.
- Tehke kindlaks, kas patsiendil on ligipääs suitsiidivahenditele (tulirelvad, ravimid, laskehoon), võimalusel kõrvaldage need.
- Suurendage suhtlemist patsiendiga (külastused, telefonikõned).
- Psühhiaatrilise haiguse esinemisel alustage põhjalikku ravi.
- Alkoholi kuritarvitamise korral suunake patsient vastavasse raviprogrammi.
- Depressiooni korral peaks arst välja kirjutama mitte-letaalsed antidepressandid (üledoosi vältimiseks).
- Pärast ravi alustamist on vaja järelvalvet kõrge suitsiidiriskiga patsiendi üle suurendada (telefonikõned, külastused).
- Mõne patsiendi puhul võib suitsiidirisk esimeste ravipäevade jooksul isegi suurened.

Pikaajaline risk

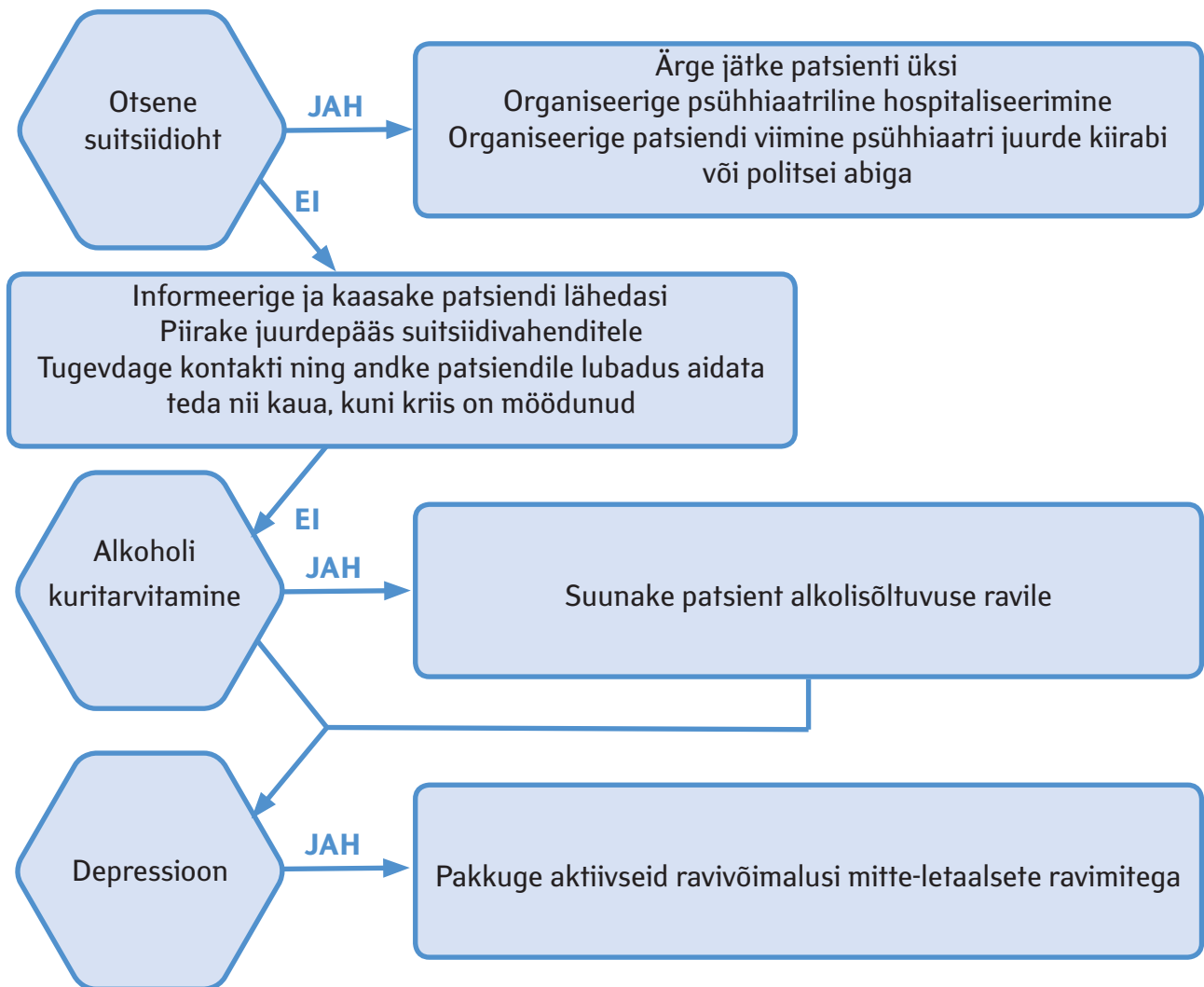
Ühe või enama kliinilise riskifaktori kergekujuline esinemine (ilma suitsidaalse käitumiseta) võib viidata pikaajalise suitsiidiriski võimalusele (1). Sellistel juhtudel on eesmärgiks riskifaktorite mõju leevendamine. Depressiooni ja alkoholi kuritarvitamise koosinemisel tuleks alustada

depressiooni ravimisega ning suunata patsient alkoholisõltuvuse raviprogrammi. Kroonilise suitsiidiriskiga patsientide puhul on suitsiidmõtted ebastabiilse meeleseisundi (seotud meeleolu- ja isiksusehäiretega) lahutamatuks osa (23). Sageli on uimastite kuritarvitamine suurenenud suitsiidiriski puhul kaasa aitavaks faktoriks. Kroonilised suitsiidmõtted on tõsise psühhiaatrilise haiguse tunnus ning arstil tuleks alustada vastavat ravi. Vajalik on hospitaliseerimine, päevaprogrammid, sotsiaalse toetuse suurendamine ning psühhiaatrite ja psühhoterapeutide kaasamine (23).

Joonisel 5 on toodud algoritm suitsidaalsete mõtete või käitumise juhtimiseks.

7. RAVI

Suitsiidiriski hindamise lõppedes on oluline tagada sobiv järelravi ning suunata suitsiidiriskiga patsient teiste spetsialistide juurde või vastavatesse raviasutustesse.



Joonis 5. Algoritm suitsidaalsete mõtete või suitsidaalse käitumise juhtimiseks (1)

Lähtudes alkoholiprobleemi tõsidusest ning teiste meditsiiniliste või psühhosotsiaalsete probleemide esinemisest teeb arst valiku edasise ravi osas (34). Kui arst on tuvastanud alkoholiprobleemi, tuleks tal läbi viia küsitlus alkoholi kuritarvitamise probleemide ja suitsiidiriski (intensiivsuse ja kestuse) määramiseks.

Alkoholisõltuvuse ravi käigus on oluline jagu saada: (1) füsioloogilisest sõltuvusest (võõrutussümptomid), (2) psühholoogilisest sõltuvusest (alkoholi tarvitamine ärevuse, depressiooni ja stressi leevendamiseks) ning (3) harjumusest (34). Alkoholi kuritarvitava või alkoholisõltuvusega patsiendi ravi tuleb arvestada võimalike tagasilööride ja haigushoo kordumistega, samuti võõrutusnähtude episoodidega. Alkoholisõltuvusega patsientide puhul võib suitsiidirisk suureneda pärast raviasutusest lahkumist, kuna nad satuvad endisesse ebatavalisse keskkonda (15). Nad võivad tunda end üksikute ja sotsiaalselt isoleeritutena, neil võib puududa töökoht, nad võivad kalduda depressiivsusele ja suitsidaalsusele (15). Seega on oluline, et arst jälgiks alkoholi liigtarvitavat patsienti ka pärast raviasutusest lahkumist ning hoiaks patsiendiga regulaarselt ühendust.

Alkoholisõltuvusega patsiendi ravi peaks hõlmama lisaks farmakoterapiale ka individuaalset või pere psühhoteraapiat.

7.1. RAVI KESTUS

Alkoholisõltuvusega patsiendi ravi võib kestuse järgi jagada kaheks: (1) viivitamatu ja (2) pikaajaline (34).

Viivitamatu ravi

Alkohoolikust patsient tuleb viivitamatult detoksifikatsiooniks haiglasse toimetada, kui tal ilmnevad eluohtlikud sümptomid, suitsidaalsed või heteroagressiivsed kavatsused, tekib ohtlik olukord kodus või tööl või kui ta ei järgi ambulatoorse ravi režiimi (34).

Pikaajaline ravi: karskus ja järelvalve

Pikaajaline joomine kahjustab alkoholi liigtarvitava patsiendi aju nagu teisigi organeid ning soodustab pidevat tungi alkoholi järele. Haigushoo kordumine on võimalik igal ravi etapil, seda võivad esile kutsuda sisemised faktorid (depressioon, ärevus, alkoholiihalus) või välised faktorid (keskkonnategurid, sotsiaalne surve, negatiivsed sündmused). Psühhosotsiaalne ravi aitab patsiendil mõista, ennetada ja vältida võimalikke tagasilööke (34).

7.2. FARMAKOTERAAPIA

Depressioon ja ärevus võivad nii soodustada kui ka põhjustada alkoholi kuritarvitamist. Hoolikas anamnees võib olukorda selgust tuua. Ravimitest on serotoniini tagasihaarde inhibiitorid osutunud tõhusaks vahendiks depressiivsuse vähendamisel alkoholi liigtarvitavate patsientide puhul.

Suitsidaalsete patsientide puhul tuleks tritsükliliste antidepressantide kasutamisest hoiduda surmava üledoosi vältimiseks (22).

Ärevust ja unehäireid seostatakse väga sageli lõpule viidud suitsiididega, need vajavad kohest ravi. Vaatamata sellele, et bensodiasepiinid on harva surmava üledoosi põhjustajateks, kujutavad nad endast ohtu teiste kesknärvisüsteemi depressantidega (nagu alkohol) koosmanustamisel. Seega on oluline tõhus järelvalve ning ravimite kättesaadavuse piiramine (22).

Patsiendid, kelle haigus ei allu ravile või kellel esinevad raske depressiooni sümptomid, tuleb suunata psühhiaatri juurde.

7.3. SUITSIDAALSETE PATSIENTIDE PSÜHHOLOOGILINE RAVI

Suitsidaalsete patsientide psühholoogiline ravi koosneb tavaliselt käitumisteraapiatest. Levinud on nii individuaalne (alkoholi liigtarvitajast patsient) kui ka pereteraapia.

Käitumuslikud teraapiad (34)

- **Anonüümsed alkohoolikud (AA)** – eneseabigrupp paranevatele alkohoolikutele. See tasuta programm on kättesaadav ka vaesematele elanikkonna kihtidele ja sobiv eriti neile, kes tulevad sotsiaalsest keskkonnast, kus tarvitatakse palju alkoholi.
- **Kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT)** – eesmärk on õpetada patsiente rollimängude kaudu ära tundma kõrge riskiga olukordi ning neis toime tulema ja mitte oma ihadele järgi andma.
- **Motivatsiooniteraapia (MTT)** – nõustamismeetod, mille eesmärk on motiveerida patsiente kasutama olemasolevaid ressursse oma käitumise muutmiseks. Teraapia on kõige tõhusam patsientide puhul, kellel on probleeme oma viha kontrollimisega.

7.4. ABIALLIKAD

Arstil on oluline roll tagada mitmekülgne lähenemine alkoholi liigtarvitajast patsiendi ravile ning suitsiidi ennetamisele. Alkoholisõltuvuse ja depressiooni ravi, kuhu on kaasatud patsiendi pere liikmed ja sõbrad, võib märkimisväärselt parandada patsiendi elukvaliteeti. Tavaliselt on kõige kättesaadavamad abiallikad perekond, sõbrad, töökaaslased, kriisiabikeskused, tervishoiutöötajad ja vaimulikud (21).

Kuidas abiallikatelt abi paluda? (21)

- Püüdke saada patsiendilt luba koostada nimekiri võimalikest abistajatest ning seejärel võtke nendega ühendust.

- Püüdke leida keegi, kes tunneks muret suitsidaalse inimese pärast.
- Rääkige suitsidaalse patsiendiga ning selgitage, et mõnikord on kergem rääkida võõra kui lähedase inimesega, nii et ta ei tunneks end hüljatu või solvatuna.
- Rääkige appi kutsututega neid süüdistamata või neis süütunnet tekitamata.
- Märkige üles, kuidas keegi lähedastest võiks inimest aidata.
- Ärge unustage ka abistajate vajadusi.

Olenevalt konkreetsest olukorrast tuleb arstil kaasata ka teisi spetsialiste. Tabelis 11 on toodud loetelu tundemärkidest, millal suunata alkoholi liigtarvitajast patsient ambulatoorsele või statsionaarsele psühhiaatrilisele ravile (5).

Tabel 11. Millal suunata esmatasandi arstiabi patsient psühhiaatrilisele ravile? (5)

Ambulatoorse haige psühhiaatriline ravi	Statsionaarse haige psühhiaatriline ravi
Hiljutine suitsiidikatse	Kõrge suitsiidioht
Ravile mittealluv depressioon	Väga tõsine (psühhootiline, katatooniline) depressioon
Erinevad diagnostilised probleemid	Maaniaepisoodid
Kaasuv sõltuvushäire	Ägedad psühhoosid
Ravi pooleli jätmine/mittetäitmine	Tõsine kaasuv tervisehäire
Tõsine isiksusehäire	
Hüpomaania episoodid	
Hiljuti diagnoositud bipolaarne häire	

8. ARSTI JA SUITSIDAALSE PATSIENDI SUHTE PROBLEEMID

Arsti suhe suitsidaalse patsiendiga peab olema optimaalne, et tagada piisav usaldus suitsiidiriski hindamiseks, kuid mitte familiaarne. Hoiduda tuleb ka nn 'hernekepi fenomenist', kus patsient satub arstist sõltuvusse ega suuda juba psüühiliselt heas seisundis olles eluga iseseisvalt edasi minna. Iga inimestevahelist suhet võib vaadata kui „ülekandeprotsessi“, kus tähtsust omavad veendumused, kogemused ja alateadlikud soovid. Suitsidaalse patsiendi jaoks võib arst olla nii päästja kui vaenlane. Mõned patsiendid võivad igasugusest abist ja koostööst keelduda, teised jällegi provotseerivalt käituda. Kui patsiendi ootused on arsti suhtes väga kõrged, võib tulemuks olla pettumus, eriti kui ravi kestab oodatust kauem (33).

Arst toetub töös suitsidaalse patsiendiga – suitsiidiriski hindamine, sobiva ravi tagamine, patsiendi edasi suunamine ja hospitaliseerimise korraldamine – väga palju oma subjektiivsele hinnangule. Reeglina on suurem osa arstidest empaatilised, mis harvadel juhtudel võib kahetsusväärselt ulatuda patsiendiga samastumiseni, see aga ei taga head ravitulemust, nagu ei taga head tulemust ka liigne kalduvus näha kõikjal suitsiidiohtu (33).

Kahjuks võivad ka ravi saanud patsiendid enesetapu sooritada. Arstis võib see esile kutsuda väga erinevaid negatiivseid emotsioone: kurbus, viha, abitus, süütunne ning hirm juriidiliste või ametialaste tagajärgede pärast. Arst peab säilitama professionaalsuse. Kaastunde avaldamine pereliikmetele on igati sobilik, kuid sellega ei tohi kaasneda enda või teiste süüdistamist või süüdistuse aktsepteerimist. Ravikaart tuleb uuesti üle vaadata, seda ei tohi muuta ega hävitada. Tähelepanu tuleb pöörata suitsiidiohvri pereliikmetele ning aidata neil leinaga toime tulla (23).

9. KOKKUVÕTTEKS

9.1. SUITSIDAALSE PATSIENDI OHUMÄRGID

- Suitsiidist või surmast rääkimine.
- Otsesed verbaalsed vihjed ("Soovin, et oleksin surnud. Ma teen kõigele lõpu.")
- Vähem verbaalsed otsesed vihjed ("Mis mõtet on elul?" – "Varsti ei pea Sa enam minu pärast muretsema." – "Kes sellest üldse hoolib, olen ma elus või surnud?")
- Sõpradest ja pereliikmetest eemaldumine.
- Veendumus, et elu on mõttetu või lootusetu.
- Oma hinnaliste esemete äraandmine.
- Ootamatu ning seletamatu meeleolu paranemine pärast depressiivset seisundit ja masendust.
- Hooletu suhtumine oma välimusse või hügieeni.

Väga tõsine ohumärk on see, kui patsiendil on minevikus või hetkel diagnoositud psüühikahäire nagu depressioon, alkoholi või narkootikumide kuritarvitamine, bipolaarne häire või skisofreenia.

9.2. SUITSIDAALSE PATSIENDI HINDAMINE JA RAVI (23)

- Tehke kindlaks soodustavad faktorid (psühhiaatriline haigus, eelnevad suitsiidikatsed, uimastite kuritarvitamine).
- Tehke kindlaks kaasa aitavad faktorid (perekonna ajalugu, praegused kriisiolukorrad, ter-
viseprobleemid, juurdepääs suitsiidivahenditele, demograafilised tegurid).
- Viige läbi konkreetne suitsiidiriski uuring, selgitage välja, kas patsiendil on suitsiidiplaan ning esineb psühhiaatrilisi sümptomeid (depressioon, ärevus, lootusetuse tunne, hallutsinatsioonid).
- Töötage välja plaan olemasoleva suitsiidiriski taseme hindamiseks.
- Alustage põhjaliku ja planeeritud raviga.
- Dokumenteerige hindamine ja tegevusplaan.

KIRJANDUSALLIKAD

1. Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England Journal of Medicine* 1997;337:910-915.
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. In: World Health Organisation; 2001.
3. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D, editor. *Suicide and unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001.
4. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaros HI. Screening for depression in primary care. *Fam Pract* 2006;23(6):693-8.
5. Rihmer Z, Rutz W. Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective*. New York: Oxford University Press; 2009.
6. Preventing suicide: A resource for primary health care workers: World Health Organisation; 2000. Report No.: WHO/MNH/MBD/00.4.
7. RHK 10. Psüühika- ja käitumishäired. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu: Tartu Ülikool; 1993.
8. Meninger K. *A Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace and World; 1966.
9. Demirbas H, Celik S, Ilhan OI, Dogan YB. An examination of suicide probability in alcoholic in-patients. *Alcohol & Alcoholism* 2003;38(1):67-70.
10. Wasserman D, Hadlaczky G. Restriction of alcohol consumption in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press; 2009.
11. Miller NS, Giannini J, Gold MS. Suicide risk associated with drug and alcohol addiction. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 1992;59:535-538.
12. Hawton K, Fagg J, McKeown S. Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol & Alcoholism* 1989;24:3-9.
13. Ward M. *Assessment and Management of Risk of Harm in Clients with Dual Diagnosis. Alcohol Concern/Drug Scope* 2002.

14. Wasserman D. Suicide risk assessment. In: Wasserman D, editor. Suicide an unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd; 2001.
15. Roy A. Risk factors for suicide among adult alcoholics. Alcohol Health & Research World 1993;17(2):133-137.
16. Murphy GE. Suicide in Alcoholism. New York: Oxford University Press; 1992.
17. Rossow I, A. A. Alcohol abuse and suicide: a 40 year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction 1995;90:685-691.
18. Kõlves K, Värnik A, Todding L, Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case control psychological autopsy study. Psychological Medicine 2006;36(7):923-30.
19. Värnik A, Kõlves K, Väli M, Todding L, Wasserman D. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality. Addiction 2007;102(2):251-6.
20. Yang B. The economy and suicide. American Journal of Economics and Sociology 1992;51:87-99.
21. Enesetappude ennetamine: abiks esmatasandi tervishoiutöötajatele. WHO väljaande Eestile kohandatud ja täiendatud tõlge.: ERSI; 2008.
22. Gliatto MF. Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. In: American Academy of Family Physicians; 1999.
23. Stovall J, Domino F. Approaching the Suicidal Patient. American Family Physician 2003;68:1814-8.
24. Gilmore JM, Chan CH. Suicide: a focus on primary care. Wisconsin Medical Journal 2004;103(6):88-92.
25. Dietrich S, Wittenburg L, Arensman E, Värnik A, Hegerl U. Suicide and self-harm. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, editors. Handbook of Primary Care Mental Health. London: RCPsych Publications; 2009. p. 125-44.
26. Hawton K. Assessment of Suicide Risk. British Journal of Psychiatry 1987;150:145-153.
27. Beck AT, Schuyler D, Herman J. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, Resruk HLP, Lettieri DJ, editors. The prediction of Suicide. Maryland: Charles Press; 1974.
28. Bech P, Olsen Raabaek L, Niméus A. Psychometric scales in suicide risk assessment. In: Wasserman D, editor. Suicide an unnecessary death; 2001.
29. Bech P, Awata S. Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. New York: Oxford; 2009. p. 305-311.
30. Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the sad persons scale. The Journal of Emergency Medicine 1988;6:99-107.

31. Patterson WM, Dohn HH, Bird J. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSON scale. *Psychosomatics* 1983;24:343-352.
32. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry* 1974;124:460-469.
33. Wasserman D. The suicidal patient-doctor relationship. In: Wasserman D, editor. *Suicide and unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001.
34. Ennoch M-A, Goldman D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *American Family Pyhsician* 2002;65(3):441-448.

LISA: ENESEHINNANGULINE MEELEOLU SKAALA (EMS)

Enesehinnanguline meeleolu skaala on patsiendi poolt täidetav küsimustik, mis sisaldab 6 olulisemat depressioonile viitavat sümptomit. EMS kasutamisel pöörake patsiendi tähelepanu instruksioonile ja ajalisele kriteeriumile.

EMS piirskoor > 11 viitab võimalikule depressioonile

Pille Ööpik, Anu Aluoja, Ruth Kalda, Heidi-Ingrid Maaros. Screening for depression in primary care. Family Practice 2006 23(6):693-698.

© 2007 Tartu Ülikooli Polikliiniku ja peremeditsiini õppetool

Kas teile on viimase kuu jooksul muret valmistanud mõni allpool nimetatud probleemidest? Tehke ring õigele vastuse variandile.

1. Huvi kadumine enamuse asjade vastu

- 0 Üldse mitte
- 1 Mõned päevad
- 2 Pooltel päevade
- 3 Enam kui pooltel päevadel
- 4 Peaaegu iga päev

2. Kurvameelsus, tühjuse- või masendustunne

- 0 Üldse mitte
- 1 Mõned päevad
- 2 Pooltel päevade
- 3 Enam kui pooltel päevadel
- 4 Peaaegu iga päev

3. Puhkamine ei taasta jõudu

- 0 Üldse mitte
- 1 Mõned päevad
- 2 Pooltel päevade
- 3 Enam kui pooltel päevadel
- 4 Peaaegu iga päev

4. Alaväärsustunne

- 0 Üldse mitte
- 1 Mõned päevad
- 2 Pooltel päevade
- 3 Enam kui pooltel päevadel
- 4 Peaaegu iga päev

5. Liigne mure erinevate asjade pärast

- 0 Üldse mitte
- 1 Mõned päevad
- 2 Pooltel päevade
- 3 Enam kui pooltel päevadel
- 4 Peaaegu iga päev

6. Võimetus rõõmu tunda

- 0 Üldse mitte
- 1 Mõned päevad
- 2 Pooltel päevade
- 3 Enam kui pooltel päevadel
- 4 Peaaegu iga päev

ISBN 978-9949-461-00-4