

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
16 июля 2009 г.
Регистрационный № 075-0709

**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
(для среднего медицинского персонала)**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Е.В. Ласый

Минск 2009

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение является сложной социальной и медицинской проблемой. Ежегодно в мире совершается около 1 млн самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток. Самоубийство как причина смерти занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в возрастном диапазоне 15–35 лет в Европе. В 2008 г. в Беларуси более 2600 человек умерли в результате самоубийства, что определило относительный показатель суицидов — 27,5/100000 населения.

Предупреждение самоубийств представляет собой комплексную задачу, в решении которой большое значение придается медицинским работникам. Лица, страдающие хроническими соматическими заболеваниями и психическими расстройствами, составляют группу повышенного риска суицида. Известно, что большинство людей, умирающих вследствие суицида, не обращаются при жизни в психиатрическую службу, но часто проходят лечение по поводу соматических заболеваний. Кроме того, в большинстве случаев эти психические расстройства не относятся к группе психозов, а представляют собой разные формы расстройств настроения (депрессия), зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) (алкоголизм, наркомания), расстройств личности (психопатия), что усложняет их раннюю диагностику. В связи с этим большая роль в первичной диагностике психических расстройств и оценке суицидального риска до обращения пациента к психиатру принадлежит первичному звену здравоохранения.

Работники среднего медицинского звена, как правило, сталкиваются с пациентами до врачебного осмотра и посвящают им больше времени (особенно в условиях стационара), чем врачи. В связи с этим средний медицинский персонал лечебных учреждений как психиатрического, так и соматического профиля играет большую роль в предупреждении суицидального поведения.

КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение (СП) — поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение.

К **внутренним формам** СП относят размышления об отсутствии ценности жизни, фантазии на тему своей смерти, разработку плана суицида и принятие решения к его выполнению (суицидальные тенденции).

К **внешним формам** СП относят:

- **Самоубийство (суицид)** — намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

- **Суицидальная попытка (парасуицид)** — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление. К парасуицидам относят также акты, предпринятые с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но не приведшие к физическому повреждению. Например, вмешательство посторонних предотвратило самоповешение; человека «сняли» с рельсов до прохода поезда и т.п.

Цели и мотивы как самоубийства, так и парасуицидов весьма разнообразны. Обычно они связаны как с попыткой повлиять на социальное окружение (родственники, партнеры, медицинские работники), так и с идеями смерти или избавления от страдания, страха и других тяжелых переживаний. В большинстве случаев трудно однозначно определить, является ли данный парасуицид «манипуляцией» или «истинным» стремлением к смерти. В связи с этим рекомендуется внимательно относиться к любым суицидальным высказываниям и попыткам суицида независимо от тяжести медицинских последствий.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Причины СП многообразны. Их невозможно свести только к психическому расстройству или кризисной ситуации, которую переживает человек. Однако в исследованиях выявлены факторы, которые увеличивают риск СП. Эти факторы определяют группы риска СП среди населения. Факторы риска (ФР) носят относительный характер, их наличие не обозначает обязательного «вердикта» суицида, но их сочетание увеличивает его риск. Основные факторы риска:

1. Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Очень часто состояние человека на момент суицида соответствует диагнозу какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них — расстройства настроения (депрессия), расстройства личности и зависимость от ПАВ (алкоголизм и наркомания), шизофрения и другие психозы. В 31–44% случаев самоубийств имеет место сочетание более одного психического расстройства.

Депрессия предшествует 45–70% суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким — 8–30%.

Синдромом зависимости от алкоголя страдают 10–22% умирающих в результате самоубийства. Показатель суицидов среди зависимых от алкоголя достигает 270/100000, что почти в 20 раз превышает уровень общей популяции (14–17/100000).

Синдром зависимости от опиатов. Количество суицидов в выборках героиновых наркоманов достигает 82–350/100000.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов почти такой же, как и среди страдающих депрессией, и составляет 10–12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год.

Расстройства личности. Максимальный риск СП (3–9%) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (ЭНРЛ), для которого характерны быстрые смены настроения, напряженные межличностные отношения, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности». ЭНРЛ часто сочетается с депрессией и зависимостью от ПАВ.

Другие психические расстройства. Высокий суицидальный риск может быть связан с такими расстройствами, как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др.

2. Соматическая патология

Связь между соматической патологией и СП очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Около 50% из этой группы имеют сочетание психического расстройства и соматического заболевания. Группу повышенного суицидального риска составляют лица с *тяжелыми хроническими заболеваниями*. Соматические заболевания приносят массу страданий и ограничений и поэтому *часто сочетаются с депрессией*.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологическая патология и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулез); врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжелых операций и трансплантации донорских органов и тканей; искусственная почка. Усиление риска связано со специфическими ситуациями: постановка диагноза; ожидание операции; физическое страдание, болевой синдром.

3. Суицидальная попытка в анамнезе является одним из наиболее значимых ФР суицида и повторного парасуицида. Более 30% людей, совершивших парасуицид, предпринимают повторные суицидальные действия.

4. Мужской пол. Показатель суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток, наоборот, больше примерно в 1,5 раза среди женщин.

5. Возраст. Число суицидов среди населения увеличивается с возрастом и достигает максимума после 45–50 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет.

6. Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

7. Профессиональный статус. Потеря работы, выход на пенсию, снижение социального статуса увеличивают риск суицида.

8. Суицидальное поведение биологических родственников. Среди родственников лиц, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции.

9. В некоторых случаях имеет значение **копирование поведения эмоционально значимых лиц** (родных, партнеров, друзей, кумиров массовой культуры и др.). Такое поведение характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

10. Тяжелые утраты (смерть близких) и другие кризисы. Утраты, развод, финансовые потери, уголовная ответственность, тяжелые конфликты и другие кризисы часто являются пусковыми факторами СП.

МОТИВЫ И ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

СП не является прямым следствием психического расстройства. Большинство людей, даже с тяжелой психопатологией, никогда не совершают суицидальных действий. В то же время некоторые люди, ранее не страдавшие психическими расстройствами, но попавшие в тяжелую социально-психологическую ситуацию, могут совершать суицидальные попытки и суициды. Обычно провоцирующим фактором СП, даже при наличии психического расстройства, является конфликт или кризис. Например, для многих людей установление диагноза тяжелого заболевания (онкология, СПИД) или смерть любимого человека может провоцировать мысли о суициде. Для человека, страдающего шизофренией, суицидальный акт может быть следствием тяжелого страха, который связан с бредовой уверенностью, что его «преследуют» или «хотят убить». В этом случае кризис носит «внутрипсихический» характер: пациент уверен в реальности своих переживаний, для окружающих они кажутся странными и нереалистичными. Ситуации *межличностных конфликтов* являются источниками эмоций *страха, вины, стыда*, которые тяжело переносятся.

Мотивы СП весьма разнообразны:

- **«Крик о помощи», призыв.** Мотив суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) – обратить внимание окружающих на свое состояние и получить помощь.
- **Протест, месть.** Провоцируется чувством «обиды», «несправедливости». Суицидальные действия (попытка или суицид) вызывают чувство вины у близкого человека в ситуации конфликта.
- **Избежание непереносимой жизненной ситуации.** Провоцируется неприемлемым для индивида изменением жизненной ситуации (развод, долги, перспектива выписки из отделения, уголовное наказание и пр.). С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. При этом степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.
- **Избежание страдания.** Провоцируется физическими или психологическими страданиями. Смерть или самоповреждение представляется способом их прервать.
- **Наказание себя.** Провоцируется чрезмерным чувством вины.
- **Воссоединение.** Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжелой утраты.

Как правило, суицидальный акт движется более чем одним мотивом. Например, депрессивный пациент может испытывать потребность как в самонаказании, так и в демонстрации своего страдания с целью поиска помощи.

К стрессовым событиям, которые часто **провоцируют** развитие суицидальных мотиваций, можно отнести следующие:

- межличностные проблемы — ссоры с супругом/партнером, членами семьи, друзьями, любимыми;
- отвержение (например, членами семьи или друзьями);
- потеря — смерть близкого человека или большая финансовая потеря;
- проблемы на работе или финансовые трудности — увольнение, уход на пенсию, материальные проблемы;
- изменение социального статуса (как понижение, так и резкое повышение);
- страх наказания (в т. ч. уголовного);
- тяжелая обида, страх позора и обвинения и др.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА В СОСТОЯНИИ КРИЗИСА

Психика человека в состоянии суицидального кризиса характеризуется определенными чертами:

Ограниченное восприятие ситуации. События воспринимаются в «черно-белых» тонах, по принципу «все или ничего». То есть, человек не способен увидеть дополнительные возможности выхода из критической ситуации, кроме суицидального. Следующие высказывания характеризуют такой способ восприятия: «Я не могу без него жить», «Лучше смерть, чем позор», «Меня никогда не простят», «Без этой должности я никому не нужен» и др.

Безнадежность и беспомощность. Человек воспринимает свое состояние и ситуацию как жизненный тупик. Он не видит перспектив выхода из кризиса, не способен представить свое будущее. Считает страдания бесконечными. Отрицает возможность улучшения состояния и уверен, что «никто не хочет и не в состоянии» ему помочь.

Импульсивность. Одной из характерных черт людей, находящихся в кризисном состоянии, является импульсивность. Эта черта может прослеживаться в их поведении и в докризисный период. В кризисе они могут действовать, не обдумывая последствий своих действий, что часто приводит к тяжелым актам самоповреждения.

Двойственное отношение к суициду. Большинство людей не воспринимают суицидальные действия однозначно как «уход из жизни». Людям свойственно сомневаться, они часто испытывают колебания «за» и «против» определенных поступков. Это касается и ситуации кризиса. Человек колеблется между желанием «остаться живым и изменить ситуацию» и «желанием умереть или причинить себе боль». Эти колебания обычно проявляются в поведении и могут быть использованы медперсоналом для усиления стремления к жизни.

Воздействие на других и стремление к смерти. СП изначально имеет двойственную природу: с одной стороны, оно имеет отношение к идее смерти или саморазрушения, с другой стороны, бессознательно направлено

на привлечение внимания и изменение поведения окружающих. В большинстве суицидальных актов есть оба элемента. Редкие парасуициды или высказывания носят только манипулятивный характер. Как правило, такое поведение вызывает у окружающих страх и раздражение и потребность изменить свое поведение, чтобы предотвратить суицид. В данном случае сам способ манипуляции другими — с помощью самоповреждения — является признаком психологического неблагополучия. Суицид (смерть) сильно влияет на окружающих, вызывая еще более противоречивые чувства: страх, гнев, стыд, вину. Парадоксальное сочетание этих двух разнонаправленных тенденций (воздействие на других и стремление к смерти) делает СП трудным для диагностики феноменом.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Упоминание о суицидальных намерениях, подозрение о наличии у пациента психического расстройства могут вызывать у медицинского работника ряд **специфических чувств и защитных реакций**, которые свойственны многим людям в подобной ситуации. Данные чувства могут препятствовать правильной оценке риска:

- *Тревога и страх* — связаны с возможностью реализации пациентом суицидальных идей. Частой реакцией бывает избегание вопросов о суицидальных намерениях, что препятствует их своевременному выявлению.

- *Раздражение и гнев* — связаны с ощущением манипулятивного давления, «суицидального шантажа». Часто способствует развитию недоверия к пациенту и стремлению «наказать» его (перевод в другую палату или отделение, настраивание других членов терапевтической бригады против него и пр.). Недопустимым является провоцирование пациента совершить «более серьезные» суицидальные действия («Если Вы хотели покончить с собой, почему же только руку порезали?»). Чувствуя недоверие, пациент может попытаться «доказать серьезность» своих намерений (совершить повторные суицидальные действия).

- *Презрение и обесценивание* — связаны с традиционным «стигматизирующим» отношением к людям с психическими расстройствами и с восприятием суицида как греха, нравственной слабости, неполноценности. Попытки «морализировать», «наставлять на путь истинный» обычно усиливают у пациента чувства вины и стыда, препятствуют открытому диалогу.

- *Чрезмерное чувство вины* — связано с ощущением собственной причастности к суицидальным высказываниям или действиям пациента. Следует помнить, что специалист может отвечать только за правильность и своевременность выполнения своих прямых служебных обязанностей. Так, первичная оценка суицидального риска и психического статуса, выполнение назначений и инструкций, наблюдение за пациентом входят в обязанности медицинских работников. В то же время медицинский работник не может нести всю ответственность за суицидальные действия, так как пациент совершает их самостоятельно, и полный контроль над ним невозможен. В

конечном итоге большая часть ответственности лежит на том, кто совершает суицидальный акт.

Отслеживание и осознание своих чувств медицинским работником помогает контролировать свое поведение, избегать конфликтов и провокаций, способствует принятию пациента таким, «как он есть», без моральной оценки и личной обиды. В свою очередь, пониманию и безопасному проявлению своих чувств во многом способствует совместное обсуждение поведения пациентов и чувств медперсонала на встречах членов терапевтической бригады. В ряде случаев в эти обсуждения могут вовлекаться и сами пациенты.

ОЦЕНКА РИСКА СУИЦИДА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Признаки суицидального риска

При наблюдении за поведением пациента и в беседе с ним рекомендуется обратить внимание на следующие особенности:

Наличие суицидальных намерений

- Фантазии и мысли о *смерти, самоповреждении, самоубийстве*. Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также *способность контролировать их* пациентом самостоятельно.

- Признаки *«прощания»*: раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.

- *Суицидальные угрозы*. Нередко высказывания носят *прямой* характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в *косвенных* угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...», «Я не в силах сам ничего предпринять...», «Нет мочи больше терпеть все это...», «Я неудачник и являюсь для всех обузой...», «Всем будет только лучше без меня...», «Я не перенесу этой операции...» и т. п.

- *Суицидальные попытки ранее*. Чем больше количество и сильнее тяжесть парасуицидов, тем выше вероятность дальнейшего суицидального поведения.

- *Степень планирования суицида*. Четкие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.

- *Наличие средств суицида* (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при наличии доступа к средствам, о которых думает пациент.

В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (приложение).

Наличие депрессии, тревоги и других психопатологических симптомов

Симптомы депрессии

- *Сниженное настроение:* «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжелые вздохи, необщительность, молчаливость, высказывания об отсутствии надежды, перспектив, смысла жизни.

- *Снижение интереса к обычным для данного человека занятиям, контактам и развлечениям.* Пациент много времени проводит в постели, ничем не интересуется, избегает общения, просмотра телепередач, чтения и др.

- *Снижение работоспособности, повышение утомляемости.* Человек обвиняет себя за «слабость воли», считает «никому не нужным», «никчемным».

- *Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.* Свое прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.

- *Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя.* Субъект обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берет на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.

- *Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.*

- *Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности.* У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются, и он болен каким-либо тяжёлым органическим заболеванием мозга. С купированием симптоматики депрессии эти симптомы проходят.

- *Нерешительность,* чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.

- *Заторможенность,* снижение двигательной активности. Реже тревожное возбуждение, повышение двигательной активности.

- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, раннее окончательное пробуждение, отсутствие удовлетворенности ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.

- *Понижение или повышение аппетита.* Понижение аппетита с потерей веса на 5% и более от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжелых чувств.

- *Снижение либидо,* уменьшение потребности в сексуальной сфере.

- *Соматические симптомы:* задержка стула, сухость слизистых оболочек, колебание артериального давления.

Тревога часто сопровождает депрессию, но может быть проявлением и других психических расстройств или сопутствовать определенным обстоятельствам (ожидание оперативного вмешательства, результатов

обследования и пр.). Проявляется жалобами на волнение по любым, даже самым мелким поводам, двигательным беспокойством, учащением дыхания, колебаниями артериального давления, тахикардией, нарушениями сна, озабоченностью состоянием здоровья. Тяжелые приступы невротической тревоги (панические атаки) сопровождаются страхом смерти, потери рассудка. Страх *психотического* происхождения может быть связан с бредом преследования, воздействия, патологической убежденностью в наличии неизлечимого заболевания, галлюцинаторными «голосами». Как правило, психоз проявляется нарушенным поведением: возбуждение, «странные» высказывания о преследованиях, «издевательствах», «энергетических влияниях» и пр. Одной из форм избежания тревоги и страха может стать суицид. Слуховые галлюцинации в сочетании с депрессивной симптоматикой могут приобретать суицидальный характер.

Агрессивное и импульсивное поведение и высказывания часто являются предшественниками суицидальных действий. Психологические механизмы суицида во многом сводятся к *перенаправлению агрессии «на себя», уменьшению чувства вины через самонаказание или предотвращению нанесения вреда окружающим*. Примеры: пациент, страдающий шизофренией, объясняет свой тяжелый парасуицид путем падения с высоты тем, что «спасал соседа по палате» от своей агрессии: «Слышал голоса, которые приказывали убить его»; пациент, страдающий невротическим расстройством, обратился с жалобами на «мысли убить себя», появившиеся вслед за яркими навязчивыми фантазиями «схватить котенка и швырнуть его о стену».

Наличие стрессовой ситуации

Примеры стрессовых ситуаций, которые нужно принимать во внимание как возможные поводы СП: постановка диагноза тяжелого заболевания; ожидание оперативного вмешательства; разлука/разрыв с партнером; смерть близкого человека, утрата ценностей; семейные конфликты; изменения рода деятельности или материальной обеспеченности; обвинения индивида в чем-либо и др.

Качество социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны родных, партнеров, друзей, сослуживцев, социальных служб может способствовать предотвращению самоубийства. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида.

Желание пациента принимать помощь

Сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, сокрытие суицидальных намерений, нежелание принимать помощь, сожаление о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

Состояние высокого суицидального риска

- Устойчивые фантазии о смерти, мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии и безнадежности
- Чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха
- Импульсивность в поведении
- Наличие стрессовой ситуации
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социальной и психологической поддержки
- Нежелание пациента принимать помощь /сожаление о том, что «остался жив»
- Не принимающее и враждебное отношение медперсонала к пациенту

Беседа с пациентом

Беседа с пациентом является как способом оценки суицидального риска, так и началом терапевтических мероприятий. Хорошо проведенная беседа может (по крайней мере, временно) значительно снизить риск суицида. Рекомендуется проводить беседу, руководствуясь следующими принципами:

- **Неотложность.** Указание на суицидальный риск говорит о том, что беседа с таким пациентом не может быть «отложена». Возможно, ему придется уделить больше внимания, чем другим пациентам.

- Беседу следует проводить **изолированно** от других пациентов, так как в присутствии других пациент может не раскрыть своих переживаний. В то же время в случае агрессивного поведения или подозрения психоза необходимо присутствие нескольких медицинских работников.

- **Спокойное, «принимающее» отношение.** Важно показать (словами, мимикой, жестами), что Вы принимаете любые жалобы пациента, проявляете уважение к его мнениям и ценностям, понимаете его чувства.

- **Активное слушание.** Важно дать человеку возможность выразить чувства в его повествовании о своих переживаниях. В начале беседы достаточно простых вопросов о самочувствии, жалобах. Приходиться быть терпеливым и не торопить пациента, адаптироваться к его темпу ведения беседы. К концу беседы вопросы могут стать более конкретными.

- **Избежание моральных оценок.** Необходимо избегать морального осуждения и обвинений. В противном случае контакт с пациентом не будет продуктивным.

- **Нейтральность к психопатологии.** Какой бы серьезной не была психическая патология, рекомендуется помнить, что любые симптомы являются лишь частью переживаний и особенностей человека и не должны низводить его до статуса «психически больного». Пациенты с психическими расстройствами переживают такие же чувства, какие бывают у многих людей. Кроме того, осознание факта психического расстройства часто

сопровождается глубокими чувствами вины и стыда; депрессия — ощущением бесконечности страданий, безнадежностью и др.

- **Искренность и избежание невыполнимых обещаний.** Рекомендуется избегать обмана или двусмысленных замечаний, которые могут быть неверно истолкованы. Пациента нужно проинформировать, что сведения о суицидальных намерениях будут переданы врачу и другим членам терапевтической бригады. Необходимо определить границы своих возможностей и рассказать пациенту о том, что Вы можете и чего не можете сделать для него.

- **Неоднократное прояснение информации и проработка суицидальных мыслей.** По ходу беседы некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы в разных формулировках. Чем больше человек говорит в беседе о своих чувствах и суицидальных намерениях, тем больше вероятность того, что они снизят свою «остроту», и он станет способным рассуждать более позитивно.

- **Предложить пациенту план помощи.** Пациента нужно проинформировать о дальнейших действиях медперсонала, объяснить, что эффективная помощь не может быть оказана только путем однократной беседы. Пациенту объясняют необходимость врачебного осмотра, консультаций других специалистов. Очень важно это делать так, чтобы у человека не создалось впечатления, что от него хотят «отделаться», что его боятся и пр.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и дает возможность пациенту говорить о негативных чувствах. Следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы, необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?

- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Чего следует избегать в беседе

- Часто перебивать пациента.
- Показывать, что Вы «шокированы», проявлять слишком сильные эмоции.
- Демонстрировать, что Вы заняты, и что у вас нет времени.
- Проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или все знающего человека).
- Допускать неясность в высказываниях.
- Провоцировать на более «серьезные» суицидальные действия.
- Давать обещания о том, что Вы сохраните «в тайне» суицидальные замыслы.

Организация помощи при выявлении риска суицида

При обнаружении у пациента (обследуемого) признаков суицидального риска необходимо следующее:

1. Обеспечить немедленное наблюдение за пациентом. Для этой цели возможно привлечение дополнительного медицинского персонала. Рекомендуется продолжать беседу с пациентом, информировать о том, какие действия предпринимаются.
2. Немедленно доложить врачу о возможном риске суицидальных действий.
3. Договориться с пациентом о возможности изъять у него средства, которые могут быть применены с целью самоповреждения (медикаменты, острые предметы, веревки и пр.).
4. Обеспечить контроль над доступностью средств суицида (открытые окна, острые предметы, медикаменты и др.).
5. Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами, предварительно взяв у пациента согласие на это. Как правило, пациент сам сможет уточнить, кому из близких людей он доверяет. Родственники и/или другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях пациента. Во многих случаях они могут привлекаться для оказания психологической поддержки пациенту и наблюдения за ним.

Первичная оценка суицидального риска и психического статуса осуществляется врачом. При подтверждении признаков суицидального риска пациенту рекомендуют и организуют консультацию психиатра. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регулируется статьями 24–26 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999 г. Как правило, психиатрическое освидетельствование проводится по просьбе или с согласия гражданина (в возрасте до 14 лет — по просьбе или с согласия родителей либо иного

законного представителя; гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя). В случае отказа гражданина от психиатрического освидетельствования, оно может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих. Решение о проведении психиатрического освидетельствования в данном случае принимается врачом-психиатром.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицидальное поведение является сложным явлением, которое может быть направлено как на прерывание тяжелых душевных и/или физических страданий путем самоуничтожения (самоповреждения), так и на привлечение внимания к проблемам человека или изменение поведения значимых людей. Последствия суицидальных актов переживаются как тяжелый стресс родственниками пациента и специалистами, оказывающими помощь. Психические расстройства и соматические заболевания представляют собой фактор высокого риска суицида. Большинство тех, кто совершает самоубийство, никогда до этого не обращаются к психиатру. В связи с этим ранняя диагностика психических расстройств и оценка суицидального риска на этапе первичного звена здравоохранения является важной предпосылкой снижения риска суицида. Успешность оценки риска суицида зависит, в т. ч. и от эффективности наблюдения за пациентом и своевременности действий среднего медицинского персонала. Беседа с пациентом и оказываемая помощь основаны на сочувственном без моральных оценок принятии его эмоций вне зависимости от тяжести психопатологии и характера психического расстройства.

Шкала оценки риска суицида

Фактор	Значение
Пол	1 — мужской; 0 — женский
Возраст	1 — <19 лет или >45
Депрессия	1 — если есть
Парасуициды в анамнезе	1 — если есть
Злоупотребление алкоголем	1 — если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 — шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 — если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 — если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 — разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
Болезнь	1 — если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжелая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Действия

Общий балл	Предполагаемое действие
0–2, низкий риск	Амбулаторное наблюдение
3–4, средний риск	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1–3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации
5–6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7–10, очень высокий риск	Госпитализация (в т. ч. неотложная)