



Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ)
Одесский Национальный Университет им. И.И.Мечникова
(Инновационный институт последипломного образования)

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕГО
ПРОФИЛЯ**

Одесса - 2007

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Настоящий документ входит в серию руководств, предназначенных для определенных социальных и профессиональных групп, имеющих непосредственное отношение к превенции самоубийств

Этот документ был подготовлен в качестве составной части программы SUPRE – всемирной инициативы ВОЗ по суицидальной превенции

Ключевые слова: самоубийства / превенция / ресурсы / врачи общего профиля / обучение / первичная медицинская помощь

Психические и поведенческие расстройства
Отдел психического здоровья

Всемирной Организации Здравоохранения

**Женева
2000**

Опубликовано Всемирной Организацией Здравоохранения в 2000 году под заголовком “Preventing suicide: a resource for general physicians “ (WHO/MNH/MBD/00.1)

Генеральный Директор ВОЗ предоставил все права на издание на русском языке Одесскому Национальному Университету им. И.И. Мечникова, который несет всю ответственность за перевод

Данное руководство подготовлено к изданию на русском языке сотрудниками кафедры клинической психологии Инновационного института последипломного образования Одесского Национального Университета им. И.И. Мечникова в соответствии с соглашением с ВОЗ о делегировании авторских прав на перевод

Руководство издано в рамках образовательного проекта общественной организации «Экологическое здоровье человека» при финансовой поддержке Шведского Национального Центра исследований и предупреждения суицидов и Шведского Восточно-европейского Комитета

Перевод: к.м.н. Донец О.Ю.

Редакция: д.м.н., проф. Розанов В.А., к.м.н. доц. Моховиков А.Н.

© Всемирная Организация Здравоохранения, 2000

© Перевод – Одесский Национальный Университет им И.И.Мечникова, 2004

Настоящий документ не является формальной публикацией Всемирной Организации Здравоохранения, все авторские права принадлежат ВОЗ. Вместе с тем, документ подлежит свободному включению в обзоры, реферированию, воспроизведению и переводу, целиком или по частям, но не для продажи в коммерческих целях.

Авторы данного руководства несут полную ответственность за его содержание

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	стр. 5
Профилактика самоубийств. Руководство для врачей общего профиля	7
Психологические и социальные последствия самоубийства.....	7
Психические расстройства и самоубийство	8
Соматические заболевания и самоубийство	12
Социально-демографические факторы и самоубийство	13
Выявление повышенного суицидального риска.....	15
Работа с суицидальными пациентами.....	18
Направление за специализированной помощью	19
Основные действия (шаги) суицидальной профилактики.....	21
Список литературы.....	22

* * *

ПРЕДИСЛОВИЕ

Самоубийство представляет собой сложное явление, в течение многих столетий привлекающее к себе внимание философов, теологов, врачей, социологов и людей искусства; по мнению французского философа Альберта Камю, высказанному в его сочинении «*Миф о Сизифе*», самоубийство является единственной по-настоящему серьезной философской проблемой.

Самоубийство требует нашего внимания, поскольку является серьезной проблемой общественного здоровья, однако его превенция, к сожалению, представляет собой весьма нелегкую задачу. На основании существующих объективных данных можно сказать, что превенция самоубийств возможна, однако для ее осуществления необходим довольно широкий диапазон мер, начиная с обеспечения как можно лучших условий воспитания детей и юношества, включая эффективное лечение психических нарушений, а также контроль факторов риска, обусловленных окружающей средой. Необходимым условием успеха программ суицидальной превенции является постоянное повышение образовательного уровня лиц, профессионально вовлеченных в этот процесс и уровня осознания значимости проблемы широкими слоями населения.

В 1999 году ВОЗ приступила к осуществлению программы SUPRE – всемирной инициативы по превенции самоубийств. Настоящая брошюра входит в серию руководств, подготовленных в рамках этой программы и адресованных соответствующим социальным и профессиональным группам, имеющим отношение к превенции самоубийств. Она является одним из звеньев системы, в которой участвует множество лиц и групп, в том числе, работники системы здравоохранения, образования, социальные службы, государственные и законодательные органы, органы охраны правопорядка, а также отдельные семьи и сообщества.

Мы особенно признательны д-ру Жан-Пьеру Субрийе, больница Кошин, Париж, Франция, который подготовил исходную версию данного буклета. Текст в последующем был переработан следующими специалистами Международной сети превенции самоубийств ВОЗ, которым мы выражаем благодарность:

д-ру Сергио Перес Барреро, госпиталь де Байамо, Гранма, Куба

д-ру Аннет Беатро, медицинский колледж Кристчерча, Кристчерч, Новая Зеландия

проф. Диего де Лео, Университет Гриффитса, Брисбейн, Австралия;

д-ру Ахмеду Окаша, Университет Аин Шамс, Каир, Египет

проф. Лоуренсу Шлибушу, Университет Натал, Дурбан, Южно-Африканская республика

д-ру Айри Варник, Тартусский Университет, Таллинн, Эстония

проф. Дануте Вассерман, Шведский национальный и Стокгольмский региональный Центр исследования самоубийства и превенции нарушений психического здоровья, Стокгольм, Швеция;

д-ру Шутао Жай, Медицинский университет Нанкина, неврологический госпиталь, Нанкин, Китай.

Мы также считаем своим долгом поблагодарить д-ра Лакшми Виджайякумар, Ченнай, Индия, за ее помощь в техническом редактировании ранних версий данного руководства:

Мы стремимся максимально широко распространять эти брошюры в надежде, что найдутся желающие перевести и адаптировать их к местным условиям - это является важной предпосылкой их эффективности. Руководство ВОЗ приветствует любые комментарии и обращения за разрешением на перевод и адаптацию.

Д-р Ж.М.Бертолотте,

Координатор,

подразделение психических и поведенческих расстройств

Отдела психического здоровья ВОЗ

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Одним из самых неприятных событий, с которыми может столкнуться врач, является самоубийство пациента. Обычные реакции, переживаемые в таких случаях врачами – это неверие в случившееся, потеря уверенности в своих силах, гнев и стыд. Самоубийство пациента может стать толчком к появлению у врача чувства своей профессиональной непригодности, сомнений в своей компетентности и страха за свою репутацию. К тому же, врачам приходится решать весьма сложный вопрос общения с членами семьи и друзьями погибшего.

Настоящее руководство предназначено, в первую очередь, для врачей общего профиля. В его цели входит описание основных расстройств и других факторов, связанных с самоубийством, информирование врачей о признаках суицидальной угрозы у пациентов с целью их раннего выявления, ознакомление с правилами оказания помощи им и рекомендациями по общению с данными пациентами.

* * *

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ САМОУБИЙСТВА

По оценкам ВОЗ, в 2020 году число самоубийств в мире может составить приблизительно 1,53 миллиона. Суицид входит в число 10 наиболее распространенных причин смерти населения во всех странах и трех ведущих причин смерти в возрастной группе от 15 до 35 лет. Психологическое и социальное воздействие самоубийства на семью и общество огромно. Самоубийство одного человека оказывает непосредственное влияние в среднем на шестерых других людей. Если же самоубийство происходит в учебном заведении или на рабочем месте, то психологические последствия его сказываются на сотнях людей.

Ущерб от самоубийства можно оценить по показателю DALY (disability-adjusted life years, специальный показатель для оценки ущерба от заболевания, отражающий число потерянных лет здоровой жизни). По этому показателю в 1998 году самоубийство послужили причиной 1,8% психологического и социального ущерба от всех заболеваний во всем мире, с вариациями от 2,3% в экономически развитых странах до 1,7 в странах с низким уровнем экономического благополучия. Это равно ущербу, причиненному войнами и убийствами, вдвое превосходит ущерб от сахарного диабета и примерно соответствует ущербу от родовых травм и асфиксии в родах.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И САМОУБИЙСТВО

Самоубийство в настоящее время рассматривают как многомерное явление, являющееся результатом сложного взаимодействия биологических, генетических, психологических, социальных и других факторов. Исследования показали, что от 40 до 60% лиц, совершивших самоубийство, обращались к врачу в течение последнего месяца перед этим, причем оказалось, что из их числа гораздо больше людей обращались к врачам общего профиля, чем к психиатрам. В странах, где система психиатрических служб недостаточно хорошо развита, число лиц, переживающих суицидальный кризис и обращающихся в связи с этим к врачам общего профиля, по всей видимости, особенно велико.

Для врача общего профиля, играющего ключевую роль в превенции самоубийств, важнейшими задачами являются выявление, оценка суицидальных пациентов и дальнейшая работа с ними.

Суицид сам по себе не является заболеванием, и не обязательно представляет собой симптом заболевания, однако, психические расстройства – важный фактор, связанный с самоубийством

Среди лиц, совершивших самоубийство (как в развивающихся, так и в развитых странах) уровень психических расстройств составляет от 80 до 100% случаев. Согласно имеющимся данным, долговременный (за всю жизнь) риск самоубийства у людей с аффективными расстройствами (преимущественно с депрессией) составляет 6-15%, у больных алкоголизмом – 7-15%, у страдающих шизофренией – 4-10%.

Вместе с тем, достаточно большое число людей покончивших с собой, никогда в жизни не лечились у психиатра. Поэтому повышение уровня диагностики психических расстройств, направление выявленных больных в службы психического здоровья и правильный подход к ним в медицинских учреждениях общего профиля являются важными шагами в суицидальной превенции.

Достаточно часто у самоубийц обнаруживается более чем одно расстройство (коморбидность). Нередко наблюдаются сочетания таких нарушений, как алкоголизм и аффективное расстройство (депрессия) или расстройство личности в сочетании с другими психическими заболеваниями.

Сотрудничество с психиатром и обеспечение адекватного лечения является важнейшей функцией врача общего профиля

Аффективные расстройства

Все виды аффективных расстройств, так или иначе, связаны с самоубийством. В их число входят: биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство и персистирующие расстройства настроения (например, циклотимия и дистимия), составляющие категории F31— F34 по МКБ-10 (1). Таким образом, если депрессия своевременно не выявлена, то возникает значительный риск самоубийства. Частота депрессии в общей популяции достаточно высока, и она во многих случаях не распознается как заболевание. По оценкам экспертов 30% пациентов, которые лечатся у терапевтов, страдают депрессией, приблизительно 60% лиц, обращающихся к психиатру по поводу депрессии, посещают перед этим врача общего профиля. Для врача общего профиля особенно трудной задачей является одновременное лечение соматических заболеваний и сопутствующих им психических расстройств. Во многих случаях депрессия является маскированной, и пациенты предъявляют только соматические жалобы.

Наиболее характерными симптомами при типичном депрессивном эпизоде являются:

- **Подавленное настроение (тоска)**
- **Утрата интереса и способности получать удовольствие от жизни**
- **Снижение энергии (утомляемость и снижение активности)**

Наиболее частые симптомы, которые предъявляют пациенты с депрессией:

- Повышенная утомляемость, ощущение слабости, усталости
- Тоска, плохое настроение
- Нарушение внимания, неспособность сосредоточиться
- Тревога
- Раздражительность
- Нарушения сна (бессонница или сонливость)
- Боли в различных частях тела

Эти симптомы должны насторожить врача в плане возможного наличия у пациента депрессии и целесообразности оценки суицидального риска. Специфическими клиническими особенностями, связанными с повышенным суицидальным риском при депрессии являются (2):

- Устойчивая бессонница
- Пренебрежение к своему внешнему виду
- Тяжесть заболевания (особенно психотическая депрессия)
- Нарушения памяти
- Беспокойство, страх
- Панические приступы

Следующие факторы повышают риск самоубийства у лиц, страдающих депрессией (3):

- Возраст ниже 25 лет у мужчин
- Ранняя стадия заболевания
- Злоупотребление алкоголем
- Депрессивная фаза биполярного расстройства
- Смешанное (маниакально-депрессивное) состояние
- Психотическая мания

Депрессия является важным фактором, приводящим к самоубийству, как у подростков, так и у пожилых людей, однако у больных с поздним началом депрессии суицидальный риск выше.

Успехи в лечении депрессии, достигнутые в последнее время, весьма важны для превенции самоубийств на этапе оказания первичной медицинской помощи. Обучение врачей общего профиля диагностике и лечению депрессии позволило снизить уровень самоубийства в Швеции (4). Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что применение антидепрессантов снижает суицидальный риск у больных депрессией. Полную терапевтическую дозу препаратов следует назначать на протяжении нескольких месяцев. У пожилых людей лечение иногда следует продолжать в течение двух лет после исчезновения основных симптомов. Также установлено, что у пациентов, получавших поддерживающую терапию препаратами лития, суицидальный риск снижается (5).

Алкоголизм

Алкоголизм (как злоупотребление, так и зависимость от алкоголя) является частым диагнозом у лиц, совершивших самоубийство, особенно у молодых. Имеются биологические, психологические и социальные объяснения корреляции между самоубийством и алкоголизмом.

Отметим некоторые специфические признаки повышенного риска самоубийства у алкоголиков:

- Высокий уровень алкогольной зависимости
- Депрессивное настроение
- Наличие соматических заболеваний, сопутствующих алкоголизму
- Низкая продуктивность на работе
- Длительное злоупотребление алкоголем в анамнезе
- Наличие семейной истории алкоголизма
- Недавний разрыв или утрата важных межличностных отношений.

Шизофрения

Самоубийство является наиболее распространенной причиной смерти у больных шизофренией. Особенно велик риск самоубийства у пациента, страдающего шизофренией, если для него характерны:

- Молодой возраст, мужской пол, безработица
- Частые обострения
- Страх перед деградацией, особенно у лиц с высоким интеллектом
- Позитивные симптомы подозрительности и бреда преследования
- Симптомы депрессии

Наиболее высокий суицидальный риск имеет место в следующих случаях:

- На ранних стадиях заболевания, в состоянии дезориентации и страха перед безумием
 - В начале выздоровления, когда внешние проявления и симптомы исчезают, но внутренне пациент остается крайне уязвимым
 - В период обострения, когда вместо ощущения преодоления проблем, возникают переживания, связанные с ухудшением

Чем дольше длится болезнь, тем меньшим становится суицидальный риск.

Расстройства личности

Недавно проведенные исследования позволили установить высокий уровень (20-50%) расстройств личности у молодых людей, совершивших самоубийство. Чаще всего с самоубийством оказались связаны пограничное и антисоциальное расстройства личности (7).

Истероидное и нарциссическое личностные расстройства, а также некоторые психологические черты, такие как импульсивность и агрессия, также оказались связанными с суицидом.

Тревожные расстройства

Из числа тревожных расстройств с самоубийством чаще всего прослеживалась связь панического расстройства, на втором месте после него – обсессивно-компульсивное расстройство. Соматоформные расстройства и расстройства пищевого поведения (нервная анорексия и булимия) также имеют определенное отношение к суицидальному поведению.

* * *

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И САМОУБИЙСТВО

Суицидальный риск возрастает при хронических соматических заболеваниях (8). К тому же, у соматически больных людей повышается вероятность психических расстройств, особенно депрессии. Хроническое течение, инвалидизация и неблагоприятный прогноз коррелируют с увеличением частоты самоубийства.

Неврологические заболевания

Повышения уровня самоубийств наблюдается при эпилепсии. Это связано с возрастанием импульсивности, агрессивности, а также с инвалидизацией, обусловленной этим заболеванием.

Спинальные и черепно-мозговые травмы также сопровождаются повышенным суицидальным риском. Современные исследования показывают, что после острых нарушений мозгового кровообращения, особенно при наличии остаточных явлений, приводящих к инвалидности и серьезной физической дисфункции, около 19% пациентов страдают депрессией и проявляют суицидальные тенденции.

Новообразования

Риск самоубийства особенно высок непосредственно после установления диагноза и в течение первых двух лет смертельного заболевания, он еще больше возрастает в случаях прогрессирующей малигнизации. Боль также является важным провоцирующим фактором.

ВИЧ/СПИД

ВИЧ-инфекция и СПИД представляют важный фактор суицидального риска у молодых. Риск особенно высок непосредственно после подтверждения диагноза и на ранних стадиях заболевания. Наиболее высокий риск отмечается у шприцевых наркоманов.

Другие состояния

Другие хронические заболевания, такие как хроническая почечная недостаточность, заболевания печени, хронические болезни костей и суставов, заболевания ЖКТ также имеют некоторое отношение к самоубийству. Самоубийство часто встречается при наличии инвалидизации (обездвиженности, слепоты или глухоты).

В последние годы врачу иногда приходится сталкиваться с такими проблемами, как эвтаназия и ассистированное самоубийство. Следует иметь в виду, что активная эвтаназия является незаконной согласно законодательству большинства стран, а самоубийство с посторонней помощью связано с многими моральными, этическими и философскими противоречиями.

* * *

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И САМОУБИЙСТВО

Самоубийство является индивидуальным актом. Вместе с тем, оно происходит в контексте данного социума и связано с определенными социально-демографическими факторами.

Пол

В большинстве стран частота завершенных суицидов больше среди мужчин, чем среди женщин, хотя это соотношение в разных странах различается. Китай является единственной страной, в которой число женщин, совершающих самоубийство, превышает число мужчин в сельской местности и примерно равно ему в городах

Возраст

Старшие (свыше 65 лет) и младшие (15-30 лет) возрастные группы являются группами повышенного суицидального риска. Данные последних лет позволяют говорить о подъеме уровня самоубийств у мужчин среднего возраста.

Семейное положение

Разведенные, вдовы и холостые (незамужние) люди составляют группу повышенного суицидального риска. Брак выполняет защитную функцию в плане риска самоубийства у мужчин, но не играет в этом смысле существенной роли для женщин. Расставание и отдельное проживание супругов также повышает риск.

Род деятельности

Определенные профессиональные группы, такие как ветеринарные врачи, фармацевты, зубные врачи, фермеры и медицинские работники отличаются более высоким уровнем самоубийства. Этим данным не найдено пока удовлетворительного объяснения, хотя определенное значение могут иметь такие факторы, как доступность средств самоубийства, напряженная и связанная со стрессами работа, социальная изоляция и финансовые трудности

Занятость и безработица

Прослеживается четкая связь между уровнями безработицы и самоубийств, однако ее характер достаточно сложен. Воздействие безработицы, вероятно, обусловлено такими факторами, как бедность, снижение социального статуса, бытовые трудности и безнадежность. С другой стороны, лица, страдающие психическими расстройствами, с большей вероятностью остаются нетрудоустроенными, чем здоровые люди. Следует обращать внимание на различия в значимости недавней потери работы и длительной безработицы: больший риск связан с первым обстоятельством.

Городское или сельское проживание

В некоторых странах самоубийство чаще совершается в городах, в то время как в других – в сельской местности

Миграция

Эмиграция с сопровождающими ее проблемами – бедностью, плохими жилищными условиями, недостаточной социальной поддержкой, несбывшимися надеждами – повышает риск самоубийства.

Другие факторы

Некоторые социальные факторы, например, доступность средств самоубийства и негативные стрессовые события жизни играют важную роль в повышении суицидального риска

* * *

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

С самоубийством связан ряд индивидуальных и социально-демографических факторов, полезных для клинического выявления суицидального риска (9). В их число входят:

- Психические расстройства (особенно депрессия, алкоголизм и расстройства личности);
- Соматические заболевания (особенно неизлечимые, сопровождающиеся болевым синдромом, инвалидизирующие; СПИД);
- Предыдущие суицидальные попытки;
- История самоубийств, алкоголизма и/или других психических расстройств в семье;
- Семейное положение: состоит в разводе, вдова (вдовец), холост (не замужем);
- Одинокое проживание (социальная изоляция);
- Безработный или пенсионер;
- Тяжелая утрата, перенесенная в детстве.

Если пациент получает психиатрическое лечение, то риск выше у лиц:

- недавно выписанных из психиатрической больницы;
- ранее предпринимавших суицидальные попытки.

В число дополнительных жизненных стрессовых событий, повышающих суицидальный риск, входят:

- Разлука и отдельное проживание с супругом;
- Утраты;
- Семейные неурядицы;
- Изменения рода деятельности или материальной обеспеченности;
- Отвержение значимым человеком;
- Стыд и боязнь обвинения.

Существуют различные шкалы оценки суицидального риска, однако для выявления пациента с повышенным риском самоубийства все они помогают в меньшей степени, чем внимательный клинический опрос.

Врач может столкнуться с различными состояниями и ситуациями, связанными с суицидальным поведением. Двумя контрастирующими примерами могут послужить пожилой, одиноко проживающий, недавно овдовевший мужчина, получающий лечение в связи с депрессией и предпринявший в прошлом серьезную суицидальную попытку, и молодая девушка, нанеся себе несколько царапин на предплечье после ссоры с другом. В реальности большинство пациентов составляют континуум между этими двумя крайностями, и каждый из них может переходить из одной категории в другую.

Если врач на основании доступных ему данных полагает, что у пациента есть суицидальные тенденции, то перед ним встает вопрос, как следует поступить далее. Некоторые врачи испытывают неловкость и стыд в присутствии суицидальных пациентов. В этом случае важно осознать это чувство и обратиться за консультативной помощью к коллегам, а возможно и к психиатру, при выявлении подобных пациентов. Ни в коем случае не следует игнорировать суицидальный риск.

Если врач решает, что необходимо действовать, то первое, что ему следует сделать - это уделить больше времени данному пациенту, даже если за дверью ожидают приема множество других. Проявляя желание понять проблемы пациента, врач уже начинает устанавливать с ним доверительный контакт. Категоричные и прямые вопросы в начале разговора вряд ли полезны. Скорее следует прибегнуть к высказываниям типа «Вы выглядите очень подавленным (расстроенным), расскажите мне, что Вас беспокоит». Самое главное – старайтесь быть хорошими слушателями. Выслушать пациента и проявить при этом внимание и сочувствие – само по себе уже важный шаг для снижения выраженности суицидальных тенденций

Миф	Факт
Пациенты, которые говорят о самоубийстве, редко кончают с собой	Пациенты, совершающие самоубийство, обычно перед этим действием обнаруживают определенные признаки своих намерений. Суицидальные угрозы следует принимать всерьез
Вопросы о самоубийстве, заданные пациенту, могут спровоцировать его на суицидальные действия	Вопросы о самоубийстве снижают уровень тревоги, связанной с этими мыслями; пациент может почувствовать облегчение оттого, что кто-то проявляет интерес к нему и его проблемам

Какие вопросы следует задавать?

Расспрашивать пациента о суицидальных мыслях – непростая задача. К этой теме лучше перейти постепенно. Ниже приведена

последовательность вопросов, которые могут при этом оказаться полезными:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность?
2. Вы чувствуете отчаяние?
3. Вы чувствуете, что Вам трудно встречать каждый новый день?
4. Вы чувствуете, что Ваша жизнь стала обременительной?
5. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
6. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
7. Вы чувствуете желание покончить с собой?

В какой момент следует задавать эти вопросы?

Вопросы, о которых идет речь, следует задавать:

- После того, как установлен доверительный контакт;
- Когда вы чувствуете, что пациенту стало легче выражать свои чувства;
- Когда пациент сообщает о своих негативных чувствах (одиночестве, беспомощности и т.д.).

Дальнейшие вопросы

Процесс помощи не заканчивается на подтверждении присутствия суицидальных мыслей. Он продолжается в дальнейших расспросах, имеющих целью оценить частоту возникновения и степень тяжести этих мыслей, а также вероятность совершения самоубийства. Важно узнать, планировал ли пациент какие-либо действия, имеются ли у него средства самоубийства. Если пациент сообщает, что планировал застрелиться, но доступа к огнестрельному оружию у него нет, то суицидальный риск является относительно невысоким. Если же он составил конкретный план и обладает средствами, необходимыми для его осуществления (например, запаса таблеток), или, если предполагаемое орудие является легко доступным, то суицидальный риск значительно выше. Вопросы не должны задаваться требовательно или содержать провокацию, их следует задавать с теплотой и сочувствием к пациенту. В их число можно включить следующие вопросы:

- Есть ли у Вас определенный план самоубийства?
- Каким образом вы планируете это сделать?
- У Вас уже есть (таблетки/ оружие/ другие средства)?
- Решили ли Вы, когда именно намерены осуществить свой план?

Внимание !

- *Вводящее в заблуждение ложное улучшение состояния.* Если пациент, ранее проявлявший тревогу, внезапно успокоился, то на самом деле это может свидетельствовать о том, что он принял решение совершить самоубийство.
- *Отрицание.* Пациенты, имеющие серьезные намерения покончить с собой, могут намеренно отрицать у себя подобные мысли.

* * *

РАБОТА С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Если пациент переживает эмоциональное беспокойство, снижение настроения и у него появляются смутные суицидальные мысли, то возможность высказать эти чувства и мысли заботливому врачу может оказаться достаточной для улучшения его состояния. Тем не менее, следует продолжать дальнейшее наблюдение за состоянием пациента, особенно если он лишен адекватной социальной поддержки. Какова бы ни была проблема, чувства суицидального пациента обычно сосредоточены вокруг беспомощности, безнадежности и отчаяния. Тремя чаще всего встречающимися состояниями у подобных пациентов являются:

1. *Амбивалентность.* Большинство лиц с суицидальными тенденциями проявляют амбивалентность вплоть до самого конца. В их душе с переменным успехом борется желание жить и желание умереть. Если врач использует эту двойственность чувств для повышения желания жить, то суицидальный риск можно снизить.
2. *Импульсивность.* Самоубийство является импульсивным феноменом, а импульс по своей природе является преходящим. Если в момент импульсивного побуждения человеку предоставить поддержку, то кризис может разрешиться.
3. *Ригидность (тоннельность мышления).* Диапазон мышления, эмоций и действий у лиц в суицидальном состоянии резко ограничен, и их рассуждения сводятся к двум вариантам выбора – или-или (дихотомичны). Исследуя вместе с суицидальным пациентом множество альтернатив, противостоящих смерти, врач постепенно может привести его к осознанию, что существуют и другие, хотя и не идеальные варианты выбора.

Привлечение поддержки других лиц

Врач должен подумать о доступных источниках поддержки, связаться с родственниками, друзьями, знакомыми или найти какого-либо иного человека, который мог бы оказать пациенту поддержку, и привлечь его к оказанию помощи.

Заключение контракта

В суицидальной превенции полезной методикой является заключение с пациентом контракта о «моратории на самоубийство». В переговоры о заключении подобного контракта могут быть включены другие близкие пациенту люди. Эти переговоры зачастую помогают перейти к обсуждению важных вопросов, касающихся состояния пациента. В большинстве случаев пациенты уважают и стараются сдержать обещания, данные врачу. Заключение контракта целесообразно, конечно, в том случае, если пациент в состоянии контролировать свои действия.

При отсутствии серьезного психического расстройства или отчетливых суицидальных намерений, врач может назначить и организовать фармакологическое лечение, обычно с применением антидепрессантов, а также психотерапию (когнитивную или поведенческую). Продолжение контактов с врачом является полезным для большинства пациентов; эти встречи следует планировать в соответствии с индивидуальными потребностями.

За исключением случаев, когда необходимо продолжительное лечение (при хроническом заболевании), большинство пациентов не нуждаются в поддержке более, чем в течение двух или трех месяцев. Работа должна быть направлена на поддержание надежды, поощрение самостоятельности и оказание помощи пациенту в овладении различными способами преодоления стрессовых жизненных обстоятельств.

* * *

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩЬЮ

В каких случаях следует направлять пациента к специалисту?

на консультацию психиатра пациента следует направлять, если у него выявлено:

- Психическое расстройство;
- Наличие предыдущей суицидальной попытки в анамнезе;
- История самоубийств, алкоголизма или психических расстройств в семье;

- Серьезное соматическое заболевание;
- Отсутствие социальной поддержки.

Каким образом следует направлять пациента к специалисту:

Приняв решение, что пациент нуждается в неотложной консультации психиатра, врач общего профиля должен:

- Объяснить пациенту причину необходимости консультации;
- Успокоить его относительно возможных социальных последствий лечения у психиатра и побочного действия психотропных препаратов;
- Пояснить, что медикаментозное лечение и психотерапия являются эффективными;
- Подчеркнуть, что направление на консультацию не означает, что врач общего профиля «отказывается» от пациента;
- Договориться с психиатром о назначении времени консультации;
- Назначить пациенту время встречи после консультации у психиатра;
- Обеспечить продолжение контакта с пациентом.

В каких случаях следует госпитализировать пациента

Ниже приведены некоторые показания для неотложной госпитализации:

- Устойчивые мысли о самоубийстве;
- Высокий уровень решимости умереть в ближайшем будущем (в течение нескольких ближайших часов или дней);
- Беспокойство или паника;
- Существование плана, в котором используется насильственный и высоко летальный метод.

Правила госпитализации пациента:

- Не оставлять пациента одного;
- Организовать госпитализацию;
- Организовать перевозку пациента в больницу скорой помощью или полицейским транспортом.
- Информировать о госпитализации соответствующие инстанции и семью пациента.

* * *

ОСНОВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (ШАГИ) СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ

В приведенной далее таблице суммированы основные шаги по оценке состояния и действиям в отношении пациентов, у которых врач подозревает наличие суицидального риска.

Суицидальный риск: выявление, оценка выраженности и план действий

Суицидальный риск	Симптом	Оценка	Действия
0	Признаков дистресса нет	-	-
1	Беспокойство	Спросите о наличии мыслей о самоубийстве	Выслушайте, проявляя сочувствие
2	Мысли о смерти	Спросите о наличии мыслей о самоубийстве	Выслушайте, проявляя сочувствие
3	Мысли о самоубийстве	Оцените намеренность (план и метод)	Изучите возможности заручиться поддержкой
4	Мысли о самоубийстве, психическое расстройство отсутствует	Оцените намеренность (план и метод)	Изучите возможности заручиться поддержкой
5	Серьезные суицидальные тенденции, имеется психическое расстройство или серьезные стрессовые события	Оцените намеренность (план и метод). Заключите контракт	Направьте к психиатру
6	Серьезные суицидальные тенденции, имеется психическое расстройство, или серьезные стрессовые события, или сильное беспокойство, или суицидальная попытка в анамнезе	Оставайтесь с пациентом (отнимите средства самоубийства)	Госпитализация

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999,60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50:253-259.
6. Gupta S., et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa E.T., et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. Gonzalez Seijo JC, et al. Poblaciones especificas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes Garcia J et al., eds. *Prevencion de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.

* * *

ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ (ЧТО ЧИТАТЬ)

1. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Пер. с англ. М.: Смысл, 2001.
2. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / Пер. с англ. М.: Смысл, 2000.
3. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текста. – М.: «Когито-Центр», 2001.
4. Меннингер К. Война с самим собой / Пер. с англ. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
5. Чхартишвили П.Г. Писатель и самоубийство. – М.: Новое литературное обозрение, 2000.
6. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. – М.: Смысл, 2002.
7. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – С.-П.: Речь, 2006.

* * *

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Издание второе, стереотипное

Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Печать ризографическая. Тираж 300 экз. Заказ

Отпечатано с готового оригинал-макета
В типографии фирмы «Интерпринт»
г. Одесса, ул. Пантелеймоновская, 15
Тел: (0482)-496-100, 496-101.