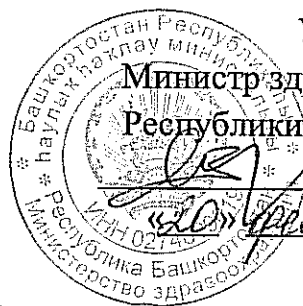


Министерство здравоохранения Республики Башкортостан



УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения

Республики Башкортостан

М.В. Забелин

20 февраля 2020г.

**ВОПРОСЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ**

Методические рекомендации
для медицинских работников общесоматической сети

Уфа-2020

УДК
ББК

Вопросы раннего выявления суицидального поведения у пациентов соматических стационаров: методические рекомендации/сост.: И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, И.Ю. Низаева, Уфа, 2020. – 10 с.

Настоящие методические рекомендации содержат описание основных признаков суицидального поведения пациентов соматических стационаров и примеры алгоритма действий при их выявлении.

Рекомендовано для среднего и младшего медицинского персонала соматических больниц.

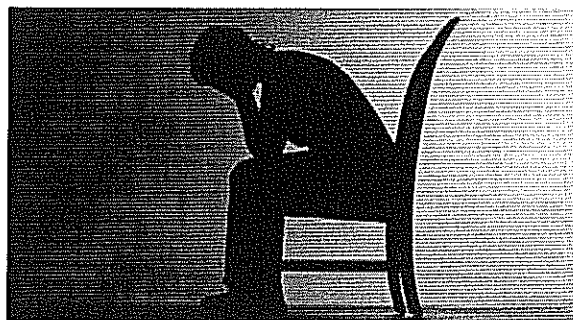
Рецензенты:

Содержание

	Раздел	Стр.
1	Введение	4
2	Мотивы суицидального поведения	5
3	Медицинские факторы суицидального риска	6
4	Периоды суицидального поведения	8
5	Внешний вид пациента	9
6	Поведение и высказывания пациента	9
7	Тактика медицинского персонала	12
	Использованная литература	13

1. Введение

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни). Психологический смысл такого явления, чаще всего заключается в аффективном поведении, снятии эмоционального напряжения, ухода от кризисной ситуации, в которой человек волей - неволей оказался.



Ежегодно во всём мире самоубийства совершают до 1 миллиона человек, включая 163 тысячи в европейском регионе. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти в мире, а в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет в Европе - второе место после дорожно-транспортных происшествий.

Суицидальных попыток совершается в 10, а по некоторым исследованиям, 100 раз больше, чем суицидов завершённых.

Одним из сложных вопросов мирового медицинского сообщества является предупреждение суицидов в общесоматических стационарах. Один из основных методов предупреждения суицидального поведения пациентов является оценка суицидального риска.

Успешность оценки зависит от эффективности наблюдения за пациентом и своевременности действий в большей степени среднего персонала, который контактирует с пациентами большее количество времени, чем врачи.

Оценка суицидального риска, в отличии от принятых методик, осуществляется визуально, без соответствующих технологий принятых, когда оценку риска проводят врачи- психиатры или психотерапевты.

2. Мотивы суицидального поведения

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, определяет способ, и время, когда пациент может совершить суицидальные действия.



«Крик о помощи», призыв. В представлении страдающего человека иные способы обратить на себя внимание кажутся не действенными. Поэтому попытка суицида - это способ добиться участия, быстрого реагирования персонала.



Протест, месть, наказание «значимого другого». Провоцирующими эмоциями суицидального акта в данном случае являются чувство обиды, несправедливости, стыд, гнев. Суицидальные действия (попытка или суицид) бессознательно направлены как на наказание обидчика, так и на принуждение его изменить свое поведение.



Избегание непереносимой жизненной ситуации. Провоцируется неприемлемым для индивида изменением жизненной ситуации (перспектива выписки из отделения, осознание тяжелого соматического заболевания и пр.). С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Степень его опасности для пациента остается весьма высокой.



Избегание страдания. Провоцируется физическими или психологическими страданиями. Смерть или самоповреждение представляется способом их прервать.



Наказание себя. Провоцируется гипертрофированным чувством вины. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины – самонаказание, в том числе с помощью суицидальных актов.



Жертвоприношение. Провоцируется потребностью «искупить вину» за реальные или фантазийные (в случае депрессии, бреда) действия. Данный вид суицидальной попытки может быть спровоцирован высокой ценой, по мнению больного, которую приходится платить за лечение и прочими причинами.

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

3. Медицинские факторы суицидального риска

Психическая патология. Психические расстройства являются серьёзнейшим фактором риска суицида. Согласно результатам исследований ВОЗ, во многих случаях состояние человека на момент суицида соответствует критериям диагноза какого-либо психического расстройства.

Самые частые среди них - расстройства настроения, расстройства личности и зависимость от психоактивных веществ, шизофрения и другие психозы.

Соматическая патология. Связь между соматической патологией и суицидальным поведением очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Около 50% из этой группы страдают сочетанием психического расстройства и соматического заболевания.



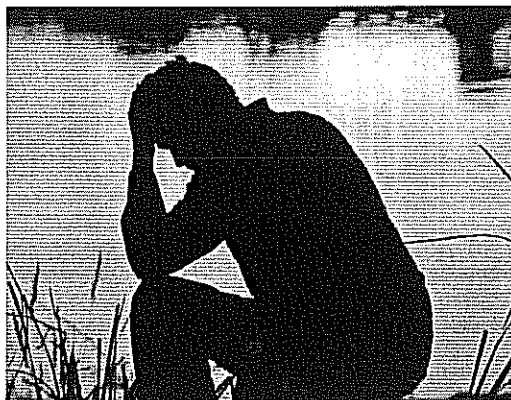
Наиболее опасной ситуацией в отношении совершения суицидальных действий является сочетание нескольких факторов риска суицидального поведения как из одной группы факторов, так и из нескольких групп факторов.

В связи с вышеперечисленными факторами повышенное внимание к пациентам необходимо уделить в следующие периоды нахождения в стационаре:

- послеоперационный период;
- заболевания, сопровождающиеся длительной невыносимой болью;
- сопутствующие психические расстройства, злоупотребление алкоголем/наркотиками (по сведениям лечащего врача);
- тяжелые прогрессирующие заболевания с неблагоприятным прогнозом, в том числе онкологические;
- острые и подострые стадии нарушения мозгового нарушения, инфаркт миокарда;
- иные заболевания и травмы головного мозга, существенно влияющие на поведение пациентов.

Пациенты, которые находятся в данный период в стационаре и нуждаются в особом внимании, если имеют следующие социальные характеристики:

ОДИНОКИЙ МУЖЧИНА В ВОЗРАСТЕ МОЛОЖЕ 20 ИЛИ СТАРШЕ 65 ЛЕТ (ХОЛОСТ, ВДОВЕЦ, РАЗВЕДЕН)



ОДИНОКАЯ ЖЕНЩИНА МОЛОЖЕ 18 И СТАРШЕ 45 ЛЕТ (СИРОТА, НЕ ЗАМУЖЕМ, ВДОВА, РАЗВЕДЕНА)

4. Периоды суицидального поведения

О приближении суицида свидетельствует **пресуицидальный период**. Его длительность варьируется от нескольких секунд до нескольких лет. Чаще всего он проявляется в подростковом возрасте и у взрослых людей, которые имеют тенденцию к суицидальному поведению в трудных жизненных ситуациях. Этот период является ранней стадией суицидального поведения, и может быть проявлением незавершенных суицидальных действий, а также предшествовать суициду.

Период пресуицида характеризуется следующими особенностями: у человека появляются сначала недифференцированные мысли, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «жить не стоит, устал от такой жизни», «когда все это кончиться?», «достало все!», и тому подобное. Не имеется четкого представления о смерти, но озвучивается само отрицание жизни. Такие суицидальные формы бывают свойственны всем людям в тех или иных ситуациях.

Если процесс продолжается, то на следующем этапе пресуицида проявляются пассивные суицидальные мысли, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например, «хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться», «хорошо бы заболеть какой-нибудь страшной болезнью!», и тому подобные размышления, выражающие внутреннюю готовность человека к суициду.

На третьем этапе пресуицидального периода возникает осознанное желание умереть. Для этого периода характерно наличие суицидальных замыслов.

В этот момент происходит разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия.

Самоубийство - слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому, чаще всего, решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации.

5. Внешний вид пациента.

Поза: однообразная, плечи опущены, голова поникшая, иногда может быть, в противовес сказанному, в позе «читается» вызов.

Выражение лица: отрешённое, страдальческое, безжизненное, угрюмое, мрачное, неадекватно оживленное, «полное решимости».

Мимика: скорбная, застывшая.

Взгляд: грустный, печальный, потупленный, направленный «в никуда».

Движения: замедленные, скованные или порывистые.

6. Поведение и высказывание пациента:

Две трети всех самоубийц сообщают о своем намерении. Это сообщение может носить открытую, словесную форму, а также форму косвенных или непосредственных заявлений и суицидального поведения.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности. Оно включает в себя суицидальные мысли, намерения, высказывания, угрозы, суицидальные покушения и попытки. При истинном суицидальном поведении намерение лишить себя жизни не только обдуманно, но и нередко долго «вынашивается».

Поведение:

- пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- учащение жалоб на физическое недомогание;
- появление склонности к быстрой смене настроения;
- внезапные вспышки раздражительности;
- тревожная неусидчивость, взбудораженность, взвинченность;
- подавленность, нежелание общаться, замкнутость;

- слезливость;
- нарушение сна;
- отсутствие планов на будущее;
- раздача в дар ценного имущества;
- расстройства пищевого поведения;
- рассеянность внимания, отсутствие интереса.

Высказывания:

- отсутствие смысла жизни;
- «Пожил и хватит»;
- «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!»
- «Лучше умереть!»
- «Ненавижу себя!»
- «Ненавижу всех и всё!»
- «Я чувствую себя постоянно виноватым за ...»
- «Чувствую себя одиноким, покинутым»
- «Единственный выход - умереть!»
- «Больше не могу!»

**Словесные
ключи:**

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- самообвинения;
- сообщение о конкретном плане суицида.

7. Тактика медицинского персонала

При возникновении признаков суицидального риска у пациента следует незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу или заведующему отделением, а в нерабочее время - дежурному врачу.

Постараться установить с пациентом контакт, попытаться завязать доверительную беседу.

Расспросить его о жалобах, спросить, кто его навещает, уточнить как отношения с соседями по палате, если они есть.

Беседа должна быть неспешной, проводимой без посторонних лиц. Если пациент высказывает суицидальные мысли, то до прихода врача не стоит его пытаться разубедить и уговаривать отказаться от задуманного.

Следует внимательно слушать, не перебивая, не подпуская его к открытым окнам. .

В беседе с пациентом лечащий врач может выявить наличие или отсутствие суицидальных мыслей, беспокоили ли его они в прошлом и насколько они актуально сейчас. Есть ли конкретный план ухода из жизни, выбрал ли он способ ухода из жизни.

Если в процессе беседы подтверждается суицидальный риск, лечащий или дежурный врач обязан вызвать специалистов психотерапевтической или психиатрической службы.

До прихода специалиста за пациентом осуществляется строгий надзор персоналом отделения (установление индивидуального поста).

Список использованной литературы.

1. Адриянова М.А., Приятель В.А., Серeda А.П., Тарасова Т.Б., Федотов Д.Д. «Алгоритм выявления медицинским персоналом суицидального риска у пациентов», с.541, Журнал «Профилактическая медицина», 20(4), 2018г.с.541.
2. Ворсина О.П., Дианова С.В., Чернигова Е.П. Суицидальное поведение детей и подростков: Методические рекомендации – Иркутск, 2014.
3. Маякин-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. ЭКСМО, М., 2010г.
4. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика) монография, М., 2016г.
5. Чернобавский М.В. Организация профилактики депрессивных состояний и суицидов среди подростков: информационное письмо. – Рязань, 2013. – 24 с.