

# **ПРОФИЛАКТИКА НА САМОУБИЙСТВОТА**

## **Методичен материал за общопрактикуващи лекари**

Самоубийството е комплексно явление, което през вековете е привличало вниманието на философи, теолози, лекари, социолози и хора на изкуството. Според френския философ Алберт Камю в "Митът за Сезиф", то е единственият сериозен философски проблем.

Като сериозен проблем на общественото здравеопазване, самоубийството изисква нашето внимание, но за съжаление, неговата профилактика и контрол не са лесна задача. Изтъкнати научни проучвания сочат, че макар и постижима, профилактиката на самоубийствата, изисква пълен набор от дейности, включващи предоставяне на възможно най-добри условия за отглеждане на децата и развитие на младите хора, ефективно лечение на психичните разстройства и контрол на рисковите фактори на средата. Разпространението на подходяща информация и повишаването на загрижеността по проблема са съществени елементи на успешни суицидопрофилактични програми.

През 1999 г. СЗО стартира SUPRE - световната инициатива за профилактика на самоубийствата. Настоящата брошура е част от серията методични материали, изготвени за SUPRE и адресирани до специфични социални и професионални групи, специално ангажирани в профилактиката на самоубийствата. Тя представлява свързващо звено в дългата верига от хора и групи, която включва здравни професионалисти, обучители, социални служби, законодатели, лица, осъществяващи социални комуникации, семейства и общности.

Едно от най-лошите неща, пред които един лекар може да се изправи, е самоубийството на пациент. Обичайната реакция на лекаря, който трябва да премине през такова събитие е неверие, загуба на увереност, гняв и срам. Самоубийството на пациент може да предизвика чувства на професионална незадоволеност, съмнение в собствената компетентност и опасения за собствената репутация. Към това се добавя и огромната трудност, пред която лекарят се изправя, когато трябва да общува със семейството и приятелите на починалия.

Тази брошура е предназначена преди всичко за общопрактикуващи лекари. Техните задачи са да открият основните разстройства и други фактори, свързани със самоубийството, и да предоставят информация за идентификацията и обгрижването на суицидните пациенти.

## **ТЕЖЕСТТА НА ПРОБЛЕМА САМОУБИЙСТВО**

По данни на СЗО около един милион души по света са извършили самоубийство през 2000 г. Самоубийството е сред 10 основни причини за смъртност във всяка държава и една от трите водещи причини за смърт във възрастта 15-35 години.

Психологичното и социалното въздействие на самоубийството върху семейството и обществото са неизмерими. Всяко самоубийство засяга средно най-малко още шест души, близки на лицето, извършило самоубийство. Ако самоубийството е извършено в училище или на работното място, то има въздействие върху стотици хора.

Тежестта на самоубийството може да се измери с показателя за изгубените години потенциален живот. Това се равнява на тежестта от две войни.

## САМОУБИЙСТВО И ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Понастоящем самоубийството се схваща като разстройство с множество измерения, което е резултат на комплексното взаимодействие на биологични, генетични, психологични, социални фактори и фактори на околната среда. Проучвания сочат, че между 40% и 60% от хората, които извършват самоубийство са посетили лекар един месец преди самоубийството, като по-голяма част от тях са посетили общопрактикуващ лекар. В държави, в които психиатричните служби не са добре развити, делът на лицата в суицидна криза, които са се консултирали с общопрактикуващ лекар е сравнително по-висок.

Да идентифицира, да оцени и да предостави помощ на суициден пациент е важна задача на лекаря, който има решаваща роля в профилактиката на самоубийствата.

**Само по себе си самоубийството не е заболяване, не е непременно и проява на заболяване, но психичните разстройства са основен фактор, свързан със самоубийство.**

Проучвания в развитите и развиващите се страни разкриват обща болестност от психични разстройства при 80-100% от случаите на самоубийство. В страните от Източна Европа, вкл. и в България, на преден план излизат социално-икономическите и психологичните фактори. Изследванията в България показват голямото значение на социално-психологичните фактори. Делът на лицата, извършили опит за самоубийство, за които е установено наличие на психично заболяване е около 12,5%. Остава открит въпросът за несвоевременното разпознаване и диагностициране на някои депресивни състояния, посттравматични разстройства, сексуално малтретиране и др., които са рискови за суицидно поведение.

Оценката на суицидният риск при лица с разстройства в настроението (предимно депресия) е 6-15%; с алкохолизъм - 7-15% и с шизофрения - 4-10%.

Една значителна част от хората, които извършват самоубийство, обаче умират без да са посетили специалист по психично здраве. Следователно своевременното откриване, насочване и обгрижване на пациенти с психични разстройства в първичната здравна помощ е важна стъпка в суицидната профилактика.

Една обичайна находка сред тези, които извършват самоубийство, е наличието на повече от две заболявания. Най-често се установява едновременното наличие на алкохолизъм и разстройства в настроението (т.е. депресия), разстройство на личността и други психични разстройства.

**Сътрудничество с психиатър и осигуряване на адекватно и подходящо лечение е функция на общопрактикуващия лекар, която е от решаващо значение.**

### Разстройствата на настроението

Разстройствата на настроението се свързват със самоубийство. Те включват биполарно афективно разстройство, депресивни епизоди, повтарящо се депресивно заболяване и продължаващо депресивно заболяване (напр. циклотимия и дистимия). Следователно неразпознатата и нелекувана депресия е значим риск за самоубийство. Депресията е с голямо разпространение сред общото население и не се възприема като заболяване от много хора. Оценява се, че 30% от пациентите, посетили лекар, страдат от депресия. По груба преценка 60% от тези, които търсят лечение са осъществили контакт с общопрактикуващ лекар. За един лекар е специално предизвикателство да работи едновременно с физическите заболявания и психичните разстройства. В много случаи депресията е маскирана и пациентите съобщават само за соматични оплаквания.

**В типичните депресивни епизоди, лицата обикновено страдат от:**

- ▼ *депресивно настроение (тъга);*
- ▼ *загуба на интерес и на радост;*
- ▼ *намалена енергия (умора и намалена активност).*

**Обичайните симптоми на депресия са:**

- *умора*
- *тъга*
- *липса на концентрация*
- *страх*
- *обърканост*
- *нарушения на съня*
- *болка в различни части на тялото.*

Тези симптоми трябва да събудят вниманието на лекаря за наличието на депресия и да доведат до оценка на суицидния риск. Специфични клинични черти, **свързани** с повишен риск за самоубийство при депресия са:

- *постоянно безсъние;*
- *самопренебрежение;*
- *остро заболяване (особено психотична депресия);*
- *нарушена памет;*
- *възбуда;*
- *пристъпи на паника.*

Следните фактори **повишават** риска за самоубийство на лица с депресия:

- *възраст под 25 години при мъже*
- *ранна фаза на заболяването*
- *злоупотреба с алкохол*
- *депресивна фаза на биполарното разстройство*
- *смесено (маниакално-депресивно) състояние*
- *психотична мания*

Депресията е важен фактор за самоубийство сред младите и възрастните, но тези с по-късно начало на депресията са с по-висок риск.

Съвременният напредък в лечението на депресията е много подходящ за профилактика на самоубийствата в първичната здравна помощ. Установено е, че обучението на общопрактикуващите лекари в откриване и лечение на депресия е довело до намаляване на самоубийствата в Швеция. Епидемиологичните данни сочат, че антидепресантите намаляват суицидния риск сред депресивните. Пълната терапевтична медикаментозна доза трябва да продължи няколко месеца. При възрастните може да е необходимо лечението да продължи две години след възстановяването. Установено е, че пациенти на редовна поддържаща литиева терапия имат по-нисък суициден риск.

### **Алкохолизъм**

Алкохолизмът (злоупотребата с алкохол и алкохолната зависимост) е честа диагноза сред тези, които извършват самоубийство, особено сред младите хора. Налице

са биологични, психологични и социални обяснения за корелацията между самоубийството и алкохолизма. Специфични фактори, свързани с повишен суициден риск сред алкохолици са:

- *ранно начало на алкохолизма;*
- *продължителен период на пиенето;*
- *високо ниво на зависимост;*
- *слабо физическо здраве;*
- *слаби постижения в работата;*
- *фамилна анамнеза за алкохолизъм;*
- *скорошно разрушаване или загуба на значима връзка.*

### **Шизофрения**

Самоубийството е най-голямата единствена причина за преждевременна смърт сред шизофреници. Специфичните рискови фактори за самоубийство са: млади безработни мъже;

- *повтарящите се рецидиви;*
- *страх от влошаване, особено сред тези с високи интелектуални възможности;*
- *симптоми на подозрителност и заблуждения/ самоизмами;*
- *депресивни симптоми.*

Суицидният риск е по-висок при:

- *ранни етапи на заболяването;*
- *ранни рецидиви;*
- *ранно възстановяване.*

Суицидният риск намалява с нарастване на продължителността на заболяването.

### **Разстройства на личността**

Съвременни проучвания сред млади хора, които са извършили самоубийство, показват висока честота на разстройствата на личността. Разстройствата на личността, които най-често се свързват със самоубийство, са граничната личност и антисоциалните личностни разстройства.

Театралничене и нарцистични личностни разстройства, както и определени психологични черти като импулсивност и агресия, също се свързват със самоубийството.

### **Страхови разстройства**

От страховете разстройства най-често свързани със самоубийство са паническите разстройства, следвани от обесивно-компулсивните разстройства. Соматично-подобните разстройства и разстройствата в храненето (анорексия, невроза и булимия) се свързват също със суицидно поведение.

### **САМОУБИЙСТВО И ФИЗИЧЕСКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Суицидният риск нараства при хронични физически заболявания. В допълнение, налице е общо нарастване на психичните разстройства, особено на депресията, при хора с физически заболявания. Хронифицирането, инвалидността и негативната прогноза са в корелация със самоубийство.

### **Неврологични заболявания**

Епилепсията се свързва с повишен риск за самоубийство. Това се отдава на повишената импулсивност, агресивност и хронична инвалидност, свързани с епилепсията.

Травми на гръбначния стълб и на мозъка също повишават риска за самоубийство. Съвременни проучвания сочат, че след инсулт - особено при наличието на последваща лезия, която предизвиква по-голяма инвалидност и физическо увреждане - 19% от пациентите са депресивни и суицидни.

### **Неоплазми**

Най-висок е суицидният риск по време на диагностицирането и през първите две години на терминалното заболяване, с повишаване на риска при случаите на прогресиране да заболяването. Болката е значим фактор, допринасящ за извършване на самоубийство.

### **ХИВ/ СПИН**

ХИВ/ СПИН повишават риска за самоубийство сред млади хора. Рискът е по-висок по време на потвърждаване на диагнозата и през ранните етапи на заболяването. Използващите интравенозни наркотици са с повишен риск.

### **Други състояния**

Хронични състояния като: хронична бъбречна болест, чернодробни заболявания, костно-мускулни, сърдечносъдови и гастро-интестинални заболявания се свързват със самоубийство. Нарушенията на опорно-двигателния апарат, слепота и глухота също детерминират суицидно поведение.

## **САМОУБИЙСТВО И СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ ФАКТОРИ**

Самоубийството е индивидуален акт, но се извършва в контекста на дадено общество и следователно определени социално-демографски фактори са свързани с него.

### ***Пол***

В повечето държави мъжете извършват по-често самоубийство в сравнение с жените. Съотношението мъже/жени варира в различните държави. Китай е единствената страна, в която броят на жените, извършили самоубийство превишава този на мъжете в селските райони и е приблизително еднакъв с този на мъжете в градските райони.

### ***Възраст***

Лицата над 65 години и младите (15-30 години) възрастови групи са с повишен риск за самоубийство. Съвременни проучвания сочат за повишаване на показателите за самоубийство сред мъжете на средна възраст.

### ***Семейно положение***

Разведените, овдовелите и самотните хора са с повишен риск за самоубийство. Брактът се очертава като протективен фактор за мъжете по отношение на суицидният риск, но това не е така за жените. Раздялата на съпрузите и живеенето сам/а увеличава риска за самоубийство.

### ***Професия***

Определени професионални категории, като ветеринарни хирурзи, фармацевти, зъболекари, фермери и медицински специалисти са с повишен риск за самоубийство. Няма очевидно обяснение за тези факти, въпреки че достъпът до летални средства, напрежение в работата, социалната изолация и финансовите затруднения могат да се приемат като причини.

### ***Безработица***

Налице е много силна връзка между показателите за безработица и показателите за самоубийство, но тази връзка е комплексна. Ефектът на безработицата вероятно се усилва от фактори като бедност, социална депривация, домашни затруднения и безнадеждност. От друга страна, по-вероятно е хора с психични разстройства да бъдат безработни в сравнение с хора в добро психично здраве. Във всеки случай трябва да се отчете значимостта на разликата по отношение на продължителността на безработицата: по-високият риск се свързва с наскоро настъпила безработица.

### ***Местожителство (селско/градско)***

В някои страни самоубийствата са по-чести сред живеещите в града, докато в други - те са по-чести сред селските жители.

### ***Миграция***

Миграцията, свързана с проблеми като бедност, лоши жилищни условия, липса на социална подкрепа и неосъществени очаквания, повишава риска за самоубийство.

### ***Други***

Определени социални фактори, като лесен достъп до способите за извършване на самоубийство и стресиращи житейски събития, имат значима роля за повишаване на риска за самоубийство.

## **КАК ДА ИДЕНТИФИЦИРАМЕ ПАЦИЕНТ С ВИСОК РИСК ЗА СУИЦИДНО ПОВЕДЕНИЕ**

Някои клинични, индивидуални и социално-демографски фактори се свързват със самоубийство. Те включват:

- *психични разстройства (депресия, алкохолизъм и разстройства на личността);*
- *соматични заболявания (свързани с висок леталитет, болка, омаломощаващи и СПИН);*
- *предходни суицидни опити;*
- *фамилна анамнеза за самоубийство, алкохолизъм и/или за други психични разстройства;*
- *разведени, овдовели и самотни хора;*
- *живеещи сами (социално изолирани);*
- *безработни или пенсионери;*
- *загуба на близък човек в детството.*

Ако пациентът е на психиатрично лечение, рискът е по-висок при:

- *тези, които са изписани наскоро от болница;*
- *тези, които имат предходни суицидни опити.*

В допълнение, наскоро състояли се стресиращи събития, които повишават риска за самоубийство включват:

- *раздяла с брачния партньор;*
- *загуба на близък човек;*
- *фамилни разстройства;*
- *промяна в професионалния или финансовия статус;*
- *отхвърляне от значима личност;*
- *срам или страх, свързани с вина.*

Има различни скали за оценка на суицидния риск, но те не са толкова полезни, колкото едно добро клинично интервю за оценка на лицето, в непосредствен риск да извърши самоубийство.

Лекарят може да се изправи пред разнообразни състояния и ситуации, свързани със суицидно поведение. Възрастен мъж, наскоро овдовял, лекуван за депресия, живеещ сам, с анамнеза за суициден опит, и млада жена с няколко дракотини на китката, чийто приятел я е изоставил, са два примера. В практиката, повечето пациенти попадат между тези две крайности и могат да варират от една категория в друга.

Когато един лекар има основателни индикации, че даден пациент може да е суицидален, той е пред дилемата как да действа. Някои общопрактикуващи лекари се чувстват несигурни със суицидален пациент. За тях е важно, когато имат такъв пациент да потърсят помощ от колеги, по възможност от специалисти по психично здраве.

Ако лекарят реши да действа, първата и най-непосредствена стъпка е да отдели подходящото време на пациента, въпреки че много други пациенти чакат пред вратата. С показване на съпричастност и желание за разбиране, лекарят започва да установява позитивна връзка с пациента. Кратки и директни въпроси в началото на интервюто не помагат много. Забележки като "Вие изглеждате много разстроен/а; разкажете ми повече за това" могат да помогнат. Слушането със съчувствие само по себе си е важна стъпка за намаляване нивото на суицидно отчаяние.

<b>Митове</b>	<b>Реалност</b>
Пациентите, които говорят за самоубийство, рядко извършват самоубийство.	Пациенти, които извършват самоубийство обикновено преди това са давали някакъв знак или предупреждение.
Задаване на въпрос за самоубийство може да предизвика суицидно действие от страна на пациента.	Задаване на въпрос за самоубийство често намалява тревогата; пациентът може да почувства облекчение, че е разбран.

### **Как да попитаме?**

Не е лесно да се попитат пациентите за техните суицидни идеи. Добре е темата да се въвежда постепенно. Ето един пример за последователно задавани въпроси, който може да бъде от полза:

1. Чувствате ли се нещастен/ и безпомощен/а?
2. Чувствате ли се отчаян/а?
3. Чувствате ли, че сте неспособен/а да посрещнете всеки ден?

4. Чувствате ли, че животът е тежест?
5. Чувствате ли, че животът не си струва да се живее?
6. Чувствате ли, че е вероятно да извършите самоубийство?

#### Кога да попитаме?

Тези въпроси е важно да се зададат:

- след като връзката с пациента е установена;
- когато пациентът се чувства добре от това, че може да изрази своите чувства;
- когато пациентът е в процес да изразява негативни чувства.

#### По-нататъшни въпроси

Процесът не свършва с потвърждаването на наличие на суицидни идеи. Той продължава с въпроси, целящи да оценят възможността за извършване на самоубийство. Важно е да се знае дали пациентът е направил някакви планове и дали има способ за извършване на самоубийство. Ако пациентът споменава, че запланираният способ е огнестрелно оръжие, но той/тя няма достъп до пистолет, рискът е по-слаб. Ако обаче пациентът е запланирвал способа и го притежава вече (напр. хапчета), или ако предполагаемият способ е леснодостъпен, суицидният риск е висок. От съществено значение е въпросите да не изискват или да принуждават, а да се задават с топлота и да показват съчувствието на лекаря към пациента. Могат да се зададат следните въпроси:

- Правили ли сте някакви планове да прекратите живота си?
- Как смятате да го направите?
- Притежавате ли (хапчета/огнестрелно оръжие/други средства)?
- Кога смятате да го извършите?

#### Внимание!

- ▼ *Подвеждащо или "фалшиво" подобрение.* Когато един възбуден пациент изведнъж стане спокоен, той или тя може да са взели вече решение да извършат самоубийство.
- ▼ *Отричане.* Пациент, който има сериозни намерения да се самоубие може да отрече, че има такова намерение.

#### ОБГРИЖВАНЕ НА СУИЦИДНИ ПАЦИЕНТИ

Ако даден пациент е емоционално разстроен, със слаби суицидни мисли, възможността да обсъди мислите и чувствата си с лекар, който показва загриженост, може да е достатъчно. Независимо от това е необходимо по-нататъшно проследяване, особено ако пациентът няма адекватна социална подкрепа. Какъвто и да е проблемът, чувствата на суицидната личност са обикновено едно "триединство" от безпомощност, безнадеждност и отчаяние. Трите най-чести състояния са:

1. *Амбивалентност.* Повечето суицидални пациенти са амбивалентни до самия край. Налице е една битка между желанието да се живее и желанието да се умре. Ако лекарят използва амбивалентността, за да усилва желанието да се живее, суицидният риск може да се редуцира.
2. *Импулсивност.* Самоубийството е едно импулсивно действие, а импулсът по своята същност е преходен. Ако се предостави подкрепа в момента на импулса, кризата може да се преодолее.
3. *Ригидност.* Суицидните лица са ограничени в тяхното мислене, настроение и действия и техните разсъждения са алтернативни в смисъла на: или/или. Чрез



обсъждане с пациента на други възможности, освен смъртта, лекарят внимателно може да помогне на пациента да разбере, че има и друг изход, макар и да не е идеалният.

### **Привличане на подкрепа**

Лекарят трябва да оцени наличието на система за подкрепа, да открие роднините, приятелите, познатите, които биха били подкрепящи за пациента и да помоли за тяхната помощ.

### **Сключване на договор**

Съставянето на договор "без самоубийство" е една полезна техника в профилактиката на самоубийствата. В процеса на договаряне могат да се включат и други хора, близки на пациента. Преговорите могат да спомогнат за обсъждане на различни въпроси, свързани с проблема. В повечето случаи пациентите спазват обещанията, които са дали на лекаря. Договарянето е подходящо само, ако пациентът контролира своите действия.

При отсъствието на тежко психично разстройство или суицидно намерение, лекарят може да започне медикаментозно лечение, основно с антидепресанти или психологична терапия (когнитивно поведение). Повечето хора имат полза от продължаване на контактите. Те трябва да бъдат така структурирани, че да посрещнат индивидуалните нужди.

Освен лечение на основното заболяване, някои от пациентите се нуждаят от подкрепа за повече от два или три месеца и тя трябва да е съсредоточена към засилване на надеждата и независимостта, както и подпомагане на пациента да усвои различни начини за справяне с житейския стрес.

## **ПРЕПОРЪКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ПОМОЩ**

### ***Кога да се препоръча такава помощ?***

Пациентът трябва да се насочи към психиатър, когато има:

- психично разстройство;
- анамнеза за предходни суицидни опити;
- фамилна анамнеза за самоубийство, алкохолизъм и психично разстройство;
- соматично заболяване;
- няма социална подкрепа.

### ***Как да се насочи пациентът?***

След като е взел решение да насочи пациента, лекарят трябва:

- да отдели необходимото време, за да обясни на пациента причината за насочването;
- да намали безпокойството поради стигмата и психотропното лечение;
- да изясни, че медикаментозната и психологичната терапия е ефективна;
- да подчертае, че насочването не означава "изоставане";
- да уговори среща с психиатър;
- да отдели време за пациента след посещенията му при психиатъра;
- да продължи връзката с пациента.

### ***Кога да се хоспитализира пациент?***

По-долу се изброяват някои от индикациите за незабавна хоспитализация:

- повтарящи се мисли за самоубийство;

- висока степен на намерение да се умре в непосредствено бъдеще (през следващите няколко часа или дни);
- възбуденост или паника;
- наличие на план да се използва "сигурен" способ

#### **Как да се хоспитализира пациент?**

- Не оставяйте пациента сам.
- Уговорете хоспитализацията.
- Осигурете транспорт до болницата с линейка или с полицейска кола.
- Уведомете заинтересованите институции и семейството.

### **ОБОБЩЕНИЕ**

Таблицата, представена по-долу, обобщава основните стъпки за оценка на риска и обгрижване на пациентите, когато лекарят установи или се усъмни за наличие на суициден риск.

#### **СУИЦИДЕН РИСК: УСТАНОВЯВАНЕ, ОЦЕНКА И ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ**

<b>Суициден риск</b>	<b>Симптом</b>	<b>Оценка</b>	<b>Действие</b>
<b>0</b>	Няма дистрес	-	-
<b>1</b>	Емоционално разстроен	Разпитайте за суицидни мисли	Слушайте със съчувствие
<b>2</b>	Слаби идеи за смърт	Попитайте за суицидни мисли	Слушайте със съчувствие
<b>3</b>	Слаби суицидни идеи	Оценете намерението (план и способ)	Изследвайте възможностите Осигурете подкрепа
<b>4</b>	Суицидни идеи, но без психично разстройство	Оценете намерението (план и способ)	Изследвайте възможностите
<b>5</b>	Суицидни идеи и психично разстройство или силен житейски стрес	Оценете намерението (план и способ) Сключете договор	Осигурете подкрепа Свържете се с психиатър
<b>6</b>	Суицидни идеи и психично разстройство или силен житейски стрес, или възбуденост и предходен опит	Останете с пациента (за да предотвратите достъпа до способа)	Хоспитализирайте