

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

**ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения  
Российской Федерации (Сеченовский университет)**

**Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской  
помощи**

**ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Ведение больных с суицидальным поведением при  
оказании паллиативной медицинской помощи взрослым**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Москва, 2021**

## **Авторский коллектив**

**Зотов Павел Борисович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО “Тюменский государственный медицинский университет” Минздрава России, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Уральского Федерального Округа

**Невзорова Диана Владимировна** – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России

Методические рекомендации предназначены для использования руководителями органов управления здравоохранением/медицинских организаций/структурных подразделений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, сотрудниками медицинских организаций (медицинским и немедицинским персоналом) независимо от формы собственности и организации в пределах полномочий, определенных законодательством РФ, рекомендованы к использованию организациям социальной защиты населения, а также любым другим организациям и лицам, участвующим в оказании паллиативной медицинской помощи населению.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет) 11 мая 2021 г., протокол №5.

## **Рецензент:**

**Положий Борис Сергеевич** - доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии - филиала ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

## Содержание

1. Введение .....	3
2. Суицидальное поведение: терминология, понятия, клинические формы .....	4
3. Распространённость суицидального поведения .....	9
4. Барьеры, препятствующие снижению суицидальной активности и оказанию помощи .....	10
5. Факторы риска суицидальной активности у пациентов, нуждающихся в ПМП .....	10
6. Защитные механизмы .....	13
7. Самоубийство – мифы и факты .....	14
8. Психологические особенности человека в состоянии суицидального кризиса .....	15
9. Диагностика и оценка степени суицидального риска .....	16
10. Как оказать помощь суицидальному человеку .....	19
11. Тактика ведения пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи с учетом степени суицидального риска .....	25
12. Общие меры по профилактике суицидального поведения при оказании паллиативной медицинской помощи .....	27
13. Самоубийство, суицид при врачебной содействии и эвтаназия .....	28
14. Заключение .....	28
15. Основные использованные источники .....	29

## 1. Введение

Самоубийство – печальный, но неотъемлемый факт существования человека. Согласно данным ВОЗ, ежегодно около 800 000 человек кончают жизнь самоубийством, и этот глобальный феномен характерен для всех регионов мира. В России в последние два десятилетия наблюдается снижение суицидальной смертности, тем не менее, число остановивших свой выбор на добровольной смерти достаточно велико (в 2019 году в стране зарегистрировано более 17 тысяч самоубийств).

На каждое самоубийство приходится значительно больше людей (в 10-20 раз), которые совершают попытки самоубийства ежегодно, что кратно расширяет круг возможно в будущем повторивших попытку и в конечном итоге погибших от неё. Предшествующая попытка суицида является самым важным фактором риска самоубийства.

Каждое самоубийство – это трагедия, которая воздействует на семью, друзей и знакомых, коллег по работе, случайных свидетелей, других вольно или невольно вовлечённых в эту ситуацию (по меньшей мере, шестерых других людей), население и целые страны, оказывая долгосрочное, преимущественно негативное, воздействие на живущих [1, 2].

Самоубийство – серьёзная проблема общественного здравоохранения и системы паллиативной медицинской помощи. Однако при наличии своевременных, основанных на фактах и зачастую недорогостоящих мер вмешательства, *самоубийства можно предотвращать*. Для обеспечения эффективности мер реагирования требуется всеобъемлющая стратегия его предотвращения. Одним из направлений является работа в группах повышенного суицидального риска, к которым относят и *пациентов паллиативного этапа наблюдения*.

Нозологически – это разнородная группа больных, объединённая по признаку наличия хронического неизлечимого прогрессирующего заболевания или последствий повреждений ЦНС, с объективным неблагоприятным прогнозом в ограничении предстоящей жизни, наличием тяжелых проявлений заболевания, снижением функциональной активности пациента, потребностью в постоянном постороннем уходе и зависимостью от лиц, осуществляющих уход. Эти ключевые характеристики определяют особенности суицидального поведения, его распространённости, факторов риска и необходимых мер превенции и помощи [3].

Согласно 36 статье Федерального закона № 323 - от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания. Организация паллиативной медицинской помощи направлена на уменьшение тяжелых проявлений неизлечимых заболеваний у пациентов (взрослых и детей) при оказании медицинской

помощи в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе на дому, также в условиях дневного стационара.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь (далее - ПМП) осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья, в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки и духовной помощи.

Важно понимать, что факторы, присутствующие в общей популяции (социальные, этнокультуральные, религиозные, экономические, правовые и др.), также могут иметь место у пациентов служб ПМП, нередко отодвигая на второй план факторы, связанные с болезнью. В связи с чем, общие меры профилактики в этой категории больных также должны быть учтены и включены в план индивидуальной работы с больными при оказании ПМП.

## **2. Суицидальное поведение: терминология, понятия, клинические формы**

Самоубийство (суицид) не является единственным проявлением суицидальности. Напротив, это большая группа проявлений, включающих внутренние и внешние формы, как правило имеющих определенную динамику развития, и объединенные в одну – суицидальное поведение (рис.1). *Самоубийство* (с летальным исходом) отражает конечный итог умышленных действий человека, направленных на прекращение собственной жизни.

Подтверждённый случай, расцениваемый как «самоубийство» должен включать выполнение минимум трёх условий:

**1. Осознанность.**

**2. Добровольность.**

**3. Самостоятельность (совершения действий прекращения жизни).**

Отсутствие даже одного из них относит смертельный случай к другим группам: самоповреждение с неопределёнными намерениями, несчастный случай, убийство или др.

Уровень самоубийств является объективным показателем суицидальной активности населения, в том числе отдельных контингентов; рассчитывается на 100 000 населения и входит в группу «внешних причин смерти».

*Суицидальная попытка* – это потенциально самоповреждающее поведение с намерением умереть, но не приведшее к смерти. Причины незавершённости покушения могут быть различны: сам суицидент прекращает суицидальные действия («остановленная» попытка), вмешиваются другие лица, факторы («прерванная» попытка), случайное

стечение обстоятельств (например, недостаточный летальный потенциал выбранного способа – малая доза принятых с суицидальной целью лекарств) и др. [4].

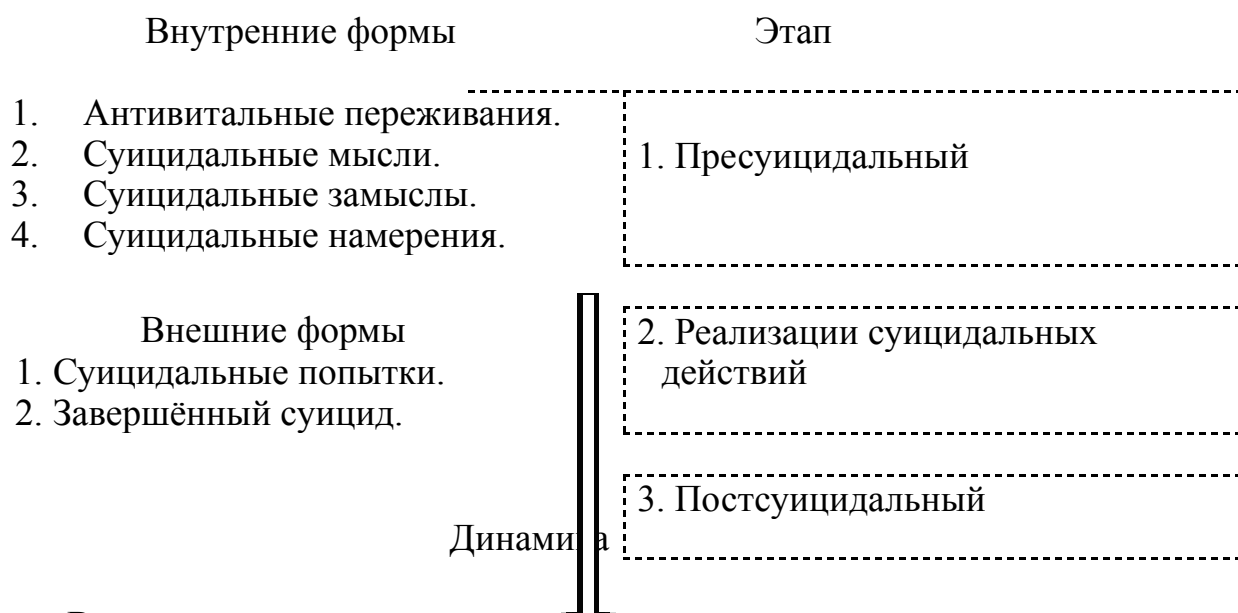
Случаи так называемых «демонстративно-шантажных» форм поведения обычно не имеют целью смертельный исход, и относятся к псевдо- или парасуицидам. Летальные исходы при псевдо-(пара-)суицидальных попытках относятся к категории несчастных случаев, но с связи с недостатками диагностики нередко учитываются как суицид. В России официальных инструментов учёта суицидальных попыток нет. Поэтому точные статистические данные отсутствуют (за исключением отдельных регионов).

Самоубийства (летальные) и суицидальные попытки составляют группу «суицидальных действий» и относятся к «внешним формам» суицидального поведения. Но, как правило, они отражают финальную стадию суицидальной динамики, которая имеет свои этапы, начиная с «внутренних форм» – от антивитаальных переживаний, переходя в суицидальные мысли, замыслы и намерения.

Применяемая сегодня в клинической практике классификация суицидального поведения отражает не только клинические формы, но и динамику процесса (рис. 1) [4].

Рисунок 1

### Клиническая классификация суицидального поведения



В динамике суицидального поведения выделяют три основных этапа: пресуицидальный, реализации суицидальных действий и постсуицидальный. Для повышения эффективности мер профилактики самоубийства наиболее важно знание и оказание помощи в пресуицидальном периоде, включающего так называемые «внутренние формы» суицидальной активности.

*Антивитаальные переживания* представляют собой самый ранний предэтап суицидальной динамики. Они характеризуются постепенным усилением скрытых и малоосознаваемых авитальных тенденций, ослабляющих стремление поддерживать жизнь. Обычно формирование

антивитальных переживаний начинается с *утраты желания жить*, в том числе поддержание жизни любыми средствами. В последующем появляются мотивы *желательности близкой смерти от естественных причин*. В этом случае человек чаще рассматривает смерть как желаемый выход из сложившейся ситуации, но не задумывается о возможности добровольного ухода из жизни.

Клинически антивитальные переживания не выступают на первый план и обычно проявляются в виде высказываний: «устал так жить...», «если б кто знал, как мне надоело мучиться...», «порой хочется уснуть и не проснуться...» и др. В ситуации паллиативного этапа наблюдения присутствие у пациентов антивитальных переживаний вполне объяснимо тяжестью состояния и, при отсутствии с других проявлений суицидальной активности, может быть отнесено к ситуативно понятной психологической оценке объективной реальности (вариант нормы).

Между тем, предъявление подобных жалоб является *условием для обязательного более глубокого обследования больного* по выявлению суицидальной настроенности. В данной ситуации необходим целенаправленный опрос. Ограничение лишь данным кругом жалоб и отсутствие идей добровольного ухода из жизни позволяет специалисту отнести имеющиеся нарушения к антивитальным переживаниям.

Кроме вербальных признаков антивитальная настроенность может проявляться и другими симптомами – нежелание сотрудничества с врачом, игнорирование и невыполнение рекомендаций по лечению и др. Важно отметить, что, несмотря на такой внешне негативный ответ, большинство пациентов нуждаются в психологической поддержке и ищут её. Имеющиеся сомнения и переживания в трудной жизненной ситуации требуют поиска решений. На этапе антивитальных переживаний суицидальный риск минимален, так как этот этап характеризуется высокой активностью психологических защит и значимостью факторов антисуицидального барьера.

Продолжение действия стрессовых факторов в определённый момент может привести человека к осознанию личного участия в своей судьбе – в данном случае возможности самостоятельного лишения себя жизни. С этого момента суицидальная динамика вступает в *этап суицидальных мыслей*.

*Суицидальные мысли.* Этот переход значительно повышает степень витальной угрозы. Поэтому для суицидальных мыслей характерно наличие более выраженной, чем для антивитальных переживаний, внутренней борьбы между желанием совершить самоубийство и факторами антисуицидального барьера; борьбой «за» и «против». Человек обычно ищет ответы на психологически сложные вопросы: приемлем ли суицид вообще, является ли самоубийство выходом из сложившейся ситуации, решит ли оно имеющиеся проблемы? Также продумываются вопросы возможных социальных последствий для себя и близких. Решаются субъективно значимые экзистенциальные и духовные вопросы и т.д. Рассмотрение конкретного способа, места и времени суицида, на данном этапе динамики суицидальной

активности стоит на втором плане и не занимает в мыслях ведущего положения. Суицидальный риск в этот период минимален.

На данном этапе человек активно ищет психологической поддержки, обращается за помощью к врачу, медицинским сёстрам (реже - к близким и друзьям). Однако в разговоре речь о самоубийстве редко сразу выходит на первую линию обсуждения. Обычно встречаются два варианта. Чаще вначале предъявляются нейтральные, наводящие жалобы, и лишь при достаточном внимании и заинтересованности собеседника раскрываются значимые переживания, мысли о добровольном уходе. При втором варианте суицидальные идеи высказываются как бы между прочим, но с долей вероятности – «может быть, лучше отравиться...», «наверно, всем будет легче, если я умру...».

Этап суицидальных мыслей наиболее важен для превенции самоубийства, так как человек ещё не принял окончательного решения. Психотерапевтическая коррекция возможна, необходима, и эффективна. Отсутствие помощи на этом этапе нередко завершается принятием решения о добровольном уходе из жизни. Человек переходит на следующий этап суицидальной динамики – суицидальных замыслов.

*Суицидальные замыслы.* На данном этапе продумываются вопросы реализации суицидальных действий: о способах и средствах самоубийства, месте и времени его совершения. Тем не менее, несмотря на то, что пик психологической борьбы пройден, совершение попытки суицида обычно не носит случайный / экстренный характер. Запуск программы возможен лишь при возникновении какого-либо внешнего признака – «внешний ключ» [5]. «Внешний ключ» – это психологическое образование. При этом оно представляет собой какое-либо объективное событие, действие, которое человек выделил в индивидуальный, субъективно особо значимый фактор, актуализация которого может запустить программу реализации самоубийства. Примерами «внешнего ключа» на этапе паллиативного наблюдения могут быть: отказ от специального лечения и перевод в категорию паллиативных больных, назначение наркотиков (как признак «конечной стадии заболевания»), резкое сокращение уровня самообслуживания и вынужденное обращение за ежедневной помощью, в том числе по причине утраты контроля физиологических функций (удержание мочи, кала), субъективно значимые события (юбилей, возвращение внука из армии), даты (дни рождения или смерти близких и др.), отказ родственников от ухода за больным, смерть супруга и др.

Структура вербальных проявлений в этот период чаще соответствуют схеме: «если – Ключ, то – Реализация». Например, «... если мне назначат морфин, то отравлюсь...», «вот дождусь внука из армии (отмечу юбилей), и тогда уж...» и др.

Выявление и идентификация «внешнего ключа» – важное условие работы с суицидальным поведением больных, так как его идентификация позволяет оценить степень суицидальной настроенности и прогноз – до момента его срабатывания. Идентификация «внешнего ключа» требует рассмотрения его специалистом паллиативной помощи как объекта (!) психотерапии.



Дальнейшее развитие суицидального поведения переводит человека на этап намерений.

*Суицидальные намерения* включают поведенческий компонент, направленный на поиск условий прекращения собственной жизни и непосредственную подготовку к суицидальным действиям. Они более трудны в диагностике, так как присущие суицидальным мыслям сомнения, надежды и другие когнитивные компоненты, как правило, нашли своё решение, и уже не требуют внешнего воздействия (помощи). «Внешний ключ» сработал и запустил программу реализации. Нередко этих пациентов находят уже после совершения попытки суицида, а о присутствии суицидальных намерений говорят лишь при ретроспективной оценке случившегося. Тем не менее, практический опыт показывает, что в некоторых ситуациях суицидальные замыслы клинически узнаваемы. Примером может быть накопление пациентами медикаментов. В условиях стационара обычно для этих целей они просят у медсестер дополнительно лекарственные средства, ссылаясь на то, что таблетка непригодна («упала на пол», «вышла при рвоте» и др.). Поэтому среди мер повышения эффективности суицидальной превенции важна целенаправленная подготовка среднего и младшего медперсонала: обращение их внимания на запросы пациентов о дополнительных лекарственных средствах, а также осмотр мест пребывания больных (особенно тумбочек, кроватей) и общение с соседями по палате (нередко на накопление лекарств и суицидальные идеи указывают именно эти пациенты). Другими примерами могут быть случаи обнаружения колюще-режущих предметов, подготовленной петли-удавки и др. В случае выявления этих фактов средний и младший персонал должен поставить в известность лечащего / дежурного врача.

Суицидальные намерения – переходный этап от внутренних форм суицидального поведения к суицидальным действиям – попыткам и летальным суицидам [4, 5].

*Следует отметить, что описанная выше динамика суицидального поведения не всегда прослеживается клинически поэтапно. Высокий радикал эффективного компонента, склонность человека к импульсивному поведению, другие личностные и внешние факторы, могут вести к скоротечности, абортивности и малой заметности отдельных этапов.*

NB!

Поэтому задачей специалиста является неуклонное внимание и достаточный уровень настороженности в отношении суицидального готовности пациентов.

### **3. Распространённость суицидального поведения**

*Распространённость суицидального поведения в целом и его отдельных форм* среди пациентов паллиативного этапа наблюдения в настоящее время точно неизвестна в связи с отсутствием инструмента учёта и разнородностью нозологической принадлежности контингента.

*Рак.* Данные исследований свидетельствуют о том, что риск самоубийства при раке в 2-4 раза выше, чем в общей популяции [6, 7, 8, 9]. В период болезни от самоубийства погибают 0,08-0,17% пациентов, состоящих на учёте в канцер-регистре [10, 11, 12], а их доля среди всех летальных суицидов составляет от 1 до 4,6% [13, 14]. Пациенты паллиативного этапа наблюдения составляют 2/3 от этого контингента погибших [3]. Вероятность совершения суицидальных попыток в 4 раза выше среднепопуляционных. Каждый третий случай (35%) приходится на период прогрессирования опухоли, на паллиативный этап – 10% [15]. Суицидальные мысли присутствуют у каждого четвёртого больного [16, 17].

*ВИЧ.* 63% ВИЧ-инфицированных пациентов поддерживают самоубийство при врачебном содействии [18], и 9% из них погибают от суицида, преимущественно на стадии СПИДа, и ассоциированных с болезнью тяжелых осложнений [19].

*Повреждения спинного мозга* – 4,2% смертей этой категории больных связаны с самоубийствами [20].

*Инсульт* – риск суицида повышен в 6-13 раз [21, 22], с наиболее высокими показателями у лиц в возрасте до 50 лет и старше 80 лет [23].

*Деменция* повышает риск суицида в 10 раз у мужчин и женщин, но идёт на убыль на фоне прогрессирующих когнитивных нарушений.

*Рассеянный склероз* ассоциирован с 2-3-кратным повышением суицидального риска (у женщин на 30% выше), особенно на фоне двигательных нарушений и снижения контроля функции органов малого таза; снижается при усилении когнитивных нарушений [24, 25, 26, 27]. У каждого пятого (22,1%) больного рассеянным склерозом выявляются суицидальные мысли [28], 2-6% совершают суицидальные попытки [25].

Эти факты указывают на широкую распространённость суицидальной активности среди больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, в том числе на стадии их декомпенсации, и подтверждают важность работы по суицидальной превенции среди этого контингента.

#### **4. Барьеры, препятствующие снижению суицидальной активности и оказанию помощи при оказании паллиативной медицинской помощи**

Можно выделить несколько *основных барьеров*, препятствующих снижению уровня самоубийств и суицидальной активности при оказании паллиативной медицинской помощи:

1. Соккрытие фактов суицидального поведения самими пациентами и их близкими. Этому способствуют такие факторы, как табу, стигма, стыд и чувство вины. Как следствие – неоказание своевременной помощи.

2. Неготовность (уход от разговора на эту тему) близких пациента, медицинских, социальных работников, психологов и других специалистов, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи. Клинический факт: более 60% больных открывает суицидальные мысли именно врачу, полагая, что близкие не поймут их, но большинство специалистов также не готовы обсуждать данный вопрос [29].

3. Отсутствие системного подхода в выявлении и регистрации суицидального поведения. Нередко это обусловлено стереотипами, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. У работающих в паллиативной медицинской помощи специалистов это обусловлено недостатками знаний в области суицидологии. Клинический факт: 80-95% больных поддерживают обсуждение темы суицида и/или желания ускорить смерть, а беседа позволяет снизить актуальность этих идей [29, 30].

4. Большая рабочая нагрузка на медицинский персонал и/или нехватка времени (категория: врачи и медицинские сестры), ограничивающие возможность общения с больным на интересующие его темы, в том числе добровольного ухода из жизни.

5. Недостаточный / несвоевременный доступ для пациента к получению психологической и психиатрической помощи, особенно в условиях оказания паллиативной медицинской помощи амбулаторно.

6. Широкий доступ к средствам суицида (например, возможность накопления лекарств для суицида, наличие дома огнестрельного оружия и др.), что особенно значимо при импульсивных суицидах.

7. Безответственное освещение темы самоубийств в СМИ и социальных сетях, в том числе с указанием на безвыходность ситуаций, положительной оценкой суицида вообще и др.

8. Отсутствие профильных тем о профилактике суицида в программах подготовки специалистов в области паллиативной медицинской помощи.

## **5. Факторы риска суицидальной активности у пациентов, нуждающихся в ПМП**

Для успешного предупреждения самоубийств необходимо идентифицировать факторы риска, актуальные для пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, и снизить их воздействие путём реализации надлежащих вмешательств, направленных на улучшение качества жизни пациентов и их родственников, на лечение тяжелых проявлений заболевания и проведение мероприятий психологического характера и ухода. Суицидальное поведение многогранно. Существует много привходящих факторов и причинно-следственных механизмов, ведущих человека к самоубийству, и, соответственно, широкий спектр способов профилактики суицида [2].

Факторы риска суицида включают две большие группы: 1) психическое здоровье; 2) социально - демографические факторы. У пациентов, нуждающихся в ПМП, добавляется третья группа – 3) **факторы болезни**. Каждый из факторов первой и второй групп также может быть ассоциирован

с заболеванием и его последствиями [3, 31]. Чаще одновременно действуют несколько факторов риска, которые в совокупности повышают уязвимость человека. В то же время присутствие факторов риска не всегда влечёт за собой суицидальные действия. Необходимо проводить эффективные вмешательства, которые способны смягчить воздействие выявленных факторов риска [2].

К ведущим факторам риска, связанным с хронической прогрессирующим заболеванием, можно отнести:

**1. Депрессия** – наиболее важный фактор, значительно повышающий суицидальный риск (например, у онкобольных – до 25 раз) [32]. Депрессия широко распространена у пациентов, нуждающихся в ПМП. Частота клинически оформленной депрессии при болезни Альцгеймера – до 20% [33], раке – до 40-60% [32], сосудистой деменции – до 45% [33]. У значительной части больных депрессия не диагностируется, а имеющиеся симптомы расцениваются как проявления основного заболевания. Риск возрастает при сочетании с другими психическими расстройствами.

Пациенты с депрессией испытывают больше физических симптомов, имеют более низкое качество жизни и более склонны к суицидальным мыслям или желанию ускорить смерть. О желании ускорить смерть сообщает каждый четвертый паллиативный пациент [30].

Суицидальный риск у депрессивных больных, нуждающихся в ПМП, повышает сопутствующая тревога, среди ведущих причин которой следует особо отметить: боль, нарушения дыхания, расстройства сна [29].

**2. Безнадёжность** включает три основных аспекта: это негативные мысли о будущем, утрата мотиваций и отсутствие надежды на лучшее. На этапе получения ПМП эти мысли могут быть психологически понятны, но болезненная реакция исключает принятие человеком текущей ситуации, в том числе о конечности бытия и поиска смысла жизни даже в этих условиях. Безнадёжность в 8 раз повышает суицидальный риск [16], и часто ассоциирована с депрессией, наличие которой также повышает градиент суицидальности.

**3. Хронический болевой синдром** (далее - ХБС) умеренной и сильной интенсивности, преимущественно в случаях недостаточного контроля и лечения [29]. Хроническая боль относится к независимым факторам, в четыре раза повышает риск попытки самоубийства. Среди больных, погибающих от суицида, страдали от ХБС не менее 47%, депрессии – 59% [34]. Повышенный суицидальный риск, связанный с ХБС, можно определить как 30-85% больных при распространённом раке [29, 33]. В группе риска и пациенты с нераковой болью: перенесшие инсульт, ампутацию конечности, больные рассеянным склерозом, сахарным диабетом и др. Источником боли могут быть и сопутствующие заболевания (мигрень, кластерная головная боль, эпилепсия и др.) [34].

**4. Снижение способности к самообслуживанию и потребность в обращении за внешней помощью и постоянном постороннем уходе,** особенно в случаях нарушения функции тазовых органов и индивидуального контроля мочеиспускания, дефекации, наличия распадающейся опухоли, зловония, парезов, параличей и др. Ощущение себя обузой часто служит причиной чувства вины паллиативных больных перед семьёй и усиливает депрессию.

**5. Дыхательная недостаточность с потребностью в системной кислородной и вентиляционной поддержке.** Нередко ассоциирована с необходимостью привлечения внешней помощи («обуза»), ограничению передвижения, зависимостью от технического оборудования, финансовыми потерями на его обслуживание и др.

**6. Ощущение изоляции и отсутствие социальной поддержки.** Изоляция возникает тогда, когда человек ощущает потерю связи со своим ближайшим окружением: с интимным партнером, членами семьи, сверстниками, друзьями и другими важными для него людьми. Изоляция часто сочетается с депрессией и переживанием одиночества и отчаяния.

**7. Внешние косметические дефекты,** обусловленные заболеванием и/или последствия повреждений, травматических методов лечения (особенно лица). Эти факторы часто ассоциированы с депрессией, социальной изоляцией, стигматизацией (реальной или её угрозой).

#### **8. Спутанность сознания с импульсивным поведением.**

Среди *немедицинских факторов*, но нередко приобретающих большую значимость на фоне болезни, могут быть значимы:

##### **1. Психическое здоровье:**

- суицидальная попытка в прошлом (самый важный прогностический фактор суицида);
- депрессия в прошлом;
- злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами;
- импульсивное поведение (пограничное личностное расстройство);
- история суицидального поведения в семье.

##### **2. Социальные (функциональные) факторы:**

– семейные неурядицы, конфликты, в том числе усиливающиеся в период заболевания. Причинами, связанными с болезнью, могут являться снижение материального достатка и увеличение расходов на больного, необходимость ежедневного ухода, решение вопросов раздела будущего имущества (наследства) и др.

- недавняя смерть близкого человека (супруга, друга, значимого лица);
- беспомощность;
- малая социальная поддержка;
- одиночество;

- нарушение ролевого, бытового, повседневного функционирования;
- опыт общения с человеком, погибшим от суицида.

## 6. Защитные механизмы предупреждения самоубийств

Защитные факторы крайне значимы, поскольку они повышают сопротивляемость человека. Укрепление защитных факторов – это также важная цель любых комплексных действий по предупреждению самоубийств [25].

1. *Прочные личные взаимоотношения.* Поддержание и укрепление здоровых отношений с близкими может повысить индивидуальную сопротивляемость и стать фактором, защищающим от риска самоубийства. Представители ближайшего социального окружения человека – интимный партнер, члены семьи, коллеги, друзья и другие значительные для него люди – имеют на него наибольшее влияние и могут поддержать его в тяжелую минуту. Друзья и члены семьи могут быть важнейшим источником социальной, эмоциональной и финансовой помощи и способны снизить воздействие внешних стресс-факторов.

2. *Религиозные верования и духовные убеждения.* Вера может быть защитным фактором, поскольку она, как правило, даёт структурированную систему убеждений. Многие религии поддерживают убеждения ценности жизни как таковой, безусловной поддержки Свыше и наполняют смыслом страдания человека, что во многих случаях имеет большое значение для страдающего человека. Поэтому психологическая помощь не должна исключать духовной поддержки, и при необходимости человек имел возможность обратиться за ней.

В качестве дополнительных барьеров для факторов риска также могут выступать существующие во многих религиозных группах запреты, например таких, как употребление алкоголя.

3. *Опыт и стратегии позитивного преодоления трудностей (копинг)* являются надёжной защитой от самоубийства. Эмоциональная стабильность, хорошо развитое самосознание помогают справляться с жизненными трудностями, и, в конечном итоге, принять свою судьбу, приближение окончания жизни. Вера в свои силы, желание пройти путь до конца позволяют стойко перенести тяготы болезни, и при необходимости обратиться за помощью, когда это нужно.

## 7. Самоубийство – мифы и факты [1,2]

Таблица 1

Мифы	Факты
------	-------

<p>1. Люди, говорящие о самоубийстве, на самом деле его не совершают.</p>	<p>Большинство покончивших с собой перед суицидальным актом определённо предупреждали о своих намерениях. Человек, который говорит о самоубийстве, возможно, ищет поддержку. Люди, думающие о самоубийстве, нередко находятся в состоянии депрессии, испытывают тревогу и безнадёжность, и могут полагать, что другого выбора нет.</p>
<p>2. Склонные к самоубийству люди твердо намерены умереть.</p>	<p>Напротив, суицидально настроенные люди часто колеблются в своих намерениях и не до конца уверены в своём желании умереть. Человек может совершить импульсивный поступок, приняв яд, и умереть спустя несколько дней, хотя он хотел бы остаться в живых. Эмоциональная поддержка в нужный момент может предотвратить самоубийство.</p>
<p>3. Самоубийство случается внезапно, без предупреждения.</p>	<p>Склонные к самоубийству люди часто дают вполне ясные указания о том, что собираются предпринять. Эти знаки могут быть вербальными и невербальными. Важно знать, какими бывают предупреждающие знаки, и вовремя обратить на них внимание.</p>
<p>4. К суициду склонны лишь люди с психическими расстройствами.</p>	<p>Суицидальное поведение указывает на крайне тяжёлое эмоциональное состояние, но вовсе не обязательно на психическое расстройство. Многие люди, страдающие психическими расстройствами не склонны к суициду, и не все, кто добровольно уходит из жизни, имеют нарушения психического здоровья.</p>
<p>5. Говорить о самоубийстве не стоит; человек, подверженный риску, может это понять как поощрение суицидального поведения.</p>	<p>Из-за широко распространённой стигматизации самоубийств люди, имеющие суицидальные мысли, не знают, с кем поделиться. Открытый разговор не поощрит суицидальное поведение, а откроет для человека иные возможности или даст ему время ещё раз подумать о своём решении, предотвращая таким образом самоубийство.</p>
<p>6. Улучшение состояния после кризиса говорит о том, что риск самоубийства снизился.</p>	<p>6. Многие самоубийства происходят в период улучшения, когда у человека появляется достаточно энергии и воли, чтобы обратить отчаянные мысли в решительные действия.</p>

<p>7. Если у человека появилась склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда.</p>	<p>7. Повышение суицидального риска нередко носит преходящий характер и связано с конкретной ситуацией. Суицидальные мысли могут вернуться, но не являются чем-то постоянным, и человек, ранее имевший суицидальные намерения и совершавший попытки, может их в последующем более не проявлять никоим образом.</p>
<p>8. Все самоубийства предотвратить невозможно.</p>	<p>8. Это верно. Однако большинство всё же предотвратить можно.</p>

## **8. Психологические особенности человека в состоянии суицидального кризиса [1, 35]**

Для психологического состояния пациента, находящегося в суицидальном кризисе, характерны, в первую очередь, три особенности:

1. *Амбивалентность*: большинство людей испытывают смешанные чувства по отношению к совершению суицидального акта. В душе склонного к самоубийству человека постоянно происходит борьба между желанием жить и желанием умереть, причём верх одерживает то одно из них, то другое. Человеку одновременно хочется и избавиться от испытываемых боли и страданий, и продолжать жить. Многие самоубийцы на самом деле не желают умереть – они просто глубоко несчастны и не удовлетворены своей жизнью. Если они получают своевременную поддержку, их стремление жить даже в условиях получения ПМП усиливается, а суицидальный риск снижается.

2. *Импульсивность*: Самоубийство нередко бывает импульсивным актом. Как и любое другое внезапное побуждение, импульс к совершению суицида является преходящим и длится от нескольких минут до нескольких часов. Пусковым механизмом к его появлению служат негативные повседневные события, том числе оцениваемые в последующем как совершенно нетравмирующие (по типу «последней капли, переполнившей чашу»): ссора с близкими, медицинским персоналом, соседом по палате. В этих случаях суицидальные действия воспринимаются окружающими, как возникшие беспричинно, без предвестников и др. Медицинский работник, наблюдая проявления импульсивности в любой ситуации, должен учитывать это поведение и при оценке суицидального риска. Помогая разрешить подобные кризисы и оттягивая время, медицинский персонал может уменьшить желание совершить самоубийство.

3. *Ригидность, отсутствие гибкости*: Когда человек находится в суицидальном кризисе, его мысли, чувства и действия весьма ограничены, "сужены". Он постоянно думает о совершении самоубийства и не способен увидеть какие-либо иные способы разрешения проблемы. Чаще он мыслит по принципу – "всё или ничего". Большинство лиц с суицидальными



тенденциями сообщают о своих мыслях и намерениях окружающим. Они часто подают определенные "сигналы", от них можно услышать высказывания о "желании умереть", о "чувстве своей бесполезности" и т.п. Всё это – призывы о помощи, которые не следует игнорировать. Каковы бы ни были конкретные проблемы, те мысли и чувства, которые появляются у суицидальных людей, у большинства являются весьма сходными.

<b>Чувства</b>	<b>Мысли</b>
Печаль, тоска	"Лучше бы мне умереть"
Одиночество	"Я не в силах сам ничего предпринять"
Беспомощность	"Нет мочи больше терпеть все это"
Безнадежность	"Лучше не будет, являюсь для всех только обузой"
Самоуничужение	"Всем будет только лучше без меня"

## **9. Диагностика и оценка степени суицидального риска**

Пациенты, имеющие медицинские показания к оказанию ПМП, относятся к безусловной категории повышенного суицидального риска, с потенциальной возможностью негативного воздействия общих и ассоциированных с болезнью просуицидогенных факторов. Поэтому при работе с каждым пациентом, независимо от нозологической принадлежности заболевания, медицинский персонал должен соблюдать «суицидологическую настороженность» с целью своевременного выявления суицидального поведения и оказания помощи.

### **Диагностика включает этапы:**

#### **1. Оценка психического состояния и наличие психического заболевания.**

Депрессия является основным нарушением, определяющим эмоциональное состояние большинства лиц с суицидальным поведением. Поэтому выявление симптомов депрессии является важным условием и для распознавания суицидальных проявлений. В общей практике диагностика депрессии проводится на основе анализа клинических проявлений или с привлечением дополнительных диагностических инструментов (*Шкала депрессии Бека, Гамильтона или др.*). Особенности паллиативных пациентов является наличие тяжелой соматической, неврологической и др. патологии, отдельные симптомы которой часто вносят значительные сложности в оценке их синдромальной принадлежности. У паллиативных пациентов депрессия часто не диагностируется.

В число наиболее клинически значимых симптомов депрессии входят:

- чувство печали, тоски в течение всего дня и на протяжении длительного времени;
- потеря интереса к обычной деятельности;

- уменьшение продолжительности и качества сна, слишком раннее пробуждение (не связанной с болью или другим соматическим негативным симптомом);
- чувство собственной никчемности, вины, безнадежности или беспомощности;
- раздражительность и беспокойство;
- нарушения внимания и памяти, неспособность сосредоточиться и принимать решения;
- повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве;
- постоянное чувство усталости и слабости (не объяснимое основным заболеванием).

Депрессивные расстройства у пациентов, находящихся в условиях оказания ПМП, требуют тщательного дифференцирования с физиологическими состояниями печали и грусти, что делает особенно важной объективную клиническую оценку их психического состояния. Физиологическая печаль и грусть, характерные для incurable больных, и расстройства депрессивного спектра могут быть представлены похожими симптомами.

Распознавание этих состояний нередко является сложной клинической задачей и основано на сравнении ряда признаков, таких как:

- 1) самооценка личности (при отсутствии депрессии – обычно высокая);
- 2) перемена в эмоциональном состоянии с течением времени (при отсутствии депрессии – меняется мало);
- 3) способность получать удовольствие (при депрессии отсутствует);
- 4) сохранение чувства надежды (при депрессии – чаще безнадежность);
- 5) положительный отклик на поддержку микросоциума (при депрессии – обычно реакция минимальная или негативная);
- 6) наличие желания более скорой смерти (при депрессии – преимущественно создание условий для приближения конца – суицид, эвтаназия; при физиологической печали – ожидание смерти без желания самому ускорить процесс).

## **2. Оценка проявлений суицидальной активности.**

Включает выявление формы суицидального поведения в текущий момент, характер активности – истинное желание умереть или демонстративно-шантажное (реже), этап динамики и ключевых мотивов (см. раздел 2).

Диагностика проявлений суицидальной активности включает оценку вербальных и невербальных, прямых и косвенных проявлений (табл. 2)

*Таблица 2*

### **Варианты суицидального общения [32]**

<b>Виды суицидального общения</b>	<b>Примеры</b>
<i>Вербальное</i>	
– прямое	Заявления – «лучше наложить на себя руки». Суицидальные угрозы: «Убью себя».
– косвенное	Иносказательные, завуалированные намёки: «Так дальше продолжаться не может», «Нет смысла жить», «Уж больше не свидимся». «Устал быть грузом», «Лучше умереть, чем мучить(ся)». «Отдохнёте скоро, и я отдохну». «Простите, если что...».
<i>Невербальное</i>	
– прямое	Приобретение, накопление («потерял», обращение к разным врачам, выпрашивание, кража у близких) рецептов на сильнодействующие лекарства. Репетиция суицида: «шутейно» легкий укол ножом в область сердца, порой при свидетелях. Посещение места планируемого суицида.
– косвенное	Признаки прощания: записка (в 1/3 случаев), иногда неоднократно исправляемая и дополняемая, с детальными указаниями, «чистая рубашка»; действия и распоряжения (завещание, подарки (фото) на память, избавление от ставших «ненужными» дорогих, возможно, лишь эмоционально, вещей и предметов, уничтожение личной переписки из ПК. Оплата долгов и (загодя) счетов. Распоряжения (сценарий) похорон.

3. **Оценка и анализ факторов риска суицида** (см. раздел 5).
4. **Наличие барьеров** (см. раздел 4) и способов их преодоления.
5. **Оценка и выявление защитных механизмов** (см. раздел 6), возможность их актуализации, расширения и большего положительного влияния.
6. **Итоговая оценка степени суицидального риска** (табл. 3, 4) должна осуществляться на основе комплексного подхода к выявлению и оценке факторов риска [36].

*Таблица 3*

**Степени (уровни) суицидального риска [32]**

<b>Риск суицида</b>	<b>Характеристики</b>
Отсутствует	
Минимальный	Суицидальной активности нет. Кратковременные спорадические антивитальные переживания («не вижу

	просвета»), недовольство жизнью (уныние). Периодически сновидения с картинами смерти.
Умеренный	Пассивное желание умереть («забыться бы», «скорей бы смерть»). Антисуицидальные тенденции («детей жалко», «не порадуя врагов»).
Наибольший	Неотступны (доминируют) мысли о суициде. «Безвыходная» ситуация. Разработан безальтернативный способ (план) суицида. Резкое изменение поведения: неконтролируемые ажитация, импульсивность, агрессия и аутоагрессия (самоповреждения). Физическое и / или психическое страдание (витальная тоска), безнадежность, отчаяние, обременение собою, беспомощность (возможно, в дебюте психического расстройства). Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисе / утрате. Одиночество (социальная изоляция). Отказ от помощи, её недоступность. Сожаления, что «остался жив» после попытки / прерванного суицида. Неспособность самообслуживания (тяжелый мучительный физический недуг).

## 10. Как оказать помощь суицидальному человеку [1, 2, 35]

Превенция самоубийств. Руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь. ВОЗ, 2000

Зачастую, когда человек говорит, что он "устал от жизни" или "не видит в жизни никакого смысла", его слова либо не принимают всерьёз, либо ему приводят примеры других людей, которым удалось успешно справиться с ещё большими трудностями. Ни один из этих ответов не окажет на самом деле помощи суицидальному человеку. Первоначальный контакт с суицидальным человеком является самым важным.

Поэтому:

1. Первый шаг состоит в том, чтобы найти подходящее место для проведения спокойной беседы, по возможности наедине (в палате, без присутствия других пациентов, кабинет психолога и др.).

2. Следующим шагом является выделение необходимого времени. Людям с суицидальными тенденциями зачастую требуется довольно много времени, чтобы выразить свои переживания, потому следует психологически подготовиться к тому, чтобы посвятить им это время.

3. Далее, самая важная задача состоит в том, чтобы эффективно выслушать человека. Уже само предложение помощи и готовность выслушать является важным шагом к тому, чтобы ослабить уровень суицидального отчаяния.

Цель состоит в том, чтобы навести мост над пропастью, созданной недоверием, отчаянием и потерей ожиданий, и дать человеку надежду на изменение обстоятельств к лучшему.

### **Как следует вести беседу**

- Слушать внимательно и сохранять спокойствие;
- Понимать чувства человека (проявлять эмпатию);
- Невербально (жестами) проявлять принятие и уважение;
- Выразить уважение к мнениям и ценностям человека;
- Разговаривать честно и искренне;
- Проявлять участие, заботу и теплоту;
- Фокусировать внимание на чувствах человека.

### **Как не следует вести беседу:**

- Беседу «отложить»;
- Провести наспех;
- Обещать скорое успешное решение всех проблем пациента и / или его близких;
- Предлагать «взять себя в руки»;
- Слишком часто перебивать;
- Демонстрировать, что происходящее вас шокирует, проявлять слишком сильные эмоции;
- Показывать, что вы заняты, и что у вас нет времени;
- Проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или всезнающего человека);
- Допускать тревожащую назойливость или неясность в высказываниях;
- Задавать провокационные вопросы.

*Общению и раскрытию пациентом своих переживаний способствует спокойное, принимающее и не осуждающее (без оценок) отношение.*

!NB

Если у сотрудников служб, оказывающих ПМП, возникают подозрения относительно суицидального поведения, то следует обратить на это внимание и оценить следующие факторы:

- психическое состояние и присутствие мыслей о смерти и самоубийстве в момент исследования;
- наличие плана самоубийства – насколько человек подготовлен, как скоро он собирается совершить суицидальный акт;
- наличие у человека системы социальной поддержки (семьи, друзей и др.) и других возможных компенсаторных (защитных) факторов.

Лучший способ узнать о том, помышляет ли человек о самоубийстве – это задать ему прямой вопрос об этом. Факты не подтверждают расхожего мнения, что разговоры о самоубийстве могут посеять мысли о нем в душе человека и спровоцировать его. Напротив, люди бывают очень благодарны и испытывают облегчение, когда им предоставляется возможность открыто обсудить темы и вопросы, над которыми они бьются уже достаточно долго.

### **Как следует задавать вопросы:**

Задать человеку вопрос о присутствии у него мыслей о самоубийстве бывает весьма нелегко. Лучше всего подходить к этой теме постепенно. Ниже приведен ряд полезных для этого промежуточных вопросов:

- Бывает ли Вам грустно и тоскливо?
- Появляется ли у Вас чувство, что никому до Вас нет дела?
- Появляется ли у Вас чувство, что жить дальше не стоит?
- Возникает ли у Вас желание совершить самоубийство (добровольно уйти из жизни)?

**Когда следует задавать вопросы:**

- Когда человек чувствует, что его понимают.
- Когда чувство неловкости и скованности преодолено, и он (она) обсуждает свои переживания.
- Когда он (она) рассказывает о негативных чувствах одиночества, беспомощности, тяжелом соматическом состоянии, и негативной оценке ситуации и т.п.

**О чём именно следует спрашивать:**

А) Чтобы выяснить, составил ли человек определённый план суицидальных действий:

- Вы составили план того, как именно собираетесь совершить самоубийство?
- Есть ли у Вас мысли о том, каким образом Вы собираетесь это сделать?

Б) Чтобы выяснить, имеются ли в распоряжении у человека орудия:

- У Вас уже есть таблетки, яд или другие средства?
- Легко ли Вам будет достать орудие?

В) Чтобы выяснить, наметил ли человек определенное время:

- Вы уже решили, когда именно Вы собираетесь покончить с собой?
- Когда Вы планируете это сделать?
- Все эти вопросы следует задавать с сочувствием, проявляя искреннее участие и заботу.

*Таблица 4*

**Примерные вопросы при суицидальном поведении [32]**

<b>Вопросы (темы)</b>	<b>Комментарии</b>
<i>1. Общие (вводные) вопросы.</i>	
Что Вас сейчас беспокоит? Как Ваше самочувствие?	Ознакомительные вопросы.
<i>2. Психопатологические суицидогенные симптомы.</i>	

<p>Каково по пятибалльной «школьной» оценке (покажите пять пальцев) настроение (сейчас, утром, вечером, последние 2 недели). Радует жизнь? Ощущаете безнадежность, тоску (душевную боль), беспомощность, тревогу, панику, отчаяние? Никому до Вас нет дела? Бремя для себя и окружающих, одиноки? Виноваты? Как спите (удовлетворены сном)? Полагает ли себя калекой, изгоем, бременем семьи? Жизнь утомительно бессмысленна? Хочется ли начинать день? Важно отличать антивитальное (депрессивное) настроение от депрессии с суицидальными мыслями и намерениями. Некоторые непрямо говорят о суицидальных намерениях («С меня достаточно»), что требует уточнения.</p>	<p>Депрессия и ряд симптомов особенно суицидоопасны. Направление вопросов подсказывает наблюдение.</p>
<p>Испытываете ли в отношении кого-то чувство обиды, раздражительности, агрессии?</p>	<p>Вербальная и невербальная агрессия часто предшествует СП.</p>
<p>Как часто употребляете спиртное / наркотики (не с целью контроля боли)? Есть ли проблемы в семье? Были ранее? Поведение в опьянении, абстиненции.</p>	<p>Употребление ПАВ облегчает СП и провоцирует суицидогенный конфликт.</p>
<p><i>3. Мысли о суициде (самоповреждении) - наличие, частота, длительность, выраженность, стойкость, самоконтроль.</i></p>	
<p>Сочувствую Вам в трудное время. Понимаю, как тяжело Вам. Жизнь кажется бессмысленной, постылой, обесцененной? Возможен ответ (спонтанное высказывание): молю Б-га (врача, близких) прибавить поскорее, забыться. Смерть лучше такой жизни (пассивные суицидальные мысли). Сообщение о смерти отвлечённое («не стоит жить») или конкретное («Жаль, что не умер»). Бывают ли фантазии о смерти? Возможно, не стоит жить? Если «Да» – продолжить. Некоторые в такой ситуации подумывали о смерти. А как у вас? Намерены покончить с собой? Порой думают: «Я покончу с собой, коли станет совсем худо». Были ли (есть) у Вас подобные мысли? Было так худо последнее время (2 недели), что думали о смерти? Нанести себе вред или покончить с собой (активные суицидальные мысли). Когда появились? Насколько часты (мимолетны), настойчивы (неотступны)? Как долго (продолжительность и стойкость)? Как удаётся их контролировать (совладать с ними)? Каково</p>	<p>Суицидальные мысли, планирование, попытки и самоубийства представляют континуум СП.</p> <p>Суицидальные мысли в настоящем и прошлом (не менее важно) – важный фактор риска СП.</p> <p>Спонтанные преходящие мысли о конце жизни</p>

<p>отношение к суицидальным мыслям / желаниям: отрицательное, двойственное, нейтральное (отстранённое); принятие. Когда-нибудь думали убить себя или желали себе смерти? Типичный ответ (спонтанное высказывание): «Подумываю что-то сделать, но никогда не сделаю». Важна информация о прошлых и настоящих мыслях, поведении, сроках, намерении, кто знает и как узнал.</p> <p>Порой в депрессии, в тяготе жизни люди думают о самоубийстве. А Вы? Давно ли эти мысли? Как часто думаете о смерти? Какие события, обстоятельства обостряют мысли (одиночество)? Что приносит облегчение (близкие, работа, спиртное)? Насколько контролируете суицидальные мысли (способность отстранения – «да» – «нет» – «сомнение»)? Контроль сейчас и впредь (?) выраженности (доминирования) и постоянства в настоящем и прошлом мыслей, насколько они отражают пессимизм и безнадежность, чувство одиночества и обремененности собой и для окружающих.</p>	<p>«нормальны» у пожилых и тяжело (безнадежно) больных.</p> <p>Суицидальные мысли могут отрицать при прямых вопросах.</p> <p>Обсуждение не увеличит риск СП даже в группе риска, но подчеркнет важность чувств суицидента. Большинство двойственно в намерениях и ценит внимание к их жгучим проблемам.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### *4. Планирование суицида.*

<p>«Если бы убили себя, как бы сделали?». Если есть такие мысли, как намереваетесь покончить с собой? Планируете как? При утвердительном ответе («Да») уточнить следующее: Каким образом думаете это сделать? (Детализация плана). Уровень разработки: Есть ли конкретный план суицида? Выбраны время, место, обстоятельства, способ? Как часто обдумываете (разрабатываете) план? Насколько полагаете его смертельным (советовались, смотрели в интернете)?</p> <p>При планировании / попытке хотели (бы) именно / однозначно умереть (не заснуть на время, забыться)?</p>	<p>! Намерения следует определить при суицидальных мыслях. План, способ самоубийства или подготовка к смерти указывают намерение, выяснение, разработал ли пациент план – ключевая часть оценки риска самоубийства.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### *5. Подготовка, доступность средства суицида. Намерение умереть.*

<p>Есть ли доступ к средству исполнения плана (накопление лекарств, ружьё на стене)? Уточнить занятость суицидента и его близких / знакомых (полицейский с табельным оружием, фармацевт). Насколько смертелен избранный способ?</p> <p>Репетиция суицида. «Примериваетесь»: прикладываете нож к груди, дуло ко лбу,</p>	<p>Выявление плана – ключевая часть оценки риска суицида.</p> <p>! Если разработан потенциально смертельный</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>размышляете о смерти у края выбранного моста, перрона, считаете припасённые таблетки, сверяясь с данными Сети о смертельной дозе; переделываете прощальное письмо? / попрощались в Сети (сообщили о решении на веб-форуме)?</p> <p>Предвосхищение: представляете (дали распоряжение) похороны, как люди (близкие, друзья и недруги, домашнее животное) воспримут Вашу смерть? Заверили ли (изменили) завещание, оформили страховку?</p>	<p>выполнимый план при наличии средств и знаний для его выполнения, шансы самоубийства выше.</p> <p>! Чем детальнее план при доступе к средству самоубийств, тем больше риск.</p> <p>Серьёзность намерения – из представлений суицидента о смертельности метода.</p>
<p>Переживали нечто подобное раньше? Есть сходство в нынешних обстоятельствах? Сначала мысли, планы, попытки (включая прерванные), самоповреждения (шрамы, их расположение, факт госпитализации, длительность, отделение косвенно указывают тяжесть попытки); медико-социальные последствия. Рискованное поведение (вождение, половые связи). Подробности и обстоятельства попыток? Суицидальное поведение в семье (отношение обследуемого)? Как совладали? Ваше отношение к попытке? Важно отношение к ним пациента (настораживают легковесная критика, сожаление о «неудаче»).</p>	<p>Предыдущая суицидальная попытка (попытки, самоповреждения), их тяжесть определяет риск СП сегодня.</p>
<p><i>6. Неблагоприятное жизненное событие (дистресс).</i></p>	

<p>Что случилось? Не потеряли ли кого-либо близкого недавно? В связи с чем? Внезапно или после тяжелого недуга? Острые ухудшение здоровья или новый диагноз (у Вас, близкого)? Когда начался, каковы потери и стрессы (фактические и ожидаемые), текущее лечение (терапия и медикаменты)? Есть ли опыт аналогичных кризисов, или он является единственным в своем роде? Если да, то как этот эпизод сравнивается с предыдущими эпизодами? Чем отличается этот эпизод (например, потеря поддержки или прогрессирования поведения)? В последнее время (2 недели) что-то случилось столь плохое, что были мысли, что не стоит жить или лучше умереть? Зачем / почему хотите покончить с собой? Возможные ответы: избегание (душевной / физической боли), призыв о помощи, месть, воссоединение с умершим, протест, отказ от жизни, самонаказание.</p> <p>Проблемы с правоохранительными органами (суицидент как агрессор и жертва) в настоящем и прошлом. Судимости. Долги.</p>	<p>Следует выяснить связи нынешнего суицидального поведения с межличностным (микросоциальным) или внутриличностным кризисом («психотический кризис» исключён), особенно у зависимых от ПАВ и / или с расстройствами личности.</p> <p>Психологический смысл суицида: независим от многообразия конфликтов.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### *7. Антисуицидальные (защитные) факторы.*

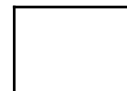
<p>Что «держит» в жизни («основания жить»): семья, религия, страх. Что мешает от мыслей (замыслам) перейти к делу? Можете им противостоять? Что / кто поможет / помогает защититься (чувство долга, страх, близкие, работа, медпомощь, вера, спиртное)? Насколько сильно желание жить? Каковы причины жить? В чем цель и смысл жизни? Есть надежда? На вопрос почему не думает (более не думает) о самоубийстве избавившийся от суицидальных побуждений (преодолевший кризис) ответит о смысле и ценностях жизни.</p>	<p>Социальная / неформальная поддержка. Готовность принять помощь.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

### **11. Тактика ведения пациентов с учетом степени суицидального риска**

*Учитывая особенности контингента и ведущее значение в их суицидальной активности основного заболевания и ассоциированных с ним негативных факторов, важным условием профилактики суицидальной активности пациентов является оказание своевременной и качественной ПМП с достижением максимально возможного контроля основных проявлений болезни (боль, одышка,*

!NB

ограничение самообслуживания и предоставления мероприятий психологического характера и ухода и др.).



**Незначительный риск:** суицидальной активности нет. Кратковременные спорадические антивитаальные переживания («не вижу просвета»), недовольство жизнью (уныние). Периодически сновидения с картинами смерти, однако никаких определенных планов он не строит.

*Необходимые действия:*

- Предложить эмоциональную поддержку.
- Проработать суицидальные чувства. Чем более открыто человек расскажет об утрате, одиночестве, чувстве своей никчемности, тем меньшим станет накал его эмоций. Когда утихнет буря чувств, человек, скорее всего, перейдет к размышлениям. Этот мыслительный процесс чрезвычайно важен, так как никто, кроме самого индивидуума, не сможет отменить его решение о самоубийстве и принять решение в пользу жизни.
- Фокусировать внимание на позитивных, сильных сторонах человека, поощряя его к разговору о том, каким образом ему удавалось разрешить возникавшие ранее аналогичные или иные проблемы, не прибегая к самоубийству.

**Риск средней степени:** у человека присутствуют суицидальные мысли и составлен план, однако он не собирается совершить самоубийство немедленно.

*Необходимые действия:*

- Предложить эмоциональную поддержку, проработать суицидальные чувства человека, сфокусировать внимание на его сильных сторонах.
- Воспользоваться амбивалентностью чувств. Следует концентрировать внимание на неоднозначности чувств и желаний суицидального пациента, чтобы постепенно укрепить его желание жить.
- Обсудить альтернативы самоубийства. Тот, что оказывает помощь в данный момент, должен попытаться проанализировать различные альтернативные способы решения проблемы. Пусть нет идеальных решений, следует обсудить все варианты в надежде на то, что пациент остановится на одном из них.
- Связаться с семьей, друзьями и коллегами пациента, чтобы привлечь их к оказанию поддержки.

**Высокий риск:** у человека разработан план, он располагает средствами, необходимыми для его выполнения, и планирует сделать это немедленно или в ближайшей перспективе.

*Необходимые действия:*

- При суицидальных намерениях пациент не должен быть без присмотра. Не оставлять его одного ни на минуту.
- Осторожно, мягко поговорить с человеком и постараться сделать недоступными для него орудия и средства самоубийства (забрать у него таблетки, нож, пистолет, яд и т.п.).
- Немедленно связаться с психиатром или опытным врачом иного профиля и организовать госпитализацию.
- Информировать семью и привлечь ее членов к оказанию поддержки.

## **12. Общие меры по профилактике суицидального поведения**

### **1. Использование ресурсов – должно проводиться всегда и независимо от степени риска.**

Обычно доступными источниками поддержки являются:

- Семья
- Друзья
- Коллеги по работе
- Священник
- Медицинские работники
- Психологи

*Как следует использовать имеющиеся ресурсы?*

Вначале желательно получить у суицидального пациента разрешение привлечь для его поддержки те или иные ресурсы, а затем связаться с ними. Даже если разрешение не будет получено, попытаться найти кого-нибудь, кто проявил бы к суицидальному человеку особое сочувствие.

Чтобы суицидальный человек не почувствовал обиды или отсутствия заботы, следует побеседовать с ним (с ней) заранее, объяснив, что иногда бывает легче говорить с чужим человеком, чем с близким.

Поговорить с людьми - источниками поддержки, стараясь не обвинять их ни в чём и не вызывая у них чувства вины. Привлечь их к осуществлению действий, которые планируется предпринять. Учесть также и их потребности в психологической помощи.

### **2. Ограничение доступа к средствам суицида – должно проводиться всегда, независимо от степени риска и системно.**

Эти меры могут включать:

- Ограничение возможности накопления больными медикаментов (как в стационаре, так и домашних условиях), в том числе системный контроль за расходованием получаемых пациентом и выдаваемых ему лекарственных средств.
- Контроль за системой закрытия окон, лифтовых шахт в лечебных учреждениях (выше первого этажа) и доступа к ним пациентов (предупреждение умышленного падения).
- Контроль доступа к лестничным пролётам (возможны варианты дизайнерского оформления систем, предупреждающих падение).

– Контроль доступа к техническим, бытовым и другим мало используемым помещениям в ЛПУ с целью совершения самоповешения, самопорезов.

– Ограничение доступа к оружию (охотники, сотрудники МВД, вооруженных сил, в том числе имеющих наградное оружие).

– Ограничение и контроль доступа к раздражающим средствам кулинарии (например, уксусная кислота) и средствам бытовой химии.

**3. Суицидологическая настороженность всего медицинского персонала – обязательный элемент организации общей системы суицидальной превенции лечебного учреждения.**

**4. Медикаментозное лечение при суицидальном поведении – проводится по показаниям, с учетом выявляемых ведущих психопатологических нарушений.**

### **13. Самоубийство, суицид при врачебном содействии и эвтаназия**

Самоубийство паллиативных пациентов, к сожалению, не редкое явление. Оно является преимущественно добровольным выбором в условиях тяжелой болезни, и, как правило, под влиянием других негативных социальных и психологических факторов. Предупреждение суицида представляет собой важную задачу на всех этапах оказания ПМП.

Нередко больные задают вопросы в отношении суицида при врачебном содействии (предоставление пациенту средств прекращения жизни, например, выписывание или передача лекарства в заведомо смертельной дозе) или эвтаназии (введение врачом смертельной дозы с согласия или без согласия пациента). В Российской Федерации суицид при врачебном содействии и эвтаназия запрещены законом, и не могут быть предложены пациенту в качестве способа прекращения жизни.

### **14. Заключение**

Снижение суицидальной активности и числа погибающих от самоубийства пациентов, нуждающихся в ПМП, важная и вполне осуществимая задача. Организация комплекса мер, направленных на профилактику, раннюю диагностику и своевременное оказание помощи, может явиться залогом успешного решения этой проблемы.

### **15. Основные использованные источники**

1. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. ВОЗ, 2006.
2. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.

3. Зотов П.Б. Суицидальные риски при злокачественных новообразованиях. Девиантология. 2020; 4 (2): 54-59. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-54-59
4. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Рахимкулова А.С. Суицидальные попытки: клинические характеристики с позиций суицидального процесса. Суицидология. 2020; 11 (3): 101-119. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-101-119
5. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения. Суицидология. 2011; 1: 3-7.
6. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry. Rev. Epidemiol. Sante Publique. 1990; 38 (2): 125-131.
7. Cimino J. The risk of suicide in cancer patients / 21<sup>st</sup> Europ. Soc. for Med. Onc. Cong Nov. 2-5, 1996, Vienna, Austria.
8. Filiberti A., Ripamonti C., Saita L., et al. Frequency of suicide by cancer patients at the National Cancer Institute of Milan over 1986-90. Ann. Oncol. 1991; 2 (8): 610.
9. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients. J. Psychosoc. Oncil. 2006; 24 (1): 43-50.
10. Zhou H., Xian W., Zhang Y., Chen G., Zhao S., Chen X, Zhang Z., Shen J., Hong S., Huang Y., Zhang L. Trends in incidence and associated risk factors of suicide mortality in patients with non-small cell lung cancer. Cancer Med. 2018 Aug; 7 (8): 4146-4155. DOI: 10.1002/cam4.1656
11. Henson K.E., Brock R., Charnock J., Wickramasinghe B., Will O., Pitman A. risk of suicide after cancer diagnosis in England. JAMA Psychiatry. 2019 Jan 1; 76 (1): 51-60. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3181
12. Gaitanidis A., Alevizakos M., Pitiakoudis M., Wiggins D. Trends in incidence and associated risk factors of suicide mortality among breast cancer patients. Psychooncology. 2018 May; 27 (5): 1450-1456. DOI: 10.1002/pon.4570
13. Hietanen P., Lonnqvist J. Cancer and suicide. Ann. Oncol. 1991; 2 (1): 8.
14. Massetti G.M., Holland K.M., Jack S.P.D., Ragan K.R., Lunsford N.B. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. Psychooncology. 2018; 27 (7): 1750-1756. DOI: 10.1002/pon.4720
15. Sun L.M., Lin C.L., Hsu C.Y., Kao C.H. Risk of suicide attempts among colorectal cancer patients: A nationwide population-based matched cohort study. Psychooncology. 2018 Dec; 27 (12): 2794-2801. DOI: 10.1002/pon.4891
16. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, Mahillo-Fernandez I, Garcia-Foncillas J, Lopez-Castroman Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. J. Psychol Health Med. 2016; 21 (3): 261-271. DOI: 10.1080/13548506.2015.1058960
17. Trevino KM, Abbott CH, Fisch MJ, Friedlander RJ, Duberstein PR, Prigerson HG. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. Cancer. 2014 Aug 1; 120 (15): 2272-2281. DOI: 10.1002/cncr.28740

18. Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD. Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. *Am J Psychiatry*. 1996 Feb; 153 (2): 238-242. DOI: 10.1176/ajp.153.2.238
19. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г., Ефанов А.В., Бородин Н.А., Беспалова Т.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (3-32)6 112-121.
20. Savic G., DeVivo M.J., Frankel H.L., Jamous M.A., Soni B.M., Charlifue S. Suicide and traumatic spinal cord injury-a cohort study. *Spinal Cord*. 2018; 56 (1): 2-6. DOI: 10.1038/sc.2017.98
21. van der Lee M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2005; 23: 1-6.
22. Hong J.P., Park S., Ahn S.H., Kim J.S. Factors associated with post-stroke suicidal death. *J Psychiatr Res*. 2018; 96: 135-137. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.005
23. Teasdale T.W., Engberg A.W. Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55 (12): 863-866.
24. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / *Suicidology and suicide prevention: A global perspective*. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
25. Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 110–114.
26. Старинец Н.Г. Факторы суицидальности при множественном склерозе. *Международный неврологический журнал*. 2013; 6 (60): 60-64.
27. Pompili M, Forte A, Palermo M et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J. Psychosom. Res*. 2012; 73: 411-417.
28. Strupp J, Ehmann C, Galushko M, Bücken R, Perrar KM, Hamacher S, Pfaff H, Voltz R, Golla H. Risk Factors for Suicidal Ideation in Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis. *J Palliat Med*. 2016 May; 19 (5): 523-528. DOI: 10.1089/jpm.2015.0418
29. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс. ... докт. мед. наук / ГУ «НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН». Томск, 2005.
30. Porta-Sales J, Crespo I, Monforte-Royo C, Marín M, Abenia-Chavarria S, Balaguer A. The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Palliat Med*. 2019 Jun; 33 (6): 570-577. DOI: 10.1177/0269216318824526
31. Гарагашева Е.П., Фадеева А.И. Вопросы превенции суицидальных действий онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (6): 18-20.
32. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1-30): 23-35.

33. Valkanova V., Ebmeier K.P., Allan C.L. Depression is linked to dementia in older adults. *Practitioner*. 2017 Jan; 261 (1800): 11-15.
34. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Фёдоров Н.М., Бычков В.Г., Фадеева А.И., Гарагашев Г.Г., Коровин К.В. Хроническая боль среди факторов суицидального риска. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 99-115. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115
35. Превенция самоубийств. Руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь. ВОЗ, 2000.
36. Steeg S, Quinlivan L, Nowland R, Carroll R, Casey D, Clements C, Cooper J, Davies L, Knipe D, Ness J, O'Connor RC, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry*. 2018 Apr 25; 18 (1): 113. DOI: 10.1186/s12888-018-1693-z. PMID: 29699523; PMCID: PMC5921289.