

# СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА та самоушкодження: організаційні заходи

Ю. А. Крамар,  
ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві

Із суїцидальними тенденціями та самоушкоджувальною поведінкою пацієнтів стикаються як лікарі-психіатри, так і фахівці загального профілю та інших вузьких спеціальностей. Попри хорошу обізнаність лікарів-психіатрів щодо фармакотерапії, досі немає належних рекомендацій стосовно ведення таких пацієнтів. До того ж невідомим залишається алгоритм виявлення суїцидальних тенденцій, хоча більшість завершених суїцидів є першими проявами суїцидальності. Не розроблені також критерії виписки пацієнтів зі стаціонару з урахуванням суїцидального ризику.

Як свідчить практика, лікарі загального профілю взагалі позбавлені інформації щодо ведення таких пацієнтів. Хоча саме їм досить часто доводиться самостійно приймати рішення про те, чи становить така особа суїцидальну загрозу.

У представленій статті з метою навчання тактики ведення пацієнтів із суїцидальним ризиком і загрозами самоушкодження (Suhanthini Farrell and Samer Khalil, 2015) наведено декілька клінічних випадків, доступних на ресурсі *British Medical Journal Learning* [<https://learning.bmj.com/learning/>].

Інформація призначена не лише для лікарів-психіатрів, а й для медичних фахівців загального профілю. Так, описані клінічні випадки дають змогу зрозуміти:

- що є важливим, коли та як ставити питання стосовно суїцидальних думок пацієнта;
- що таке самоушкодження, як воно пов'язане із суїцидальними тенденціями;
- як збирати анамнез щодо самоушкоджувальної поведінки, виявлення ризику, визначення можливого передозування препаратами;
- якими мають бути заходи та інші важливі елементи ведення пацієнтів.

До вашої уваги наведено окремі клінічні випадки із відповідними до ситуації запитаннями та можливими варіантами відповідей.

## Клінічний випадок 1

До приймального відділення доставлено жінку віком 32 роки з періодичними ознаками блювання протягом останніх шести годин та нав'язливими суїцидальними ідеями.

Так, на підставі анамнезу стає зрозуміло, що пацієнтка в минулому страждала на панкреатит і зверталася до психіатра, хоча детально про це не розповідає. Заміжня, має двох дітей. Об'єктивно виявлено: пульс — 112 ударів за хвилину; артеріальний тиск — 105/75 мм рт. ст.; сатурація киснем — 98 %; частота дихання — 18 разів за хвилину; температура — 36,7 °С. Під час збору анамнезу лікар зазначив, що пацієнтка уникає зорового контакту й відповідає на поставлені запитання після незначної паузи. Зовні вона виглядає наляканою, при цьому нечітко повторює, що не хоче тут знаходитись.

На запитання лікаря, чи має вона на увазі, що не бажає перебувати в лікарні, пацієнтка відповідає, що не хоче жити на цьому світі.

## Запитання до клінічного випадку 1

*Як лікарю в приймальному відділенні необхідно діяти в такому разі:*

- 1) не ставити запитань суїцидального характеру, оскільки це може призвести до реалізації пацієнтом цих думок;
- 2) викликати чергового психіатра та надати йому можливість для подальшого уточнення наявності суїцидальних думок і суїцидального ризику;
- 3) запитувати про суїцидальні міркування покроково (наприклад, спочатку про небажання жити, потім стосовно думок здійснити суїцид, а далі про плани та спроби суїцидальних вчинків);
- 4) передусім з'ясувати, чи має пацієнтка плани щодо самогубства, щоб мати змогу усунути таку ймовірність.

## Коментар

Вкрай важливо насамперед запитати про суїцидальні думки. Наразі недостатньо даних про те, що такі запитання певним чином можуть спровокувати появу суїцидальних помислів у разі їх відсутності чи, навпаки, за наявності останніх пришвидшити їх реалізацію.

Проте зазначені питання слід ставити з обережністю; проте той факт, що саме лікар про це запитує, має дуже важливу значення для оцінювання рівня ризику суїциду та забезпечення належної безпеки пацієнта. Зокрема, фахівці вдаються до застосування методики покрокового опитування. Хоча передусім слід з'ясувати: чи були у пацієнта нещодавно думки про закінчення життя або

про те, що життя не варте нічого; чи, можливо, відчував небажання жити? Якщо лікар отримує позитивну чи неоднозначну відповідь на попереднє запитання, слід переходити до наступного. Далі поточнити: чи хотів він покінчити із життям? Чи мав намір коли-небудь або зараз вчинити самогубство?

У разі позитивної відповіді з'ясувати:

- 1) чи розглядав певні плани, а саме в який спосіб здійснити суїцид;
- 2) чи готувався до їхньої реалізації.

Важливо з'ясувати в разі здійснення таких дій, що саме стало на заваді особі під час спроби вчинити самогубство. Зрештою стає відомо, які саме чинники можуть відігравати захисну роль для цього пацієнта.

### Взаємозв'язок суїцидальних думок і самогубства

Суїцидальні думки можуть спричинюватися бажанням пацієнта померти та можуть бути як пасивними (не пов'язаними із жодними діями), так і активними (пов'язаними з певними спробами самогубства) та розглядатися власне як їх причини. У найскладніших випадках суїцидальні думки можуть провокувати плани та спроби вчинення суїциду.

Для з'ясування суїцидальних тенденцій важливо розрізнити два симптомокомплекси:

- 1) самоушкодження;
- 2) спроба суїцидальних дій.

Так, самоушкодження — це будь-яка форма нанесення навмисної шкоди, заподіяної самому собі (NICE, 2004). Самоушкодження відрізняється від суїцидальної спроби тим, що це є намаганням звільнитися від емоційного болю за допомогою суїцидальних вчинків. Причини згаданої поведінки — різноманітні та часто непрості для розуміння, тому загальний термін «самоушкодження» використовують переважно як поняття, що припускає такі мотиви, як «спроба самогубства» або «парасуїцид» (Platt et al., 1992).

Суїцидальна спроба є наслідком бажання пацієнта припинити власне життя, такі думки та дії можуть відбуватися одночасно та окремо. Як думки, так і дії оцінюють невідкладно для надання належної допомоги, оскільки вони являють собою загрозу для життя пацієнта. Згідно з Законом України «Про психіатричну допомогу» її пацієнт отримує навіть у разі його відмови.

Установлено, що відмінність показників щодо самоушкоджень залежить від ставлення до них медичних працівників (Saunders et al., 2012), а також те, що від рівня організації заходів на первинній ланці залежить імовірність повторення зазначених дій (Crawford and Wessely, 1998). У когортному дослідженні, проведеному в США (період з 2011 до 2014 року) основну увагу приділяли дітям і підліткам, де було виявлено збільшення частоти випадків самоушкодження на 68 % серед дівчат-підлітків віком від 13 до 16 років порівняно з дорослими жінками (Morgan et al., 2017).

*Чинниками високого ризику самоушкоджень є:*

- наявність самоушкоджень в анамнезі;
- жіноча стать;
- звернення до служб психічного здоров'я;
- діагноз депресії (Morriss et al., 2013).

Самоушкодження є найвагомим показником імовірного самогубства. Адже після епізоду самоушкодження протягом чотирьох років у 30 разів зростає ризик самогубства, якщо порівнювати із загальним населенням.

*Після епізоду самоушкодження чинниками високого ризику вчинення самогубства є:*

- приховування самоушкодження;
- проживання не з близьким родичами;
- отримання психіатричного лікування в минулому;
- обмеження самообслуговування внаслідок стану здоров'я;
- надмірне вживання алкоголю;
- фізичні проблеми зі здоров'ям (Cooper et al., 2005).

Наявність серйозних психічних захворювань, таких як депресія, біполярний афективний розлад або психотичний епізод, а також шизофренія, є сильним предиктором завершення самогубства.

**Правильна відповідь:** покроково поточнити про суїцидальні думки, наприклад, спочатку запитати про небажання жити, потім — про думки здійснити суїцид і далі — про плани та спроби суїцидальних дій.

### Клінічний випадок 2

На підставі запитань щодо суїцидальних тенденцій у пацієнтки було виявлено: вона відчуває, що «життя не варте того, щоб жити»; протягом останніх місяців у неї наявні думки про завершення життя, проте вона не розповідала про це нікому.

Зі слів жінки, місяць тому вона розлучилася зі своїм партнером і зрозуміла, що хоче померти. Пацієнтка розповідає, що планувала вжити велику дозу ліків із метою покінчити життя. Ліки вона вже придбала сьогодні вранці (6 таблеток ібупрофену) та сховала у себе біля ліжка. До того ж запевняла, що вона переконана в тому, що не хоче жити; що її дітям буде краще без неї. Під час розмови з нею лікарю неможливо було знайти причини, які б свідчили про цінність її існування.

### Запитання до клінічного випадку 2

*Які дослідження слід провести такій пацієнтці:*

1. Здійснити загальне обстеження, зробити загальний аналіз крові й сечі, визначити рівень електролітів, показники функції печінки, формулу крові.
2. Виконати скринінг передозування препаратами, зокрема аспірином та парацетамолом.
3. Визначити рівень оксигенації та вміст діоксиду вуглецю в крові.
4. Установити рівень гемоглобіну, сечовини та креатиніну, протромбіновий час; виконати біохімічне дослідження крові, визначити активність ферментів.
5. Не варто проводити специфічні тести, оскільки дозування ібупрофену було невисоким.

### Коментар

Передозування різними препаратами мають схожу клінічну картину. Загальне обстеження, загальний аналіз крові та сечі, визначення рівня електролітів, показників функції печінки, формули крові слід проводити

у разі передозування будь-якими препаратами. Як правило, пацієнти здебільшого пам'ятають і знають, які препарати вони приймали, хоча й намагаються це старанно приховати. Виняток становить стан алкогольного сп'яніння, коли пацієнти можуть не пам'ятати або плутати назву препарату, який приймали, щоб здійснити самогубство.

У разі передозування медикаментозними засобами пацієнту необхідно здійснювати дезінтоксикаційні інтервенції в спеціалізованому стаціонарі. Скринінгові клінічні опитування пацієнта з метою виявлення суїцидального ризику ізольовано насправді не є ефективним. Першочергову роль під час оцінювання суїцидального ризику відіграє саме клінічне інтерв'ю, яке проводить лікар. Крім того, у наведеному клінічному випадку важливо поряд із клінічними дослідженнями продовжувати з'ясовувати анамнестичні дані суїцидального характеру в пацієнтки. Якщо буде підтверджено, що суїцидальна спроба була здійснена, слід уточнити деталі та шляхи її реалізації.

*Питання, які мають бути уточнені щодо анамнезу суїцидальної спроби:*

1. Установити обставини передозування.
2. Чи планувалася спроба самогубства або вона була спонтанною.
3. Чи наявні провокуючі чинники.
4. Чи вчиняла особа інші дії, які б свідчили про суїцид, наприклад написання «прощального листа».
5. Чи була особа під впливом вжитого алкоголю або інших психоактивних речовин.
6. Чи вчиняла особа певні заходи для перешкоджання тому, щоб її знайшли сторонні.
7. Які препарати приймала особа, коли та у яких дозуваннях?
8. Чи вчиняла особа інші спроби суїциду? Чи вважала, що прийнята кількість препарату достатня для завершеного суїциду?
9. Як було знайдено особу, яка намагалася вчинити суїцид? Чи шукала вона допомоги після того як вжила надмірну кількість препарату для здійснення самогубства?

*Додаткові питання, які мають бути уточнені:*

1. Ставлення до спроби суїциду самої особи (задоволення чи розчарування з приводу того, що спроба виявилася невдалою). Чи надалі особа має плани покінчити з життям?
2. Недавні життєві ситуації та ймовірні проблеми.
3. Історія самоушкоджень.
4. Психічні розлади в минулому чи на цей момент.
5. Вживання психоактивних речовин.
6. Соціальний статус особи, працевлаштування, рівень фінансового благополуччя.

*Чинники, які відіграють вагому роль у майбутньому:*

- захисні обставини;
- плани на майбутнє;
- поточна суїцидальна активність і міркування щодо вчинення надалі суїциду.

Наприкінці етапу оцінювання важливо підсумувати інформацію в медичній документації щодо зазначеної проблеми, а на підставі отриманих даних з'ясувати

суїцидальний ризик у майбутньому (Morriss et al., 2013). Основну увагу звертають на індивідуальні особливості та потреби особи. Саме врахування цих чинників може допомогти ефективніше знизити рівень суїцидального ризику, ніж фокусування уваги лише на усуненні ризикованих ситуацій та ізоляції такого пацієнта.

*На відміну від самоушкоджень, чинники ризику суїциду:*

- попередні суїцидальні спроби чи самоушкодження;
- супутні психічні розлади чи отримання психіатричного лікування в минулому;
- наявність психічних розладів у родичів;
- чоловіча стать (серед чоловіків утрічі вищий ризик, ніж серед жінок);
- вік (найвищий ризик спостерігається у віковій групі 40–44 роки);
- вживання алкоголю чи психоактивних речовин;
- переживання стану безвиході;
- інші складові:
  - сімейна історія вчинених суїцидів чи самоушкоджень;
  - наявність тяжкої хвороби, особливо нещодавно встановленої, хронічної чи такої, що супроводжується болем;
  - нещодавні факти звернення за психіатричною допомогою.

**Правильна відповідь:** провести загальне обстеження, загальний аналіз крові, сечі; визначити рівень електролітів, показники функції печінки, формулу крові.

### Клінічний випадок 3

Дівчина, 25 років, нещодавно виписана зі стаціонарного відділення, де проходила лікування з приводу передозування бензодіазепінами та алкоголем. Пацієнтка отримувала медикаментозне лікування щодо подолання депресії з 14-річного віку (через деякий час, як її знайшли з нанесеними самоушкодженнями). На момент огляду дівчина приймала максимальну дозу венлафаксину. Крім того, у неї нещодавно діагностували розсіяний склероз. Передозування сталося через 2 дні після того як внаслідок насильницької смерті загинув її батько.

#### Запитання до клінічного випадку 3

*Судячи з анамнезу, який із наведених нижче чинників є найвагомим щодо ризику суїциду надалі:*

- психічний розлад;
- явища самоушкоджень у минулому;
- недавня тяжка втрата батька;
- захворювання нейродегенеративного характеру.

#### Коментар

Явище самоушкодження — один із найвагомим чинників ризику суїциду в майбутньому. Наведені чинники пов'язані з підвищенням його ризику, проте саме самоушкодження в минулому є характерною ознакою, що потребує прицільної уваги фахівця.

**Правильна відповідь:** попередні факти самоушкоджень.

### Клінічний випадок 4

Пацієнт відмовився від допомоги після того як його було доставлено до медичного закладу з кровотечею через самопоризи передпліччя.

#### Запитання до клінічного випадку 4

Хто може приймати рішення щодо необхідності надання відповідної медичної допомоги такому пацієнтові на цьому етапі:

- 1) психіатр у цій лікарні;
- 2) клінічний психолог;
- 3) будь-який психіатр;
- 4) будь-який лікар, який надає допомогу пацієнтові на зазначеному етапі;
- 5) лікар, який працює у відділенні невідкладної допомоги.

#### Коментар

У разі відмови пацієнта від отримання медичної допомоги та якщо пацієнт являє собою загрозу для власного життя, медична допомога надається без відповідної згоди в екстреному порядку. Надалі питання стосовно надання належної медичної допомоги розглядає комісія за встановленим порядком згідно з чинним законодавством.

**Правильна відповідь:** будь-який лікар, який надає допомогу пацієнтові на цьому етапі.

### Клінічний випадок 5

Пацієнтка, 15-річна дівчина, прибула до приймального відділення медичної установи після того як, зі слів її матері, вона прийняла «кілька годин тому декілька упаковок парацетамолу».

#### Запитання до клінічного випадку 4

Які три з наведених нижче досліджень насамперед необхідні:

- 1) загальний аналіз крові;
- 2) визначення показників функції печінки, встановлення формули крові;
- 3) здійснення протромбінового тесту
- 4) встановлення рівня оксигенації та вмісту діоксиду вуглецю в крові;
- 5) визначення вмісту пролактину.

#### Коментар

Зазначені вище дослідження — важливі, проте також має бути встановлено:

- рівень парацетамолу в крові;
- рівень гемоглобіну, сечовини та креатиніну;
- показник активності ферментів;
- проведено біохімічне дослідження крові;
- рівень оксигенації;
- вміст діоксиду вуглецю в крові та інші показники.

**Правильна відповідь:** зробити загальний аналіз крові та протромбіновий тест, визначити показники функції печінки й формулу крові.

#### Висновки

На підставі статистичних даних проведених клінічних досліджень можна дійти висновку, що:

1. Наразі немає належних достовірних доказових даних стосовно того, що запитання щодо суїцидальних думок у пацієнта певною мірою можуть бути спровокувати їхню появу чи навіть власне підвищити ризик вчинення самогубства.

2. Ставити питання пацієнтам із суїцидальним ризиком необхідно лише покровоко та з обережністю — спочатку запитувати про бажання жити, потім про суїцидальні думки, далі про плани та спроби здійснення самогубства тощо.

3. Важливо також з'ясувати, що саме перешкоджає пацієнту здійснити спробу самогубства; у такий спосіб лікар має змогу встановити «захисні чинники», які уможливають суттєво знизити рівень ризику заподіяння шкоди як здоров'ю, так і життю пацієнта.

4. Самоушкодження є ознакою будь-якої форми завдання навмисної шкоди, заподіяної самому собі, і може виникати навіть без суїцидальних міркувань; це досить серйозна проблема, яку в жодному разі не можна замовчувати.

5. Найвагомий показник здійснення суїцидальних дій у майбутньому — це самоушкодження, тому в боротьбі із цією згубною звичкою обов'язково знадобиться професійна допомога і відповідна підтримка лікаря, який може розробити нові способи побороти проблему і зрозуміти причини, що призводять до умисної спроби завдати собі шкоди.