

РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ та комплексна допомога при суїцидальній поведінці як основні акценти нового стандарту МОЗ



У квітні поточного року Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України затвердило Стандарт медичної допомоги «Суїцидальна поведінка». Документ спирається на принципи доказової медицини і рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) й окреслює аспекти профілактики, раннього виявлення, оцінювання, терапії та супроводу осіб із суїцидальною поведінкою. Ключовими акцентами Стандарту є раннє виявлення ризиків, міждисциплінарна взаємодія, безперервність допомоги й людиноцентричний підхід із повагою до гідності та прав пацієнта.

Профілактика та раннє виявлення

Стандарт медичної допомоги визначає ранній скринінг на наявність суїцидальних думок, намірів і спроб самогубства як ключовий інструмент профілактики суїцидальної поведінки. Його метою є своєчасне виявлення осіб групи ризику, скерування до фахівців, оцінювання психічного стану та забезпечення доступу до лікування і психосоціальної підтримки для запобігання кризовим станам, повторним спробам та завершеним самогубствам.

До обов'язкових критеріїв якості медичної допомоги належить проведення скринінгу на первинному рівні у пацієнтів із факторами ризику, серед яких:

- виразне відчуття безнадії та відчаю;
- наявні суїцидальні думки, плани або самоушкодження;
- психічні й поведінкові розлади;
- хронічний біль;
- сильний емоційний дистрес.

У разі позитивного скринінгу обов'язковим є комплексне оцінювання суїцидального ризику та подальші дії відповідно до алгоритмів Програми дій ВООЗ із подолання прогалін у сфері психічного здоров'я (mhGAP).

До бажаних заходів у Стандарті віднесене залучення соціальних і психологічних служб до скринінгу осіб із психосоціальними факторами ризику. Також слід проводити регулярне навчання медичних працівників навичкам ведення пацієнтів із суїцидальною поведінкою.

Важливо також спостерігати за особами після суїцидальної спроби, оскільки вони мають високий ризик повторних спроб і потребують тривалого супроводу та регулярного оцінювання психічного стану. При цьому невід'ємним компонентом профілактики є підтримка членів родини

та близького оточення особи після спроби або завершеного самогубства. Адже у таких випадках зростає ризик розвитку депресії, тривожності, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і суїцидальної поведінки.

Окрім того, значної уваги потребують діти та підлітки, які пережили самогубство близької людини чи друга. У них можуть формуватися афективні й тривожні розлади, ПТСР, складні реакції горя та суїцидальні наміри. Тому документ передбачає необхідність індивідуальної, сімейної чи групової підтримки, психопедагогічного консультування та шкільного психологічного супроводу.

Комплексне оцінювання

Відповідно до Стандарту, комплексне оцінювання є основним етапом ведення пацієнтів із суїцидальною поведінкою або підозрою на суїцидальний ризик. Його необхідно проводити в разі позитивного результату скринінгу на суїцидальний ризик у форматі психіатричного клінічного інтерв'ю. Комплексне оцінювання включає аналіз психічного стану, суїцидальних думок і намірів, наявності плану самогубства, психосоціальних факторів, соматичних захворювань, а також індивідуальних сильних і слабких сторін пацієнта.

Пацієнти нерідко заперечують суїцидальні наміри, тому варто враховувати наявність у них непрямих проявів безнадії та песимізму («життя не варте того, щоб жити», «краще вже не стане»). Також обов'язково слід зібрати інформацію про попередні суїцидальні спроби, самоушкодження, психічні розлади, лікування та госпіталізації, а також сімейний анамнез суїцидальної поведінки чи психічних захворювань.

Важливими є ідентифікація та корекція психічних і поведінкових розладів, найчастіше асоційованих із суїцидальним ризиком, як-от: депресивні та тривожні розлади, шизофренія, розлади особистості, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, розлади харчової поведінки, патологічна залежність від азартних ігор. Оцінювання психосоціального статусу включає аналіз гострих і хронічних стресорів, сімейних конфліктів, фінансових труднощів, випадків насильства, рівня соціальної підтримки, навичок подолання стресу та здатності пацієнта витримувати психологічний біль. Варто звертати увагу і на питання безпеки пацієнта та можливе перебування в ситуації насильства.

Проведення оцінювання мультидисциплінарною командою із залученням психіатра, психолога, психотерапевта, соціального працівника та лікаря загальної практики є бажаним підходом.

Фармакологічні та нефармакологічні методи допомоги

Згідно зі Стандартом, лікування та психологічний супровід осіб із суїцидальною поведінкою мають бути спрямовані на зменшення чинників ризику, посилення факторів захисту, стабілізацію психічного стану та лікування супутніх психічних розладів. Основним підходом є поєднання фармакотерапії та психосоціальних втручань (від менш інтенсивних до більш інтенсивних) залежно від стану пацієнта та ефективності лікування.

Допомога може надаватися амбулаторно або в умовах стаціонару. Вибір формату лікування визначається індивідуально з урахуванням рівня суїцидального ризику, безпеки пацієнта та оточення, наявності психічних і соматичних захворювань тощо. Важливою складовою допомоги є формування терапевтичного альянсу між пацієнтом і медичними працівниками, а також постійний моніторинг психічного стану та суїцидального ризику на всіх етапах лікування.

Психосоціальна допомога спрямована на поліпшення міжособистісних стосунків, розвиток навичок подолання стресу, емоційної стійкості та адаптивних копінг-стратегій. Рекомендованими психотерапевтичними підходами (залежно від психічного розладу та типу самошкодливої поведінки) є когнітивно-поведінкова, діалектично-поведінкова, схема-терапія, психодинамічна міжособистісна психотерапія, сімейна/парна терапія.

Специфічної фармакотерапії суїцидальної поведінки у дітей та підлітків не існує, тому лікування спрямоване переважно на корекцію супутніх психічних розладів і кризових станів. Медикаменти застосовуються обережно, з огляду на їх профіль безпеки, вікові особливості пацієнта й необхідність постійного моніторингу психічного стану.

При депресії препаратами першої лінії є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та інші сучасні антидепресанти. Трициклічні антидепресанти й інгібітори моноаміноксидази застосовуються з обережністю через високий ризик летальних наслідків при передозуванні.

Необхідний ретельний моніторинг стану пацієнта у перші тижні лікування антидепресантами через потенційне посилення тривоги, збудження, безсоння чи суїцидальних думок. При тяжкій депресії та резистентності до препаратів може застосовуватися електросудомна терапія.

Для осіб із біполярним афективним розладом або його рецидивом рекомендовані препарати літію, які мають доказову антисуїцидальну дію; однак їх застосування потребує контролю через ризик токсичності при передозуванні. За психотичних розладів перевага надається антипсихотичним засобам другого покоління та новітнім антипсихотикам, а при шизофренії чи шизоафективному розладі — клозапін. Антипсихотики першого покоління застосовують обережно через ризик розвитку депресії та екстрапірамідних побічних ефектів. Бензодіазепіни слід використовувати короткочасно та у мінімальних ефективних дозах через ризик залежності, розгальмовування поведінки та небезпечної взаємодії з алкоголем чи іншими седативними засобами. Як альтернатива можуть застосовуватися тразодон, антипсихотики другого покоління в низьких дозах і проти-нападкові препарати (габапентин або вальпроєва кислота).

Важливою складовою допомоги є психоосвіта родини і близького оточення щодо особливостей перебігу психічних розладів, лікування і можливих змін суїцидального ризику.

Оцінювання й ведення дітей та підлітків

Суїцидальна поведінка в дитячому та підлітковому віці часто пов'язана із депресивними, тривожними й поведінковими розладами, зокрема антисоціальною поведінкою, а також із вживанням психоактивних речовин. Важливими чинниками ризику є: сімейні конфлікти, фізичне або сексуальне насильство, труднощі соціальної адаптації, стресові життєві події, приклади самогубства в оточенні.

У Стандарті зазначено, що оцінювання стану дітей і підлітків із суїцидальною поведінкою слід проводити з урахуванням вікових особливостей розвитку, проявів емоцій, здатності до вербальної комунікації та юридичних аспектів надання психіатричної допомоги. Особливе значення має комплексне оцінювання психічного стану, коморбідностей та соціального оточення пацієнта. Інформацію обов'язково додатково збирають у батьків, опікунів або інших осіб, які доглядають за дитиною. Ключовим компонентом допомоги є психотерапевтичні втручання.

Вибір між амбулаторною і стаціонарною допомогою визначається рівнем ризику та стабільністю стану пацієнта. Госпіталізація рекомендована при високому або непередбачуваному суїцидальному ризику, тоді як амбулаторне лікування можливе лише за наявності стабільного психоемоційного стану та достатньої підтримки із боку родини.

Ефективна допомога дітям і підліткам із суїцидальною поведінкою неможлива без активного залучення родини, формування безпечного середовища та тривалого психотерапевтичного супроводу.

У новому Стандарті медичної допомоги «Суїцидальна поведінка» запропоновано цілісний і людиноцентричний підхід до профілактики, оцінювання та ведення осіб із ризиком самогубства. Основні акценти зроблено на ранньому виявленні суїцидальних намірів, комплексному психіатричному й психосоціальному обстеженні, безперервному супроводі пацієнта та міждисциплінарній взаємодії. Важливу роль відведено психотерапевтичними втручанням, підтримці родини та створенню безпечного середовища, особливо для дітей і підлітків.

Підготувала **Олена Коробка**

За матеріалами www.moz.gov.ua