У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТ СО РИЗИК ЗА СУИЦИД

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман на пациент со ризик за суицид.

Член 2

Начинот на третман на пациент со ризик за суицид е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на пациент со ризик за суицид по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во “Службен весник на Република Македонија”.

Бр. 07-6462/1
13 август 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПАЦИЕНТ СО РИЗИК ЗА СУИЦИД

МЗД Упатство
11.11.2011

- Основи
- Преваленција
- Ризик фактори
- Дијагностичка проценка
- Третман на непосреден суицидален ризик
- Превенција на суицидот (долготраен суицидален ризик)
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Суицидот е често завршеток на долг процес и последица на акумулација на ризик фактори во тек на животот, отсуство на протективни фактори и присуство на преципитирачки фактори.
- Кај најголем дел од случаите на суицид (преку 90%) личноста има претходна историја на проблеми со менталното здравје, обично растројства на расположението или злоупотреба на супстанции.
- Суицидите може да бидат превенирани со проценка и на краткотрајниот и на долготрајниот суицидален ризик кај оние кои припаѓаат на ризичните групи.
- Кај депресивен пациент секогаш мора да биде испитана можноста за суицидална идеација и однесување.
- Ако кај пациентот опстојуваат суицидални мисли, да се одреди степенот на суицидалната намера (планови, време).
- Обезбедете третманот на суицидалниот пациент да е доволно протективен и не ординирајте голема количина на медикаменти истовремено.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА

- Транзиторната суицидална идеација е многу почеста (кај околу 10% од општата популација).
- Автодеструктивноста (автодеструктивните пресекувања/ранувања) и други однесувања кои сугерираат суицидални намери се многу почести кај адолесцентите од западните земји (5-9%). Ако ова е придружено со силна желба за смрт, суицидалниот ризик кај личноста е зголемен.
- Околу 1-5% од популацијата има обид за суицид. Обидите се почести кај младите адулти отколку кај постарите индивидуи и повеќе од половината од обидите за суицид се случуваат со интоксикација.

РИЗИК ФАКТОРИ

Фактори кои го зголемуваат долготрајниот суицидален ризик

- Социјални ризик фактори (машки пол, живеење сам, невработеност).
- Суицид на близок роднина или пријател (ризик фактор особено кај младите).
- Претходни автодеструктивни однесувања, суицидална идеација.
- Психијатриски проблеми (растројство на расположението, зависност од супстанции, антисоцијално растројство на личноста, психози).
- Сериозни физички болести, болка.
- Генетска предиспозиција.

Непосреден или краткотраен суицидален ризик

- Суицидален обид во тек на изминатите 12 месеци.
- Негативни животни настани: особено развод/разделба, доживување на губиток и настани кои водат кон силни чувства на срам или вина.
- Психолошки ризик фактори: безнадежност, негативни животни очекувања, општо незадоволство од животот, импулсивност.
- Тешки симптоматски психијатриски растројства
    - Ризикот за суицид е многу висок при хоспитализација за психијатриски третман, во почетокот на третманот и во тек на првиот месец по отпуштањето од болница.
    - Депресија
        - Психотична депресија, чувства на вина, нихилистички и соматски делузии
        - Агитација, анксиозност, панични напади
    - Шизофренија
        - Раните години на болеста
        - Почести хоспитализации, тешка форма на болеста
    - Неконтролирана злоупотреба на супстанции (особено кај младите индивидуи).

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНКА

- Суицидалноста не е болест, туку начин на однесување. Најдобро разбирање може да се постигне преку согледување на целокупната психосоцијална ситуација на пациентот, на пример со утврдување на тоа како пациентот го доживува животот во релација со неговите/нејзините физички болести и симптоми.
- Прашањата поврзани со можната суицидалност и желбата за смрт кај пациентот често природно ќе наидуваат
    - Откако ќе биде дискутирана целокупната ситуација кај пациентот; на пример пациент со болка може да биде прашан како тој/таа ја доживува болката;
    - Ако пациентот покажува негативни чувства и доживувања поврзани со на пример неговата/нејзината физичка болест.
- Како да се поставуваат прашања?
    - Како се справуваш со твоите физички проблеми? Дали си способен да продолжиш? Ако е индицирано, може да се продолжи прашање по прашање: Дали некогаш си помислил дека твојот живот не е вреден да се живее? Дали сакаш да умреш? Дали некогаш си имал суицидални мисли? Дали си размислувал за суицид? На кој начин? Што те спречи во обидот за суицид? итн.

- За да се добијат повеќе информации за автодеструктивното однесување, прашајте специфични прашања за содржината на секоја суицидална мисла, можното постоење на план, распоред итн.
- Прашалници користени за евалуација на суицидалните идеи и намери:
    - BDI (Беков инвентар за депресија)[1]: депресивни симптоми, содржи дел кој се однесува на желбата за смрт
    - SSI (Скала за суицидални идеи)[2]: суицидални мисли.
    - SIS (Скали за суицидална намера)[3]: сериозноста на суицидалниот обид.
    - HS (Скали за безнадежност)[4]: безнадежност.

- Како и да е, пациентот може да не признава било каква суицидална идеја ако тој/таа веќе донеле цврста одлука за тоа.
  - Од луѓето кои извршиле суицид, 40-60% барале медицинска помош во тек на последниот месец од нивниот живот, 18% всушност во тек на последниот ден од од нивниот живот како последица на проблемите асоцирани со нивното општо здравје, но само неколку зборувале за некоја суицидална идеја.

ТРЕТМАН НА НЕПОСРЕДЕН СУИЦИДАЛЕН РИЗИК

- Да се консултираат психијатриски специјалистички сервиси и на основа на консултацијата да се продолжи со упатување ако
  - Пациентот покажува суицидално однесување (идеи, обиди) асоцирано со психијатриско растројство.
  - Суицидален пациент (идеи, обиди) кој нема никаква социјална мрежа која му нуди поддршка.
- Психијатриска хоспитализација е индицирана кога суицидалниот пациент
  - Не може да ги контролира неговите/нејзините автодеструктивни импулси и манифестира
    - Психотичии мисли
    - Импулсивно однесување
    - Интермитентна неконтролирана злоупотреба на супстанции
    - Силна склоност кон автодеструктивност.
  - Е отворено психотичен
  - Е многу тажен или агитиран или покажува интензивна безнадежност
  - Сокрива или негира суицидална намера (на пример после планиран суицидален обид).
- Пациентот може да биде упатен на хоспитализација за опсервација, со разгледување на можно последователно извршување на присилен психијатриски третман, ако постои сомневање за ментално растројство и ризик за суицид; кај млада личност сомневањето за сериозно психијатриско растројство е доволно за упатување.
- Членовите на семејството треба да бидат информирани за реализираната хоспитализација освен кога тоа експлицитно е забрането од страна на пациентот.

Психолошки третман

- Да се испитаат причините кои стојат зад желбата на пациентот да умре (емоционален стрес, животни проблеми?).
- Важно е да се ублажат чувствата на безнадежност. Да се потенцира иреверзибилноста на смртта и дека тоа не е решение на проблемите или чувствата на тага.

[1] Недостапно во Р.Македонија - недостаток на праШалник/алатка
[2] Недостапно во Р.Македонија - недостаток на праШалник/алатка
[3] Недостапно во Р.Македонија - недостаток на праШалник/алатка
[4] Недостапно во Р.Македонија - недостаток на праШалник/алатка

- Поврзете ја суицидалната идеја со емоционалниот стрес: депресијата често е придружена со чувство на безнадежност и желба за смрт и тие ќе се подобрат како се ублажуваат депресивните симптоми.
- Објаснете како и во кој временски период медикаментите и другите можности за третман може да ја олеснат тагата кај пациентот.
- Истражете ги факторите во животот на пациентот кои може да делуваат како протективни фактори против суицидот: вклучувајќи блиски членови на семејството и ефектот на можниот суицид на нивните животи.

Точки за разгледување во тек на третманот
- Полниот терапевтски бенефит од антипсихотиците и антидепресивите не се постигнува до една недела по започнатиот третман. Бензодиазепините брзо ја олеснуваат анксиозноста.
- Ординирајте само мала количина на медикаменти истовремено.
- Кажете му на пациентот како да стапи во контакт и да добие помош при криза 24 часа дневно.
- Обидувајте се да пронајдете дали пациентот има специфична опрема дома потребна за извршување на суицид (други лекови, оружје итн.).
- Да се идентифицира социјалната мрежа на пациентот (личност за поддршка).

ПРЕВЕНЦИЈА НА СУИЦИДОТ (ДОЛГОТРАЕН СУИЦИДАЛЕН РИЗИК)

- Најважниот аспект на превенцијата е соодветниот третман на основното психијатриско растројство. Дури кај 80% од извршените суициди, третманот на психијатриското растројство бил инсуфициентен.
- Постојат научни докази за едукативните програми: препознавањето на депресијата и соодветниот третман од страна на општите доктори[5] ги редуцира локалните стапки на суицид во тек на периодот на следење.
- Превенцијата мора да ги земе во предвид локалните фактори и регионалните состојби.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Клинички упатства
- Американска психијатриска асоцијација. Практични упатства за проценка и третман на пациенти со суицидално однесување. Арлингтон (VA): Американска Психијатриска Асоцијација; 2003.

Други интернет извори
- WHO Suicide prevention programme (SUPRE)
- The International Association for Suicide Prevention (IASP)
- Mehlum L, Diserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, Myhre KI. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. NOKC. Nr 24 – 2006 [*Tiivistelmä suomeksi*]
- Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, Myhre KI. Forebygging av selvmord, del 2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rapport Nr 4 – 2007 [*Tiivistelmä suomeksi*]

---
[5] Недостапно во Р.Македонија - недостаток на едукација

Литература

- Brent D. In search of endophenotypes for suicidal behavior. Am J Psychiatry 2009;166:1087-9. PubMed
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009 Apr 18;373(9672):1372-81. PubMed
- Hawton K, van Heeringen K (Eds.). The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & Sons, Chichester, UK, 2000.
- Meltzer HY, Alphs L, Green AI et al; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry 2003 Jan;60(1):82-91. PubMed

Автори:
This article is created and updated by the EBMG Editorial Team
Article ID: rel00422 (035.005)
© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993 Jun;150(6):935-40. PubMed
2. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995 Jun;152(6):919-22. PubMed
3. Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001 Dec;36(12):590-4. PubMed
4. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999 Jul;56(7):617-26. PubMed
5. Suokas JT, Suominen K, Heilä H, Ostamo A, Aalto-Setälä T, Perälä J, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Attempted suicide in mental disorders in young adulthood. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010 Jul 24;(): [Epub ahead of print]. PubMed
6. Skegg K. Self-harm. Lancet 2005 Oct 22-28;366(9495):1471-83.PubMed
7. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry 2005 Apr;62(4):427-32. PubMed
8. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005 Oct 26;294(16):2064-74. PubMed
9. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatr Scand 1992 Jan;85(1):83-8. PubMed
10. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol 1979 Apr;47(2):343-52. PubMed
11. Beck A, Schuyler D, Herman J. Development of suicide intent scales. In: Beck A, Resnick H, Leiltien D (Eds.). The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press Publishers, 1974, p. 45–55.
12. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974 Dec;42(6):861-5. PubMed
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71. PubMed

Автори:
Hannele Heilä
Претходни автори:
Martti Heikkinen
Article ID: ebm00712 (035.005)
© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 11.11.2011, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во ноември 2016 г.**