

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист  
психиатр Департамента  
здравоохранения города Москвы

Г.П. Костюк

\_\_\_\_\_ 2020 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения  
города Москвы № \_\_\_\_\_



**Предупреждение суицидов у пациентов,  
находящихся на лечении в многопрофильных  
стационарах:  
диагностика и медицинская тактика**

Методическое пособие № 20

Москва  
2020

ISSN  
УДК  
ББК

**Организация-разработчик:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

**Составители:**

**Карпенко О.А.** – заместитель заведующего Учебным центром, врач-психиатр, ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

**Гусев М.А.** – врач-ординатор ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

**Чижиков В.С.** – врач-ординатор ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

**Зыкова О.В.** – врач-ординатор ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

**Костюк Г.П.** – д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», главный внештатный специалист психиатр ДЗМ

под общей редакцией **Г.П. Костюка**

**Рецензент:** **Любов Е.Б.** д.м.н., профессор главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

**Предназначение:** Данное методическое пособие содержит практические рекомендации по диагностике суицидального поведения в условиях многопрофильного стационара врачами и медицинскими сестрами. Рассмотрены подходы к экспресс-диагностике с применением скрининговых шкал, а также клинических методов оценки суицидального риска. Даны практические рекомендации по действиям медицинских работников в зависимости от степени суицидального риска у пациента. Дополнительно в методическом пособии освещены подходы к профилактике суицидального поведения у пациентов с недавно диагностированными тяжелыми, смертельными или инвалидизирующими заболеваниями – коммуникативная техника сообщения плохих новостей.

Рекомендации предназначены для применения медицинскими специалистами стационаров.

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.*

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2020  
© ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ»  
© Коллектив авторов, 2020

## Содержание

### Введение

1. Факторы, оказывающие влияние на формирование суицидального поведения
2. Особенности суицидального поведения пациентов общесоматических стационаров
3. Диагностика суицидального риска
  - 3.1. Клиническая оценка суицидального риска
  - 3.2. Оценка суицидального риска с помощью специальных инструментов
4. Действия медицинских работников при выявлении суицидального риска
5. Психологические барьеры медицинских работников, препятствующие выявлению суицидального риска
6. Техники медицинской коммуникации, направленные на уменьшение дистресса пациентов, их близких и врачей

### Приложение 1

### Приложение 2

### Список литературы

## Введение

### Актуальность

Суицид – действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато умершим и реализовано им в сознании и ожидании такого результата. Покушение на самоубийство (парасуицид, суицидальная попытка) – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода. Наряду с собственно суицидами, парасуицидами, следует различать навязчивые мысли о самоубийстве, ложные угрозы и симуляцию попыток самоубийства (демонстративные парасуициды, суицидальный шантаж).

Среди населения и даже медицинских работников распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидального поведения относятся исключительно к компетенции психиатров и психотерапевтов. Однако, люди с психологическими проблемами и психическими расстройствами значительно чаще обращаются к врачам другого профиля, при этом они могут либо не осознавать своих проблем, либо просто опасаться обращения к психиатру и психотерапевту [1]. Кроме того, суицидальное поведение встречается и у лиц без психических расстройств.

Самоубийства скорее являются комплексной социальной и медицинской проблемой, нежели сугубо психиатрической. Это явление не редкое — ежегодно в мире совершается около 1 млн. самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток [2]. По данным ВОЗ, в 2012 г. число смертей по причине самоубийства в среднем составило до 11,4 на 100 тыс. населения [3].

Существующая статистика только подчеркивает важность вовлечения медицинских специалистов любого профиля в профилактику и своевременную диагностику суицидального поведения. Известно, что до 22 % суицидентов попадают в отделения реанимации или экстренно госпитализируются за месяц до законченного суицида, при этом 60 % из них не имеют выраженной психической патологии и никогда не обращались за психиатрической помощью [4]. Половина жертв суицидов общалась с врачом общей практики в течение двух месяцев до суицида (суицидальной попытки). До 70 % жертв суицида обращались за неотложной медицинской помощью, не связанной с суицидальным поведением, предпочитая интернистов психиатрам. У большинства пациентов риск суицидального поведения рутинно не определялся, хотя выявление такого риска – первый и важнейший шаг профилактики суицида [5]. В связи с этим особенно важны вопросы изучения и предупреждения суицидов в общесоматических (непсихиатрических) стационарах. В различных странах частота завершённых суицидов среди стационарных пациентов составляет от 5 до 30 случаев на 100 тыс. [6]. Уровень суицидов в России составляет от 16,7 на 100 тыс. в городах до 33,7 в сельской местности [7].

### Назначение

Данное методическое пособие содержит практические рекомендации по диагностике суицидального поведения в условиях многопрофильного стационара врачами и медицинскими сестрами. Рассмотрены подходы к экспресс-диагностике с применением скрининговых шкал, а также клинических методов оценки суицидального риска. Даны практические рекомендации по дальнейшим действиям медицинских работников в зависимости от степени суицидального риска у пациента. Дополнительно в методическом пособии освещены подходы к профилактике суицидального поведения у пациентов с недавно диагностированными тяжелыми, смертельными или инвалидизирующими заболеваниями – коммуникативная техника “Сообщение плохих новостей”.

Психопатология суицидального поведения, в том числе и у пациентов многопрофильных стационаров, подробно описывалась в предыдущих методических рекомендациях [28]. Настоящие рекомендации сфокусированы преимущественно на

алгоритмах практических действий медицинских работников по диагностике суицидального риска, а также по профилактике суицидов в многопрофильных стационарах.

### **Область применения**

Методическое пособие будет полезно врачам и медицинским сестрам многопрофильных стационаров и полустационаров.

## **1. Факторы, оказывающие влияние на формирование суицидального поведения**

Любая болезнь – один из неизбежных жизненных стрессоров, однако реакция на этот стрессор у разных пациентов может существенно отличаться. Известно, что неблагоприятные жизненные события, в которых относится и факт заболевания, оказывают воздействие на формирование суицидального поведения, при этом благоприятные жизненные события не всегда способны «исцелить» от суицидальных намерений [11].

К числу болезней, в наибольшей степени повышающих риск суицидального поведения, относят синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), новообразования (особенно головы и шеи), ортопедические и ревматические болезни. Наиболее распространенные диагнозы пациентов, совершающих суицид в условиях стационара, представлены в таблице 1 [16, 17].

**Таблица 1.**

Диагнозы, связанные с повышенным суицидальным риском в условиях стационара общего профиля

<b>Психические расстройства</b>	<b>%</b>	<b>Соматические заболевания</b>	<b>%</b>
Депрессия	46 %	Онкология	38 %
Алкоголизм и наркомания	9,3 %	Инфекционные заболевания	13 %
Делирий	7,4 %	СПИД	8 %
		Ортопедические заболевания	8 %

В процессе лечения любого заболевания, а не только вышеперечисленных, важно выявлять лиц с «нетипичным» реагированием на болезнь [12].

Факторы, которые могут способствовать формированию суицидального поведения у пациентов многопрофильным стационаров можно разделить на четыре группы.

### **1) Изменения образа жизни вследствие болезни**

Весомым фактором формирования суицидального поведения является значительное изменение образа жизни пациентов с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями: функциональные ограничения, неспособность обеспечивать собственную жизнедеятельность, восприятие себя в качестве бремени для окружающих — важные предикторы суицидального поведения [13]. Особенно важно учитывать данный фактор у пациентов, которые всю жизнь отличались самостоятельностью, занимали активную жизненную позицию.

### **2) Сопутствующая депрессия**

Среди факторов, часто влияющих на возникновение суицидального поведения у пациентов с соматическими заболеваниями, можно выделить депрессию. Следует отметить, что недиагностированная депрессия часто коморбидна тяжелой соматической патологии [12]. Депрессией страдают до 17 % пациентов, обращающихся за медицинской

помощью по поводу соматической патологии; до 25 % пациентов с диабетом и ревматоидным артритом и более 30 % пациентов с онкологией имеют признаки аффективного расстройства. Более того, в некоторых случаях получаемое пациентами лечение может приводить к формированию депрессивных расстройств [14, 15]. Помимо того, что депрессия сама по себе может сопровождаться суицидальными переживаниями, необходимо учитывать и фактор особой эмоциональной уязвимости при депрессии. Пациенты с сопутствующей депрессией исходно более чувствительны и уязвимы к воздействию внешних ситуаций, более дезадаптированы, по сравнению соматически здоровыми пациентами с депрессией и соматическими больными без депрессии [5].

### 3) Особенности анамнеза и обстоятельств жизни пациентов

Кроме перечисленных факторов риска, которые связаны с текущим соматическим и психическим состоянием, при оценке суицидальности пациента необходимо учитывать и обстоятельства жизни пациента. Выделяют ряд анамнестических факторов, которые как правило связаны с повышенным риском суицидального поведения [5]:

- Депрессия или суицид в семейном анамнезе
- Потеря кого-либо из близких или развод в семье (наиболее характерно для подростков)
- Семейные разногласия
- Опыт физического или сексуального насилия
- Социальная изоляция
- Доступность смертельно опасных средств, лекарств
- Наличие проблем с законом, преследование, долги
- Изменение социального статуса (потеря должности), финансового статуса

### 4) Отсутствие защитных факторов

При оценке суицидального риска, следует учитывать также и защитные (антисуицидальные) факторы. Чем их больше, тем выше у пациента защитный барьер и ниже риск суицидального поведения [5]. К таким факторам относятся:

- Хорошая социальная поддержка
- Крепкая семья
- Принадлежность к коллективу
- Хорошие навыки совладания со стрессом и решения проблем
- Позитивные жизненные ценности
- Способность обращаться за помощью и принимать ее
- Наличие жизненных планов и замыслов

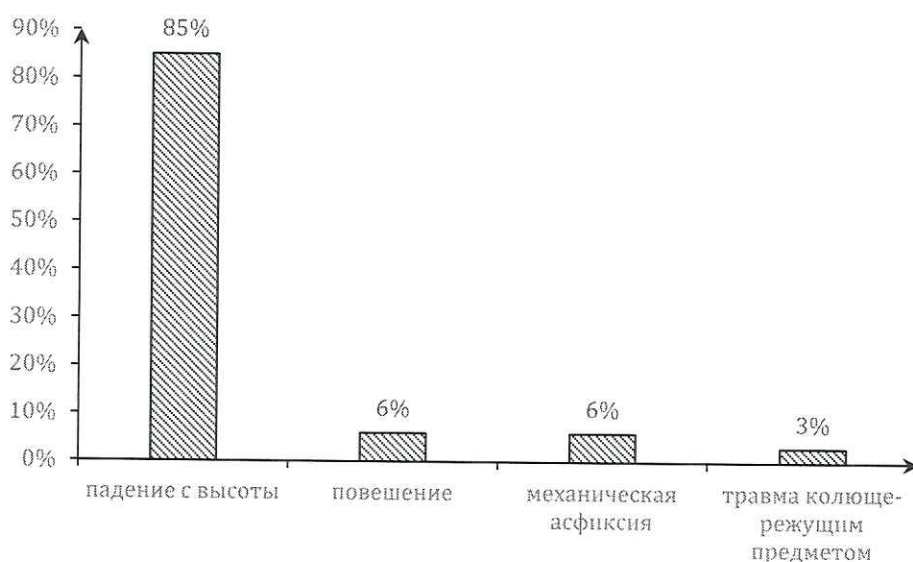
## **2. Особенности суицидального поведения пациентов общесоматических стационаров**

Больные, демонстрирующие суицидальное поведение в многопрофильном стационаре (в клинике внутренних болезней), чаще всего не имеют грубой психопатологической симптоматики, а потому выявить наличие суицидального риска зачастую можно лишь при тщательном сборе анамнеза [18]. Кроме того, пациенты крайне редко самостоятельно делятся суицидальными переживаниями, что является дополнительным затрудняющим фактором своевременной диагностики.

Имеются данные об особенностях суицидального поведения пациентов в многопрофильных стационарах, которые стоит учитывать врачам и персоналу при организации наблюдения за пациентами, проходящими лечение.

Чаще всего пациенты совершают суицидальные попытки в первые дни поступления, как правило, в ночное время или во время смены персонала. По данным Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) за 2018 – 2019 гг. наиболее частым способом самоубийства было падение с высоты (выбрасывание из окна) (29 из 34 случаев, 85%), на втором месте, с существенным отрывом, повешение и механическая асфиксия (по 2 случая из 34, 6%), также наблюдался один случай смерти вследствие травмы колюще-режущим предметом (рис. 1).

Эти данные совпадают со статистикой в других странах, в США чаще всего в качестве способа самоубийства пациенты выбирают выбрасывание из окна, на втором месте — удушение [19].



**Рисунок 1.** Наиболее частые способы суицида в многопрофильных стационарах

Известно также, что мужчины совершают законченные суициды чаще, чем женщины. Этот факт также находит подтверждение в статистике ДЗМ за 2018-2019 гг. – из 34 суицидентов 25 (73,5%) были мужчинами. Кроме того, в зоне особого риска находятся люди старшего возраста, что также подтверждается наблюдениями в стационарах Москвы: 41% (14 из 34) умерших были старше 60 лет, 50% (17 из 34) были пенсионерами.

**NB!**

Пациенты соматических стационаров редко делятся суицидальными переживаниями. Особое внимание необходимо уделять недавно поступившим пациентам; Наибольшую бдительность следует проявлять в ночное время и во время смены персонала.

В литературе имеются данные и об отделениях, пациенты которых наиболее часто совершают акты суицида: отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), травматологическое отделение, отделение спинальной хирургии, отделение неврологии, отделение онкологии, терапевтические отделения.

### 3. Диагностика суицидального риска

Формирование суицидального поведения – постепенный процесс, включающий несколько стадий. Постепенное развитие суицидальных мыслей от неоформленных антивитаальных переживаний до завершеного суицида называют суицидальным континуумом (см. Схему 1) [8-10]. Пациенты могут находиться на любой из стадий данного континуума, а также переходить в процессе обращения за медицинской помощью из одной стадии в другую. Важно проводить диагностику и отмечать любые проявления суицидальности, а также планировать помощь и действовать в зависимости от стадии суициального процесса.

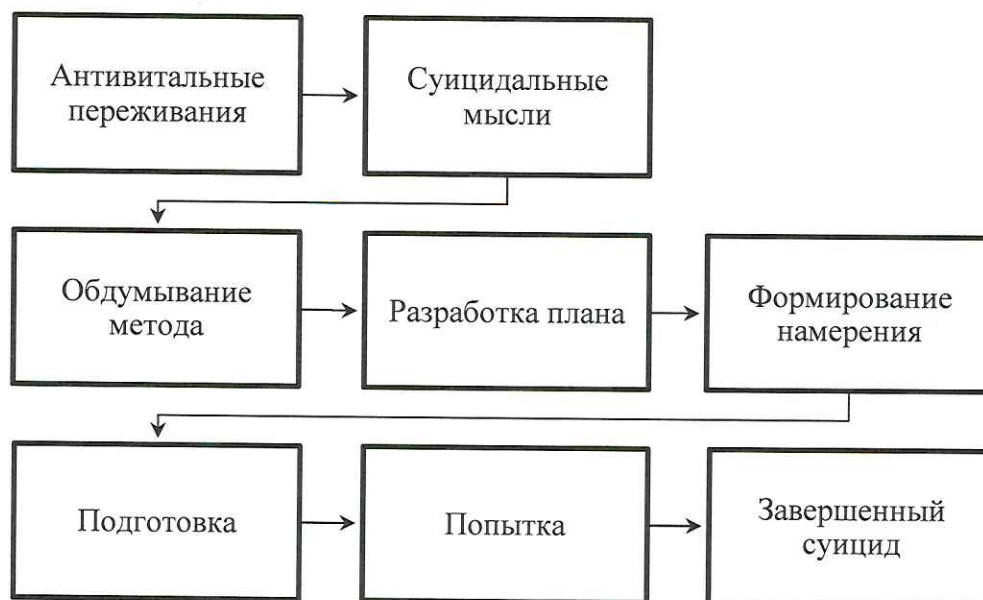


Схема 1. Суицидальный континуум

К антивитаальным переживаниям относят мысли пациента по типу «лучше умереть, чем так жить», которые формально не являются оформившимися суицидальными мыслями, однако свидетельствуют о существенном дистрессе, подавленности, усталости пациента от текущей жизненной ситуации. Антивитальные переживания очень часто наблюдаются у пациентов с депрессивными состояниями.

К суицидальным мыслям относят мысли о совершении самоубийства. Это могут быть и абстрактные размышления о нежелании жить и самоубийстве как способе прекратить существование, так и обдумывание конкретного плана ухода из жизни, что является признаком более высокого суицидального риска. Еще более высок суицидальный риск, если человек начинает разрабатывать конкретный план ухода из жизни: собирает информацию о способах самоубийства, прикидывает план действий, наилучшее время для совершения суицида. В конечном итоге может сформироваться четкое намерение совершения суицида. Далее человек может приступить к подготовке суицида – собирать лекарства, чтобы отравить себя, либо приберегать другие орудия суицида, а также приводить в порядок свои дела, писать завещание, встречаться с близкими и т.д. В конце концов может быть предпринята попытка суицида, которая может закончиться летальным исходом. Считается, что люди, которые прежде предпринимали суицидальные попытки, находятся в зоне более высокого риска суицида, чем те, кто таких попыток не совершал.

Средний медицинский персонал играет особую роль в диагностике и предотвращении суицида, так как находится значительно ближе к пациенту, может непрерывно наблюдать за ним. В некоторых случаях пациенты охотнее делятся переживаниями с медсестрами, чем с врачами. Предлагаемые далее подходы к диагностике суицидального риска могут в равной степени применяться и врачами, и медсестрами.

Помимо привычных клинических методов оценки состояния пациента (сведения из анамнеза, клинический статус пациента, особенности поведения), существенную роль в диагностике могут сыграть и скрининговые инструменты, позволяющие быстро и четко задать пациенту диагностически чувствительные вопросы. Короткие скрининговые опросники рекомендуется предлагать всем экстренно поступающим пациентам [26], а при положительных результатах скрининга можно применять более расширенную диагностику.

В качестве короткого скринингового инструмента можно использовать шкалу Patient Safety Screener 3 (PSS-3) (Приложение №1), а при положительном результате скрининга, следует использовать расширенную шкалу Ed-Safe Patient Secondary Screener (ESS-6) (Приложение №2) [27].

При кажущейся простоте и очевидности данных шкал, применение их позволяет увеличить выявляемость суицидального риска в два раза по сравнению с чисто клинической оценкой [20].

Этапы диагностики можно представить в виде алгоритмической схемы оценки суицидального риска (см. Схема 2), которая включает в себя:

1. Клиническую оценку суицидального риска (на основе поведения пациента и факторов риска в анамнезе)
2. Скрининговую оценку суицидального риска всех экстренных пациентов, а также плановых пациентов при наличии клинических признаков суицидального риска, по шкале Patient Safety Screener 3 (PSS-3)
3. Стратификацию риска у пациентов, имеющих положительную оценку в результате скрининга PSS-3, с помощью шкалы Ed-Safe Patient Secondary Screener (ESS-6)
4. Выбор индивидуального плана профилактики суицида в зависимости от результатов диагностики.

К пациентам с повышенным риском суицидального поведения относятся [21]:

- Экстренно госпитализированные пациенты с отравлениями/падением с высоты
- Пациенты в послеоперационном периоде;
- Пациенты с заболеваниями, сопровождающимися длительной сильной болью;
- Пациенты с сопутствующими психическими расстройствами, злоупотреблением алкоголем/наркотиками;
- Пациенты с тяжёлыми прогрессирующими заболеваниями с неблагоприятным прогнозом, в том числе онкологическими;
- Пациенты с острыми и подострыми стадиями нарушения мозгового кровообращения, инфарктом миокарда;
- Пациенты с иными заболеваниями и травмами головного/спинного мозга, существенно влияющими на поведение и на функционирование

Особого внимания требуют также пациенты трудоспособного возраста после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, пациенты старческого возраста с когнитивными нарушениями любой степени выраженности. В терапевтических отделениях - пациенты с множественными соматическими жалобами, которые не

подтверждаются объективными методами обследования, а также пациенты с высказываниями по типу «лучше умереть, чем так жить».

Если пациент при наличии одного из вышеперечисленных состояний одинок (холост/не замужем, вдовец, разведён) или является мужчиной моложе 20/старше 65 лет, женщиной моложе 18/старше 45 лет, то он в особой группе риска и требует постоянного внимания медперсонала!

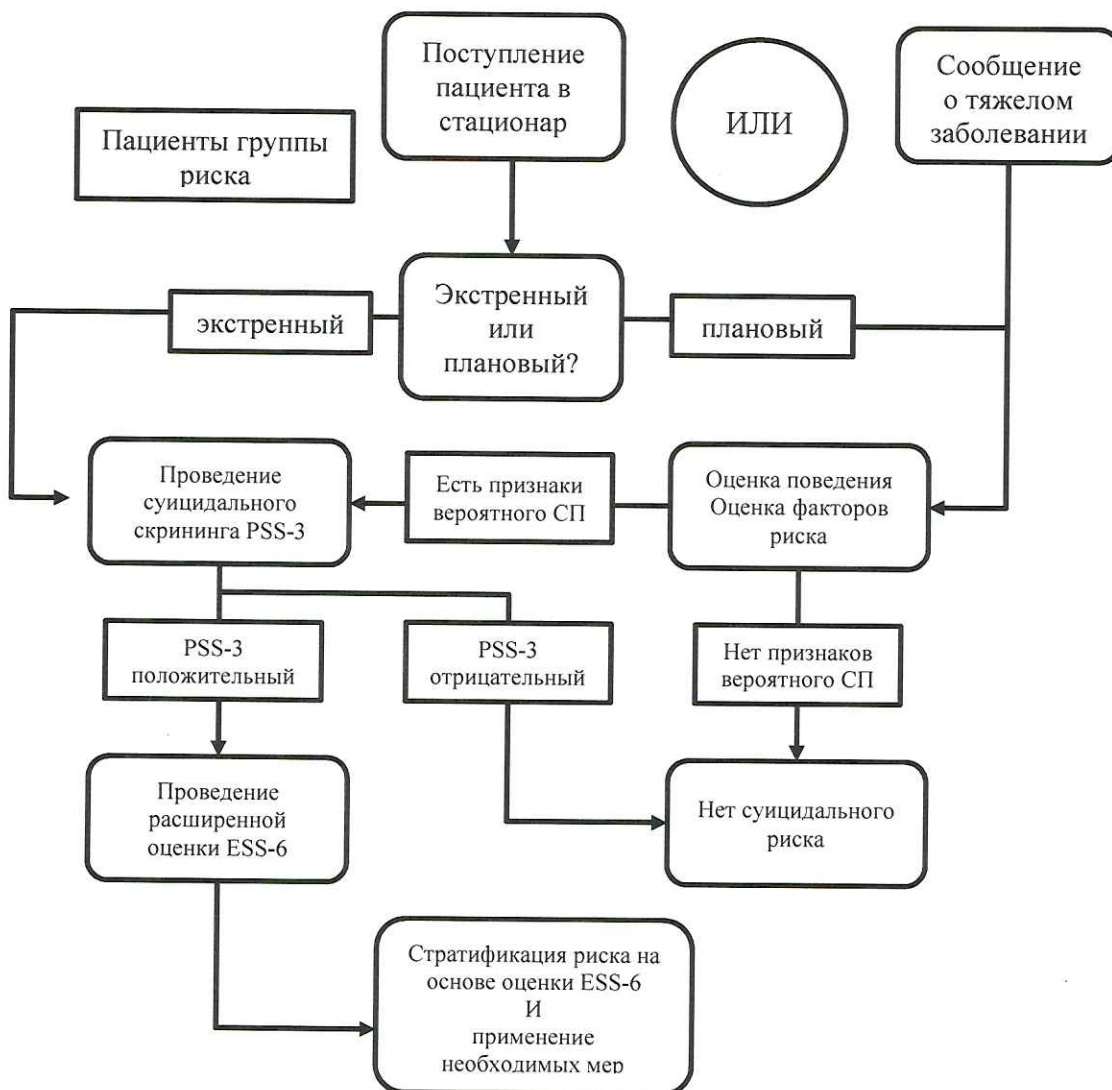


Схема 2. Алгоритм оценки суицидального риска (см. пояснения в тексте)

### 3.1. Клиническая оценка суицидального риска

Клиническая оценка суицидального риска основывается на анализе информации, полученной при клинической беседе с пациентом, наблюдении за ним, а также на основании информации от третьих лиц и из медицинской документации. В ходе оценки суицидального риска неизбежна определенная степень субъективизма. Однако при всей кажущейся субъективности, клиническая оценка играет важную роль, так как именно в ходе нее медицинский работник может выявить основные признаки вероятного суицидального поведения и принять решение о проведении дальнейшей объективной оценке суицидального риска [21].

В таблицах 2.1 и 2.2 представлены признаки, которые следует учитывать при оценке суицидального риска. Наличие одновременно не менее 3 признаков из таблицы 2.1 (у пациентов из группы риска – не менее 2) и одного признака из таблицы 2.2 требуют немедленного информирования лечащего/дежурного врача и проведения дальнейшей оценки суицидального риска.

**Таблица 2.1**

Клиническая оценка суицидального риска по внешнему виду пациента

<b>Внешний вид пациента с высоким риском суицида</b>				
Поза	Выражение лица	Мимика	Взгляд	Движения
Однообразная, поникшая	Страдальческое, отрешенное, безжизненное, угрюмое, мрачное, неадекватно оживленное, “полное решимости”	Скорбная, застывшая	Грустный, печальный, потупленный, “направленный в никуда”	Замедленные, скованные, порывистые

**Таблица 2.2.**

Клиническая оценка суицидального риска по поведению пациента и его высказываниям

<b>Высказывания и поведение пациента с высоким риском суицида</b>	
Высказывания	Поведение
Рассуждения о смысле жизни Отсутствие чувства радости Пессимистичные высказывания Ощущение одиночества, покинутости Тягостное чувство вины Злость на себя или других	Тревожная неусидчивость, взбудораженность, суетливая взвинченность Подавленность, нежелание общаться с окружающими, замкнутость Одиночество, отсутствие контактов с близкими людьми, родственниками или друзьями

Дополнительные признаки возможного суицидального поведения:

- резкое изменение стиля общения
- наличие сильных эмоциональных переживаний, особенно чувства безысходности
- нарушение сна и аппетита

- потеря интереса к окружающему
- подготовка предметов, способных быть орудием суицида
- приведение в порядок своих записей или вещей, раздаривание любимых вещей

### 3.2. Оценка суицидального риска с помощью специальных инструментов

Согласно схеме 2, при наличии у пациента факторов риска суицидального поведения сперва следует применить короткий скрининговый опросник PSS-3 (Приложение №1), а при положительном результате скрининга, провести более подробное интервью по опроснику ESS-6 (Приложение №2). В зависимости от количества баллов по шкале ESS-6 можно дифференцировать суицидальный риск по степени выраженности (табл. 3). Дальнейшие действия медицинского персонала зависят от степени суицидального риска пациента.

В некоторых случаях первичный скрининг может быть отрицательным даже при наличии большого количества факторов риска и признаков вероятного суицидального поведения. В таких случаях рекомендуется проводить необходимые противосуицидальные мероприятия несмотря на данные скрининга.

Таблица 3

Оценка суицидального риска по итогам скрининга (PSS-3 и ESS-6)

	Нет риска	Невысокий риск	Средний риск	Высокий риск
Балл	PSS-3 негативный	0-2	3-4	5-6
Присутствие критичных пунктов	Нет текущей суицидальной попытки Нет суицидального плана или намерения	Нет текущей суицидальной попытки Нет суицидального плана или намерения	Нет текущей суицидальной попытки Есть суицидальный план или намерение	Текущая суицидальная попытка Суицидальный план или намерение

### 4. Действия медицинских работников при выявлении суицидального риска

В случаях среднего и высокого суицидального риска необходимо обеспечить постоянное наблюдение за пациентом и безопасность его пребывания в стационаре (переместить в палату, в которой отсутствуют точки фиксации для петель, острые предметы, отсутствует возможность самостоятельно открыть окно). Успех в предотвращении суицида зависит от слаженных действий среднего медицинского персонала и врачей.

#### I. Действия медсестры:

- Сообщить о суицидальном риске лечащему врачу
- Находиться рядом с пациентом
- Проявлять сочувствие
- Внимательно слушать пациента, демонстрировать интерес к нему и его переживаниям

- Не высказывать суждений в адрес пациента, не давать советов, не перебивать
- По возможности говорить негромким голосом, мягко
- Расспросить пациента о его жалобах на текущий момент, о настроении, о том, кто и как часто его навещает, как складываются отношения с соседями по палате, уточнить, в чём он нуждается в настоящий момент

## II. Действия врача

Действия врача при выявлении в отделении пациента с суицидальным риском зависят от наличия в структуре стационара сомато-психиатрического отделения (СПО) или консультанта-психиатра.

А) в стационаре есть СПО или врач-психиатр:

1. Вызвать психиатра
2. В случае несогласия пациента на консультацию и наличия у него суицидального риска — сделать подробную запись в истории болезни с обоснованием опасности пациента для себя. В таком случае консультация психиатром возможна без согласия пациента в соответствии с Законом РФ № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 23 п. а) [22].
3. Если ситуация экстренная — сообщить психиатру об опасности пациента для себя устно. В последующем сделать запись в истории болезни.
4. Осмотр пациента психиатром
5. Решение вопроса о дальнейшем лечении в условиях СПО или отделения

Б) в стационаре отсутствует СПО или психиатр:

В случае экстренности ситуации (высокого риска суицида) – инициировать осмотр пациента дежурным психиатром по городу (специализированная психиатрическая бригада скорой медицинской помощи);

При наличии среднего риска суицида – вызов психиатра неотложной психиатрической помощи (ПОНП).

— ПКБ №1 8(495) 952-84-21; 8(495) 952-83-69

— ПКБ №4 8(495) 963-10-77; 8(495) 963-02-55

До момента осмотра пациент должен находиться под контролем медперсонала!

**Таблица 4.**

Действия медицинских работников в зависимости от выраженности суицидального риска

Невысокий риск	Средний риск	Высокий риск
Постоянного наблюдения не требуется Можно предложить консультацию психиатра Рекомендовать амбулаторную консультацию	Постоянное наблюдение Обезопасить помещение Назначить консультацию психиатра	Строгий надзор Обезопасить помещение Назначить консультацию психиатра по cito!

## 5. Психологические барьеры медицинских работников, препятствующие выявлению суицидального риска

Упоминание о суицидальных намерениях, подозрение о наличии у пациента психического расстройства могут вызывать у врачей и медицинских сестер ряд эмоциональных реакций, которые препятствуют дальнейшему выявлению проблем пациента и правильной оценке суицидального риска [1, 23, 24]. Негативные реакции при затрагивании эмоционально тяжелых тем часто являются проявлениями так называемых дезадаптивных копинг-стратегий<sup>1</sup>.

Далее мы разберем наиболее типичные дезадаптивные реакции, которые могут возникать у медицинских работников при работе с суицидальными пациентами: «избегание», «отрицание», «обвинение».

1. **«Избегание».** Специалист избегает задавать пациенту вопросы о суицидальных намерениях. После наблюдения первых признаков психического расстройства или суицидального риска у пациента (скрытых или явных) специалист неосознанно отрицает необходимость дальнейшего уточнения («Если я об этом не знаю, то этого не существует»). Кроме того, медицинский работник может необоснованно опасаться, что вопросы о суициде подтолкнут пациента к его реализации. На самом деле, беседа с пациентом об эмоциональном состоянии и о суицидальных мыслях может принести ему облегчение.

Ощущение собственной некомпетентности также может провоцировать избегающую стратегию поведения. Врач избегает оценивать риск суицида и психический статус пациента, либо считая себя недостаточно компетентным в этой области, либо не относя это к своим профессиональным обязанностям («Это дело психиатров»).

2. **«Отрицание».** Неверие пациенту. Медицинский работник не допускает мысли, что суицидальные высказывания могут быть реализованы («Те, кто совершают суицид, об этом не говорят», «Истерические реакции не опасны»). Чувствуя недоверие, пациент либо уходит от контакта, либо пытается «доказать серьезность» своих намерений (совершает повторные суицидальные действия).

3. **«Обвинение».** Может проявляться в открытом конфликте, в желании быстро избавиться от пациента, чувстве враждебности к пациенту или в сарказме («Если Вы хотели покончить с собой, почему же только руку порезали?»).

Морализаторство и осуждение – еще одно проявление этого дезадаптивного копинга. Медицинский работник может пытаться убеждать пациента в «неправильности», «аморальности» его мыслей или действий, пытаться «наставлять на путь истинный» и прочее. Обычно, такое поведение усиливает у пациента чувства вины и стыда, препятствует открытому диалогу.

Избежать проявления перечисленных реакций не всегда возможно, однако их можно отслеживать и оценивать. Преодоление данных реакций и получение нового опыта при работе с пациентами может повысить качество диагностики суицидального риска [1]. Как говорилось выше, до 60% людей, умирающих вследствие суицида, никогда при жизни к психиатрам не обращаются. В связи с этим, первичная оценка психического состояния и

---

<sup>1</sup> Копинг-стратегии (от англ. cope — справляться, совладать, бороться) – определенные стереотипные стратегии совладания со стрессом.

риска суицида является одной из профессиональных обязанностей врачей всех лечебных специальностей.

Информированность медицинских работников о проблеме суицида, способах диагностики и возможных вариантах действий при выявлении суицидального риска помогает в преодолении негативных эмоциональных реакций при работе с данными пациентами.

**NB!**

Вопрос или разговор о суициде **НЕ** провоцирует суицидальное поведение.

## **6. Техники медицинской коммуникации, направленные на уменьшение дистресса пациентов, их близких и врачей**

При установке диагноза хронического или смертельно опасного заболевания, больные и их близкие проходят череду психологических реакций, которые делят на пять стадий: стадия шока (диагноз воспринимается «черной меткой»), стадии отрицания, агрессии (торга) и депрессии, стадия принятия. Если пациенту и его близким удалось дойти до стадии принятия, то это в большинстве случаев приводит к активному совладанию с болезнью, выработке адаптивных поведенческих стратегий.

В некоторых случаях описанные психологические реакции запускаются еще до уточнения диагноза – при наличии у пациента типичных симптомов опасного заболевания или неаккуратно высказанном предположении врача о возможном тяжелом диагнозе. Наиболее уязвимые пациенты могут выбрать суицид до установки окончательного диагноза и начала лечения в связи со страхом неизлечимости и неминуемых физических мучений, что часто сопряжено с дефицитом объективной информации или изначальном недоверии к результатам обследования [5].

Лечащие врачи, которые вынуждены доносить негативную медицинскую информацию до пациента и родственников, также находятся в непростой эмоциональной ситуации. Врачам не хочется отнимать надежду, они боятся вызвать отрицательные эмоции у пациента, не всегда знают, как правильно реагировать на сильные эмоциональные проявления у пациента и его близких.

Одним из наиболее эффективных методов уменьшения эмоционального дискомфорта (дистресса) у пациентов с серьезными заболеваниями и у их лечащих врачей является использование особых правил медицинской коммуникации при сообщении пациентам информации о выявлении у них тяжелых, неизлечимых, смертельных заболеваний (техника «Сообщение плохих новостей») [25].

«Плохие новости» — любые новости, которые радикально и негативно изменяют взгляд пациента на будущее. «Плохие новости» обычно ассоциируются со смертельными диагнозами, однако это не всегда так. Реакция пациента на плохое известие может зависеть от психосоциального контекста. Бывает, что диагноз, изначально не смертельный, будет просто выставлен в неподходящее время или станет помехой к осуществлению профессиональной деятельности пациента, не являясь при этом непосредственной угрозой для жизни.

Сообщение «плохих новостей» — одна из самых трудных обязанностей врача. Без должной подготовки дискомфорт, связанный с их сообщением, может привести к эмоциональному изолированию (отгороженности) врача от пациента. На самом деле пациенты глубоко нуждаются в деликатном и откровенном раскрытии врачами неприятной

медицинской информации, в том числе смертельных диагнозов. Целенаправленная тренировка навыков и техник общения врача приводит к улучшению эмоционального состояния как врача, так и пациента.

В случае сообщения «плохих новостей» лечащие врачи могут использовать мнемоническое правило «ABCDE», разработанное коллегами из Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians):

**«A» (Advance preparation):** «предварительная подготовка», которая подразумевает выбор адекватного времени и места для сообщения информации, приватность, подтвержденные медицинские факты, эмоциональную подготовку врача.

**«B» (Building a therapeutic relationship):** «выстраивание терапевтических взаимоотношений» — прояснение пожеланий пациента относительно раскрытия «плохих новостей».

**«C» (Communicating well):** «хорошая коммуникация» — определение осведомленности пациента и его понимание ситуации, избегание медицинской терминологии, жаргона и эвфемизмов, предоставление пациенту возможности выразить эмоции (например, молчать или плакать), предоставление ответов на все вопросы пациента.

**«D» (Dealing with patient and family reactions):** «работа с реакцией пациента и его семьи» — обеспечение внимания эмоциональным реакциям пациента, сопереживание пациенту и его близким.

**«E» (Encouraging/validating emotions):** «Подбадривание/валидизация эмоций» — сообщение реалистичного прогноза на основании данных медицинских обследований и терапевтических возможностей.

Далее мы более подробно разберем каждый из этапов сообщения «плохих новостей». Стоит помнить, что разные ситуации требуют разных подходов, поэтому не следует воспринимать данную модель как строго предписывающую или единственно возможную.

#### **«A» (Advance preparation): Предварительная подготовка**

- Ознакомьтесь с соответствующими медицинскими сведениями о пациенте. Лучше всего, если на консультации при вас будет медицинская карта пациента с данными лабораторных исследований. Будьте готовы предоставить хотя бы базовую информацию о прогнозе и вариантах лечения заболевания.
- Организуйте беседу в подходящее для всех время, в приватной и комфортной обстановке. Попросите коллег, чтобы никто не прерывал вашу беседу с пациентом. Переведите ваши средства коммуникации (мобильный телефон, медицинский коммутатор) в беззвучный режим или передайте их коллегам.
- Мысленно проговорите то, что вы будете говорить пациенту, подумайте, как именно вы будете это делать. В свободное время вы можете отрепетировать вашу речь, записать ключевые слова (или наоборот те, которые стоит избегать). Если у вас мало опыта в сообщении плохих новостей — поговорите с более опытным коллегой, разыграйте различные сценарии (кейсы) с коллегами.

- Подготовьтесь эмоционально.

**«В» (Building a therapeutic relationship):  
Выстраивание терапевтических взаимоотношений**

- Определите предпочтения пациента: что он хочет знать и в какой степени подробности.
- Если это возможно, пригласите членов семьи или иных близких людей для оказания поддержки пациенту. Присутствие при разговоре посторонних лиц должно быть на усмотрение пациента.
- В мягкой форме сообщите собравшимся, что у вас есть неприятная информация (например, скажите «к сожалению, у меня для вас есть плохие новости»).
- Представьте всем присутствующим на беседе, узнайте имена каждого и спросите, что связывает данных людей и пациента.
- Прикасайтесь к пациенту только когда это уместно. Некоторые пациенты и их близкие предпочитают, чтобы их не трогали. Учитывайте культуральные различия и личностные предпочтения собравшихся. Избегайте неуместного юмора и легкомысленных замечаний. В зависимости от отношений между вами и пациентом, юмор в некоторых случаях может быть уместен.
- Убедите пациента в том, что у вас будет для него достаточно времени. Для этого заранее спланируйте график и организуйте соответствующий план работы вместе с коллегами.

**«С» (Communicating well):  
Хорошая коммуникация**

- Спросите, что пациент и/или его семья уже знают о заболевании. Прежде чем рассказывать — спросите. Выясните ожидания пациента перед тем, как будете предоставлять какую-либо информацию.
- Говорите откровенно, прямо, но в то же время сочувственно. Избегайте эвфемизмов и медицинских терминов, жаргона.
- Позвольте пациенту плакать или наоборот молчать, не поддавайтесь собственному желанию говорить ради преодоления собственного дискомфорта. Продолжайте в «темпе пациента».
- Позвольте пациенту высказать своё понимание ваших слов. Поощряйте вопросы. Во время последующих визитов спросите пациента, все ли сказанное вами ему понятно, при необходимости повторяйте ваши объяснения, корректируйте заблуждения пациента.
- Помните, что скорее всего пациенты не запомнят всей полученной от вас информации и объяснений, особенно непосредственно после сообщения плохой

новости, поэтому записывайте что-либо важное, делайте заметки, рисунки, диаграммы, повторяйте ключевую информацию.

- В заключение беседы подводите итоги и объясняйте пациенту ваши дальнейшие планы.

### **«D» (Dealing with patient and family reactions):**

#### **Работа с реакцией пациента и его семьи**

- Оценивайте и отвечайте на эмоциональные реакции. Остерегайтесь таких методов преодоления стресса (копинг-стратегий) как «отрицание», «обвинение», «интеллектуализация»<sup>2</sup>, «избегание». Научитесь обращать внимание на «язык тела». В последующие визиты оценивайте эмоциональное состояние пациента, обращайтесь внимание на подавленность, отчаяние и тем более на суицидальные идеи/мысли.
- Сопереживайте. Нормально говорить «извините» и «я не знаю». Ваш плач может быть к месту, если это является проявлением сочувствия к пациенту.
- Не вступайте в заочную полемику с коллегами, не критикуйте их. Избегайте критики проведённого вами или вашими коллегами лечения.

### **«E» (Encouraging/validating emotions):**

#### **Подбадривание/валидизация эмоций**

- Предлагайте реалистичный прогноз и надежду. Даже если прогноз пессимистичен, подбадривайте пациента и сообщите, какие варианты помощи могут быть доступны в данной ситуации. Обсудите варианты лечения, назначьте следующие встречи для более подробного обсуждения вариантов и принятия решения.
- Узнайте, что «плохие новости» значат для пациента. Спросите у пациента о его эмоциональных и духовных нуждах.
- Используйте междисциплинарные методы лечения и ухода (например, перевод пациента в хоспис), однако избегайте их использование как повод отгородиться от отношений с пациентом.

---

<sup>2</sup> Интеллектуализация – уменьшение значимости эмоций, отстранение от эмоций и рациональные рассуждения о них, нежели их проживание, полное осознание и принятие.

**Экспресс-диагностика суицидального риска (скрининг)  
Patient Safety Screener (PSS-3)**

Задайте последовательно три вопроса, приведенные ниже, не меняя их формулировку. Если в пункте 3 вы получите ответ «Да», переходите к вопросу 3а.

Возможное обоснование проведения скрининга: *«Я хочу задать вам несколько вопросов. Эти вопросы мы задаем всем пациентам, поступающим в отделение. У нас такой регламент, чтобы не пропустить ничего важного в вашем состоянии»*

1. В течение последних 2 недель было ли у вас ощущение подавленности, чувство безнадежности, депрессии?

Да/Нет

2. В течение последних 2 недель у вас появлялись мысли, что вы хотите себя убить?

Да/Нет

3. Вы когда-нибудь в своей жизни пробовали себя убить?

Да/Нет

3а. Если да, то когда это было?

- в течение последних 24 часов
- в течение последнего месяца (но не сегодня)
- в течение последних 6 месяцев
- более полугода назад

**Интерпретация результатов скрининга (критичные пункты выделены жирным шрифтом):**

«Да» в пункте 2 — положительный результат скрининга;

«В течение последних 24 часов», «в течение последнего месяца (но не сегодня)», «в течение последних 6 месяцев» — положительный результат скрининга.

**В случае положительного результата скрининга:**

Переходите к проведению второго этапа тестирования (например, с помощью метода ESS-6, см. Приложение №2) для оценки риска суицида и выбора дальнейшей тактики ведения пациента.

В некоторых случаях первичный скрининг может быть отрицательным даже при наличии большого количества факторов риска и признаков вероятного суицидального поведения. В таких случаях рекомендуется проводить необходимые противосуицидальные мероприятия, несмотря на результаты скрининга.

**Расширенная диагностика суицидального риска  
Ed-Safe patient secondary screener 6 (ESS-6)**

1. Наличие суицидальных мыслей и суицидальной попытки в течение последних 6 месяцев:

Да/нет

2. Наличие суицидального плана сейчас или недавно\* (Пример вопроса: *Вы когда-нибудь раздумывали о способе самоубийства? Когда это было?*)

Да/нет

3. Наличие суицидального намерения сейчас или недавно\* (Пример вопроса: *Вы когда-нибудь хотели привести свои мысли о смерти в действие? Когда это было?*)

Да/нет

4. Госпитализация в психиатрический стационар в анамнезе (Пример вопроса: *Вы когда-нибудь лечились в больнице из-за проблем с психикой или из-за употребления алкоголя/наркотиков?*)

Да/нет

5. Злоупотребление ПАВ (Пример вопроса: *Бывали ли у вас проблемы из-за употребления алкоголя/наркотиков?*)

Да/нет

6. Раздражительность, возбужденность, агрессивность в статусе

Да/нет

**Общий балл** (каждое «да» = 1 балл) \_\_\_\_\_ (максимум 6 баллов)

**Критичные пункты\* №2 и №3**

Оценка результатов по итогам применения PSS-3 и ESS-6

	<b>Нет риска</b>	<b>Невысокий риск</b>	<b>Средний риск</b>	<b>Высокий риск</b>
<b>Балл</b>	PSS-3 негативный	0-2	3-4	5-6
<b>Присутствие критичных пунктов</b>	Нет текущей суицидальной попытки Нет суицидального плана или намерения	Нет текущей суицидальной попытки Нет суицидального плана или намерения	Нет текущей суицидальной попытки Есть суицидальный план или намерение	Текущая суицидальная попытка Суицидальный план или намерение

## Список литературы

1. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (инструкция по применению (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля). //Минск: БелМАПО. – 2009.– 34 с.
2. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (инструкция по применению для среднего медицинского персонала). Белорусская медицинская академия последипломного образования. //Минск: БелМАПО. – 2009.– 15 с.
3. World Health Organization et al. Preventing suicide: a global imperative: World Health Organization. – 2014.
4. Ahmedani B. K. et al. Health care contacts in the year before suicide death //Journal of general internal medicine. – 2014. – Т. 29. – №. 6. – С. 870-877.
5. Зотов П. Б., Любов Е. Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях //Тюменский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19. – №. 1. — С. 3-24.
6. World Health Organization et al. Suicide in the world: global health estimates. – World Health Organization, 2019. – №. WHO/MSD/MER/19.3.
7. Морев М. В., Шматова Ю. Е. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект //Суицидология. – 2014. – Т. 5. – №. 1 (14). – С. 3-11.
8. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения //Методические рекомендации. – 1980. – С. 2.
9. Mikawa J. K. An alternative to current analyses of suicidal behavior //Psychological reports. – 1973. – Т. 32. – №. 1. – С. 323-330.
10. Diekstra R. F. W., Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective //Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1995. – Т. 25. – №. 1. – С. 36-57.
11. Liu R. T., Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review //Clinical psychology review. – 2014. – Т. 34. – №. 3. – С. 181-192.
12. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease //Western Journal of Medicine. – 2000. – Т. 172. – №. 2. – С. 124-128.
13. Kaplan M. S. et al. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: A population-based study //American Journal of Orthopsychiatry. – 2007. – Т. 77. – №. 1. – С. 56-60.
14. Смулевич А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. – М. “Медицинское информационное агентство”, 2015. – 650 с.
15. Королева Е. Г., Шустер Э. Е. Депрессии в общесоматической практике //Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. – №. 4 (28). – С. 82-84.
16. Cheng I. C., Hu F. C., Tseng M. C. M. Inpatient suicide in a general hospital //General Hospital Psychiatry. – 2009. – Т. 31. – №. 2. – С. 110-115.
17. Ballard E. D. et al. Suicide in the medical setting. //Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety/Joint Commission Resources. – 2008. – 34(8): С. 474-481
18. Решетова Т. В. О суицидальном поведении больных соматической клиники //Суицидология. – 2011. – Т. 2. – №. 3 (4). – С. 37-39.
19. Wint D. P., Akil M. Suicidality in the general hospitalized patient //Hospital Physician. – 2006. – Т. 42. – №. 1. – С. 13.
20. Boudreaux E. D. et al. Improving suicide risk screening and detection in the emergency department //American journal of preventive medicine. – 2016. – Т. 50. – №. 4. – С. 445-453.
21. Андрианова М. А. и др. Алгоритм выявления медицинским персоналом суицидального риска у пациентов //Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – Т. 20. – №. 4. – С. 541-545.
22. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1
23. Тюльпин Ю. Г. Медицинская психология. – Медицина, 2004.
24. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. – 1984.

25. Vandekieft G. K. Breaking bad news //American family physician. – 2001. – Т. 64. – №. 12.
26. Lee H. Calculated Decisions: ED-SAFE Patient Safety Screener (PSS-3) //Emergency medicine practice. – 2019. – Т. 21. – №. 5. – С. 5-7.
27. Miller I. W. et al. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study //JAMA psychiatry. – 2017. – Т. 74. – №. 6. – С. 563-570.
28. Козырев В. Н. и соавт. Диагностика суицидального поведения и профилактика суицидальных попыток в общесоматической практике // Метод. рекомендации: М., 2004. - 28 с.