

**SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA:
ATMINTINĖ
BENDROSIOS PRAKTIKOS
GYDYTOJAMS**



World Health
Organization

Savižudybių prevencija: atmintinė bendrosios praktikos gydytojams

Ši atmintinė priklauso serijai specialių atmintinių, skirtų konkrečioms socialinėms ir profesinėms grupėms, kurioms tenka ypatingas vaidmuo užkertant kelią savižudybėms.

Tai sudedamoji didesnio visame pasaulyje įgyvendinamo Pasaulio sveikatos organizacijos savižudybių prevencijos projekto SUPRE dalis.

Raktiniai žodžiai: savižudybė, prevencija, atmintinė, bendrosios praktikos gydytojai, mokymai, pirminė sveikatos priežiūra.

Psichikos ir elgesio sutrikimų komitetas

Psichikos sveikatos skyrius

Pasaulio sveikatos organizacija

Ženeva

2000

Vertėjas: **Gediminas Pulokas**

Redaktorė: **Rita Navikienė**

© **Pasaulio sveikatos organizacija, 2000**

Šis leidinys nėra tik formalus Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentas, visos teisės saugomos. Vis dėlto jį visą arba dalimis galima nevaržomai recenzuoti, reziumuoti, atgaminti arba versti į kitas kalbas, jeigu tai daroma nekomerciniais tikslais.

Už dokumente įvardytą autorių nuomonę atsako tik jie patys.

Turinys

Pratarmė	4
Savižudybių prevencija: atmintinė bendrosios praktikos gydytojams.....	6
Savižudybių poveikis	7
Savižudybė ir psichikos sutrikimai	8
Savižudybė ir sociodemografiniai veiksniai	14
Kaip atpažinti didelę savižudybės riziką pasižymintį pacientą.....	16
Kaip pasirūpinti savižudiškų ketinimų turinčiu pacientu.....	20
Užtikrinti pagalbą iš šalies	20
Susitarimas	21
Siuntimas pas specialistą.....	21
Savižudybių prevencijos veiksnių santrauka	23
Literatūros sąrašas.....	24

PRATARMĖ

Savižudybė – painus reiškiny, kuris visais amžiais traukdavo filosofų, teologų, gydytojų, sociologų ir menininkų dėmesį. Pasak prancūzų filosofo Albert'o Camus, – šią mintį jis išsako esė „Sizifo mitas“, – tai vienintelė tikrai rimta filosofinė problema.

Būdama rimta visuomenės sveikatos problema, savižudybė reikalauja deramo mūsų dėmesio, vis dėlto užkirsti kelią ir ją suvaldyti, deja, nelengvas uždavinys. Naujausi tyrimai rodo, kad savižudybių prevencija gali būti veiksminga, tačiau privalo apimti ištiesą virtualią veiksmų, pradedant pastangomis sukurti geriausias įmanomas sąlygas vaikams ir jaunimui ugdyti, veiksmingai gydomais psichikos sutrikimais ir baigiant siekiu suvaldyti aplinkos grėsmes. Norint, kad taikomos savižudybių prevencijos programos būtų sėkmingos, privalu skleisti atitinkamą informaciją ir didinti žmonių sąmoningumo lygį.

1999 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) inicijavo projektą SUPRE – visuotiniu mastu vykdomą savižudžių prevencijos programą. Šis bukletas vienas iš šios serijos leidinių, parengtų siekiant įgyvendinti SUPRE iniciatyvą ir skirtų konkrečioms socialinėms ir profesinėms grupėms, kurioms tenka ypatingas vaidmuo užkertant kelią savižudybėms. Dokumentas atspindi tik vieną ilgos ir įvairios grandinės, apimančios platų paskirų žmonių ir jų grupių spektrą, tarp jų sveikatos profesionalus, pedagogus, socialinių institucijų darbuotojus, valstybės tarnautojus, įstatymų leidėjus, visuomenės nuomonės formuotojus, teisėtvarkininkus, šeimas ir bendruomenes.

Esame ypač dėkingi dr. Jean-Pierre'ui Soubrierui iš Kočino ligoninės Paryžiuje, Prancūzijoje, kuris parengė pirminę šios atmintinės versiją. Vėliau dokumentą peržiūrėjo ir šie PSO Savižudybių prevencijos tinklo nariai, kuriems taip pat nuoširdžiai dėkojame:

dr. Sergio Pérezas Barrero, Bajamo ligoninė, Granmos provincija, Kuba;

dr. Annette Beautrais, Kraistčerčo medicinos mokykla, Kraistčerčas, Naujoji Zelandija;

prof. Diego de Leo, Grifito universitetas, Brisbanas, Australija;

dr. Ahmedas Okasha, Ain Šamso universitetas, Kairas, Egiptas;

prof. Lourensas Schlebuschas, Natalo universitetas, Durbanas, Pietų Afrikos Respublika;

dr. Airi Värnki, Tartu universitetas, Estija;

prof. Danuta Wasserman, Savižudybių tyrimų ir užkardymo centras, Stokholmas, Švedija;

dr. Shutao Zhai, Nandzingo medicinos universiteto neurologijos klinika, Nandzingas, Kinija.

Be to, norėtume padėkoti dr. Lakshmi Vijayakumar iš organizacijos SNEHA, Čenajuje, Indijoje, už jos pagalbą atliekant techninį šio dokumento redagavimą.

Parengtas atmintines intensyviai platiname tikėdamiesi, kad jos bus išverstos ir pritaikytos atsižvelgus į atskirų šalių sąlygas – tai būtina, siekiant kuo didesnio poveikio. Mielai lauktume komentarų, taip pat prašymų suteikti leidimą jas versti ir adaptuoti.

dr. J. M. Bertolote

koordinadorius,
Psichikos ir elgesio sutrikimų komitetas,
Psichikos sveikatos skyrius,
Pasaulio sveikatos organizacija

SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA: ATMINTINĖ BENDROSIOS PRAKTIKOS GYDYTOJAMS

Vienas baisiausių dalykų, su kuriuo gali susidurti gydytojas, – paciento savižudybė. Tai patyrę gydytojai neretai praranda tikėjimą, ima abejoti savimi, jaučia pyktį ir gėdą. Paciento savižudybė gali lemti neužtikrintumo dėl savo profesionalumo ir kompetencijos pojūtį, kelti baimę dėl reputacijos. Maža to, tokiais atvejais gydytojui ypač sunku bendrauti su velionio šeima ir bičiuliais.

Ši atmintinė pirmiausia skirta bendrosios praktikos gydytojams. Ja siekiama supažindinti su savižudybėmis susijusiais dažniausiais sutrikimais ir kitais veiksniais, pateikti žinių, padėsiančių atpažinti savižudiškų polinkių turinčius pacientus ir jais pasirūpinti.

SAVIŽUDYBIŲ POVEIKIS

Kaip skelbia PSO, visame pasaulyje kasmet nusižudo apie milijonas žmonių. Savižudybė yra viena iš dešimties dažniausių mirties priežasčių kiekvienoje šalyje ir viena iš trijų dažniausių mirties priežasčių nuo 15 iki 35 metų amžiaus grupėje.

Savižudybės turi milžinišką psichologinį ir socialinį poveikį tiek nusižudžiusiojo šeimai, tiek visuomenei apskritai. Vieno žmogaus savižudybė vidutiniškai skaudžiai paveikia mažiausiai šešių žmonių gyvenimus. Jei savižudybė įvykdoma mokykloje ar darbovietėje, ji palieka skaudžią dvasinę žymę šimtams žmonių.

Savižudybių poveikį galima įvertinti remiantis DALY (angl. *disability-adjusted life years*; nedarbingumo pakoreguotų gyvenimo metų) rodikliu. Pagal šį rodiklį 1998 m. pasaulyje savižudybės sudarė 1,8 proc. visos ligų naštos*: 2,3 proc. pasiturinčiose šalyse ir 1,7 proc. besivystančiose šalyse. Tai prilygo karų ir žmogžudysčių arba per gimdymus patiriamos asfiksijos ir kitų gimdymo traumų naštai ir maždaug du kartus viršijo cukrinio diabeto sukeltą naštą.

* Angl. *disease burden* – sveikatos sutrikimo poveikis, apskaičiuojamas remiantis finansinių kaštų, mirtingumo, sergamumo ir kitais rodikliais (vert. past.)

SAVIŽUDYBĖ IR PSICHIKOS SUTRIKIMAI

Dabar į savižudybę žvelgiama kaip į daugiamačią sutrikimą, kurį lemia sudėtinga biologinių, genetinių, psichologinių, sociologinių ir aplinkos veiksnių tarpusavio sąveika. Tyrimai rodo, kad 40–60 proc. nusižudžiusių žmonių iki mirties likus mėnesiui ar mažiau lankėsi pas gydytoją. Iš jų gerokai daugiau būna apsilankę ne pas psichiatrą, o pas bendrosios praktikos gydytoją. Šalyse, kuriose psichikos sveikatos paslaugos nėra deramai išplėtos, pas bendrosios praktikos gydytojus apsilankančių savižudiškų minčių kamuojamų žmonių procentas, tikėtina, bus didesnis.

Siekiant atpažinti, įvertinti savižudiškų ketinimų turinčius pacientus ir jais pasirūpinti, ypatingas vaidmuo tenka bendrosios praktikos gydytojams, jų pagalba yra esminė užkertant kelią savižudybėms.

Savižudybė nėra nei liga, nei ligos požymis, vis dėlto psichikos sutrikimai paprastai būna vienas svarbiausių su savižudybėmis susijusių veiksnių.

Tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse atlikti tyrimai rodo, kad iš nusižudžiusių žmonių 80–100 proc. turėjo psichikos sutrikimų. Apskaičiuota, kad nors kartą per gyvenimą savižudybės pavojus kyla 6–15 proc. žmonių, turinčių nuotaikos sutrikimų (daugiausia – depresiją), 7–15 proc. žmonių, sergančių alkoholizmu, ir 4–10 proc. – šizofrenija.

Vis dėlto didelė dalis nusižudžiusiųjų nebūna kreipęsi į psichikos sveikatos profesionalus. Tokiu būdu atliekant savižudybių prevenciją itin svarbu gerinti psichikos sutrikimų aptinkamumą, pacientų siuntimo pas specialistą galimybes ir tinkamą rūpybą jais jau pirminėje sveikatos priežiūros pakopoje.

Dažnu atveju nusižudžiusieji būna turėję daugiau nei vieną sutrikimą. Dažna tokių ligų kombinacija – alkoholizmas ir nuotaikos sutrikimai (pvz., depresija), asmenybės sutrikimai ar kiti psichikos sutrikimai.

Viena esminių bendrosios praktikos gydytojo pareigų – bendradarbiauti su psichiatru ir užtikrinti, kad pacientas būtų gydomas adekvačiai ir tinkamai.

NUOTAIKOS SUTRIKIMAI

Su savižudybe gali būti susiję visi nuotaikos sutrikimų tipai: bipolinis afektinis sutrikimas, depresijos epizodai, endogeninė depresija ir lėtiniai afektiniai sutrikimai (pvz., ciklotimija ar distimija), patenkantys į TLK-10 klasifikacijos F31–F34 kategorijas (1). Todėl laiku nedidžius ir nepradėjus gydyti depresijos, kyla didelė savižudybės rizika. Visuomenėje depresija yra pakankamai plačiai paplitusi, daugelis jos net nelaiko liga. Apskaičiuota, kad maždaug 30 proc. pas gydytojus apsilankiusių pacientų kenčia nuo depresijos. Apytikriai 60 proc. visų pagalbos ieškančiųjų pirmiausia apsilanko pas bendrosios praktikos gydytoją. Tuo pat metu susidurti su somatine liga ir psichikos sutrikimu gydytojui yra išties nemenkas iššūkis. Daugeliu atvejų depresija nebūna akivaizdi, o pacientai skundžiasi vien fiziniais negalavimais.

Ištikti tipiško depresijos epizodo žmonės paprastai:

- junta prislėgtą nuotaiką (liūdesį);
- nesidomi aplinka ir praranda pasitenkinimo jausmą;
- tampa vangūs (juntamas nuovargis, sumažėja aktyvumas).

Dažniausiai pasitaikantys depresijos simptomai:

- nuovargis;
- liūdesys;
- koncentracijos stoka;
- nerimas;
- irzlumas;
- miego sutrikimai;
- įvairiose kūno vietose juntamas skausmas.

Šie požymiai gydytojui turėtų signalizuoti apie depresiją ir paskatinti ją įvertinti paciento savižudybės riziką. Charakteringi klinikiniai simptomai, rodantys depresija sergančio žmogaus padidėjusią savižudybės riziką, yra šie (2):

- lėtinė nemiga;
- nevalyvumas;
- sunkūs negalavimai (ypač depresinė psichozę);
- pablogėjusi atmintis;
- stiprus jaudulys;
- panikos priepuoliai.

Taip pat didesnę depresiją patiriančių žmonių savižudybės pavojų nurodo šie veiksniai (3):

- amžius iki 25-erių (aktualu vyrams);
- ankstyva ligos stadija;
- piktnaudžiavimas alkoholiu;
- bipolinio sutrikimo depresyvioji fazė;
- mišri (maniakinė depresinė) būklė;
- psichozę.

Depresija yra svarbus veiksnys, lemiantis tiek paauglių, tiek vyresnių žmonių savižudybę, vis dėlto su didesne pastarosios rizika susiduria tie, kuriuos šis susirgimas užklumpa vyresnio amžiaus.

Naujausia patirtis patvirtina, kad pažanga, pasiekta diagnozavus depresiją pirminėje sveikatos priežiūros pakopoje, yra nepaprastai svarbi užkertant kelią savižudybėms. Bendrosios praktikos gydytojų mokymai atpažinti ir gydyti depresiją padėjo sumažinti savižudybių skaičių Švedijoje (4). Epidemiologiniai duomenys rodo, kad antidepresantų vartojimas mažina depresija sergančių žmonių savižudybės riziką. Visa gydomoji vaisto dozė pacientams turi būti skiriama keletą mėnesių. Vyresnio amžiaus pacientų atveju šitokį medikamentinį gydymą gali būti privalu tęsti dar dvejus metus. Pastebėta, kad reguliariai vartojančių litį pacientų savižudybės rizika mažėja (5).

ALKOHOLIZMAS

Nusižudžiusieji, ypač jauno amžiaus, dažnu atveju būna sirgę alkoholizmu (tiek piktnaudžiavę alkoholiu, tiek turėję priklausomybę nuo jo). Savižudybių ir alkoholizmo sąsajas galima aiškinti biologinėmis, psichologinėmis ir socialinėmis priežastimis. Esama specifinių veiksnių, didinančių alkoholikų savižudybės riziką:

- anksti išsivystęs alkoholizmas;
- ilgas girtuokliavimo stažas;
- itin stipri priklausomybė;
- prislėgta nuotaika;
- prasta fizinė sveikata;
- prastas darbingumas;
- alkoholizmas šeimoje;
- neseniai įvykęs išsiskyrimas su svarbiais gyvenime žmonėmis ar jų netektis.

ŠIZOFRENIA

Savižudybė yra vienintelė plačiau paplitusi šizofrenikų ankstyvos mirties priežastis. Specifiniai savižudybės pavojų rodantys veiksniai (6):

- ankstyva bedarbystė (vyrų atveju);
- nuolatiniai atkryčiai;
- baimė, kad sveikatos būklė dar labiau blogės (ypač aktualu aukštesnio intelekto pacientams);
- pasireiškiantis įtarumas ir haliucinacijos;
- depresijos simptomai.

Savižudybės rizika didėja šiais periodais:

- ankstyvosiose ligos stadijose;
- ką tik atkritus;
- normalizavus būklę.

Kuo ilgesnė ligos trukmė, tuo menkesnė savižudybės tikimybė.

ASMENYBĖS SUTRIKIMAI

Naujausi tyrimai rodo, kad nemaža dalis (20–50 proc.) nusižudžiusių jaunų žmonių turėjo asmenybės sutrikimų. Pastebėtina, kad ribinį ir antisocialinį asmenybės sutrikimus turintys žmonės žudosi dažniau nei kenčiantieji nuo kitų asmenybės sutrikimų (7).

Be to, didesnį savižudybės pavojų patiria žmonės, pasižymintys histrionišku ir narcisistiniu asmenybės sutrikimais, taip pat išsiskiriantys tam tikrais psichologiniais bruožais, kaip antai impulsyvumu ir agresija.

NERIMO SUTRIKIMAI

Iš nerimo sutrikimų su savižudybe dažniausiai būna susijęs panikos, po jo – obsesinis-kompulsinis sutrikimas (OKS). Taip pat didesnė savižudybės rizika kyla esant somatoforminiams ir valgymo sutrikimams (anoreksijai ar bulimijai).

SAVIŽUDYBĖ IR FIZINIAI SUTRIKIMAI

Savižudybės rizika taip pat didėja sergant lėtinėmis somatinėmis ligomis (8). Atkreiptinas dėmesys, kad somatinėmis ligomis sergantys asmenys paprastai dažniau pasižymi ir psichikos sutrikimais, ypač depresija. Tokie veiksniai kaip lėtinė liga, negalia ar blogos sveikatos prognozės gali pakurstyti savižudiškas mintis.

NEUROLOGINĖS LIGOS

Epileptikai paprastai priklauso padidėjusios rizikos grupei. Aukštesnis rizikingumas aiškintinas padidėjusiu impulsyvumu, agresyvumu ir su epilepsija susijusia lėtine negalia.

Stuburo ir nugaros traumos taip pat didina savižudybės pavojų. Be to, naujausi tyrimai rodo, kad ir po insulto – ypač, jei šis sukelia rimtesnių

padarinių, kurie lemia didesnę negalią ir gerokai pablogėjusią bendrą fizinę būklę, – 19 proc. pacientų išgyvena depresiją ir patiria savižudiškų minčių.

VĖŽINIAI SUSIRGIMAI

Šiuo atveju savižudybės rizika didžiausia būna vos sužinojus ligos diagnozę ir per pirmus dvejus sirgimo metus. Be to, rizika stiprėja progresuojančio piktybiškumo atvejais. Reikšmingas veiksnys apsisprendžiant nusižudyti gali būti ir pacientą kamuojantys skausmai.

ŽIV / AIDS

ŽIV infekcija ir AIDS ypač didina jaunų užsikrėtusių asmenų savižudybės riziką, kuri didėja vos pasitvirtinus diagnozei ir patiriant ankstyvasias ligos stadijas. Intraveninių narkotikų vartotojų savižudybės rizika yra dar didesnė.

KITOS LIGOS

Savižudybės grėsmė taip pat kyla žmonėms, sergantiems kitomis lėtinėmis somatinėmis ligomis, kaip antai lėtiniu inkstų nepakankamumu, kepenų, kaulų ir sąnarių, kardiovaskulinėmis ar gastrointestalinėmis ligomis. Judėjimo negalia, aklumas ar kurtumas taip pat yra savižudybei įtakos potencialiai turintys veiksniai.

Pastaraisiais metais gydytojai vis dažniau susiduria su eutanazija ar prašymais padėti nusižudyti (angl. *assisted suicide*). Aktyvioji eutanazija nelegali beveik visose jurisdikcijose, o savižudybės padedant gydytojui atvejai būna nuolat lydimi moralinį, etinį ir filosofinį pagrindą turinčių nesutarimų.

SAVIŽUDYBĖ IR SOCIODEMOGRAFINIAI VEIKSNIAI

Savižudybė – labai individualus veiksmas, vis dėlto ji visuomet įvykdoma tam tikrame socialiniame kontekste, vieni sociodemografiniai veiksniai jai paprastai būna būdingesni nei kiti.

LYTIŠKUMAS

Daugelyje šalių vyrai žudosi dažniau nei moterys. Nusizudžiusių vyrų ir moterų santykis atskirose šalyse paprastai būna skirtingas. Vienintelėje Kinijoje moterų savižudžių skaičius kaimo vietovėse viršija vyrų savižudžių skaičių, o miestuose apytikriai prilygsta vyrų savižudybių skaičiui.

AMŽIUS

Savižudybės rizika paprastai didesnė vyresniame (per 65 metus) ir jauname (15–30 metų) amžiuje. Naujausi duomenys rodo, kad daugėja vidutinio amžiaus vyrų savižudybių.

ŠEIMINĖ PADĖTIS

Didesnę savižudybės grėsmę patiria išsiskyrusieji, našlės (-iai) ir nevedę (netekėjusios) asmenys. Šeimą turinčių vyrų savižudybės rizika gerokai mažėja, tačiau moterų – anaiptol ne taip pastebimai. Atkreiptinas dėmesys, kad savižudybės pavojų didina skyrybos ir gyvenimas vienumoje.

PROFESIJA

Pastebėta, kad tam tikrų profesijų žmonės, tarkim, veterinarai, farmacininkai, odontologai, ūkininkai ar medikai žudosi dažniau. Akivaizdžių priežasčių šiai įžvalgai paaiškinti nėra, tačiau neatmestina, kad tam poveikio turi priėjimas prie mirtį galinčių sukelti priemonių, darbe patiriamas stresas, socialinė izoliacija ar finansiniai sunkumai.

NEDARBAS

Tarp nedarbo ir savižudybės rodiklių esama glaudžių sąsajų, tačiau jų pobūdis pakankamai sudėtingas. Nedarbo poveikį veikiausiai stiprina ir tokie veiksniai kaip skurdas, socialinė deprivacija, namuose patiriami sunkumai ir beviltiškumas. Kita vertus, psichikos sutrikimų turintiems žmonėms dažnai rasti ir išlaikyti darbą būna pastebimai sunkiau nei galintiems pasigirti gera psichikos sveikata. Šiaip ar taip, derėtų atkreipti dėmesį į ką tik prarasto darbo ir ilgalaikio nedarbo atvejų skirtumą – didesnė rizika susijusi su pastaruoju.

GYVENIMAS KAIME ARBA MIESTE

Vienose šalyse savižudybių dažniau pasitaiko miestuose, kitose – kaimiškose vietovėse.

MIGRACIJA

Migracija, turint omenyje ją lydinčias skurdo, prastų gyvenimo sąlygų, socialinės paramos stokos ir neišsipildžusių lūkesčių problemas, taip pat didina savižudybės riziką.

KITA

Tam tikri veiksniai, tarkim, prieinamumas prie nusižudyti galinčių padėti priemonių ar stresiniai įvykiai, turi svarbios įtakos didėjančiai savižudybės rizikai.

KAIP ATPAŽINTI DIDELE SAVIŽUDYBĖS RIZIKĄ PASIŽYMINTŲ PACIENTŲ

Savižudybės riziką rodo ištisa asmeninių klinikinių ir sociodemografinių veiksnių santalka (9):

- psichikos sutrikimai (paprastai depresija, alkoholizmas ar asmenybės sutrikimai);
- somatinės ligos (mirtini, itin skausmingi ar sekinantys susirgimai, AIDS);
- ankstesni mėginimai nusižudyti;
- savižudybės, alkoholizmo ir (ar) kitų psichikos sutrikimų atvejai šeimoje;
- skyrybos, sutuoktinio (-ės) mirtis, antrosios pusės neturėjimas;
- gyvenimas vienumoje (socialinė izoliacija);
- bedarbystė ar buvimas pensininku;
- vaikystėje išgyventa artimųjų netektis.

Iš pacientų, kurie gydosi psichikos sutrikimus, su didesne savižudybės rizika susiduria šie:

- neseniai išrašytieji iš ligoninės;
- anksčiau mėginusieji žudytis.

Be to, savižudybės pavojus didėja susidūrus su šiais stresiniais veiksniais:

- skyrybomis;
- artimųjų netektimi;
- problemomis šeimoje;
- pokyčiais, susijusiais su profesiniu gyvenimu, ar sumažėjusiomis pajamomis;
- kai pacientas pasijunta atstumtas jam svarbaus žmogaus;
- gėdos jausmu ar grėsme, kad bus atskleistas prasikaltimas.

Esama įvairių savižudybės rizikai įvertinti skirtų klausimynų, tačiau siekiant atpažinti nusižudyti ketinančius asmenis už juos gerokai pravartesnis yra tinkamai atliekamas klinikinis interviu.

Bendrosios praktikos gydytojas gali susidurti su įvairiomis aplinkybėmis ir situacijomis, susijusiomis su savižudiška elgsena. Neseniai žmoną palaidojęs, vienišas pagyvenęs depresijos kamuojamas vyriškis, kuris prieš tai mėgino žudyti, ir kelis įdrėskimus ant dilbio turinti vaikino palikta jauna panelė – tai du bene ryškiausiai tarpusavyje kontrastuojantys pacientų pavyzdžiai. Paprastai dauguma pacientų įsitenka tarp šių dviejų kraštutinumų ir ilgainiui iš vienos kategorijos pereina į kitą.

Pastebėjus pagrįstus požymius, kad pacientas gali būti linkęs į savižudybę, gydytojui kyla dilema, kaip elgtis toliau. Kai kurie gydytojai, susidūrę su tokiais pacientais, pasijunta nejaukiai. Tokiu atveju svarbu žinoti, kad patiriamas jausmas natūralus ir nebijoti kreiptis pagalbos į kolegas, galimas daiktas, net į psichikos sveikatos specialistus. Svarbiausia neneigti ir neignoruoti savižudybės rizikos.

Nusprendus tęsti pokalbį, pirmasis ir svarbiausias žingsnis – moraliai pasirengti tokiam pacientui skirti tiek laiko, kiek reikia, net jei anapus priimamojo durų jau laukia ištisa eilė pacientų. Parodydamas pasiryžimą jį suprasti, gydytojas su pacientu pradeda megzti pozityvų santykį. Uždaro tipo arba tiesmuki klausimai pokalbio pradžioje dažniausiai būna labai nenaujingi. Kur kas prasmingiau pradėti bendresnio pobūdžio pokalbiu, tarkim, „Atrodote labai prislėgtas, papasakokite apie tai.“ Pasirengimas empatiškai išklaudyti savaime yra svarbus veiksmas, apmalšinantis savižudiškų ketinimų turinčio paciento nevirtį.

Mitai	Tikrovė
Apie savižudybę kalbantys pacientai žudosi retai.	Nusižudę žmonės prieš tai paprastai būna užsiminę arba įspėję apie tokius savo ketinimus. Maža to, bet kokius grasinimus nusižudyti dera vertinti itin rimtai.
Klausimai apie savižudybę gali paskatinti šį veiksma.	Išgirdus klausimą apie norą žudytis dažnai sumažėja tokius ketinimus lydintis nerimas. Pacientui palengvėja, jis pasijunta geriau suprastas.

Kaip klausti?

Nelengva klausinėti paciento apie jo savižudiškus ketinimus. Pravar-
tu būtų prie šios temos pereiti palaipsniui. Klausimus galima užduoti tokia
tvarka:

1. Jaučiatės nelaimingas ir bejėgis?
2. Nematote jokių vilties prošvaisčių?
3. Kiekviena diena jums atrodo nepakeliama?
4. Jums atrodo, kad gyvenimas – tai našta?
5. Manote, kad neverta gyventi?
6. Svarstote apie savižudybę?

Kada klausti?

Svarbu, kad šie klausimai būtų užduoti tinkamu metu, kai:

- su pacientu atsiradęs pasitikėjimu grįstas ryšys;
- pacientas jaučiasi galintis saugiai reikšti savo jausmus;
- pacientas jau pasakoja apie nemalonius išgyvenimus.

Paskesni klausimai

Pasitvirtinus įtarimams, kad pacientas turi savižudiškų ketinimų, procesas nesibaigia. Pokalbį dera tęsti ir pateikti kitų klausimų, skirtų įvertinti šių ketinimų intensyvumą, rimtumą ir savižudybės tikimybę. Svarbu išsiaiškinti, ar pacientas suplanavo, kaip žudysis, ar turi tam reikiamų priemonių. Jei jis užsimena, kad ketina nusišauti, tačiau neturi priėjimo prie šaunamųjų ginklų, rizika mažesnė. Vis dėlto, jei savižudybės būdą pacientas jau pasirinko ir turi tam priemonių (pvz., tablečių), arba jei pasirinktam savižudybės būdai nebūtinos jokios ypatingos priemonės, rizika didesnė. Svarbu, kad klausimai pacientui būtų pateikiami ne griežtu ir reikliu tonu, o šiltai ir su empatija. Klausimai gali būti šie:

- Ar jau suplanavote baigti gyvenimą?
- Kaip ketinate tai padaryti?
- Ar turite tam reikiamų priemonių (tablečių arba kt.)?
- Ar jau apsisprendėte, kada tai darysite?

Dėmesio!

- ***Apgaulingo ar apsimestinio pagerėjimo atvejai.*** Jei jaudulio kamuojamas pacientas ūmai nurimsta, tikėtina, kad jis apsisprendė nusižudyti, o palengvėjimą pajuto būtent dėl šio savo sprendimo.
- ***Neigimo atvejai.*** Nusižudyti tvirtai apsisprendę pacientai gali sąmoningai neigti turį tokių minčių.

KAIP PASIRŪPINTI SAVIŽUDIŠKŲ KETINIMŲ TURINČIU PACIENTU

Jei pacientas emociškai netekęs pusiausvyros ir turi tik miglotų ketinimų žudyti, pati galimybė pasidalyti mintimis ir jausmais su gydytoju, kuriam visa tai svarbu, jau savaime gali tapti prevencija. Nepaisant to, būtina sudaryti sąlygas toliau teikti pagalbą, ypač jei pacientas neturi pakankamo socialinio palaikymo. Kad ir kokios problemos kamuotų, nusižudyti pasiryžusius žmones paprastai lydi trys tarpusavyje persipynę jausmai – bejėgiškumas, nusivylimas ir neviltis. Dažniausiai tokiems pacientams būdingi požymiai:

1. **Ambivalencija.** Daugumą savižudiškų ketinimų turinčių pacientų iki galo drasko prieštaringi jausmai. Jų mintyse persipynęs noras gyventi ir pasiryžimas mirti. Jei gydytojas pasinaudos šia priešybių kova sužadindamas norą gyventi, sumažės savižudybės rizika.

2. **Impulsyvumas.** Savižudybė paprastai yra impulsyvus veiksmas, o impulsas pačia savo prigimtimi yra laikinas fenomenas. Jei palaikymas suteikiamas impulsyvumo akimirka, susiklosčiusi padėtis gali palengvėti.

3. **Kategoriškumas.** Nusižudyti ketinančių žmonių mąstymas, nuotaikos ir veiksmai paprastai būna suvaržyti, jie linkę vadovautis kraštutinumais „arba–arba“.

Pateikdamas vieną ar kitą alternatyvą mirčiai gydytojas savižudiškų minčių slegiamam pacientui neprikišamai leidžia suprasti, kad esama ir kitų galimybių, net jei šios ir neidealios.

UŽTIKRINTI PAGALBĄ IŠ ŠALIES

Gydytojui derėtų įvertinti esamas pagalbos iš šalies galimybes, išsiaiškinti, ar pacientas turi giminaitį, draugą, pažįstamą ar kitą artimą žmogų, kuris galėtų padėti, ir paprašyti šio asmens pagalbos.

SUSITARIMAS

Siekiant užkirsti kelią savižudybei pasitarnauja ir paprasčiausias susitarimas su pacientu, kad šis nesižudys. Derantis dėl tokio pažado į pagalbą galima pasitelkti artimus jam žmones. Pokalbis, skirtas pasiekti šį susitarimą, gali paskatinti diskusiją ir apie įvairius kitus svarbius dalykus. Daugeliu atvejų pacientai laikosi gydytojui duoto pažado. Vis dėlto siekti tokio susitarimo prasminga tik tada, kai pacientas geba kontroliuoti savo veiksmus.

Jei pacientas neturi rimtų psichikos sutrikimų ar ketinimų nusižudyti, bendrosios praktikos gydytojas gali pradėti ir vykdyti farmakologinį gydymą, paprastai antidepresantais, ir taikyti psichologinę (kognityvinę elgesio) terapiją. Daugumai žmonių padeda nuolatinis bendravimas, o vizitų dažnumą derėtų numatyti atsižvelgus į individualius paciento poreikius.

Išskyrus lėtinių ligų atvejus, paprastai retai kada prireikia ilgesnio nei dviejų ar trijų mėnesių trukmės gydymo, per kurį be kita ko turėtų būti stengiamasi deramai stiprinti viltį, skatinti savarankiškumą, padėti pacientui išmokti skirtingų būdų įveikti gyvenime iškylančią įtampą.

SIUNTIMAS PAS SPECIALISTĄ

Kada pacientą perduoti kitam specialistui

Pacientą derėtų siųsti pas psichiatrą tais atvejais, kai jis:

- turi psichikos sutrikimų;
- anksčiau yra mėginęs žudyti;
- šeimoje susidūrė su savižudybės, alkoholizmo ar psichikos sutrikimų atvejais;
- prastos fizinės būklės;
- neturi socialinės atamos.

Kaip pacientą perduoti kitam specialistui

Nusprendęs pacientą perduoti psichiatrui, bendrosios praktikos gydytojas turėtų:

- neskubėdamas paaiškinti pacientui tokio siuntimo priežastis;
- nuraminti jį dėl galimai juntamos gėdos kreiptis į psichiatrą ir baimės vartoti psichotropinius vaistus;
- atkreipti dėmesį, kokia veiksminga farmakologinė ir psichologinė terapija;
- pabrėžti, kad šis veiksmas jokia būdu nereiškia, jog jis „paliekamas likimo valiai“;
- sutarti dėl vizito su psichiatru;
- numatyti laiką susitikti su pacientu po to, kai šis apsilankys pas psichiatrą;
- užtikrinti, kad jo santykiai su pacientu nenutrūks.

Kada pacientą hospitalizuoti

Tam tikros indikacijos gali rodyti, kad pacientą būtina nedelsiant hospitalizuoti. Pavyzdžiui:

- nuolatinės mintys apie savižudybę;
- tvirtas pasiryžimas greitu metu nusižudyti (per kelias artimiausias valandas ar dienas);
- stiprus jaudulys arba panika;
- turimas planas, koku būdu netrukus bus žudomasi.

Kaip pacientą hospitalizuoti

- nepalikti jo vieno;
- susitarti dėl hospitalizavimo;
- pasirūpinti, kad į ligoninę jį nuvežtų greitosios pagalbos automobilis arba policija;
- pranešti apie tai reikiamoms instancijoms ir šeimai.

SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS VEIKSMŲ SANTRAUKA

Toliau pateiktoje lentelėje reziumuojami pagrindiniai su pacientų, kuriuos gydytojas įtaria ar pastebi galint nusižudyti, įvertinimu ir pasirūpinimu susiję žingsniai.

Savižudybės rizika: identifikavimas, įvertinimas ir veiksmų planas

Savižudybės rizika	Simptomai	Įvertinimas	Veiksmai
0	jokio nerimo ar sielvarto	-	-
1	emocinės pusiausvyros nebuvimas	paklausti, ar turi ketinimų žudytis	empatiškai išklaudyti
2	miglotos mintys apie mirtį	paklausti, ar turi ketinimų žudytis	empatiškai išklaudyti
3	miglotos mintys apie savižudybę	įvertinti ketinimų rimtumą (ar turi planą ir jau yra pasirinkęs būdą)	išsiaiškinti turimas galimybes; nustatyti, kas galėtų padėti
4	savižudiškos mintys, tačiau jokių psichikos sutrikimų	įvertinti ketinimų rimtumą (ar turi planą ir jau yra pasirinkęs būdą)	išsiaiškinti turimas galimybes; nustatyti, kas galėtų padėti
5	savižudiškos mintys ir psichikos sutrikimai arba rimti, stresą sukeltys veiksniai	įvertinti ketinimų rimtumą (ar turi planą ir jau yra pasirinkęs būdą); išgauti pažadą, kad pacientas nesižudys	persiųsti psichiatru
6	savižudiškos mintys ir psichikos sutrikimai arba rimti, stresą sukeltys veiksniai arba stiprus jaudulys ir duomenys apie ankstesnius mėginimus žudytis	likti su pacientu (neleisti jam griebtis suplanuotų veiksmų)	hospitalizuoti

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J., Angst F., Stossen H. M. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57–62.
3. Simpson S. G., Jamison K. R. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53–56.
4. Rutz W., von Knorring L., Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83–88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253–259.
6. Gupta S., et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353–1355.
7. Isometsa E. T., et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667–673.
8. González Seijo J. C., et al. Poblaciones específicas de alto riesgo (Didesnę riziką patiriančios visuomenės grupės.). In: Bobes García J et al., eds. *Prevencción de las conductas suicidas y parasuicidas (Suicidinio ir parasuicidinio elgesio prevencija)*. Masson, Barcelona, 1997, 69–77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227–1233.



2015