

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАЛЛИАТИВНОГО ЭТАПА НАБЛЮДЕНИЯ. ЧАСТЬ II: ПОМОЩЬ И ПРОФИЛАКТИКА

П.Б. Зотов, Д.В. Невзорова

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR OF PALLIATIVE CARE PATIENTS. PART II: ASSISTANCE AND PREVENTION

P.B. Zotov, D.V. Nevzorova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Сведения об авторах:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Уральского Федерального Округа; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 20-16-70, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Невзорова Диана Владимировна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6934-4353; ORCID iD: 0000-0001-8821-2195; Scopus Author ID: 57201405721). Место работы и должность: директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)»; председатель Правления ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России. Адрес: Россия, 119048, г. Москва, ул. Доватора, 15, стр. 2. Электронный адрес: gyn_nevzorova@mail.ru

Information about the authors:

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Chief Freelance Specialist in Palliative Care in the Ural Federal District; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 67 Minskaya str., bild. 1, office 102, Tyumen, 625027, Russia. Phone: +7 (3452) 270-510, email: note72@yandex.ru

Nevzorova Diana Vladimirovna – MD, PhD (SPIN-code: 6934-4353; ORCID iD: 0000-0001-8821-2195; Scopus Author ID: 57201405721). Place of work: Director of the Federal Scientific and Practical Center for Palliative Care of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); Chief Freelance Palliative Care Specialist of the Russian Ministry of Health. Address: 15/2 st. Dovatora, Moscow, 119048, Russia. Email: gyn_nevzorova@mail.ru

Статья посвящена суицидальному поведению больных паллиативного этапа наблюдения при различных заболеваниях. В части II рассмотрены вопросы оценки суицидального риска, особенности общения с больными, включая примерные вопросы и правила построения беседы при суицидальном поведении, формы психологической поддержки, а также общие и частные меры профилактики. Представленные материалы носят характер методических материалов для практической работы медицинского персонала с данной категорией пациентов.

Ключевые слова: паллиативная помощь, паллиативный пациент, суицид, суицидальное поведение, профилактика суицида

В первой части работы [1] было отмечено, что больные паллиативного этапа наблюдения относятся к группе повышенного суицидального риска. Уровень суицидальной активности данного контингента

In the first part of the work [1], it was noted that patients in the palliative stage of observation belong to a group of increased suicide risk. The level of suicidal activity in this population significantly exceeds the

значительно превышает средний для населения, что связано как с негативным влиянием общих для популяции факторов риска, так и дополнительным действием тяжёлого соматического заболевания. В настоящей части II статьи рассмотрены вопросы оценки суицидального риска, особенности общения с больными, включая примерные вопросы и правила построения беседы при суицидальном поведении, формы психологической поддержки, а также общие и частные меры профилактики.

Психологическая поддержка этих больных имеет важное значение в общей структуре паллиативной помощи, и, как правило, оказывается на достаточно высоком уровне [2, 3, 4]. Превентивная работа при суицидальном поведении мене знакома специалистам, что часто связано с недостаточными знаниями в данной области и отсутствием программ тематической подготовки. Важным направлением является развеяние часто распространённых мифов, связанных с суицидальным поведением. Рассмотрим основные из них (табл. 1).

average for the population, which is associated both with the negative influence of risk factors common to the population and with the additional effect of severe somatic illness. This part II of the article discusses issues of assessing suicidal risk, features of communication with patients, including sample questions and rules for constructing a conversation during suicidal behavior, forms of psychological support, as well as general and specific preventive measures.

Psychological support for these patients is important in the overall structure of palliative care, and, as a rule, is provided at a fairly high level [2, 3, 4]. Preventive work against suicidal behavior is less familiar to specialists, which is often due to insufficient knowledge in this area and the lack of thematic training programs. An important area of focus is dispelling common myths associated with suicidal behavior. Let's consider the main ones (Table 1).

Таблица / Table 1

Самоубийство – мифы и факты / Suicide – myths and facts [5, 6]

Мифы Myths	Факты Facts
<p>1. Люди, говорящие о самоубийстве, на самом деле его не совершают</p> <p>People who talk about suicide don't actually commit suicide</p>	<p>Большинство покончивших с собой перед суицидальным актом определённо предупреждали о своих намерениях. Человек, который говорит о самоубийстве, возможно, ищет поддержку. Люди, думающие о самоубийстве, нередко находятся в состоянии депрессии, испытывают тревогу и безнадёжность, и могут полагать, что другого выбора нет.</p> <p>Most of those who committed suicide definitely warned about their intentions before committing suicide. A person who is talking about suicide may be looking for support. People contemplating suicide are often depressed, anxious and hopeless, and may believe there is no other choice.</p>
<p>2. Склонные к самоубийству люди твёрдо намерены умереть</p> <p>Suicidal people are determined to die</p>	<p>Напротив, суицидально настроенные люди часто колеблются в своих намерениях и не до конца уверены в своём желании умереть. Человек может совершить импульсивный поступок, приняв яд, и умереть спустя несколько дней, хотя он хотел бы остаться в живых. Эмоциональная поддержка в нужный момент может предотвратить самоубийство.</p> <p>On the contrary, suicidal people often hesitate in their intentions and are not completely sure of their desire to die. A person may act impulsively by taking poison and die a few days later, although he would like to remain alive. Emotional support at the right time can prevent suicide.</p>
<p>3. Самоубийство случается внезапно, без предупреждения</p>	<p>Склонные к самоубийству люди часто дают вполне ясные указания о том, что собираются предпринять. Важно знать, какими бывают предупреждающие знаки, и вовремя обратить на них внимание. Эти знаки могут быть вербальными и невербальными. Среди вариантов, предложения обсудить тему суицида на примере исторических личностей, героев художественной литературы, реже сразу высказывают свои суицидальные идеи. Отказ и нежелание пойти на встречу человеку и обсудить столь важную для него тему обычно приводит к последую-</p>

<p>Suicide happens suddenly, without warning</p>	<p>щему поиску других собеседников. Suicidal people often give very clear instructions about what they are going to do. It is important to know what the warning signs are and pay attention to them in time. These signs can be verbal and non-verbal. Among the options, proposals to discuss the topic of suicide using the example of historical figures, heroes of fiction, less often immediately express their suicidal ideas. Refusal and reluctance to meet a person and discuss a topic so important to him usually leads to a subsequent search for other interlocutors.</p>
<p>4. К суициду склонны лишь люди с психическими расстройствами</p> <p>Only people with mental disorders are prone to suicide</p>	<p>Суицидальное поведение указывает на крайне тяжёлое эмоциональное состояние, но вовсе не обязательно на психическое расстройство. Многие люди, страдающие психическими расстройствами не склонны к суициду, и не все, кто добровольно уходит из жизни, имеют нарушения психического здоровья. Большинство из них никогда не обращались за помощью и не состояли на психиатрическом учёте. Suicidal behavior indicates an extremely difficult emotional state, but not necessarily a mental disorder. Many people with mental health problems are not suicidal, and not everyone who voluntarily takes their own life has a mental health problem. Most of them never sought help and were not registered with psychiatric patients.</p>
<p>5. Говорить о самоубийстве не стоит; человек, подверженный риску, может это понять как поощрение суицидального поведения</p> <p>There is no point in talking about suicide; a person at risk may interpret this as encouraging suicidal behavior</p>	<p>Из-за широко распространённой стигматизации самоубийств люди, имеющие суицидальные мысли, не знают, с кем поделиться. Открытый разговор не поощрит суицидальное поведение, а откроет для человека иные возможности или даст ему время ещё раз подумать о своём решении, предотвращая таким образом самоубийство. Due to the widespread stigma of suicide, people having suicidal thoughts don't know who to confide in. Open conversation will not encourage suicidal behavior, but will open up other options for the person or give him time to reconsider his decision, thereby preventing suicide.</p>
<p>6. Улучшение состояния после кризиса говорит о том, что риск самоубийства снизился</p> <p>Improvement after the crisis indicates that the risk of suicide has decreased.</p>	<p>Многие самоубийства происходят в период улучшения, когда у человека появляется достаточно энергии и воли, чтобы обратить отчаянные мысли в решительные действия. Many suicides occur during a period of improvement, when a person has enough energy and will to turn desperate thoughts into decisive action.</p>
<p>7. Если у человека появилась склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда</p> <p>If a person has a tendency to commit suicide, then it will remain with him forever.</p>	<p>Повышение суицидального риска нередко носит преходящий характер и связано с конкретной ситуацией. Суицидальные мысли могут вернуться, но не являются чем-то постоянным, и человек, ранее имевший суицидальные намерения и совершавший попытки, может их в последующем более не проявлять никоим образом. Increased suicide risk is often transient and situation-specific. Suicidal thoughts may return, but are not permanent, and a person who previously had suicidal thoughts and attempts may no longer express them in any way.</p>
<p>8. Все самоубийства предотвратить невозможно.</p> <p>All suicides cannot be prevented.</p>	<p>Это верно. Однако большинство всё же предотвратить можно при достаточном внимании к высказываемым идеям и оказании помощи и поддержки. It's right. However, the majority can still be prevented with sufficient attention to the ideas expressed and the provision of help and support.</p>

Психологические особенности человека в состоянии суицидального кризиса [5, 7].

Для психологического состояния пациента, находящегося в суицидальном кризисе, характерны,

Psychological characteristics of a person in a state of suicidal crisis [5, 7].

The psychological state of a patient in a suicidal crisis is characterized primarily by three features:

в первую очередь, три особенности:

1. *Амбивалентность*: большинство людей испытывают смешанные чувства по отношению к совершению суицидального акта. В душе склонного к самоубийству человека постоянно происходит борьба между желанием жить и желанием умереть, причём верх одерживает то одно из них, то другое. Человеку одновременно хочется и избавиться от испытываемых боли и страданий, и продолжать жить. Многие самоубийцы на самом деле не желают умереть – они просто глубоко несчастны и не удовлетворены своей жизнью. Если они получают своевременную поддержку, их стремление жить даже в условиях получения ПМП усиливается, а суицидальный риск снижается.

2. *Импульсивность*: самоубийство нередко бывает импульсивным актом. Как и любое другое внезапное побуждение, импульс к совершению суицида является преходящим и длится от нескольких минут до нескольких часов. Пусковым механизмом к его появлению служат негативные повседневные события, том числе оцениваемые в последующем как совершенно нетравмирующие (по типу «последней капли, переполнившей чашу»): ссора с близкими, медицинским персоналом, соседом по палате и др. В этих случаях суицидальные действия воспринимаются окружающими, как возникшие беспричинно, без предвестников и др. Медицинский работник, наблюдая проявления импульсивности в любой ситуации, должен учитывать это поведение и при оценке суицидального риска. Помогая разрешить подобные кризисы и оттягивая время, медицинский персонал может уменьшить желание совершить самоубийство.

3. *Ригидность, отсутствие гибкости*: когда человек находится в суицидальном кризисе, его мысли, чувства и действия весьма ограничены, "сужены". Он постоянно думает о совершении самоубийства и не способен увидеть какие-либо иные способы разрешения проблемы. Чаще он мыслит по принципу – "всё или ничего". Большинство лиц с суицидальными тенденциями сообщают о своих мыслях и намерениях окружающим. Они часто подают определенные "сигналы", от них можно услышать высказывания о "желании умереть", о "чувстве своей бесполезности" и т.п. Всё это – призывы о помощи, которые не следует игнорировать. Каковы бы ни были конкретные проблемы, те мысли и чувства, которые появляются у суицидальных людей, у большинства являются весьма сходными.

1. *Ambivalence*: Most people have mixed feelings about committing suicide. In the soul of a person prone to suicide, there is a constant struggle between the desire to live and the desire to die, with first one of them gaining the upper hand, then the other. A person simultaneously wants to get rid of the pain and suffering he is experiencing and continue to live. Many suicide attempters don't actually want to die - they are simply deeply unhappy and dissatisfied with their lives. If they receive timely support, their desire to live even in the conditions of receiving primary care increases, and the risk of suicide decreases.

2. *Impulsivity*: Suicide is often an impulsive act. Like any other sudden urge, the impulse to commit suicide is transitory and lasts from a few minutes to several hours. The trigger for its appearance is negative everyday events, including those subsequently assessed as completely non-traumatic (like "the last straw that overflows the cup"): a quarrel with loved ones, medical staff, a roommate, etc. In these cases, suicidal actions are perceived by others as occurring without cause, without warning, etc. A medical professional, observing manifestations of impulsivity in any situation, must take this behavior into account when assessing suicidal risk. By helping to resolve such crises and delaying time, medical personnel can reduce the desire to commit suicide.

3. *Rigidity, lack of flexibility*: when a person is in a suicidal crisis, his thoughts, feelings and actions are very limited, "narrowed". He constantly thinks about committing suicide and is unable to see any other ways to solve the problem. More often he thinks according to the "all or nothing" principle. Most people with suicidal tendencies communicate their thoughts and intentions to others. They often give certain "signals"; you can hear statements from them about "the desire to die", about "feelings of uselessness", etc. All of these are calls for help that should not be ignored. Whatever the specific problems, the thoughts and feelings that suicidal people experience are very similar for most.

Examples could be the following:

Примерами могут быть следующие варианты:

Чувства / Feelings	Мысли / Thoughts
Печаль, тоска / Sadness, longing	"Лучше бы мне умереть" "I'd rather be dead"
Одиночество / Loneliness	"Я не в силах сам ничего предпринять" "I can't do anything myself"
Беспомощность / Helplessness	"Нет мочи больше терпеть все это" "I can't bear to endure all this anymore"
Безнадежность / Hopelessness	"Лучше не будет, являюсь для всех только обузой" "It won't get better, I'm just a burden to everyone"
Самоуничижение / Self-deprecation	"Всем будет только лучше без меня" "Everyone will be better off without me"

Диагностика и оценка степени суицидального риска

Пациенты, имеющие медицинские показания к оказанию ПМП, относятся к безусловной категории повышенного суицидального риска, с потенциальной возможностью негативного воздействия общих и ассоциированных с болезнью просуицидогенных факторов. Поэтому при работе с каждым пациентом, независимо от нозологической принадлежности заболевания, медицинский персонал должен соблюдать «суицидологическую настороженность» с целью своевременного выявления суицидального поведения и оказания помощи [8, 9, 10].

Диагностика включает этапы:

1. Оценка психического состояния и наличие психического заболевания.

Депрессия является основным нарушением, определяющим эмоциональное состояние большинства лиц с суицидальным поведением. Поэтому выявление симптомов депрессии является важным условием и для распознавания суицидальных проявлений. В общей практике диагностика депрессии проводится на основе анализа клинических проявлений или с привлечением дополнительных диагностических инструментов (*Шкала депрессии Бека, Гамильтона или др.*). Особенности паллиативных пациентов является наличие тяжёлой соматической, неврологической и др. патологии, отдельные симптомы которой часто вносят значительные сложности в оценке их синдромальной принадлежности. У паллиативных пациентов депрессия часто не диагностируется.

В число наиболее клинически значимых симптомов депрессии входят:

– чувство печали, тоски в течение всего дня и на

Diagnosis and assessment of the degree of suicide risk

Patients who have medical indications for the provision of primary care belong to the absolute category of increased suicidal risk, with the potential for the negative impact of general and pro-suicidal factors associated with the disease. Therefore, when working with each patient, regardless of the nosological affiliation of the disease, medical personnel must observe "suicidological alertness" in order to timely identify suicidal behavior and provide assistance [8, 9, 10].

Diagnostics includes the following steps:

1. Assessment of mental state and presence of mental illness.

Depression is the main disorder that determines the emotional state of most people with suicidal behavior. Therefore, identifying symptoms of depression is an important condition for recognizing suicidal manifestations. In general practice, diagnosis of depression is carried out on the basis of an analysis of clinical manifestations or using additional diagnostic tools (*Beck Depression Scale, Hamilton Depression Scale, etc.*). The peculiarity of palliative patients is the presence of severe somatic, neurological and other pathologies, individual symptoms of which often introduce significant difficulties in assessing their syndromic affiliation. In palliative patients, depression is often underdiagnosed.

The most clinically significant symptoms of depression include:

– feeling of sadness, melancholy

протяжении длительного времени;

- потеря интереса к обычной деятельности;
- уменьшение продолжительности и качества сна, слишком раннее пробуждение (не связанной с болью или другим соматическим негативным симптомом);
- чувство собственной никчемности, вины, безнадёжности или беспомощности;
- раздражительность и беспокойство;
- нарушения внимания и памяти, неспособность сосредоточиться и принимать решения;
- повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве;
- постоянное чувство усталости и слабости (не объяснимое основным заболеванием).

Депрессивные расстройства у пациентов, находящихся в условиях оказания ПМП, требуют тщательного дифференцирования с физиологическими состояниями печали и грусти, что делает особенно важной объективную клиническую оценку их психического состояния. Физиологическая печаль и грусть, характерные для incurable больных, и расстройства депрессивного спектра могут быть представлены похожими симптомами.

Распознавание этих состояний нередко является сложной клинической задачей и основано на сравнении ряда признаков, таких как:

- 1) самооценка личности (при отсутствии депрессии – обычно высокая);
- 2) перемена в эмоциональном состоянии с течением времени (при отсутствии депрессии – меняется мало);
- 3) способность получать удовольствие (при депрессии отсутствует);
- 4) сохранение чувства надежды (при депрессии – чаще безнадёжность);
- 5) положительный отклик на поддержку микро-социума (при депрессии – обычно реакция минимальная или негативная);
- 6) наличие желания более скорой смерти (при депрессии – преимущественно создание условий для приближения конца – суицид, эвтаназия; при физиологической печали – ожидание смерти без желания самому ускорить процесс).

2. Оценка проявлений суицидальной активности.

Включает выявление формы суицидального поведения в текущий момент, характер активности – истинное желание умереть или демонстративно-шантажное (реже), этап динамики и ключевых мотивов.

throughout the day and for a long time;

- loss of interest in normal activities;
- decreased duration and quality of sleep, waking up too early (not associated with pain or other somatic negative symptoms);
- feelings of worthlessness, guilt, hopelessness or helplessness;
- irritability and anxiety;
- disturbances of attention and memory, inability to concentrate and make decisions;
- recurrent thoughts of death and suicide;
- constant feeling of fatigue and weakness (not explained by the underlying disease).

Depressive disorders in patients receiving primary care require careful differentiation from the physiological states of sadness and sadness, which makes an objective clinical assessment of their mental state especially important. Physiological sadness and sadness, characteristic of incurable patients, and depressive spectrum disorders may present with similar symptoms.

Recognition of these conditions is often a complex clinical task and is based on comparison of a number of signs, such as:

- 1) personal self-esteem (in the absence of depression, usually high);
- 2) changes in the emotional state over time (in the absence of depression, it changes little);
- 3) the ability to have pleasure (absent in depression);
- 4) maintaining a sense of hope (with depression – more often hopelessness);
- 5) a positive response to the support of micro-society (in case of depression, the reaction is usually minimal or negative);
- 6) the presence of a desire for a quicker death (in case of depression – mainly creating conditions for the approach of the end – suicide, euthanasia; in case of physiological sadness – expectation of death without the desire to speed up the process).

2. Assessment of manifestations of suicidal activity.

Includes identifying the form of suicidal behavior at the current moment, the nature of the activity – a true desire to die or demonstrative-blackmail (less often), the stage of dynamics and key motives.

Таблица / Table 2

Варианты общения
Options communication [11]

Виды общения Types communication	Примеры Examples
<i>Вербальное / Verbal</i>	
– прямое direct	Заявления – «лучше наложить на себя руки». Суицидальные угрозы: «Убью себя». Statements – “it’s better to commit suicide.” Suicidal threats: “I will kill myself.”
– косвенное indirect	Иносказательные, завуалированные намёки: «Так дальше продолжаться не может», «Нет смысла жить», «Уж больше не свидимся». «Устал быть грузом», «Лучше умереть, чем мучить(ся)». «Отдохнёте скоро, и я отдохну». «Простите, если что...». Allegorical, veiled hints: “This cannot continue like this,” “There is no point in living,” “We won’t see each other again.” “I’m tired of being a burden”, “It’s better to die than torment”. “You rest soon, and I will rest.” “Sorry, if anything...”
<i>Невербальное / Nonverbal</i>	
– прямое direct	Приобретение, накопление («потерял», обращение к разным врачам, выпрашивание, кража у близких) рецептов на сильнодействующие лекарства. Репетиция суицида: «шутейно» легкий укол ножом в область сердца, порой при свидетелях. Посещение места планируемого суицида. Acquiring, accumulating (“losing”, visiting different doctors, begging, stealing from loved ones) prescriptions for potent drugs. Suicide rehearsal: “joking” light injection with a knife in the heart area, sometimes in front of witnesses. Visiting the site of a planned suicide.
– косвенное indirect	Признаки прощания: записка (в 1/3 случаев), иногда неоднократно исправляемая и дополняемая, с детальными указаниями, «чистая рубашка»; действия и распоряжения (завещание, подарки (фото) на память, избавление от ставших «ненужными» дорогих, возможно, лишь эмоционально, вещей и предметов, уничтожение личной переписки из ПК. Оплата долгов и (загодя) счетов. Распоряжения (сценарий) похорон. Signs of saying goodbye: a note (in 1/3 of cases), sometimes repeatedly corrected and supplemented, with detailed instructions, “a clean shirt”; actions and orders (will, gifts (photos) as keepsakes, getting rid of expensive, perhaps only emotionally, things and objects that have become “unnecessary”, destruction of personal correspondence from the PC. Payment of debts and (in advance) bills. Funeral orders (scenario).

Диагностика проявлений суицидальной активности включает оценку вербальных и невербальных, прямых и косвенных проявлений (табл. 2)

3. Оценка и анализ факторов риска суицида (см. часть I статьи [1]).

4. Наличие барьеров (см. часть I статьи [1] и способов их преодоления.

5. Оценка и выявление защитных механизмов (см. часть I статьи [1], возможность их актуализации, расширения и большего положительного влияния.

6. Итоговая оценка степени суицидального риска (табл. 3) должна осуществляться на основе комплексного подхода к выявлению и оценке факторов риска [12].

Diagnosis of manifestations of suicidal activity includes assessment of verbal and non-verbal, direct and indirect manifestations (Table 2).

3. Assessment and analysis of risk factors for suicide (see part I of article [1]).

4. The presence of barriers (see part I of article [1] and ways to overcome them.

5. Assessment and identification of protective mechanisms (see part I of the article [1], the possibility of their actualization, expansion and greater positive impact.

6. The final assessment of the degree of suicide risk (Tables 3) should be carried out on the basis of an integrated approach to identifying and assessing risk factors [12].

Таблица / Table 3

Степени (уровни) суицидального риска
Degrees (levels) of suicide risk [11]

Риск суицида Suicide risk	Характеристики Characteristics
Отсутствует Absent	
Минимальный Minimal	Суицидальной активности нет. Кратковременные спорадические антивитаальные переживания («не вижу просвета»), недовольство жизнью (уныние). Периодически сновидения с картинами смерти. There is no suicidal activity. Short-term sporadic anti-vital experiences (“I don’t see any light”), dissatisfaction with life (despondency). Periodically dreams with images of death.
Умеренный Moderate	Пассивное желание умереть («забыться бы», «скорей бы смерть»). Антисуицидальные тенденции («детей жалко», «не порадую врагов»). Passive desire to die (“to be forgotten”, “to die sooner”). Anti-suicidal tendencies (“I feel sorry for the children”, “I won’t please my enemies”).
Наибольший Highest	Неотступны (доминируют) мысли о суициде. «Безвыходная» ситуация. Разработан безальтернативный способ (план) суицида. Резкое изменение поведения: неконтролируемые ажитация, импульсивность, агрессия и аутоагрессия (самоповреждения). Физическое и / или психическое страдание (витаальная тоска), безнадежность, отчаяние, обременение собою, беспомощность (возможно, в дебюте психического расстройства). Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисе / утрате. Одиночество (социальная изоляция). Отказ от помощи, её недоступность. Сожаления, что «остался жив» после попытки / прерванного суицида. Неспособность самообслуживания (тяжёлый мучительный физический недуг). Thoughts about suicide are persistent (dominant). "No-win" situation. A non-alternative method (plan) of suicide has been developed. A sharp change in behavior: uncontrollable agitation, impulsivity, aggression and self-injury (self-harm). Physical and/or mental suffering (vital melancholy), hopelessness, despair, self-burden, helplessness (possibly at the onset of a mental disorder). Emotional-cognitive fixation on crisis / loss. Loneliness (social isolation). Refusal of help, its unavailability. Regrets that he “remained alive” after an attempted/interrupted suicide. Inability to care for oneself (severe, painful physical illness).

Как оказать помощь суицидальному человеку [5, 6, 7].

Зачастую, когда человек говорит, что он "устал от жизни" или "не видит в жизни никакого смысла", его слова либо не принимают всерьёз, либо ему приводят примеры других людей, которым удалось успешно справиться с ещё большими трудностями. Ни один из этих ответов не окажет на самом деле помощи суицидальному человеку. Первоначальный контакт с суицидальным человеком является самым важным.

Поэтому:

1. Первый шаг состоит в том, чтобы найти подходящее место для проведения спокойной беседы, по возможности наедине (в палате, без присутствия других пациентов, кабинет психолога и др.).

2. Следующим шагом является выделение необходимого времени. Людям с суицидальными тенден-

How to help a suicidal person [5, 6, 7].

Often, when a person says that he is “tired of life” or “doesn’t see any meaning in life,” his words are either not taken seriously, or he is given examples of other people who managed to successfully cope with even greater difficulties. None of these answers will actually help a suicidal person. Initial contact with the suicidal person is the most important.

That's why:

1. The first step is to find a suitable place for a calm conversation, if possible in private (in a ward, without the presence of other patients, a psychologist’s office, etc.).

2. The next step is to allocate the necessary time. People with suicidal tendencies

циями зачастую требуется довольно много времени, чтобы выразить свои переживания, потому следует психологически подготовиться к тому, чтобы посвятить им это время.

3. Далее, самая важная задача состоит в том, чтобы эффективно выслушать человека. Уже само предложение помощи и готовность выслушать является важным шагом к тому, чтобы ослабить уровень суицидального отчаяния.

Цель состоит в том, чтобы навести мост над пропастью, созданной недоверием, отчаянием и потерей ожиданий, и дать человеку надежду на изменение обстоятельств к лучшему или принятии текущей ситуации тяжёлой болезни.

Как следует вести беседу:

- слушать внимательно и сохранять спокойствие;
- понимать чувства человека (проявлять эмпатию);
- невербально (жестами) проявлять принятие и уважение;
- выражать уважение к мнениям и ценностям человека;
- разговаривать честно и искренне;
- проявлять участие, заботу и теплоту;
- фокусировать внимание на чувствах человека.

Как не следует вести беседу:

- беседу «отложить»;
- провести наспех;
- обещать скорое успешное решение всех проблем пациента и / или его близких;
- предлагать «взять себя в руки»;
- слишком часто перебивать;
- демонстрировать, что происходящее вас шокирует, проявлять слишком сильные эмоции;
- показывать, что вы заняты, и что у вас нет времени;
- проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или всезнающего человека);
- допускать тревожащую назойливость или неясность в высказываниях;
- задавать провокационные вопросы.

Общению и раскрытию пациентом своих переживаний способствует спокойное, принимающее и неосуждающее (без оценок) отношение.	NB!
--	-----

Если у сотрудников служб, оказывающих ПМП, возникают подозрения относительно суицидального поведения, то следует обратить на это внимание и оценить следующие факторы:

often take quite a long time to express their feelings, so they should be psychologically prepared to devote this time to them.

3. Next, the most important task is to listen to the person effectively. Just offering help and being willing to listen is an important step toward reducing suicidal despair.

The goal is to bridge the gap created by mistrust, despair and loss of expectations, and give the person hope for changing circumstances for the better or accepting the current situation of serious illness.

How to conduct a conversation:

- listen carefully and remain calm;
- understand a person’s feelings (show empathy);
- show non-verbally (gestures) acceptance and respect;
- express respect for a person’s opinions and values;
- talk honestly and sincerely;
- show participation, care and warmth;
- focus on the person’s feelings.

How not to conduct a conversation:

- “postpone” the conversation;
- carry out hastily;
- promise a quick successful solution to all problems of the patient and/or his loved ones;
- offer to “pull yourself together”;
- interrupt too often;
- demonstrate that what is happening shocks you, show too strong emotions;
- show that you are busy and that you don’t have time;
- show a patronizing attitude (talk from the position of an “elder” or all-knowing person);
- allow disturbing importunity or ambiguity in statements;
- ask provocative questions.

Communication and disclosure by the patient of his experiences is facilitated by a calm, accepting and non-judgmental (non-judgmental) attitude.	NB!
--	-----

If employees of services providing primary care have suspicions regarding suicidal behavior, then attention should be paid to this and the following factors should be assessed:

- mental state and presence of thoughts about death and suicide at the time of the study;

– психическое состояние и присутствие мыслей о смерти и самоубийстве в момент исследования;

– наличие плана самоубийства – насколько человек подготовлен, как скоро он собирается совершить суицидальный акт;

– наличие у человека системы социальной поддержки (семьи, друзей и др.) и других возможных компенсаторных (защитных) факторов.

Лучший способ узнать о том, помышляет ли человек о самоубийстве – это задать ему прямой вопрос об этом. Факты не подтверждают расхожее мнение, что разговоры о самоубийстве могут посеять мысли о нем в душе человека и спровоцировать его. Напротив, люди бывают очень благодарны и испытывают облегчение, когда им предоставляется возможность открыто обсудить темы и вопросы, над которыми они бьются уже достаточно долго.

Как следует задавать вопросы:

Задать человеку вопрос о присутствии у него мыслей о самоубийстве бывает весьма нелегко. Лучше всего подходить к этой теме постепенно. Ниже приведен ряд полезных для этого промежуточных вопросов:

– Бывает ли Вам грустно и тоскливо?

– Появляется ли у Вас чувство, что никому до Вас нет дела?

– Появляется ли у Вас чувство, что жить дальше не стоит?

– Возникает ли у Вас желание совершить самоубийство (добровольно уйти из жизни)?

Когда следует задавать вопросы:

– когда человек чувствует, что его понимают;

– когда чувство неловкости и скованности преодолено, и он (она) обсуждает свои переживания;

– когда он (она) рассказывает о негативных чувствах одиночества, беспомощности, тяжелом соматическом состоянии, и негативной оценке ситуации и т.п.

О чём именно следует спрашивать:

А) Чтобы выяснить, составил ли человек определённый план суицидальных действий:

– Вы составили план того, как именно собираетесь совершить самоубийство?

– Есть ли у Вас мысли о том, каким образом Вы собираетесь это сделать?

Б) Чтобы выяснить, имеются ли в распоряжении у человека орудия:

– У Вас уже есть таблетки, яд или другие средства?

– Легко ли Вам будет достать орудие?

– presence of a suicide plan - how prepared a person is, how soon he plans to commit a suicide act;

– the presence of a person's social support system (family, friends, etc.) and other possible compensatory (protective) factors.

The best way to find out if a person is contemplating suicide is to ask them directly about it. The facts do not support the popular belief that talking about suicide can sow thoughts about it in a person's soul and provoke it. On the contrary, people are very grateful and relieved when they are given the opportunity to openly discuss topics and questions that they have been struggling with for a long time.

How to ask questions:

Asking a person a question about the presence of suicidal thoughts can be very difficult. It is best to approach this topic gradually. Below are some useful interim questions:

– Do you ever feel sad and gloomy?

– Do you feel like no one cares about you?

– Do you have the feeling that life is no longer worth living?

– Do you have a desire to commit suicide (die voluntarily)?

When to ask questions:

– when a person feels that they are understood;

– when the feeling of awkwardness and constraint is overcome, and they discuss their experiences;

– when they talk about negative feelings of loneliness, helplessness, severe physical condition, and a negative assessment of the situation, etc.

What exactly should you ask:

A) To find out whether a person has made a definite plan for suicidal action:

– Have you made a plan for exactly how you are going to commit suicide?

– Do you have any thoughts on how you are going to do this?

B) To find out whether a person has tools at their disposal:

– Do you already have pills, poison or other means?

– Will it be easy for you to get the gun?

C) To find out whether a person has scheduled a certain time:

В) Чтобы выяснить, наметил ли человек определённое время:

– Вы уже решили, когда именно Вы собираетесь это сделать?

– Когда Вы планируете это сделать?

Все эти вопросы следует задавать с сочувствием, проявляя искреннее участие и заботу.

– Have you already decided when exactly you are going to do this?

– When do you plan to do this?

All of these questions should be asked with empathy, genuine concern and care.

Таблица / Table 4

Примерные вопросы при суицидальном поведении

Sample questions for suicidal behavior [11]

Вопросы (темы) Questions (topics)	Комментарии Comments
<i>1. Общие (вводные) вопросы / General questions</i>	
<p>Что Вас сейчас беспокоит? Как Ваше самочувствие? What is bothering you now? How do you feel?</p>	<p>Ознакомительные вопросы Questions to learn more about the person</p>
<i>2. Психопатологические суицидогенные симптомы / Psychopathological suicidal symptoms</i>	
<p>Каково по пятибалльной «школьной» оценке (покажите пять пальцев) настроение (сейчас, утром, вечером, последние 2 недели). Радует жизнь? Ощущаете безнадежность, тоску (душевную боль), беспомощность, тревогу, панику, отчаяние? Никому до Вас нет дела? Бремя для себя и окружающих, одиноки? Винаваты? Как спите (удовлетворены сном)? Полагает ли себя калекой, изгоем, бременем семьи? Жизнь утомительно бессмысленна? Хочется ли начинать день? Важно отличать антивитальное (депрессивное) настроение от депрессии с суицидальными мыслями и намерениями. Некоторые непрямо говорят о суицидальных намерениях («С меня достаточно»), что требует уточнения. According to a five-point assessment (show five fingers), what is your mood (now, in the morning, in the evening, for the last 2 weeks). Does life make you happy? Do you feel hopelessness, melancholy (mental pain), helplessness, anxiety, panic, despair? Nobody cares about you? A burden for yourself and others, lonely? Guilty? How do you sleep (are you satisfied with your sleep)? Do you consider yourself a cripple, an outcast, a burden on his family? Is life tediously meaningless? Do you want to start the day? It is important to distinguish anti-vital (depressive) mood from depression with suicidal thoughts and intentions. Some talk indirectly about suicidal intentions (“I’ve had enough”), which requires clarification.</p>	<p>Депрессия и ряд симптомов особенно суицидоопасны. Направление вопросов подсказывает наблюдение. Depression and a number of symptoms are particularly suicidal. The direction of the questions is suggested by observation.</p>
<p>Испытываете ли в отношении кого-то чувство обиды, раздражительности, агрессии? Do you feel resentment, irritability, or aggression towards someone?</p>	<p>Вербальная и невербальная агрессия часто предшествует СП. Verbal and nonverbal aggression often precedes SB.</p>
<p>Как часто употребляете спиртное / наркотики (не с целью контроля боли)? Есть ли проблемы в семье? Были ранее? Поведение в опьянении, абстиненции. How often do you use alcohol / drugs (not for pain control)? Are there problems in the family? Have you been before? Behavior in intoxication, withdrawal symptoms.</p>	<p>Употребление ПАВ облегчает СП и провоцирует суицидогенный конфликт. Use of surfactants facilitates SB and provokes suicidal conflict.</p>

3. Мысли о суициде (самоповреждении) - наличие, частота, длительность, выраженность, стойкость, самоконтроль / *Thoughts about suicide (self-harm) – presence, frequency, duration, severity, persistence, self-control*

Сочувствую Вам в трудное время. Понимаю, как тяжело Вам. Жизнь кажется бессмысленной, постылой, обесцененной? Возможен ответ (спонтанное высказывание): молю Б-га (врача, близких) прибавить поскорее, забыться. Смерть лучше такой жизни (пассивные суицидальные мысли). Сообщение о смерти отвлечённое («не стоит жить») или конкретное («Жаль, что не умер»). Бывают ли фантазии о смерти? Возможно, не стоит жить? Если «Да» – продолжить. Некоторые в такой ситуации подумывали о смерти. А как у вас? Намерены покончить с собой? Порой думают: «Я покончу с собой, коли станет совсем худо». Были ли (есть) у Вас подобные мысли? Было так худо последнее время (2 недели), что думали о смерти? Нанести себе вред или покончить с собой (активные суицидальные мысли). Когда появились? Насколько часты (мигомлетны), настойчивы (неотступны)? Как долго (продолжительность и стойкость)? Как удаётся их контролировать (совладать с ними)? Каково отношение к суицидальным мыслям / желаниям: отрицательное, двойственное, нейтральное (отстранённое); принятие. Когда-нибудь думали убить себя или желали себе смерти? Типичный ответ (спонтанное высказывание): «Подумываю что-то сделать, но никогда не сделаю». Важна информация о прошлых и настоящих мыслях, поведении, сроках, намерении, кто знает и как узнал.

Порой в депрессии, в тяготе жизни люди думают о самоубийстве. А Вы? Давно ли эти мысли? Как часто думаете о смерти? Какие события, обстоятельства обостряют мысли (одиночество)? Что приносит облегчение (близкие, работа, спиртное)? Насколько контролируете суицидальные мысли (способность отстранения – «да» – «нет» – «сомнение»)? Контроль сейчас и впредь (?) выраженности (доминирования) и постоянства в настоящем и прошлом мыслей, насколько они отражают пессимизм и безнадежность, чувство одиночества и обремененности собой и для окружающих.

I sympathize with you in difficult times. I understand how difficult it is for you. Does life seem meaningless, hateful, devalued? A possible answer (spontaneous statement): I pray to G-d (the doctor, loved ones) to tidy up as quickly as possible, to forget. Death is better than such a life (passive suicidal thoughts). The message about death is abstract (“it’s not worth living”) or specific (“It’s a pity that I didn’t die”). Do you have fantasies about death? Perhaps life isn't worth living? If “Yes,” continue. Some in this situation thought about death. And how are you? Are you planning to commit suicide? Sometimes they think: “I will commit suicide if things get really bad.” Have you ever had similar thoughts? Have you been so bad lately (2 weeks) that you thought about death? Harm or commit suicide (active suicidal ideation). When did they appear? How frequent (fleeting), persistent (persistent)? How long (duration and durability)? How do you manage to control them (cope with them)? What is the attitude towards suicidal thoughts/desires: negative, dual, neutral (detached); Adoption. Have you ever thought about killing yourself or wished you were dead? Typical answer (spontaneous statement): “I’m thinking about doing something, but I’ll never do it.” Information about past and present thoughts, behavior, timing, intentions, who knows and how they found out is important.

Sometimes, in depression, in the hardship of life, people think about suicide. And you? How long have these thoughts been going on? How often do you think about death? What events and circumstances exacerbate thoughts (lone-

Суицидальные мысли, планирование, попытки и самоубийства представляют континуум СП.

Suicidal thoughts, planning, attempts and suicides represent a continuum of SB.

Суицидальные мысли в настоящем и прошлом (не менее важно) – важный фактор риска СП.

Спонтанные преходящие мысли о конце жизни «нормальны» у пожилых и тяжело (безнадежно) больных

Suicidal thoughts in the present and past (no less important) is an important risk factor for SB.

Суицидальные мысли могут отрицать при прямых вопросах.

Spontaneous transient thoughts about the end of life "normal" in the elderly and seriously (hopelessly) sick. Suicidal thoughts may be denied when asked directly.

Обсуждение не увеличит риск СП даже в группе риска, но подчеркнет важность чувств суицидента.

Большинство двойственно в намерениях и ценит внимание к их жгучим проблемам. Discussion will not increase the risk of SP even in a group risk, but will emphasize the importance of suicidal feelings.

Most are ambivalent in their intentions and appreciate attention to their burning problems.

liness)? What brings relief (loved ones, work, alcohol)? How much control do you have over suicidal thoughts (ability to detach – “yes” – “no” – “doubt”)? Control now and in the future (?) of the severity (dominance) and constancy in the present and past of thoughts, to the extent they reflect pessimism and hopelessness, a feeling of loneliness and burdensomeness for oneself and for others.

4. Планирование суицида / *Planning suicide*

«Если бы убили себя, как бы сделали?». Если есть такие мысли, как намереваетесь покончить с собой? Планируете как? При утвердительном ответе («Да») уточнить следующее: Каким образом думаете это сделать? (Детализация плана). Уровень разработки: Есть ли конкретный план суицида? Выбраны время, место, обстоятельства, способ? Как часто обдумываете (разрабатываете) план? Насколько полагаете его смертельным (советовались, смотрели в интернете)? При планировании / попытке хотели (бы) именно / однозначно умереть (не заснуть на время, забыться)?
 “If you killed yourself, what would you do?” If you have such thoughts, how do you intend to commit suicide? Are you planning how? If the answer is affirmative (“Yes”), specify the following: How do you think you will do this? (Detailed plan). Level of development: Is there a specific suicide plan? Have you chosen the time, place, circumstances, method? How often do you think about (develop) a plan? How deadly do you think it is (have you consulted, looked on the Internet)?
 When planning / trying, would you like to / definitely die (not fall asleep for a while, forget yourself)?

! Намерения следует определить при суицидальных мыслях. План, способ самоубийства или подготовка к смерти указывают намерение, выявление, разработал ли пациент план – ключевая часть оценки риска самоубийства.
 ! Intentions should determine at suicidal thoughts. A plan, method of suicide, or preparation for death indicates intent; finding out whether the patient has developed a plan is a key part of assessing suicide risk.

5. Подготовка, доступность средства суицида. Намерение умереть / *Preparation, availability of means of suicide. Intent to die.*

Есть ли доступ к средству исполнения плана (накопление лекарств, ружьё на стене)? Уточнить занятость суицидента и его близких / знакомых (полицейский с табельным оружием, фармацевт). Насколько смертелен избранный способ?
 Репетиция суицида. «Примериваетесь»: прикладываете нож к груди, дуло ко лбу, размышляете о смерти у края выбранного моста, перрона, считаете припасённые таблетки, сверяясь с данными Сети о смертельной дозе; переделываете прощальное письмо? / попрощались в Сети (сообщили о решении на веб-форуме)?
 Предвосхищение: представляете (дали распоряжение) похороны, как люди (близкие, друзья и недруги, домашнее животное) воспримут Вашу смерть? Заверили ли (изменили) завещание, оформили страховку?
 Is there access to a means of executing the plan (stockpiling medicine, a gun on the wall)? Check the employment of the suicide victim and his relatives/acquaintances (policeman with a service weapon, pharmacist). How lethal is the chosen method?
 Suicide rehearsal. “You try it on”: you put the knife to your chest, the barrel to your forehead, you think about death at the edge of the chosen bridge, platform, you count the pills you have stored, checking the Internet data on the lethal dose; are you reworking your farewell letter? / said goodbye online (reported the decision on a web forum)?
 Anticipation: Can you imagine (have given orders) a funeral, how people (relatives, friends and enemies, a pet) will perceive your death? Have you certified (changed) your will or taken out insurance?

Выявление плана – ключевая часть оценки риска суицида.
 ! Если разработан потенциально смертельный выполнимый план при наличии средств и знаний для его выполнения, шансы самоубийства выше.
 ! Чем детальнее план при доступе к средству самоубийств, тем больше риск. Серьёзность намерения – из представлений суицидента о смертельности метода.
 Identifying a plan is a key part of assessing suicide risk.
 ! If developed a potentially lethal plan that can be carried out given the means and knowledge to carry it out execution, chances suicide rates are higher.
 ! The more detailed the plan when accessing a means of suicide, the greater the risk.

	<p>The seriousness of the intention is based on the suicide person's ideas about the lethality of the method.</p>
<p>Переживали нечто подобное раньше? Есть сходство в нынешних обстоятельствах? Сначала мысли, планы, попытки (включая прерванные), самоповреждения (шрамы, их расположение, факт госпитализации, длительность, отделение косвенно указывают тяжесть попытки); медико-социальные последствия. Рискованное поведение (вождение, половые связи). Подробности и обстоятельства попыток? Суицидальное поведение в семье (отношение обследуемого)? Как совладали? Ваше отношение к попытке? Важно отношение к ним пациента (настораживают легковесная критика, сожаление о «неудаче»)/</p> <p>Have you experienced something similar before? Are there similarities in current circumstances? First thoughts, plans, attempts (including interrupted ones), self-harm (scars, their location, fact of hospitalization, duration, department indirectly indicate the severity of the attempt); medical and social consequences. Risky behavior (driving, sexual intercourse). Details and circumstances of the attempts? Suicidal behavior in the family (attitude of the subject)? How did you cope? What is your attitude towards trying? The patient's attitude towards them is important (frivolous criticism and regret about "failure" are alarming).</p>	<p>Предыдущая суицидальная попытка (попытки, самоповреждения), их тяжесть определяет риск СП сегодня.</p> <p>Previous suicide attempt(s) self-harm), their severity determines SB risk today.</p>

6. Неблагоприятное жизненное событие (дистресс) / Adverse life event (distress).

<p>Что случилось? Не потеряли ли кого-либо близкого недавно? В связи с чем? Внезапно или после тяжелого недуга? Острые ухудшение здоровья или новый диагноз (у Вас, близкого)? Когда начался, каковы потери и стрессы (фактические и ожидаемые), текущее лечение (терапия и медикаменты)? Есть ли опыт аналогичных кризисов, или он является единственным в своем роде? Если да, то как этот эпизод сравнивается с предыдущими эпизодами? Чем отличается этот эпизод (например, потеря поддержки или прогрессирования поведения)? В последнее время (2 недели) что-то случилось столь плохое, что были мысли, что не стоит жить или лучше умереть?</p> <p>Зачем / почему хотите покончить с собой? Возможные ответы: избегание (душевной / физической боли), призыв о помощи, месть, воссоединение с умершим, протест, отказ от жизни, самонаказание.</p> <p>Проблемы с правоохранительными органами (суицидент как агрессор и жертва) в настоящем и прошлом. Судимости. Долги.</p> <p>What's happened? Have you recently lost someone close? In connection with what? Suddenly or after a serious illness? Acute deterioration in health or a new diagnosis (for you, a loved one)? When did it start, what are the losses and stresses (actual and expected), current treatment (therapy and medications)? Are there any experiences of similar crises, or is this one of its kind? If so, how does this episode compare to previous episodes? How is this episode different (eg, loss of support or progression of behavior)? Recently (2 weeks) has something happened so bad that you have been thinking that it is not worth living or that it is better to die?</p> <p>Why / why do you want to commit suicide? Possible answers: avoidance (mental/physical pain), call for help, revenge, reunion with the deceased, protest, abandonment of life, self-punishment.</p> <p>Problems with law enforcement agencies (suicide as an aggressor and victim) in the present and past. Criminal record. Debts.</p>	<p>Следует выяснить связи нынешнего суицидального поведения с межличностным (микросоциальным) или внутриличностным кризисом («психотический кризис» исключён), особенно у зависимых от ПАВ и / или с расстройствами личности.</p> <p>Connections should be explored current suicidal behavior with interpersonal (microsocial) or intrapersonal crisis ("psychotic crisis" is excluded), especially in addicted to psychoactive substances and/or with personality disorders.</p> <p>Психологический смысл суицида: независим от многообразия конфликтов.</p> <p>The psychological meaning of suicide: independent of the variety of conflicts.</p>
--	---

7. Антисуицидальные (защитные) факторы / *Anti-suicidal (protective) factors.*

Что «держит» в жизни («основания жить»): семья, религия, страх. Что мешает от мыслей (замыслам) перейти к делу? Можете им противостоять? Что / кто поможет / помогает защититься (чувство долга, страх, близкие, работа, медпомощь, вера, спиртное)? Насколько сильно желание жить? Каковы причины жить? В чем цель и смысл жизни? Есть надежда? На вопрос почему не думает (более не думает) о самоубийстве избавившийся от суицидальных побуждений (преодолевший кризис) ответит о смысле и ценностях жизни.

What “holds” in life (“reasons to live”): family, religion, fear. What prevents you from moving from thoughts (plans) to action? Can you resist them? What/who will help/help protect yourself (sense of duty, fear, loved ones, work, medical care, faith, alcohol)? How strong is the desire to live? What are the reasons to live? What is the purpose and meaning of life? Is there hope? When asked why he doesn’t think (no longer thinks) about suicide one who has gotten rid of suicidal urges (overcome the crisis) will answer about the meaning and values of life.

Социальная / неформальная поддержка.

Готовность принять помощь.

Social / informal support.

Willingness to accept help.

Тактика ведения пациентов с учётом степени суицидального риска

Учитывая особенности контингента и ведущее значение в их суицидальной активности основного заболевания и ассоциированных с ним негативных факторов, важным условием профилактики суицидальной активности пациентов является оказание своевременной и качественной ПМП с достижением максимально возможного контроля основных проявлений болезни (боль, одышка, ограничение самообслуживания и предоставления мероприятий психологического характера и ухода и др.).

Незначительный риск: суицидальной активности нет. Кратковременные спорадические антивитальные переживания («не вижу просвета»), недовольство жизнью (уныние). Периодически сновидения с картинками смерти, однако никаких определенных планов он не строит.

Необходимые действия:

- предложить эмоциональную поддержку;
- проработать суицидальные чувства. Чем более открыто человек расскажет об утрате, одиночестве, чувстве своей никчемности, тем меньшим станет накал его эмоций. Когда утихнет буря чувств, человек, скорее всего, перейдёт к размышлениям. Этот мыслительный процесс чрезвычайно важен, так как никто, кроме самого индивидуума, не сможет отменить его решение о самоубийстве и принять решение в пользу жизни;

- фокусировать внимание на позитивных, сильных сторонах человека, поощряя его к разговору о том, каким образом ему удавалось разрешить возник-

Patient management tactics taking into account the degree of suicidal risk

Considering the characteristics of the population and the leading role in their suicidal activity of the underlying disease and the negative factors associated with it, an important condition for the prevention of suicidal activity in patients is the provision of timely and high-quality primary care with achieving the maximum possible control of the main manifestations of the disease (pain, shortness of breath, limitation of self-care and provision of psychological measures character and care, etc.).

Slight risk: no suicidal activity. Short-term sporadic anti-vital experiences (“I don’t see any light”), dissatisfaction with life (despondency). Periodically he has dreams with pictures of death, but he does not make any definite plans.

Necessary actions:

- offer emotional support;
- work through suicidal feelings. The more openly a person talks about loss, loneliness, and feelings of worthlessness, the less intense their emotions will become. When the storm of feelings subsides, the person will most likely move on to reflection. This thought process is extremely important, since no one except the individual himself can reverse his decision to commit suicide and make a decision in favor of life;

- focus on the positive, strengths of the person, encouraging him to talk about

кавшие ранее аналогичные или иные проблемы, не прибегая к самоубийству.

Риск средней степени: у человека присутствуют суицидальные мысли и составлен план, однако он не собирается совершить самоубийство немедленно.

Необходимые действия:

– предложить эмоциональную поддержку, проработать суицидальные чувства человека, сфокусировать внимание на его сильных сторонах;

– воспользоваться амбивалентностью чувств. Следует концентрировать внимание на неоднозначности чувств и желаний суицидального пациента, чтобы постепенно укрепить его желание жить;

– обсудить альтернативы самоубийства. Тот, кто оказывает помощь в данный момент, должен попытаться проанализировать различные альтернативные способы решения проблемы. Пусть нет идеальных решений, следует обсудить все варианты в надежде на то, что пациент остановится на одном из них;

– связаться с семьей, друзьями и коллегами пациента, чтобы привлечь их к оказанию поддержки.

Высокий риск: у человека разработан план, он располагает средствами, необходимыми для его выполнения, и планирует сделать это немедленно или в ближайшей перспективе.

Необходимые действия:

– при суицидальных намерениях пациент не должен быть без присмотра. Не оставлять его одного ни на минуту;

– осторожно, мягко поговорить с человеком и постараться сделать недоступными для него орудия и средства самоубийства (забрать у него таблетки, нож, пистолет, яд и т.п.);

– немедленно связаться с психиатром или опытным врачом иного профиля и организовать госпитализацию;

– информировать семью и привлечь ее членов к оказанию поддержки.

Общие меры по профилактике суицидального поведения

1. Использование ресурсов – должно проводиться всегда и независимо от степени риска.

Обычно доступными источниками поддержки являются:

- семья;
- друзья;
- коллеги по работе;
- священник;
- медицинские работники;
- психологи.

how he was able to resolve previous similar or other problems without resorting to suicide.

Moderate risk: The person has suicidal thoughts and has made a plan, but does not intend to commit suicide immediately.

Necessary actions:

– offer emotional support, work through a person's suicidal feelings, and focus on their strengths;

– take advantage of ambivalence of feelings. Attention should be focused on the ambiguity of the suicidal patient's feelings and desires in order to gradually strengthen his desire to live;

– discuss alternatives to suicide. The person providing assistance at the moment should try to analyze various alternative ways of solving the problem. Although there are no ideal solutions, all options should be discussed in the hope that the patient will settle on one of them;

– Contact the patient's family, friends and colleagues to encourage them to provide support.

High risk: The person has a plan, has the funds necessary to carry it out, and plans to do so immediately or in the near term.

Necessary actions:

– in case of suicidal intentions, the patient should not be unattended. Don't leave him alone for a minute;

– carefully, gently talk to the person and try to make the instruments and means of suicide inaccessible to him (take away his pills, knife, pistol, poison, etc.);

– immediately contact a psychiatrist or an experienced doctor of another profile and arrange hospitalization;

– inform the family and involve its members in providing support.

General measures to prevent suicidal behavior

1. Use of resources – must always be carried out regardless of the degree of risk.

Typically available sources of support are:

- family;
- friends;
- colleagues;
- priest;
- medical workers;
- psychologists.

Как следует использовать имеющиеся ресурсы?

Вначале желательно получить у суицидального пациента разрешение привлечь для его поддержки те или иные ресурсы, а затем связаться с ними. Даже если разрешение не будет получено, попытаться найти кого-нибудь, кто проявил бы к суицидальному человеку особое сочувствие. Чтобы суицидальный человек не почувствовал обиды или отсутствия заботы, следует побеседовать с ним (с ней) заранее, объяснив, что иногда бывает легче говорить с чужим человеком, чем с близким.

Поговорить с людьми – источниками поддержки, стараясь не обвинять их ни в чём и не вызывая у них чувства вины. Привлечь их к осуществлению действий, которые планируется предпринять. Учесть также и их потребности в психологической помощи.

2. Ограничение доступа к средствам суицида – должно проводиться всегда, независимо от степени риска и системно [6, 13].

Эти меры могут включать:

- ограничение возможности накопления большими медикаментов (как в стационаре, так и домашних условиях), в том числе системный контроль за расходом получаемых пациентом и выдаваемых ему лекарственных средств;

- контроль за системой закрытия окон, лифтовых шахт в лечебных учреждениях (выше первого этажа) и доступа к ним пациентов (предупреждение умышленного падения);

- контроль доступа к лестничным пролётам (возможны варианты дизайнерского оформления систем, предупреждающих падение);

- контроль доступа к техническим, бытовым и другим мало используемым помещениям в лечебном учреждении с целью совершения самоповешения, самопорезов;

- ограничение доступа к оружию (охотники, сотрудники МВД, вооруженных сил, в том числе имеющих наградное оружие);

- ограничение и контроль доступа к раздражающим средствам кулинарии (например, уксусная кислота) и средствам бытовой химии.

3. Суицидологическая настороженность всего медицинского персонала – обязательный элемент организации общей системы суицидальной превенции лечебного учреждения.

4. Медикаментозное лечение при суицидальном поведении – проводится по показаниям, с учётом выявляемых ведущих психопатологических нарушений.

How should available resources be used?

First, it is advisable to obtain permission from the suicidal patient to engage in certain resources to support him, and then contact them. Even if permission is not obtained, try to find someone who would show special compassion for the suicidal person. To prevent a suicidal person from feeling hurt or neglected, you should talk to him or her in advance, explaining that sometimes it is easier to talk to a stranger than to a loved one.

Talk to people who are sources of support, trying not to blame them for anything or make them feel guilty. Involve them in the actions that are planned to be taken. Also take into account their needs for psychological assistance.

2. Restricting access to means of suicide should always be carried out, regardless of the degree of risk and systematically [6, 13].

These measures may include:

- limiting the possibility of patients accumulating medications (both in hospital and at home), including systemic control over the consumption of medications received by the patient and given to him;

- control over the system of closing windows, elevator shafts in medical institutions (above the first floor) and patient access to them (prevention of intentional falls);

- control of access to stairwells (design options for fall prevention systems are possible);

- control of access to technical, household and other little-used premises in health care facilities for the purpose of committing self-hanging, self-cutting;

- restriction of access to weapons (hunters, employees of the Ministry of Internal Affairs, armed forces, including those with award-winning weapons);

- limiting and controlling access to irritating cooking products (for example, acetic acid) and household chemicals.

3. Suicidological alertness of all medical personnel is a mandatory element of the organization of the general system of suicide prevention of a medical institution.

4. Drug treatment for suicidal behavior – carried out according to indications, taking into account the identified leading psy-

Самоубийство, суицид при врачебном содействии и эвтаназия

Самоубийство паллиативных пациентов, к сожалению, не редкое явление. Оно является преимущественно добровольным выбором в условиях тяжёлой болезни, и, как правило, под влиянием других негативных социальных и психологических факторов. Предупреждение суицида представляет собой важную задачу на всех этапах оказания ПМП.

Нередко больные задают вопросы в отношении суицида при врачебном содействии (предоставление пациенту средств прекращения жизни, например, выписывание или передача лекарства в заведомо смертельной дозе) или эвтаназии (введение врачом смертельной дозы с согласия или без согласия пациента). В Российской Федерации суицид при врачебном содействии и эвтаназия запрещены законом, и не могут быть предложены пациенту в качестве способа прекращения жизни.

Заключение

Снижение суицидальной активности и числа погибающих от самоубийства пациентов, нуждающихся в ПМП, важная и вполне осуществимая задача. Организация комплекса мер, направленных на профилактику, раннюю диагностику и своевременное оказание помощи, может явиться залогом успешного решения этой проблемы.

Представленные в этой статье материалы могут быть использованы в качестве методических материалов для практической работы медицинского персонала с данной категорией пациентов.

Литература / References:

1. Зотов П.Б., Невзорова Д.В. Суицидальное поведение больных паллиативного этапа наблюдения Часть I. Клиника, распространенность, факторы риска. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2023; 3 (20): 30-37. [Zotov P.B., Nevzorova D.V. Suicidal behavior of palliative care patients Part I. Clinic, prevalence, risk factors. *Pallium: palliative and hospice care*. 2023; 3 (20): 30-37.] (In Russ)
2. Evangelista C.B., Lopes M.E., Costa S.F., Batista P.S., Batista J.B., Oliveira A.M. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016 Jun; 69 (3): 591-601. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690324i. PMID: 27355311
3. Lau J., Khoo A.M., Ho A.H., Tan K.K. Psychological resilience among palliative patients with advanced cancer: A systematic review of definitions and associated factors. *Psychooncology*. 2021 Jul; 30 (7): 1029-1040. DOI: 10.1002/pon.5666. PMID: 33728728
4. Stilos K., Ford B., Lilien T., Moore J.J. the role of spiritual care with the introduction of an end of life order set. *Pastoral Care Counsel*. 2019 Mar; 73 (1): 41-48. DOI: 10.1177/1542305018822283. PMID: 30895857

chopathological disorders.

Suicide, medically assisted suicide and euthanasia

Suicide of palliative patients, unfortunately, is not a rare occurrence. It is predominantly a voluntary choice in conditions of serious illness, and, as a rule, under the influence of other negative social and psychological factors. Suicide prevention is an important task at all stages of primary health care.

Patients often ask questions regarding physician-assisted suicide (providing a means of ending a patient's life, such as prescribing or giving a drug in a known lethal dose) or euthanasia (administration of a lethal dose by a physician with or without the patient's consent). In the Russian Federation, physician-assisted suicide and euthanasia are prohibited by law and cannot be offered to a patient as a method of ending life.

Conclusion

Reducing suicidal activity and the number of patients dying from suicide in need of primary care is an important and feasible task. Organizing a set of measures aimed at prevention, early diagnosis and timely provision of assistance can be the key to a successful solution to this problem.

The materials presented in this article can be used as teaching materials for the practical work of medical personnel with this category of patients.

5. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. ВОЗ, 2006. [Suicide prevention. A reference guide for consultants. WHO, 2006.] (In Russ)
6. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Превенция самоубийств. Руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь. ВОЗ, 2000. [Suicide prevention. A guide for primary care providers. WHO, 2000.] (In Russ)
8. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс. ... докт. мед. наук / ГУ «НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН». Томск, 2005. [Zotov P.B. Suicidal behavior of patients with advanced cancer (etiopathogenesis, clinical forms, optimization of palliative care): Diss. ... Doctor of Medical Sciences / State Institution "Research Institute of Mental Health of the Scientific Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences". Tomsk, 2005.] (In Russ)
9. Yardley I., Yardley S., Williams H., Carson-Stevens A., Donaldson L.J. Patient safety in palliative care: A mixed-methods study of reports to a national database of serious

- incidents. *Palliat Med.* 2018 Sep; 32 (8): 1353-1362. DOI: 10.1177/0269216318776846. PMID: 29856273
10. Jaiswal R., Alici Y., Breitbart W. A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *Int Rev Psychiatry.* 2014 Feb; 26 (1): 87-101. DOI: 10.3109/09540261.2013.868788. PMID: 24716503
11. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 23-35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology = Suicidologiya.* 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)
12. Steeg S., Quinlivan L., Nowland R., Carroll R., Casey D., Clements C., Cooper J., Davies L., Knipe D., Ness J., O'Connor R.C., Hawton K., Gunnell D., Kapur N. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry.* 2018 Apr 25; 18 (1): 113. DOI: 10.1186/s12888-018-1693-z. PMID: 29699523; PMCID: PMC5921289.
13. Гарагашева Е.П., Фадеева А.И. Вопросы превенции суицидальных действий онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (6): 18-20. [Garagasheva E.P., Fadeeva A.I. Issues of prevention of suicidal actions of cancer patients. *Academic Journal of West Siberia = Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri.* 2020; 16 (6): 18-20.] (In Russ)

SUICIDAL BEHAVIOR OF PALLIATIVE CARE PATIENTS. PART II: ASSISTANCE AND PREVENTION

P.B. Zotov, D.V. Nevzorova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;
gyn_nevzorova@mail.ru

Abstract:

The article is devoted to the suicidal behavior of patients in the palliative stage of observation for various diseases. In Part II issues of assessing suicidal risk, features of communication with patients, including sample questions and rules for constructing a conversation during suicidal behavior, forms of psychological support, as well as general and specific preventive measures are considered. The presented materials are in the nature of methodological materials for the practical work of medical personnel with this category of patients.

Keywords: palliative care, palliative patient, suicide, suicidal behavior, suicide prevention

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка концепции статьи, написание и редактирование текста рукописи;

Д.В. Невзорова: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: the article concept development, writing and editing of the text of the manuscript;

D.V. Nevzorova: writing and editing of the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 03.11.2023. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.11.2023.

Для цитирования: Зотов П.Б., Невзорова Д.В. Суицидальное поведение больных паллиативного этапа наблюдения. Часть II: помощь и профилактика. *Суицидология.* 2023; 14 (4): 108-126. [doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04\(53\)-108-126](https://doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-108-126)

For citation: Zotov P.B., Nevzorova D.V. Suicidal behavior of palliative care patients. Part II: assistance and prevention. *Suicidology.* 2023; 14 (4): 108-126. (In Russ / Engl) [doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04\(53\)-108-126](https://doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-108-126)