



PAŠNĀVĪBU NOVĒRŠANA

MATERIĀLS VISPĀRĒJĀS PRAKSES ĀRSTIEM



Materiāla izdevējs ir Pasaules Veselības organizācija.
Materiāls izdots 2000.gadā ar nosaukumu
„Preventing suicide: a resource for general physicians”

© **World Health Organization 2000**

Pasaules Veselības organizācijas Ģenerāldirektors
piešķīris izdevuma tulkošanas tiesības Valsts aģentūrai
„Sabiedrības veselības aģentūra”, kas ir pilnībā atbildīga
par tulkojumu latviešu valodā.

© **Sabiedrības veselības aģentūra 2009**

PAŠNĀVĪBU NOVĒRŠANA

MATERIĀLS VISPĀRĒJĀS PRAKSES ĀRSTIEM

Šis materiāls ir viens no sērijas, kas paredzēta specifiskām sociālās jomas un citām profesionāļu grupām, kas darbā saskaras ar pašnāvību novēršanas jautājumiem.

Materiāls sagatavots SUPRE programmas ietvaros kā Pasaules Veselības organizācijas starptautiska iniciatīva pašnāvību novēršanai.

Atslēgas vārdi: pašnāvība/ novēršana/ materiāli/ vispārējās prakses ārsti/ apmācība/ primārā veselības aprūpe.

Psihiskie un uzvedības traucējumi
Garīgās veselības aprūpes departaments
Pasaules Veselības organizācija
Ženēva
2000

SATURA RĀDĪTĀJS

Priekšvārds.....	5
Pašnāvības risks.....	6
Pašnāvība un psihiski traucējumi.....	7
Pašnāvība un somatiskas saslimšanas.....	10
Pašnāvība un sociāli demogrāfiskie faktori.....	11
Kā atpazīt pacientus, kuriem ir paaugstināts pašnāvības izdarīšanas risks.....	13
Pašnāvnieciski noskaņotu pacientu aprūpe.....	16
Pacientu nosūtīšana speciālistu aprūpei.....	17
Kopsavilkums par pašnāvību profilaksi.....	19
Atsauces.....	20

PRIEKŠVārds

Pašnāvība ir daudzpusīgs fenomens, kas gadsimtiem ilgi pievērsis filozofu, teologu, ārstu, sociologu un mākslinieku uzmanību; saskaņā ar franču filozofa Alberta Kamī teikto darbā *The Myth of Sisyphus*, tā ir vienīgā nopietnā filozofiskā problēma.

Pašnāvību jautājumam, kā būtiskai sabiedrības veselības aizsardzības problēmai, nepieciešams veltīt uzmanību, tomēr tās novēršana un savlaicīga situācijas kontrole diemžēl nav viegls uzdevums. Pētījumi liecina, ka pašnāvību novēršanu nosaka dažādas aktivitātes - sākot no tā, ka bērniem un jauniešiem nodrošināti iespējami labākie augšanas un attīstības apstākļi, sniegta efektīva un profesionāla palīdzība psihisko traucējumu ārstēšanā, līdz pietiekamai vides riska faktoru kontrolei. Būtiski un veiksmīgi pašnāvību novēršanas programmu pasākumi ir informācijas izplatīšana par pašnāvību profilakses jautājumiem, tādējādi aktualizējot un pievēršot cilvēku uzmanību šim jautājumam.

1999.gadā Pasaules Veselības organizācija uzsāka dalību SUPRE programmā, realizējot vispasaules iniciatīvu pašnāvību novēršanas jomā. Šis materiāls ir daļa sērijas, kas sagatavota SUPRE programmas ietvaros, un tas paredzēts specifisku sociālo un profesionālo grupu speciālistu zināšanu padziļināšanai, tādējādi dodot būtisku ieguldījumu pašnāvību mazināšanas jomā. Programma veidota kā dažādu nozaru savstarpējas sadarbības tīkls, ietverot plašu cilvēku loku un grupu līdzdalību, tai skaitā - veselības aizsardzības profesionāļus, sociālās aģentūras, valdības, likumdošanas un likumu ieviešanas institūcijas, sociālos darbiniekus, ģimeni un sabiedrību kopumā.

Īpaši pateicamies *dr. Jean-Pierre Soubrier* (Groupe Hospitalier Cochin, Parīze, Francija), kurš sastādījis šī materiāla iepriekšējo izdevumu. Pateicamies Pasaules Veselības organizācijas starptautiskā pašnāvību novēršanas tīkla pārstāvjiem, kuri materiālu pilnveidojuši:

Dr. Sergio Perez Barrero, Hospital de Bavamo, Granma, Kuba;

Dr. Annete Beauvais, Christchurch medicīnas skola, Christchurch,
Jaunzēlande;

Prof. Diego de Leo, Griffith universitāte, Brisbane, Austrālija;

Dr. Ahmed Okasha, Ain Shams universitāte, Kaira, Ēģipte;

Prof. Lourens Schlebusch, Natal universitāte, Durban, Dienvidāfrika

Dr. Airi Varnik, Tartu universitāte, Tallina, Igaunija;

Prof. Danuta Wasserman, Nacionālais pašnāvību izpētes un
kontroles centrs, Stokholma, Zviedrija;

Dr. Shutao Zhai, Nanjing Medicīnas universitātes Smadzeņu saslimšanu hospitālis,
Nanjing, Ķīna.

Izsakām pateicību arī *Dr. Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Chennai, Indija, par palīdzību šī materiāla iepriekšējās versijas rediģēšanā.

Šie materiāli tagad tiek plaši izplatīti. Ceram, ka tos tulkos, pielāgojot vietējiem apstākļiem un tādējādi uzlabojot to efektivitāti. Laipni gaidām komentārus un iesniegumus tulkošanas atļauju iegūšanai.

Dr. J.M. Bertolote

Koordinatori, Garīgās veselības un uzvedības traucējumi

Garīgās veselības aprūpes departaments

Pasaules Veselības organizācija

PAŠNĀVĪBU NOVĒRŠANA

INFORMĀCIJA PRIMĀRĀS APRŪPES ĀRSTIEM

Viens no skumjākiem notikumiem, ar ko var saskarties ārsts, ir pacienta pašnāvība. Neticība, pārliecības zudums, dusmas un kauns ir biežāk sastopamās izjūtas, kādas pārdzīvo ārsti saskaroties ar šādu atgadījumu. Pacienta pašnāvība var izraisīt tādas izjūtas kā profesionāla neprasme, šaubas par savu kompetenci un bailes par reputāciju. Turklāt, ārsti var saskarties ar ievērojamām grūtībām, kontaktējoties ar mirušā ģimeni un draugiem.

Šis materiāls paredzēts galvenokārt vispārējās prakses ārstiem. Tā mērķis - sniegt informāciju par būtiskākiem traucējumiem un citiem faktoriem, kas saistīti ar pašnāvībām, kā arī padziļināt zināšanas par to, kā savlaicīgi atpazīt uz pašnāvības izdarīšanu noskaņotus pacientus un kā veidot saskarsmi ar šādiem pacientiem.

PAŠNĀVĪBAS RISKS

Pēc Pasaules Veselības organizācijas aprēķiniem, apmēram 1 miljons cilvēku, iespējams, varētu izdarīt pašnāvību 2000.gadā. Pašnāvība ir viens no desmit biežākiem nāves iemesliem visās valstīs, un viens no trīs biežākiem nāves iemesliem vecuma grupā no 15 līdz 35 gadiem.

Pašnāvības psiholoģiskā un sociālā ietekme uz ģimeni un sabiedrību nav izmērāma. Vidēji, viens pašnāvības gadījums ievērojami ietekmē vismaz sešus cilvēkus. Ja pašnāvība izdarīta skolā vai darba vietā, šis notikums var ietekmēt simtiem cilvēku.

Pašnāvību risku var novērtēt pēc *DALY* rādītājiem (invaliditātes dēļ zaudētie dzīves gadi). Saskaņā ar šo indikatoru, 1998.gadā pašnāvību rādītājs bija 1,8% no kopējo slimību skaita pasaulē, svārstoties starp 2,3% augstu ienākumu valstīs un 1,7% zemu ienākumu valstīs. Līdzīgi rādītāji sastopami karu un slepkavību gadījumos, tie ir divreiz lielāki kā cukura diabēta gadījumos, un vienlīdzīgi ar jaundzimušo asfiksijas un traumu gadījumu skaitu.

PAŠNĀVĪBA UN PSIHISKI TRAUCĒJUMI

Pašnāvību šodien raksturo kā daudzdimensionālu traucējumu, kura cēlonis ir dažādu bioloģisku, ģenētisku, psiholoģisku, sociālu un vides faktoru savstarpēja iedarbība. Pētījums liecina, ka apmēram 40% - 60% cilvēku, kuri izdarījuši pašnāvību, konkrētajā mēnesī pirms tam apmeklējuši ārstu; no tiem lielākā daļa – vispārējās prakses ārstu, nevis psihiatru. Valstīs, kurās psihiatrijas palīdzības dienests līdz šim nefunkcionē pilnvērtīgi, pastāv vēl lielāka iespējamība, ka pašnāvības krīzes un pašnāvības riska gadījumā, cilvēks vairāk konsultējas tieši ar vispārējās prakses ārstu.

Pašnāvības novēršanā ļoti svarīgs ārsta uzdevums - savlaicīgi atpazīt, novērtēt un sniegt palīdzību uz pašnāvības izdarīšanu noskaņotiem pacientiem.

Pašnāvība nav nedz slimība, nedz slimības izpausme, tomēr vieni no galvenajiem pašnāvības izdarīšanas cēloņiem ir psihiski traucējumi.

Pētījumi, kas veikti gan attīstītās, gan jaunattīstības valstīs, liecina, ka 80-100% gadījumos no kopējā izdarīto pašnāvību skaita, tās sekmējuši psihiski traucējumi. Pierādīts, ka pašnāvības izdarīšanas risks dzīves laikā cilvēkiem, kuriem konstatēti garastāvokļa traucējumi ir 6-15% (galvenokārt - depresijas rezultātā); alkoholisms: 7-15%, šizofrēnija: 4-10%.

Tomēr ievērojams skaits cilvēku, kuri izdarījuši pašnāvību, nav apmeklējuši psihiatru. Tātad - psihisko traucējumu savlaicīga konstatēšana un nosūtīšana pie speciālista ir svarīgs vispārējās prakses ārsta uzdevums pašnāvību novēršanā.

Cilvēkiem, kuri izdara pašnāvības, parasti konstatēti vairāk nekā viens traucējums. Biežāk sastopamie traucējumi, kas izpaužas vienlaicīgi ir alkoholisms, garastāvokļa traucējumi (depresija), personības traucējumi un citi.

Svarīgs vispārējās prakses ārsta uzdevums ir sadarbība ar psihiatru un sekošana tam, lai pacients saņemtu piemērotu ārstēšanu.

Garastāvokļa traucējumi

Ar pašnāvību var būt saistīti visu veidu garastāvokļa traucējumi - bipolāri afektīvi traucējumi, depresijas epizodes, rekurenti depresīvi traucējumi un persistējoši garastāvokļa traucējumi (piemēram, ciklotīmija, distīmija), kuri ietilpst F31-F32 un ICD-10 kategorijās. Augsts pašnāvību risks vērojams neatpazītu un neārstētu depresiju gadījumos. Depresiju gadījumu skaits populācijā ir ievērojams, turklāt daudzi to neatzīst par saslimšanu. Apzināts, ka apmēram 30% psihiatrijas pacientu cieš no depresijas. Aptuveni 60% cilvēku, kuriem nepieciešama specifiska ārstēšana, sākotnēji apmeklē tieši ģimenes ārstu. Tas ir īpašs izaicinājums ārstam - vienlaicīgi pievērst uzmanību fiziskai saslimšanai un psiholoģiskiem traucējumiem. Daudzos gadījumos depresija noris slēptā formā un pacienti var sūdzēties vienīgi par somatiska rakstura problēmām.

Tipiskām depresijas epizodēm raksturīgi:

- **depresīvs, nomākts garastāvoklis (skumjas)**
- **interesu, prieka un emocionālas apmierinātības izjūtas trūkums**
- **enerģijas trūkums (cilvēks ātri nogurst, samazinātas aktivitātes)**

Biežāk sastopamie depresijas simptomi:

- nogurums
- skumjas
- uzmanības koncentrēšanas problēmas
- nemiers
- uzbudināmība
- miega traucējumi
- sāpes dažādās ķermeņa daļās.

Šie simptomi var liecināt par iespējamu depresijas esamību un mudināt izvērtēt pašnāvības risku. Specifiski klīniskie simptomi, kas liecina par paaugstinātu pašnāvību risku pacientiem, kuri sirgst ar depresiju ir:

- ilgstošs bezmiegs
- nevērība pret sevi
- smaga slimība (īpaši, psihotiska depresija)
- pavājināta atmiņa
- uzbudinājums

- panikas lēkmes.

Pašnāvības iespējamību cilvēkiem, kuri slimo ar depresiju, palielina šādi faktori:

- vīrieši, kuri vecāki par 25 gadiem
- agrīna saslimšanas fāze
- alkohola atkarība
- bipolāro traucējumu depresīvā fāze
- jaukts (maniakāli-depresīvs) stāvoklis
- psihotiska mānija.

Depresija ir nozīmīgs pašnāvību riska faktors gan jauniem, gan gados vecākiem cilvēkiem, taču lielāks risks novērots cilvēkiem ar vēlāku depresijas sākumu.

Jaunākie sasniegumi depresiju ārstēšanā ir ļoti nozīmīgi pašnāvību novēršanai primārajā veselības aprūpē. Zviedrijas pieredze liecina, ka vispārējās prakses ārstu apmācība depresiju atpazīšanā un palīdzības sniegšanā kompetences ietvaros, ir samazinājusi pašnāvību skaitu. Epidemioloģiskie dati liecina, ka pašnāvības risku pacientiem samazina savlaicīga antidepresantu lietošana. Medikamentozo ārstēšanu pilnās terapeitiskās devās ieteicams turpināt vairākus mēnešus. Gados vecākiem cilvēkiem rekomendē turpināt medikamentozo terapiju arī divus gadus pēc atveseļošanās. Zemāks pašnāvību risks novērots to pacientu vidū, kuri saņem regulāru litija uzturošo terapiju.

Alkoholisms

Alkoholisms (gan pārmērīga alkohola lietošana, gan atkarība no alkohola) ir bieži sastopama diagnoze cilvēkiem, īpaši gados jauniem, kuri izdarījuši pašnāvību. Starp pašnāvībām un alkoholismu vērojama bioloģiska, psiholoģiska un sociāla rakstura saikne. Alkohola atkarīgo vidū paaugstināts pašnāvību risks saistīts ar šādiem faktoriem:

- agrīna alkoholisma attīstība
- ilgstoša alkohola lietošanas vēsture
- augsta atkarības pakāpe
- depresīvs garastāvoklis
- nepietiekama fiziskā veselība
- nepietiekamas darba spējas
- alkoholisms ģimenē
- dažāda veida attiecību izjukšana.

Šizofrēnija

Pašnāvība ir galvenais agrīnas nāves iemesls šizofrēnijas slimnieku vidū. Pašnāvības specifiskie riska faktori šajā gadījumā ir:

- jauns, nestrādājošs vīrietis
- bieži, atkārtoti slimības paasinājumi
- bailes no stāvokļa pasliktināšanās (vērojams galvenokārt cilvēkiem ar augstu intelektu)
- mānijas un aizdomīguma simptomi
- depresijas simptomi.

Pašnāvības risks ir visaugstākais:

- agrīnā slimības stadijā
- agrīnā slimības atkārtotā gadījumā
- agrīnas atveseļošanās gadījumā.

Jo ilgāka saslimšana, jo pašnāvības risks ir mazāks.

Personības traucējumi

Pētījumi liecina par izteiktu personības traucējumu dominēšanu (robežās no 20-50%) gados jaunu pašnāvību izdarījušu cilvēku vidū. Personības traucējumi, kas biežāk var būt par cēloņiem pašnāvības izdarīšanai, ir robežstāvokļi, antisociāla uzvedība, kā arī izteikti narcistiska veida personības traucējumi un noteiktas rakstura īpašības (piem., impulsivitāte, agresivitāte).

Uztraukuma, stresa izraisīti traucējumi

Neirotisku, ar stresu saistītu, traucējumu vidū pašnāvības risku cēlonis visbiežāk ir panikas lēkmes, kam seko obsesīvi-kompulsīvi traucējumi. Somatoformie un ēšanas traucējumi (*anorexia nervosa* un bulīmija) arī var būt nopietni pašnāvības izdarīšanas riska faktori.

PAŠNĀVĪBA UN SOMATISKAS SASLIMŠANAS

Pašnāvību risks pieaug hronisku somatisku saslimšanu gadījumos. Turklāt, cilvēkiem ar fiziskām saslimšanām parasti novērojami arī psihiski traucējumi, īpaši depresija. Pašnāvības riska faktori var būt - slimības hroniska gaita, invaliditāte, nelabvēlīga slimības prognoze.

Neiroloģiskas saslimšanas

Neiroloģisko saslimšanu vidū vislielāko pašnāvības risku izraisa epilepsija. Risks palielinās līdz ar ierobežotas pacienta spējas izraisošiem hroniskiem traucējumiem, pieaugošu impulsivitāti un agresivitāti.

Muguras un smadzeņu bojājumi arī var būt par iemeslu paaugstinātam pašnāvību riskam. Neseni pētījumi liecina, ka pēc triekas, īpaši ja vērojami vēlīni bojājumi, kas izraisa nopietnu invaliditāti un fiziskus traucējumus, 19% pacientu vērojama depresija un vēlme izdarīt pašnāvību.

Jaunveidojumi

Vislielākais pašnāvības risks ir diagnozes uzzināšanas laikā un ilgst aptuveni pirmos divus slimības gadus. Īpaši augsts risks ir gadījumos, ja jaunveidojumi ātri progresē un malignizējas. Fiziskas sāpes ir vēl viens pašnāvību riska cēlonis onkoloģisko slimību grupā.

HIV/AIDS

HIV infekcija un AIDS nopietni paaugstina pašnāvību risku gados jaunu cilvēku vidū. Risks ir vislielākais diagnozes apstiprināšanas laikā un slimības agrīnās stadijās. Intravenoziem narkotiku lietotājiem šis risks ir vēl augstāks.

Citi stāvokļi

Citi hroniski traucējumi, piemēram, hroniskas nieru saslimšanas, kaulu un locītavu slimības, aknu slimības, kardiovaskulārie un gastrointestinālie traucējumi var būt par cēloni pašnāvības izdarīšanai. Dažāda rakstura kustību aparāta bojājumi, aklums un kurlums arī var būt par iemeslu pašnāvībām.

Pēdējos gados eitanāzija, kā līdzdalība pašnāvībā, kļuvusi par problēmu, kas nodarbina ārstu prātus visā pasaulē. Eitanāzijas aktīva praktizēšana joprojām ir nelegāla, un palīdzība izdarīt pašnāvību tiek uztverta kā morāla, ētiska un filozofiska problēma.

PAŠNĀVĪBA UN SOCIĀLI DEMOGRĀFISKIE FAKTORI

Pašnāvība ir individuāla rakstura rīcība, kas tomēr notiek noteiktā sabiedrības vidē, tāpēc ar to saistīti daudzi sociāli demogrāfiski faktori.

Dzimums

Lielākajā daļā valstu, vīrieši izdara pašnāvības biežāk nekā sievietes; vīriešu/ sievietes pašnāvību rādītāju attiecība ir atšķirīga dažādās valstīs. Ķīna ir vienīgā valsts, kurā sievietes pašnāvību rādītāji pārsniedz vīriešu pašnāvību rādītājus lauku apvidos, savukārt pilsētās šie rādītāji abiem dzimumiem ir līdzīgi.

Vecums

Augstāks pašnāvību izdarīšanas risks ir vecuma grupās virs 65 gadiem un vecumā no 15-30 gadiem. Nesen iegūtie dati liecina, ka pašnāvību risks palielinās pusmūža vīriešu vecuma grupā.

Ģimenes stāvoklis

Lielāks pašnāvību risks vērojams cilvēkiem, kuri šķīrušies, kļuvuši atraukti vai dzīvo vientuļi. Pētījumi liecina, ka laulība mazina pašnāvību risku vīriešiem, savukārt, sievietēm tas situāciju nemaina. Pašnāvības izdarīšanas risku paaugstina laulības šķiršana un dzīvošana vienatnē.

Nodarbošanās

Augstāks pašnāvību risks vērojams noteiktu profesiju pārstāvjiem, piemēram, veterinārārstiem, farmaceitiem, zobārstiem, fermeriem un medicīnas sfērā strādājošiem cilvēkiem. Šādiem pētījumu rezultātiem nav pamatota izskaidrojuma, iespējams, to sekmē vieglāka pieeja letāliem līdzekļiem, darba spriedze, sociāla izolācija un finansiālas problēmas.

Bezdarbs

Pētījumos atklāta nozīmīga saikne starp bezdarba līmeni un pašnāvību rādītājiem. Šo saikni var raksturot divējādi. Bezdarbs ir cēlonis tādiem faktoriem kā nabadzība, sociālā atšķirtība, grūtības sadzīvē, bezcerīgums. No otras puses - biežāk bezdarbnieku vidū nokļūst cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem, nevis cilvēki ar labu psihisko veselību. Jebkurā gadījumā - salīdzinot nesenu darba zaudējumu un ilgstošu bezdarbu, lielāks pašnāvības risks vērojams ilgstoša bezdarba gadījumā.

Pilsētas/ lauki

Dažās valstīs pašnāvības biežāk notiek pilsētā, savukārt citās - lauku apvidos.

Migrācija

Pašnāvības izdarīšanas risku var palielināt migrācija ar to pavadošām problēmām - nabadzību, sociālā atbalsta trūkumu, sliktiem dzīves apstākļiem un nepiepildītām cerībām.

Citi faktori

Noteikti sociālie faktori - pieejamība pašnāvības izdarīšanas līdzekļiem, stresa pilni dzīves notikumi var būt iemesls paaugstinātam pašnāvību riskam.

KĀ ATPAZĪT PACIENTUS, KURIEM IR PAAUGSTINĀTS PAŠNĀVĪBAS IZDARĪŠANAS RISKS

Pašnāvības izdarīšanas risku nosaka virkne klīnisku, individuālu un sociāli demogrāfisku faktoru:

- psihiski traucējumi (galvenokārt depresija, alkoholisms, personības traucējumi)
- fiziskas saslimšanas (neārstējamas, sāpes izraisošas vai organismu novājinošas saslimšanas, AIDS)
- iepriekšēji pašnāvības mēģinājumi
- pašnāvības atgadījumi, alkoholisms un/vai psihiski traucējumi ģimenē
- šķirteņa, atraitņa vai neprecēta cilvēka statuss
- dzīvošana vienatnē (sociālā izolācija)
- bezdarbs vai pensijas vecums
- zaudējuma piedzīvošana bērnībā.

Ja pacients saņem psihiatrisku ārstēšanu, risks ir augstāks:

- pacientiem, kuri nesen izrakstījušies no slimnīcas
- pacientiem, kuri mēģinājuši izdarīt pašnāvību jau agrāk.

Paaugstināts pašnāvību izdarīšanas risks ir cilvēkiem, kuri nesenā pagātnē pārdzīvojuši šādas situācijas:

- laulības šķiršana
- tuva cilvēka zaudējums
- problēmas ģimenē
- nodarbošanās maiņa vai negaidītas finansiālā stāvokļa izmaiņas

- tuva cilvēka vienaldzība, noraidījums
- vainas izjūta, kauns un/vai bailes tikt atzītam par vainīgu.

Veikti dažādi pētījumi par pašnāvības risku efektīvāku novērtējumu, tomēr, lai atpazītu pacientu, kurš gatavojas izdarīt pašnāvību, to rezultāti ir mazāk noderīgi, nekā laba klīniska rakstura intervija un atbalstoša saskarsme ar šādu cilvēku.

Ārsts var saskarties ar dažādiem pacienta emocionāliem stāvokļiem vai aprūpes situācijām, kuras varētu liecināt par pašnāvniecisku uzvedību. Piemēram, gados vecāks vīrietis, kurš nesen kļuvis par atraitni, agrāk ārstējis depresiju, dzīvo viens, agrāk mēģinājis izdarīt pašnāvību un jauna sieviete ar rētām uz apakšdelma, kuru nesen pametis draugs, ir divi atšķirīgi piemēri. Ārstam nākas saskarties ar gadījumiem, kuri ierindojas pa vidu šīm galējībām un var svārstīties no vienas kategorijas uz citu.

Apzinoties, ka pacients varētu izdarīt pašnāvību, ārsts var nonākt dilemmas priekšā - kā rīkoties tālāk? Dažkārt ārsti jūtas nekomfortabli, runājot ar pacientiem, kuri noskaņots izdarīt pašnāvību. Svarīgi, lai ārsts apzinātos savas izjūtas, un, ja nepieciešams, lūgtu kolēģu vai garīgās veselības aprūpes profesionāļu palīdzību. Ļoti svarīgi neignorēt un nenoliegt pacienta pašnāvības risku.

Ja ārsts nolēmis komunikāciju turpināt, pirmais un neatliekamais solis ir atvēlēt šim pacientam pietiekami daudz laika, neraugoties uz to, ka uzgaidāmajā telpā gaida citi pacienti. Saskarsmi veido pozitīvā, atbalstošā gaisotnē, paužot vēlmi izprast un iedziļināties pacienta izjūtās. Sarunas sākumā nav lietderīgi uzdot "jā/ nē" (jeb slēgtos) vai arī tiešos jautājumus. Lietderīgi pacientam atzīmēt, ka "jūs izskatāties ļoti satraukts", "pastāstiet man vairāk par to, kā jūtaties". Uzklauššana ar izpratni, ir svarīgs solis, lai mazinātu izmisuma izjūtas, ko cilvēks jūt, ja gatavojas izdarīt pašnāvību.

Mīts	Realitāte
Pacienti, kuri bieži runā par pašnāvību, reti to izdara.	Pacienti, kuri izdarījuši pašnāvību, bieži iepriekš tieši vai netieši brīdinājuši par to. Draudi izdarīt pašnāvību vienmēr jāuztver nopietni.
Jautājumi par pašnāvību, var provocēt tās izdarīšanu.	Sarunas par pašnāvību bieži mazina nemieru, ko izraisa šādas izjūtas; pacients var sajusties emocionāli atbrīvots un izprasts.

Kā jautāt?

Nav viegli izjautāt pacientus par pašnāvnieciskām idejām. Pie šī temata ieteicams nonākt pakāpeniski. Ieteicamā jautājumu secība var būt šāda:

1. Vai jūtaties nelaimīgs un bezpalīdzīgs?
2. Vai jūs jūtat izmisumu?
3. Vai jūtaties spējīgs sagaidīt katru jaunu dienu?
4. Vai dzīvi izjūtat kā slogu?
5. Vai jūs jūtat, ka dzīvi ir vērts dzīvot?
6. Vai jūs domājat, ka varētu izdarīt pašnāvību?

Kad jautāt?

Svarīgi uzdot šos jautājumus kad:

- nodibināta savstarpējā sapratne
- pacients jūtas pietiekami komfortabli, lai paustu savas izjūtas
- pacients atrodas saskarsmes stadijā, kad var droši izpaust negatīvas izjūtas.

Saskarsme netiek pārtraukta pēc tam, kad apstiprinās pašnāvniecisku domu esamību. Tā turpinās, uzdodot tālākos jautājumus, kuri palīdz izvērtēt pašnāvniecisko domu biežumu un smagumu, kā arī pašnāvības izdarīšanas reālo iespējamību. Svarīgi uzzināt, vai pacients detalizēti plāno izdarīt pašnāvību un vai viņa rīcībā ir pašnāvības izdarīšanas līdzekļi. Ja pacients saka, ka vēlas izdarīt pašnāvību nošaujoties, bet viņam nav pieejams ierocis - risks ir zemāks. Taču, ja pacients izplānojis metodi un pašnāvības izdarīšanas līdzeklis ir viņa rīcībā (piemēram, medikamenti), vai arī tas viegli dabūjams - pašnāvības izdarīšanas risks ir augstāks. Ļoti svarīgi, lai jautājumi, ko uzdodam pacientiem, nebūtu uzbāzīgi un kritizējoši. Saruna un saskarsme jāveido tā, lai pacients justu ārsta izpratni, iejūtību. Precizējošie jautājumi ir šādi:

- Vai jums ir plāns izdarīt pašnāvību?
- Kādā veidā jūs plānojat izdarīt pašnāvību?
- Vai jums ir pieejami līdzekļi (tabletes, ierocis, citi) pašnāvības izdarīšanai?
- Vai jūs esat apdomājis, kad izdarīt pašnāvību?

Brīdinājums !

Viltus uzlabošanās. Kad pacients pēkšņi kļūst mierīgs, viņš var būt izlēmis izdarīt pašnāvību. T.s. *viltus miers* var liecināt par pārlicinošu lēmuma pieņemšanu.

Noliegšana. Pacienti, kuri nopietni un pārlicinoši nolēmuši izdarīt pašnāvību, ar nolūku var noliegt šādu soli.

PAŠNĀVNICISKI NOSKAŅOTU PACIENTU APRŪPE

Ja pacients jūtas emocionāli nomākts, ar neskaidrām pašnāvnieciskām domām, iespēja runāt par savām izjūtām ar ārstu, kurš uzklausa rūpīgi un iejūtīgi, var būt pietiekoši, lai pacients pašnāvnieciskās domas mainītu. Tomēr, neraugoties uz to, pacientam noteikti jāpaliek turpmākā ārsta kontrolē, īpaši gadījumos, ja viņam nav pieejams pietiekams sociālais atbalsts. Lai kāda arī būtu pacienta problēma, emocionālo izjūtu triāde šajos gadījumos ir - bezpalīdzība, bezcerīgums un izmisums. Trīs raksturīgie stāvokļi pašnāvniecisku domu gadījumā ir:

1. *Ambivalence.* Vairākumam pašnāvnieciski noskaņotu pacientu izjūtas var būt ambivalentas jeb divējādas – notiek emocionāla cīņa starp gribu dzīvot un vēlmi nomirt. Ja ārsts izmanto ambivalences faktoru, lai pastiprinātu pacienta gribu dzīvot, pašnāvības risku iespējams mazināt.

2. *Impulsivitāte.* Pašnāvība ir impulsīvs fenomens, savukārt, impulss ir pārejošs. Ja atbalsts tiek sniegts impulsa brīdī, krīzi iespējams novērst.

3. *Rigiditāte.* Uz pašnāvības izdarīšanu noskaņoti cilvēki jūtas ierobežoti domāšanā, darbībā, izjūtās, kas nosaka garastāvokli. Viņu domu amplitūda svārstās galējās robežās, pamatojoties uz „vai nu/ vai” domāšanas modeli. Uz pašnāvības izdarīšanu noskaņotam pacientam svarīgi atklāt dažādas alternatīvas izvēles iespējas, ne tikai nāves kā vienīgā risinājuma, izvēli.

Atbalsta pieejamība

Ārstam jāizvērtē pacientam pieejamās atbalsta sistēmas. Iespējams, jāpalīdz pacientam sākotnēji sazināties ar kādu no piederīgiem, draugiem, paziņām vai citiem cilvēkiem, kuri varētu sniegt atbalstu.

Vienošanās

Pašnāvību novēršanai ļoti svarīga un efektīva tehnika ir vienošanās "Nē pašnāvībai" noslēgšana. Pārrunājot ar pacientu šo vienošanos, var pieaicināt klātienē viņa tuvos cilvēkus. Vienošanās apspriešana var izraisīt diskusiju par dažādiem svarīgiem jautājumiem. Lielākā daļā gadījumu pacienti ievēro ārstam dotos solījumus. Vienošanās ir iespējama vienīgi tad, ja pacients spēj kontrolēt savu rīcību.

Ja pacientam nav diagnosticēts psihisks traucējums vai apstiprinājies nopietns pašnāvības nolūks, ārsts var uzsākt un organizēt farmakoloģisko ārstēšanu, galvenokārt izmantojot antidepresantus, kā arī rekomendēt psiholoģisku palīdzību vai psihoterapiju. Lielākai daļai cilvēku novērota pašsajūtas uzlabošanās, ja ārsts seko šai shēmai. Jāraugās, lai turpmākā palīdzība pacientam atbilstu viņa individuālām vajadzībām.

Izņemot dažas diagnozes, pacientiem nepieciešamais atbalsts būtu jāsniedz laika periodā no diviem līdz trim mēnešiem, vai ilgāk. Atbalstam jārosina cerības, jāiedrošina un jāmotivē uz patstāvīgu rīcību, jāpalīdz cilvēkiem iemācīties pārvarēt dažādus sadzīves stresa izraisītājus.

PACIENTA NOSŪTĪŠANA SPECIĀLISTU APRŪPEI

Pašnāvniecisku domu gadījumā pacientu ieteicams nosūtīt pie psihiatra, ja vērojami:

- psihiski traucējumi
- anamnēzē minēts pašnāvības mēģinājums
- alkoholisms, pašnāvības gadījums vai psihiski traucējumi ģimenes anamnēzē
- fiziska saslimšana
- nav pietiekama sociālā atbalsta.

Kā nosūtīt pacientu pie psihiatra?

Pirms pacienta nosūtīšanas pie speciālista, ieteicams:

- nesteidzīgi izskaidrot pacientam nosūtīšanas iemeslu
- mazināt nemieru par iespējamiem sabiedrības aizspriedumiem un psihotropo medikamentu lietošanu
- izskaidrot farmakoloģiskās terapijas un psiholoģiskās palīdzības efektivitāti
- uzsvērt, ka nosūtīšana pie speciālista nenozīmē atteikšanos no sadarbības ar pacientu
- noorganizēt tikšanos ar psihiatru
- saskaņot ar pacientu konsultācijas laiku pēc vizītes pie psihiatra apmeklējuma
- sekot tam, lai sadarbība ar pacientu turpinātos.

Kad pacients jāhospitalizē?

Pacients nekavējoties jānosūta uz slimnīcu, ja vērojams:

- atkārtotas domas par pašnāvību
- izteikta vēlme mirt tuvākajā laikā (tuvākās stundās vai dienās)
- panikas lēkme
- pārliecinoša vēlme izdarīt pašnāvību vai detalizēta pašnāvības plāna aprakstīšana.

Kā pacientu hospitalizēt?

- nedrīkst atstāt pacientu vienu
- jānoorganizē pacienta uzņemšana stacionārā
- jāaizved pacients uz slimnīcu ar ātrās palīdzības vai policijas transportu
- jāinformē pacienta piederīgie.

KOPSAVILKUMS PAR PAŠNĀVĪBU PROFILAKSI

Tabulā apkopota informācija par vispārējās prakses ārsta rīcību gadījumos, ja radušās aizdomas par iespējamu pacienta pašnāvības izdarīšanas risku.

Pašnāvības risks: identificēšana, novērtēšana un rīcības plāns.

Pašnāvības līmenis	riska	Simptoms	Novērtēšana	Darbība
0		nav traucējumu	-	-
1		trauksme, izteikta emocionālitate	jautāt par suicidālām domām, nolūkiem	klausīties ar iedziļināšanos, empātiju, ieinteresētību
2		neskaidras, nenoteiktas domas par nāvi	jautāt par suicidālām domām, nolūkiem	klausīties ar iedziļināšanos, empātiju, ieinteresētību
3		neskaidri suicidāli nodomi	novērtēt nodomu (plānu un metodi)	apzināt pašnāvības izdarīšanas iespējas; apzināt garīgās veselības aprūpes speciālistu palīdzības iespējas
4		domas par pašnāvību, (pamatā nav psihiski traucējumi)	novērtēt nodomu (plānu un metodi)	<ul style="list-style-type: none"> • apzināt pašnāvības izdarīšanas iespējas • apzināt garīgās veselības aprūpes speciālistu palīdzības iespējas
5		domas par pašnāvību un psihiski traucējumi vai nopietni sadzīves stresa izraisītāji	novērtēt nodomu (plānu un metodi)	nosūtīt pie psihiatra
6		domas par pašnāvību un psihiski traucējumi vai nopietni sadzīves stresa izraisītāji vai nopietns satraukums un iepriekšēji pašnāvības mēģinājumi	neatstāt pacientu vienu, lai novērstu pieeju pašnāvības izdarīšanas līdzekļiem	hospitalizēt

ATSAUCES

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 HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. 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 ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes García J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours] Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.



Lai saņemtu plašāku informāciju, lūdzu sazināties ar
Department of Mental Health
World Health Organization
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Tel. central +41 22 791 2111
Fax central +41 22 791 3111
www.who.int