

# Опит за изготвяне на алгоритъм на поведение на лекаря в спешно отделение при суициден пациент

Д-р Анна Джисова

ЦПЗ „Проф. Н. Шипковенски“

# ТС след травматичен стрес!

- Мъж на 64г., съпругата му починала наскоро, с хронично соматично заболяване. Медикаментозен суициден опит, оставил предсмъртно писмо. Хоспитализиран. Д – Рецидивиращо депресивно разстройство

# ТС поради интензивни психотични симптоми!

- Жена на 35г., чието психично състояние се влошава дни преди суицидния опит, който е извършен импулсивно – намушква се с нож пред баща си. Хоспитализирана. Д – Остро полиморфно психотично разстройство с шизофренни симптоми

# ТС след катастрофа при понесен депресивен епизод в миналото

- Мъж на 22г., след ПТП загиват брат му и приятелката му. Непосредствено след случилото се декларира суицидни намерения, но по време на прегледа отрича такива. Подписва декларация за отказ от лечение и е насочен за проследяване от амбулаторен психиатър.

# Жени: Мъже

Опити за самоубийство през 2010 г., разпределени по пол, изход от опита и възрастови групи

Възраст. групи	Пол	Общо	Суициден опит	Смъртен изход
0-18	жена	310	306	4
0-18	мъж	39	32	7
18-29	жена	413	401	12
18-29	мъж	190	141	49
30-39	жена	286	262	24
30-39	мъж	172	114	58
40-49	жена	193	164	29
40-49	мъж	183	94	89
50-59	жена	182	132	50
50-59	мъж	166	60	106
60-69	жена	106	73	33
60-69	мъж	138	44	94
70+	жена	189	112	77
70+	мъж	221	73	148

Способ на суицидното действие

Способ на суицидния опит	Брой опити
Самоотравяне медикаментозно	1613
Обесване	514
Самоотравяне с химически средства	187
Хвърляне от височина	171
Порязване с хладно оръжие	129
С огнестрелно оръжие	60
Пробождане с хладно оръжие	33
Удавяне	31
Друг способ	18
Няма данни	16
Хвърляне под транспортно средство	14
Електрически ток	10
Изгаряне	3

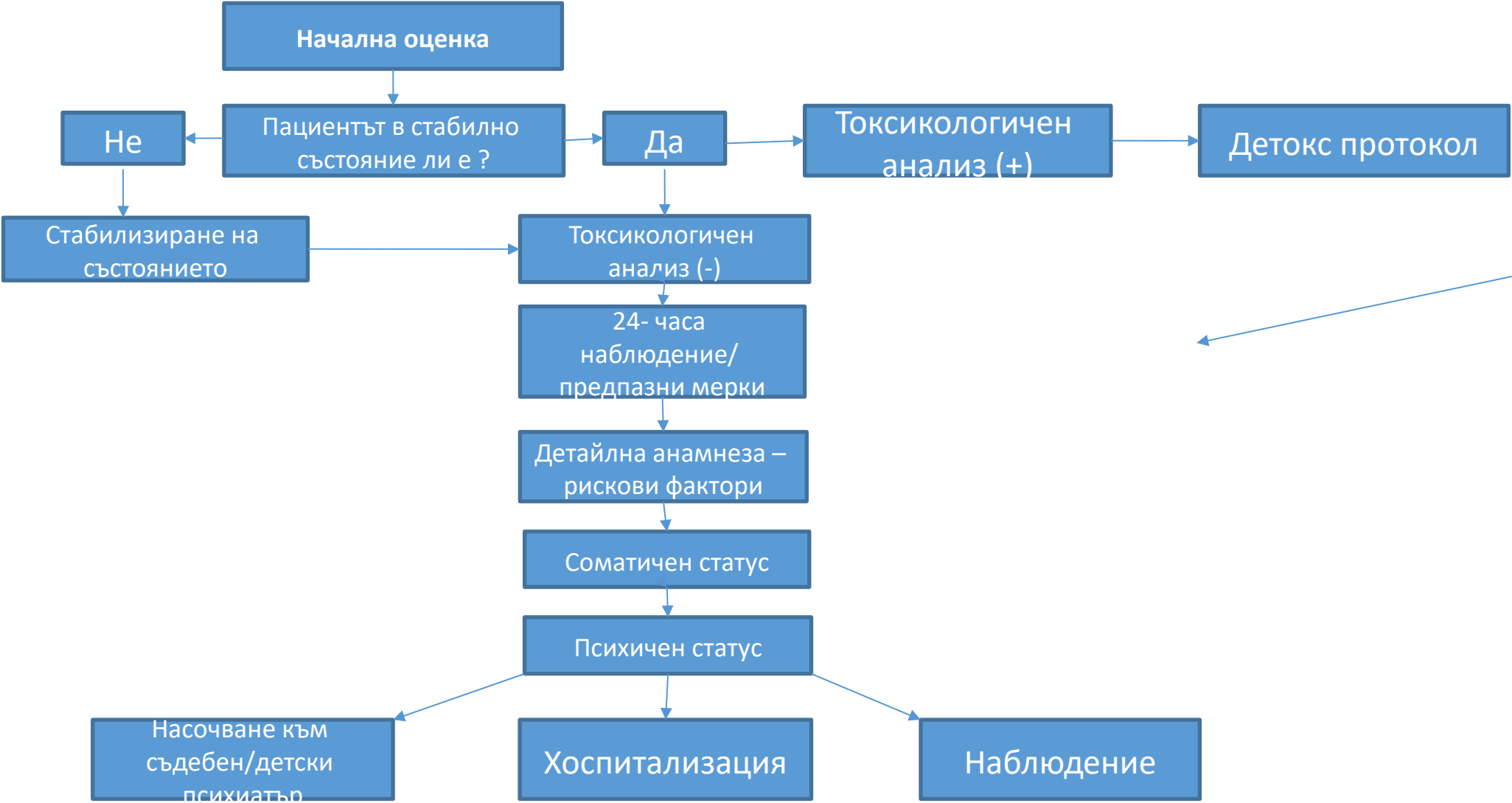
Жени – 1450  
Мъже – 626 = 2.3

Жени – 229  
Мъже – 551 = 2.4

- Рискът от самоубийство се увеличава, ако е налице *съпътстващо психично разстройство*
- Голямото депресивно разстройство (**ГДР**) и биполярното разстройство **/БАР/** са свързани с най-малко **60%** от самоубийствата
- До **83%** от тези, реализирали самоубийство, са посетили лекар в рамките на една година преди смъртта си (Luoma и др, 2003)
- Има данни за диагностицирани психични разстройства при **90%** от тези, които са се самоубили (Arsenault-Лапиер и др, 2004), а останалите **10%** най-вероятно са страдали от психично разстройство, което не е могло да бъде открито (Ernst et al., 2004).

- Шизофренията е свързана с **9-13%** пожизнен риск от самоубийство (Pinikahana et al., 2003)
- При граничното личностово разстройство, характеризиращо се с нестабилност на междуличностните отношения и настроението, и подчертана импулсивност, пожизненият суициден риск **10 %** (Plakun et al., 1985)
- Wyder (2004) изследва лица, които са оцелели след суициден опит; **51%** съобщават, че са действали след като са обмисляли самоубийството в продължение на **10 или по-малко минути**. От тези, които са били под въздействие на алкохол, **93%** са обмисляли действията си **10 минути или по-малко**. Импулсивните действия затрудняват превенцията на суицида.

# Алгоритъм на поведение при пациенти със скорошен суициден опит





# SAFE – T (Suicide Assessment Five-Step Evaluation Triage)

Установяване на  
рисквите фактори

Установяване на  
протективните  
фактори

Въпросник за оценка  
на суицидните  
намерения

Определяне на  
нивото на риск и  
интервенции

Документиране

# 1. Установяване на рисковите фактори

- **Суицидно поведение** – настоящи суицидни опити или самоувреждащо поведение
- **Психични заболявания, настоящи или в миналото** – разстройства на настроението, психотични разстройства, злоупотреба с алкохол и ПАВ
- **Ключови симптоми** – анхедония, импулсивност, безнадежност, тревожност, инсомния, императивни халюцинации
- **Фамилна история**
- **Стресогенни фактори** - провокиращи събития, водещи до унижение, срам или отчаяние, продължаващи медицински заболявания (особено разстройства на ЦНС, болка); интоксикация; семеен смут / хаос; история на физическо или сексуално насилие; социална изолация
- **Промяна в лечението** - освобождаване от психиатрична болница

## 2. Установяване на протективните фактори

- Подкрепа от семейството и общността, чувство на свързаност
- Подкрепа от лекуващ лекар
- Умения за разрешаване на проблеми, конфликти и ненасилствени начини за разрешаване на спорове и за справяне със стреса
- Културни и религиозни убеждения, които обезсърчават самоубийството
- Отговорност към деца или домашни любимци

### 3. Въпросник за оценка на суицидно поведение

- **Идеация** – честота, интензитет, продължителност – последните 48 часа, 1 месец

**Какво мислите за живота? Мислите ли, че животът няма смисъл? Мислили ли сте да сложите край на живота си? От колко време? Кога за първи път мислихте за това?**

- **План** – време, местоположение, подготвителни дейности – **предсмъртно писмо, подаряване на скъпи вещи, завещание**

**Имате ли план как да сложите край на живота си?**

**Имате ли /достъп до/ оръжие?**

- **Поведение** – **предходни опити**, “репетиции“ или самонараняване без суицидни намерения
- **Намерение** - до каква степен пациентът очаква планът да бъде успешен или да доведе до тежка увреда
- **Оценяване на колебливостта** – претегляне на причините за живот срещу причините за смърт

## 4. Определяне нивото на риск и интервенции

Ниво на риск	Рисков или протективен фактор	Склонност към самоубийство	Възможни интервенции
Висок	Психично разстройство с тежка симптоматика или остри стресогенни фактори	Потенциално опасен суициден опит или персистираща идеация със изявени намерения или “репетиции”	Хоспитализация
Среден	Множество рискови фактори, малко протективни фактори	Суицидна идеация с план, но без намерение или поведение	Хоспитализация
Нисък	Рискови фактори, които подлежат на модифициране, силни протективни фактори	Мисли за смърт, без план, намерение или поведение	Амбулаторно лечение

## 5. Документиране на случая

- Ниво на риск **ВИСОКО, средно, ниско**
- План за лечение за намаляване на текущия риск – хоспитализация, медикация, психотерапия, ЕКТ

# MARIS (The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide)

- Разработен 2017 г. от Маунт Синай Бет Израел, Психиатрия
- Състои се от 2 части, 4 модула
- **Част 1: Самооценка**

Модул 1 – синдром на суицидна криза

Модул 2 – въпросник за отношение към самоубийството

- **Част 2: Оценка от клинициста**

Модул 3 – кратка клинична оценка на риска от самоубийство

Модул 4 – емоционален отговор на клинициста

# Избор на подходяща терапия

В повечето случаи- хоспитализация.

В началото - антипсихотична и седираща медикация (**атипични антипсихотици, бензодиазепини**)

Постоянно мониториране на поведението.

При овладяване и минимизиране на суицидния риск – възможно е включване антидепресант, тимостабилизатор, или атипичен антипсихотик

**ДОКАЗАНО АНТИСУИЦИДНИ МЕДИКАМЕНТИ СА:**

- 1. Клозапин**
- 2. Литиев карбонат**

**Доказан ефект и от ЕКТ!**



# Антипсихотици в спешното отделение

Медикамент	Индикации	Дозировка, р.о. или i.m. (mg)	Полуживот	Недостатъци
Haloperidol	Психотични разстройства	0,5 – 7,5	12-36	Акатизия, дистония,
Ziprasidone	Контрол на ажитацията при пациенти с шизофрения	10 - 20	2,2 - 3,4	Удължаване на QT - интервала
<b>Olanzapine – първа линия</b>	Контрол на ажитацията при шизофрения и биполярна мания	10 (2,5 при деменция)	34 - 38	Наддаване на тегло

# Защо започваме с антипсихотик?

- Седация?
- Повлияване на подлежащи психотични симптоми?
- Дезактуализиране на суицидните мисли?
- Всички ли са верни или при отделния пациент доминира една от областите?

# Заклучение

- Не всички пациенти със суицидна идеация извършват самоубийство
- **НО** всички пациенти, попаднали в спешното отделение, със суицидна идеация и намерения следва да подлежат на детайлна оценка на суицидния риск
- В началото на лечението включването на седиращ атипичен антипсихотик е от полза, в някои случаи той се комбинира с бензодиазепин
- Включването на активиращи медикаменти /антидепресанти, стимуланти и парциални допаминови агонисти/ повишава риска от реализиране на самоубийството!

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!