

Депресія та суїцид



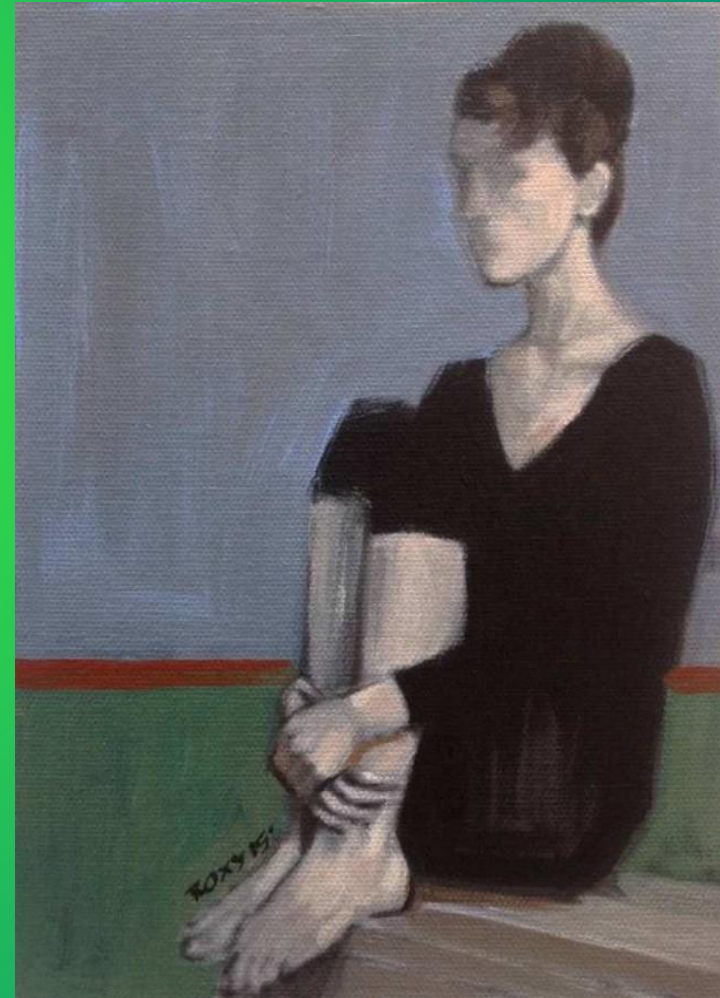
Аутоагресивна (грец. autos — сам і лат. aggressio – напад) поведінка — специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдавання шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю. З огляду на специфіку дій індивіда, спрямованих на нанесення шкоди своєму здоров'ю, розрізняють такі види аутоагресивної поведінки



1. Суїцидальна поведінка: усвідомлені дії, метою яких є позбавлення себе життя;
2. Суїцидальні еквіваленти: неусвідомлені дії та умисні вчинки, які призводять до фізичного (психічного) саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;
3. Несуїцидальна аутоагресивна поведінка: різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть але реалізація яких не небезпечна для життя



Встановлено, що сьогодні Україна входить до групи країн з високим рівнем аутоагресивної активності [понад 29 випадків самогубств на 100 тисяч населення], але суїцидологічної служби в країні не існує, кваліфікованих фахівців недостатньо, а їхня підготовка не завжди відповідає сучасним знанням у цій сфері. Багато в чому залишається справою ентузіастів.



ГЛОБАЛЬНА СТАТИСТИКА

803 900 людей щороку скоюють самогубства - це означає, що кожні 40 секунд хтось вкорочує собі віку

Це 15-та причина смерті серед усіх вікових груп

Але це 2-га найбільша причина смертності серед молоді і підлітків (віком від 15 до 29)



Характерні суїцидальні і несуйцидальні мотиви поведінки суб'єкта покладено в основу класифікації, в якій за різними критеріями виокремлюють такі її види:

1. Неусвідомлювана аутоагресія. Окрім усвідомлюваних суб'єктом мотивів його дій, вони можуть бути спричинені неусвідомлюваними потребами, які утворюють основу несвідомої сфери психіки людини.
2. Низькована гра і ризикована безпечність як вид аутоагресивної поведінки. Окремі суб'єкти схильні до екстремальних розваг з ризиком для життя і здоров'я. Такі ігри можуть завершитися фатально. Особи, які грають зі смертю, усвідомлюючи наслідки, очікують на захоплення, повагу інших людей, нерідко отримують задоволення від страху, котрий супроводжує їх екстремальну поведінку.



3. психопатологічний і афективно-невротичний види аутоагресивної поведінки. У стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, психоделічного отруєння у суб'єкта порушується адекватність раціонального осмислення ситуації, в якій він перебуває, емоційних реакцій на цю ситуацію і свою поведінку в ній. Такий стан психіки може зумовити як нещасні випадки, так і самогубства. Чимало суїцидів скоюють у стані алкогольного сп'яніння.
4. аутоагресивна поведінка психічно здорової людини. Суїцид психічно здорової людини реалізується як вибір нею смерті для досягнення мети за адекватної свідомості й ефективно-невротичного збудження, котре не досягає патологічного рівня.



Суїцидальні задуми — мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби, час скоєння самогубства.

Суїцидальні наміри утворені із задумів і вольового рішення, що безпосередньо спонукає до дії.

Суїцидальний намір — мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньо-психічну і зовнішньо-дієву складову вчинку.



Профілактика аутоагресивної поведінки

носить комплексний характер і розпочинається з ранньої профілактики.

Рання профілактика — важливий і найбільш перспективний елемент цілісної соціально-педагогічної програми профілактики відхилень в поведінці людини. Найчастіше ранньою профілактикою займаються соціально-психологічні служби, виконуючи такі завдання:

- своєчасно виявляти осіб групи ризику, вивчати проблеми, труднощі і потреби цієї категорії населення;
- здійснювати соціальний патронаж у разі необхідності;
- надавати їм необхідну соціально-педагогічну і психологічну допомогу;
- діагностувати соціально-психологічні і педагогічні ситуації особистості, схильної до аутоагресивної поведінки;
- залучувати в разі необхідності інші органи і соціальні інститути для соціально-психологічної підтримки осіб з аутоагресивною поведінкою;

- створювати служби медико-психологічної і соціально-психологічної допомоги в підтримці молоді, що схильна до аутоагресивної поведінки;
- проводити організаційно-педагогічні заходи, спрямовані на створення оптимального і ефективного виховного середовища, включати різні соціальні інституції в процес соціалізації молоді;
- вести активну просвітницьку роботу з профілактики аутоагресивної поведінки.



Вторинна профілактика має на меті обмеження поширення окремих негативних явищ, що мають місце у молодіжному середовищі, зокрема аутоагресивної поведінки, яка часто спричинена ще й модою на молодіжні неформальні угруповання, що пропагують відхід особистості від життя у соціумі, і навіть зведення рахунку з життям



Третинна профілактика - це комплекс соціальних, освітніх та медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення особистісного та соціального статусу молодої людини, яка вже робила спроби суїциду.

Тому соціально-педагогічна діяльність в межах третинної профілактики зосереджується в різноманітних осередках допомоги особистості: реабілітаційних центрах, дружніх клініках для молоді, анонімних кабінетах тощо



Особливості процесу надання медичної допомоги

- У сучасних умовах враховуючи широке розповсюдження депресії, особливо серед пацієнтів, які мають хронічні соматичні захворювання з тривалим перебігом, та появу нових, діагностика і лікування легких та помірно виражених депресій у більшості країн Європи й Північної Америки проводиться лікарями, які надають ПМД (ЛЗП — СЛ, терапевтами) і лікарями спеціальстами (неврологами, кардіологами, гастроентерологами), а не лікарями психіатрами.



- Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу», питання встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги у примусовому порядку відносяться виключно до компетенції лікаря — психіатра або комісії лікарів — психіатрів. Про те законом не виключається участь лікарів інших спеціальностей у наданні психіатричної допомоги.



Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку депресії наступні:

- Наявність психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі;
- Наявність епізодів депресії в анамнезі;
- Наявність тяжких захворювань із хронічним перебігом;
- Інвалідність;
- Психоемоційне навантаження, втрата близької людини, втрата роботи;
- Соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримуючих стосунків у родині;



У пацієнтів з депресією за допомогою запитання «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?» проводиться аналіз суїцидальних намірів.



Обов'язковим компонентом медичної допомоги є надання пацієнту з депресією у доступній для нього формі інформації про стан його здоров'я, перебіг захворювання, рекомендації щодо немедикаментозної і медикаментозного лікування в усній та письмовій формі. Бажано надати пацієнту « інформаційний лист про депресію для пацієнта»



До лікаря - психіатра у ЗОЗ, що надає ВМД, направляються пацієнти з депресією для встановлення нозологічного діагнозу.

Лікування депресії у ЗОЗ, що надає ПМД, має включати елементи **психотерапії та медикаментозне лікування**. ЛЗП — СЛ може направити пацієнта до медзакладу; щодо немедикаментозних втручань, зокрема психотерапії (психоосвітні заходи, навчання технікам самоконтролю тощо), до ЗОЗ, що надає ВМД.

Пацієнти з депресією та високим ризиком суїциду направляються у спеціалізований стаціонар терміново.



Немедикаментозне лікування	Терапія вирішення проблем, коротка КПТ і консультування	<ol style="list-style-type: none"> 1. дотримуватися режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, регулярної фізичної активності 2. При легкій формі депресії та за умови призначення заходів немедикаментозної корекції призначити повторний огляд пацієнта не пізніше ніж через 2-4 тижні 3. Постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря. 4. Пацієнтам із вперше виявленою депресією рекомендувати телефонний моніторинг стану не рідше ніж 1 раз на 3 дні.
Психодіагностичні методи	Опитувальники відрізнялися щодо цільової популяції, кількості пунктів і систем підрахунку.	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HADS 2. PHQ 3. CGI-S <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAM-D-17 та/або MADRS 2. NAM-A 3. HADS 4. Опитувальник з якості життя QLS-Q, SF-36 або PSP 5. Шкала Шихана
Інші додаткові методи терапії	Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів як самостійних варіантів лікування пацієнтів з депресією	У комбінації з основним лікуванням слід використовувати наступні методи: фототерапію, стимуляцію блукаючого нерва, дієтотерапію, фізичну активність (лікувальну фізкультуру), арт-, музико-, культ-терапію
Психотерапія, психосоціальна терапія психоосвіта		Залежно від стану пацієнта з ДР комплекс психотерапії передбачає використання КПТ, МОТ, психодинамічної терапії в індивідуальному або груповому варіанті. Психоосвіта базується на заходах з пацієнтом та його родиною, спрямованих на розуміння механізмів розвитку патологічного процесу, зворотності хворобливих проявів.
Інші додаткові методи терапії		У комбінації з основним лікуванням слід використовувати: ЕКТ, фототерапію, ТМС. У разі відмови пацієнта від медикаментозного лікування потрібно рекомендувати альтернативну психотерапевтичну та психосоціальну допомогу.

Для виявлення ДР у пацієнтів групи ризику у ЗОЗ, що надає ПМД, доступним підходом, який підтвердив свою ефективність, є використання PHQ-2/

Необхідно задати питання:

- 1. Чи часто у вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?
- Чи часто ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай цікавили або приносили задоволення, упродовж останнього місяця?

При позитивній відповіді хоча б на одне запитання необхідне проведення подальшого обстеження з використанням PHQ-9. Анкетування із застосуванням ЗРЙ-9 дає можливість верифікувати синдромального діагнозу депресії та визначення тяжкої депресії.



- Для виявлення пацієнтів, які мають високий ризик суїциду, всім пацієнтам з депресією необхідно ставити запитання: «Чи часто упродовж останнього місяця вас турбували думки про здійснення самогубства?»
- Дистимія-це хронічна субдепресія з симптомами, недостатніми для постановки діагнозу ДР. Пригнічений настрій відмічається більшу частину дня упродовж більш ніж половина днів на рік. Характеристиками є: постійна втома, ангедонія, відчуття внутрішнього дискомфорту, похмурі думки, поганий сон. Діагноз дистимії може бути встановлений тільки тоді, коли розлад триває не менш ніж 2 роки.



- До лікаря психіатра у ЗОЗ, що надає ВМД, направляються пацієнти з тяжкою депресією, а також особи з легкою і помірною депресією для погодження оптимального лікування.
- Пацієнтам із дистимією рекомендується провести консультування з роз'ясненням у доступній формі особливостей перебігу і лікування захворювання. Необхідно направити хворого до лікаря-психотерапевта за наявності відповідної структури.



- Існують 5 основних критеріїв для діагностики ВДР згідно з критеріями DSM-5 і два основних та, як мінімум, два додаткових для депресивного епізоду відповідно до критеріїв МКХ-10.
- Існує єдина думка щодо прийнятності лікування легкої і помірної депресії методом психотерапії без додаткової біологічної терапії (психофармакотерапії або ЕКТ)
- Послідовність вибору терапії у первинній мережі – це діапазон пропонованих втручань, що варіюється від ретельного моніторингу легких епізодів без негайного втручання та керованої фахівцем самодопомоги, короткострокового психокорекційного, психотерапевтичного втручання, фармакологічного менеджменту та, за необхідності, направлення у ЗОЗ, що надає ВМД або ТМД



ВДР:
 -Окремий епізод
 -Повторний епізод

Критерії (коротко)

А. Понад два останніх тижні більшу частину дня, майже щодня, спостерігається 5 з нижченаведених ознак (1 і 2 повинні бути обов'язково)

1. Пригнічений настрій
2. Втрата інтересу або активності практично у всіх сферах життя
3. Значне зниження або підвищення ваги (більш ніж на 5% за місяць) чи збільшення або зниження апетиту, спостережування практично щодня.
4. Недостатній або надмірний сон
5. Психомоторна загальмованість або збудження (ажитація)
6. Слабкість або недостатність енергії

Б. Симптоми виникають клінічно значущий дистрес чи порушують соціальне, професійне функціонування або іншу важливу сферу активності

В. Епізод не можна віднести до фізіологічних проявів прийому ліків або до соматичних захворювань

Г. Даний депресивний епізод не можна трактувати як прояв розладів шизофренічного спектра

Д. У пацієнта ніколи не було гіпоманіакальних або маніакальних епізодів

Загальні діагностичні вказівки для розладів настрою

1. Розлади, при яких основним порушенням є зміна настрою депресивного характеру. Зазвичай проявляються зміною загального рівня активності.
2. Більшість афективних розладів має тенденцію повторюватися
3. Депресивний епізод
4. Рекурентний депресивний розлад

За ступенем тяжкості:

- легкий (F33.0)
- помірний (F33.1)
- тяжкий (F33.2)

Критерії (коротко)

Існує принаймні 2 тижні

Основні:

- зниження настрою
- втрата цікавості і задоволення від того, що раніше було приємним
- зниження енергії, мотивів і підвищена втома

Додаткові симптоми:

- труднощі концентрації та уваги
- зниження самооцінки і впевненість в собі
- ідеї провини і неповноцінності
- порушення сну
- втрата апетиту

Основні прояви депресії

1. Пригнічений настрій, який відмічається більшу частину дня особливо в ранкові години, упродовж двох тижнів та більше, незалежно від зовнішніх обставин
2. Відчутне знижене або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями
3. Немотивоване зниження енергії та активності, підвищення втомлюваності при фізичних і інтелектуальних навантажень
4. Зниження самооцінки, впевненості в собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевненості у своїх діях, нездатність приймати рішення чи зосередитися



Госпітальна шкала тривоги і депресії

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

3 Увесь час

2 часто

1 час від часу, іноді

0 зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені задоволення, і зараз викликає таке ж відчуття

0 Це так

1 напевно, це так

2 Дуже малою мірою це так

3 це зовсім не так

Т Я відчуваю страх , здається, що ось-ось може статись щось жахливе

3 це так, та страх дуже сильний

2 це так, але страх не дуже сильний

1 іноді, але це мене не турбує

0 зовсім не відчуваю



Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

0 це так

1 напевно, це так

2 дуже малою мірою це так

3 це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

3 постійно

2 більшу частину часу

1 час від часу і це не так часто

0 тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

3 зовсім не відчуваю

2 дуже рідко

1 іноді

0 практично все час



Т Я можу легко сісти та розслабитись

0 це так

1 Напевно, це так

2 зрідка це так

3 зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

3 практично весь час

2 часто

1 іноді

0 зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 зовсім не відчуваю

1 іноді

2 часто

3 дуже часто



Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 це так

2 я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 це так

2 напевно, це так

1 деякою мірою це так

0 зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи можуть принести мені відчуття задоволення

0 точно так, як і звичайно

1 так, але не тою мірою, як раніше

2 значно менше, ніж звичайно



Т У мене буває раптове відчуття паніки

3 дуже часто

2 досить часто

1 не так і часто

0 зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо-чи телепрограми

0 часто

1 іноді

2 зрідка

3 дуже рідко

Бали підраховуються окремо за шкалою тривоги (т) і депресії (д).

Критеріями оцінки даних за HADS є:

0-7 балів - норма



Опитувальник здоров'я пацієнта

Впродовж останніх чотирьох місяців наскільки кожен з наступних питань турбувало Вас:

- Взагалі не турбувало (0)
- Трохи турбувало (1)
- Значно турбувало(2)

1 біль у животі

2 Біль у спині

3 Біль у руках, ногах, суглобах

4 Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями

5 головний біль

6 Біль у грудях

7 Запаморочення

8 Непритомність

9 Відчуття немов серце випригве з грудей



10 Задихка

11 біль або проблеми під час статевого акту

12 запор, пронос або діарея

13 нудота, гази або розлад шлунка

14 почуття втоми або нестачі енергії

15 проблеми зі сном

Загальний бал T _____ = _____ + _____

