



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

TRAJTIMI I SJELLJEVE SUICIDALE

UDHËRRËFYES KLINIK

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

Dr. Arbëresha Turjaka – Kryesues

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Z. Bekim Fusha - Anëtar

Prof.Dr. Lul Raka – Anëtar

Dr. Driton Vela – Anëtar

Dr. Sebahate Lleshi - Anëtare

Prof.Dr. Salih Ahmeti – Anëtar

Dr. Edmond Haliti – Anëtar

Z. Agron Bytyqi - Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

Prof.Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Prof.Dr. Shaip Krasniqi – Anëtar

Prof.Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtare

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Mr. Sci. Ariana Qerimi – Anëtare

Sekretaria për procesin e zhvillimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

MSc. Niman Bardhi – Kryesues

Dr. Rina Hoxha – Anëtare

Znj. Zana Shabani - Anëtare

Grupi punues:

Dr. Laura Shehu – Kryesuese

Znj. Ariana Qerimi – Anëtare

Dr. Shaban Mecinaj – Anëtar

Dr. Shukrije Statovci – Anëtar

Dr. Gani Halilaj – Anëtar

Dr. Naim Fanaj – Anëtar

Dr. Mehmedali Gashi - Anëtar

Znj. Furtuna Thaqi – Anëtare

Përmbajtja

I.	Hyrja	6
1.1	Qëllimi dhe fokusi.....	6
1.2	Të dhënat për suicidin në Kosovë.....	6
1.3	Popullata e synuar.....	8
1.4	Dedikimi i udhërrëfyesit.....	8
1.5	Pyetjet.....	8
II.	Metodologjia	9
III.	Përkufizimet	10
IV.	Përmbledhje Ekzekutive.....	12
4.1	Vlerësimi i pacientit me sjellje suicidale	13
V.	Rekomandimet.....	16
5.1	Vlerësimi psikiatrik.....	16
5.2	Vlerësimi i rrezikut suicidal	18
5.3	Menaxhimi Psikiatrik.....	20
5.4	Modalitetet specifike të trajtimit	21
5.5	Intervenimet Somatike.....	22
5.6	Intervenimet Psikosociale	23
5.7	Vlerësimi i Pacientit me Sjellje Suicidale	24
5.7.1	Kryeni një vlerësim të plotë psikiatrik	24
5.7.2	Identifikoni shenjat dhe simptomat specifike psikiatrike	25
5.7.3	Vlerësoni sjelljen suicidale në të kaluarën, duke përfshirë qëllimin e veprimeve vetëlënduese.....	25
5.7.4	Identifikimi i historisë familjare për suicid, sëmundjeve mendore dhe mos funksionimi	25
5.7.5	Vlerësoni pikat e forta psikologjike dhe dobësitë e pacientit.....	26
5.7.6	Mendimet suicidale, planet dhe sjelljet.....	26
5.7.7	Eksploro pranimë ose mungesën e ideve suicidale.....	26
5.7.8	Eksploro pranimë ose mungesën e një plani suicidal	27
5.8	Faktorët Demografik.....	29
5.9	Sindromat kryesore psikiatrike.....	32
5.10	Simptomat specifike psikiatrike.....	35
5.11	Aspekte të tjera të historisë psikiatrike.....	36

5.12	Sëmundjet fizike.....	39
5.13	Historia familjare.....	40
5.14	Faktorët psikosocial.....	41
5.15	Shkalla e suicidalitetit	43
VI.	Menaxhimi i tentativave për suicid në Kujdesin Parësor Shëndetësor.....	47
6.1	Historia e Pacientit	48
6.2	Statusi Mental dhe Ekzaminim Fizik.....	50
6.3	Menaxhimi në vazhdimësi i pacientëve të cilët kanë tentuar suicid	53
VII.	Menaxhimi Psikiatrik.....	56
7.1	Themelimi dhe Ruajtja e Aleancës Terapeutike.....	56
7.2	Kujdesi për sigurinë e pacientit.....	58
7.3	Përcaktimi i Mjedisit të Trajtimit.....	59
7.4	Udhëzime për zgjedhjen e vendosjes së trajtimit për pacientët në rrezik për suicid ose sjellje suicidale	60
7.4.1	Zhvilloni një plan të trajtimit.....	64
7.4.2	Kujdesi i koordinuar dhe bashkëpunimi me klinikistët tjerë	65
7.4.3	Nxitë (promovo) respektimin e planit të trajtimit.....	66
7.4.4	Ofroni edukim për pacientin dhe familjen	68
7.5	Rivlerësimi i sigurisë dhe rrezikut suicidal.....	69
7.5.1	Pacientët në një krizë suicidale	70
7.5.2	Pacientët me suicidalitet kronik	70
7.6	Monitorimi i statusit psikiatrik, përgjegjës ndaj trajtimit.....	72
7.6.1	Bëj konsultime nëse indikohen.....	73
VIII.	Modalitetet Specifike të Trajtimit.....	74
8.1	Modalitetet specifike të trajtimit të terapisë somatike (Medikamentoze).....	74
8.1.1	Antidepresivët	74
8.1.2	Antikonvulsant apo "stabilizues të disponimit"	75
8.1.3	Antipsikotikët	75
8.1.4	Psikoterapitë	76
8.1.5	Psikoterapitë psikodinamike dhe psikoanalitike	76
8.1.6	Terapia Kognitive e sjelljes	77
8.1.7	Terapi dialektike e sjelljes	77
8.1.8	Ndërhyrje të tjera psikosociale	77
IX.	Dokumentimi dhe Menaxhimi i Riskut.....	78
X.	Standardet e Auditueshme	80

XI.	Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona.....	80
XII.	Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit.....	81
XIII.	Referencat	82
XIV.	Shkurtesat	87
XV.	Shtojca – Pyetjet.....	88

I. Hyrja

Suicidet janë një ndër çështjet më serioze të shëndetit publik. Sipas OBSH-së, në nivelin global, çdo vit 703,000 njerëz vdesin për shkak të suicideve¹.

Për çdo vit numri i njerëzve që tentojnë të vetvriten rritet. Suicidi është shkaku i katërt kryesor i vdekjeve tek moshat 15-29 vjeçare në nivelin global. Çdo suicid është një tragjedi që prek familjet, komunitetet dhe që lenë pasoja afatgjate te njerëzit e lënë pas. Suicidet nuk ndodhin vetëm në vendet me të ardhura të larta, por është një fenomen global që po e atakon gjithë botën.

Reduktimi i vdekshmërisë nga suicidet ka qenë një ndër prioritet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), objektiv global, një tregues i reflektuar në Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm të Kombeve të Bashkuara (SDGs), si dhe në programin e përgjithshëm të punës të OBSH-së (2019–2020), në Planin e Veprimit të OBSH-së për Shëndet Mendor (2013–2020), i cili është zgjeruar në planin gjithpërfshirës për vitin (2013–2030).

Një përgjigje gjithëpërfshirëse e koordinuar për parandalimin e suicideve është rëndësishme për të evituar suicidet që kushtojnë me jetën e miliona njerëzve.

1.1 Qëllimi dhe fokusi

Udhërrëfyeni klinik për trajtimin e sjelljes sucidale ka arsyeshmëri të rëndësishme klinike.

Ky udhërrëfyes ka për qëllim vlerësimin e pacientëve me sjellje sucidale, tentativë sucidale, menaxhimin dhe trajtimin adekuat të pacientëve duke përdorur modalitete specifike të trajtimit, derisa qëllimi i trajtimit farmakologjik është lehtësimi i simptomëve akute për trajtimin e suicidit akut për një diagnozë specifike.

1.2 Të dhënat për suicidin në Kosovë

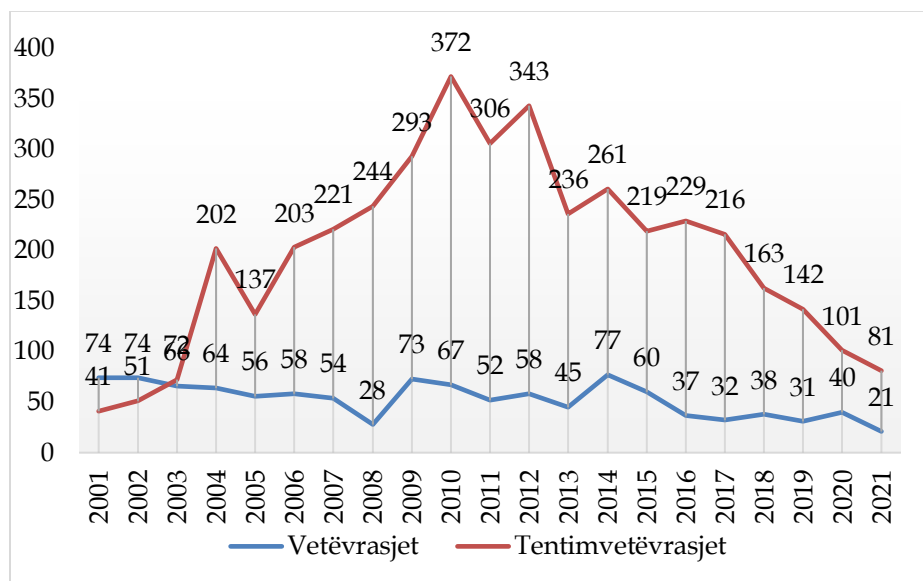
Sipas të dhënave të policisë, zyrës për informim të PK², korrik 2021, nga viti 2001 e deri në vitin 2021 janë regjistruar gjithsej 1084 raste të suicidit dhe 4052 raste me tentim të suicidit. Ndonëse këto të dhëna kanë dobësitë e veta, këto na japin një shkallë të suicidit prej 3 rasteve në 100.000 banorë. Krahasuar me vendet e tjera të botës Kosova bën pjesë në grupin e vendeve me një përqindje të ulët të suicideve. Edhe pse shifrat e raportuara janë larg mesatares së vendeve evropiane, evidentohet trend në rritje të suicideve në përgjithësi e në veçanti në mesin e të rinjve kosovar.

¹ <https://www.euro.who.int/>

² Policia e Kosovës (PK)- korrik 2021

Tabela nr. 1 paraqet numrin e suicideve dhe tentimeve suicidale gjatë viteve(2001-2021)

Viti	Suicidet	Tentimet suicidale
2001	74	41
2002	74	51
2003	66	72
2004	64	202
2005	56	137
2006	58	203
2007	54	221
2008	28	244
2009	73	293
2010	67	372
2011	52	306
2012	58	343
2013	45	236
2014	77	261
2015	60	219
2016	37	229
2017	32	216
2018	38	163
2019	31	142
2020	40	101
2021	21	81



Grafikoni nr 1 paraqet numrin e suicideve dhe tentimeve suicidale sipas viteve

1.3 Popullata e synuar

Personat me çrregullime mendore, përdoruesit e alkoolit dhe drogave tjera, personat me status ekonomik të ulët, dhuna familjare, izolimi social, personat me sëmundje terminale, persona me tentime suidale në të kaluarën, personat me histori familjare për suidid si dhe personat me histori për tentim suididal.

1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor që janë të punësuar në të gjitha nivelet e kujdesit të shërbimeve shëndetësore, i shërben të gjithë profesionistëve që punojnë me persona që kanë bërë një përpjekje suidale ose janë në rrezik që të ja marrin jetën vetvetes. Ky udhërrëfyes bazohen në prova shkencore.

1.5 Pyetjet

- Si bëhet vlerësimi i pacientit me sjellje suidale ?
- Si bëhet menaxhimi i pacientëve në Kujdesin Parësor Shëndetësor ?
- Si menaxhohen rastet psikiatrike në Institucione Psikiatrike?
- Si krijohet dhe ruhet Aleanca Terapeutike?
- Cilat janë modalitetet specifike të trajtimit?
- Si menaxhohen krizat ?
- Cilat janë pyetjet më të shpeshta që bëhen te vetëdëmtimet ?
- Cilët janë faktorët kryesor që ndikojnë te suididet ?

II. Metodologjia

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës:

Të gjithë anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit. Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus (me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupit punues).

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesët klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave, gjithashtu grupi punues është referuar në të dhënat e OBSH-së, të vlerësimit të suicideve.

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur.

Janë shqyrtuar shumë udhërrëfyes klinik praktik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesit në vijim:

- mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0." 2016
- Clinical practice guideline for the assessment and management of patients at risk for suicide, assessing and treating suicidal behaviors " si dhe sa i përket menaxhimit në kujdesin parësor shëndetësor është referuar
- Udhërrëfyesin "Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician.
- Global Estimation" Suicide Worldwide 2019"

Metodologjia e përdorur në literatura e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit referohet në provat që mbështesin referencat: prova klinike të rastësishme, studime në të cilat përcillen subjektet gjatë gjithë kohës (grupet e kontrollit dhe trajtimit) si dhe studime longitudinale.

Grupi punues për adaptimin e udhërrëfyesit klinik për alkool dhe droga tjera është referuar në metodën e përshtatshmërisë RAND/UCLA, në të cilën është marrë në konsiderat opinionin e ekspertëve të lëmisë mbi adaptimin e temave konform rrethanave të vendit.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri-viteve, por gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet e organizatave kredibile ndërkombëtare.

III. Përkufizimet

Anhedonia: përkufizohet si humbje e interesit, tërheqje nga aktivitetet e rregullta dhe të këndshme, shpeshë e lidhur me depresion.

Ankth (i zakonshëm): përkufizohet si një ndjenjë e pakëndshme frike, frikë e shoqëruar me reagime fiziologjike (p.sh. tension, rritje të rrahjeve të zemrës, djersitje të pëllëmbëve).

Ankth (çrregullim): përkufizohet si çrregullim mendore në të cilat frika, shqetësimi dhe tensioni janë problemi kryesor. Frika njihet nga personi si e tepruar dhe mund të rezultojë në sjellje të reduktuara të tilla si shmangie (p.sh. agorafobia) ose sjellja rituale (që gjendet në çrregullimin obsesiv-kompulsiv).

Aktivizimi i sjelljes: (bihejvioral) nënkupton trajtimin psikologjik që fokusohet në përmirësimin e disponimit duke u angazhuar sërish në aktivitete që janë të orientuara drejt detyrave që dikur ishin të këndshme, pavarësisht disponimit të ulët aktual. Mund të përdoret si një trajtim i pavarur, dhe është gjithashtu një komponent i terapisë konjitive të sjelljes.

Empatia: përkufizohet si ndërgjegjësim dhe kuptim i ndjenjave, sjelljes dhe motiveve të një personi tjetër, kombinuar me shqetësimin për atë person, pa vetë-identifikim me ato përvoja.

Suicidi: është vdekje e shkaktuar nga sjellja dëmtuese, e vetë-drejtuar me qëllim për të shkaktuar vdekjen.

Përpyekja për suicid: përkufizohet si një sjellje jo-fatale e drejtuar nga vetja, potencialisht dëmtuese me qëllim për të shkaktuar vdekjen si pasojë e sjelljes. Një tentativë sucidale mund ose nuk mund të rezultojë me lëndim.

Përpyekja e ndërprerë sucidale: përkufizohet si sjellje potencialisht vetë-dëmtuese me dëshmi/fakte (eksplicite ose të nënkuptuara) se personi kishte ndërmend të vdiste por e ndaloi përpyekjen para se të ndodhte dëmtimi fizik.

Ideja për suicid: nënkupton mendimet që përcaktojnë vdekjes e dikujt.

Idetë sucidale mund të ndryshojë në thellësinë e seriozitetit në varësi të specifikës së planeve sucidale dhe shkallës së qëllimit suicidal.

Qëllimi për suicid: nënkupton pritjen dhe dëshirën subjektive për një veprim vetëshkatërrues që përfundon me vdekje.

Vdekshmëria/sjelljet sucidale: nënkupton rrezikshmërinë objektive për jetën, e shoqëruar me një metodë ose veprim suicidal. Kujdes, se vdekshmëria është e ndryshme dhe nuk mund të përkojë gjithmonë me pritjen e një individi për atë që është e rrezikshme nga ana mjekësore.

Vetëdëmtimi i qëllimshëm: nënkupton vetë-shkaktimin e veprimeve të dhimbshme, shkatërruese ose dëmtuese por pa qëllim për të vdekur.

Varësia: është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance përkundër njohjes së pasojave negative të përdorimit të tillë.

Tërheqja/Abstenenca: përfshinë një sërë simptomash të pakëndshme që ndodhin pas ndërprerjes së papritur ose zvogëlimit të dozës së një substance psikoaktive që është konsumuar në doza mjaft të larta në një periudhë të gjatë kohore.

Sindroma mund të jetë e shoqëruar me shenja të shqetësimit fiziologjik, që është një nga treguesit e një sindromi të varësisë.

Simptomat e tërheqjes në bazë janë, të kundërta me ato që prodhohen nga vetë substanca psikoaktive.

Terapia familjare: nënkupton këshillimin që përfshin disa seanca (zakonisht më shumë se gjashtë) të planifikuara gjatë një periudhe mujore.

Seancat realizohen përmes individit, familjes ose grupeve familjare, dhe duhet të përfshijnë personin që jeton me sëmundje mendore, nëse është e mundur. Ka rol mbështetëse dhe edukative, shpesh përfshin zgjidhjen e problemeve të negociuara për menaxhimin e krizave.

IV. Përmbledhje Ekzekutive

Suicidi është veprim i qëllimshëm i vdekjes, ndërsa vetë-dëmtimi është një term më i gjerë që i referohet dëmtimit të qëllimshëm, të vetë-shkaktuar, i cili mundet ose nuk mundet të ketë një qëllim ose rezultat fatal.

Çdo person mbi moshën 10 vjeçare që përjeton ndonjëherë nga gjendjet e mëposhtme duhet të pyetet për mendimet në muajin e fundit ose për planet e vetë-dëmtimit si dhe për veprimet e vetëlëndimit në vitin e fundit:

- Dhimbje kronike
- Shqetësim akut emocional

Vlerësoni mendimet, planet dhe veprimet gjatë vetëdëmtimit, vlerësimin fillestar, periodik më pas sipas nevojës.

Kujdesuni për gjendjen mendore dhe gjendjen emocionale të personit.

Tabela nr 2
Këshilla Klinike¹

Të pyesësh për vetëlëndim NUK provokon veprim të vetëdëmtimit.
Shpesh redukton ankthin që lidhet me mendimet ose veprimet e vetëdëmtimit, ndihmon personin të ndihet i kuptuar.
Megjithatë, përpiquni të krijoni një marrëdhënie me personin përpara se të bëni pyetje për vetëdëmtimin.
Kërkoni që personi t'i shpjegojë arsyet e tij për të dëmtuar veten.

4.1 Vlerësimi i pacientit me sjellje suidale

Vlerësimi për vetëdëmtim/ suid

Nëse personi paraqitet me njërin nga gjendjet në vijim:

Dëshpërim ekstrem, i pashpresë, të menduarit/ plan, veprim aktual për suid ose histori e veprimit të vetë-dëmtimit me shenja intoksikimi, gjakderdhje nga plaga e shkaktuar nga vetëvetja, humbje e vetëdijes dhe/ ose letargji ekstreme, OSE

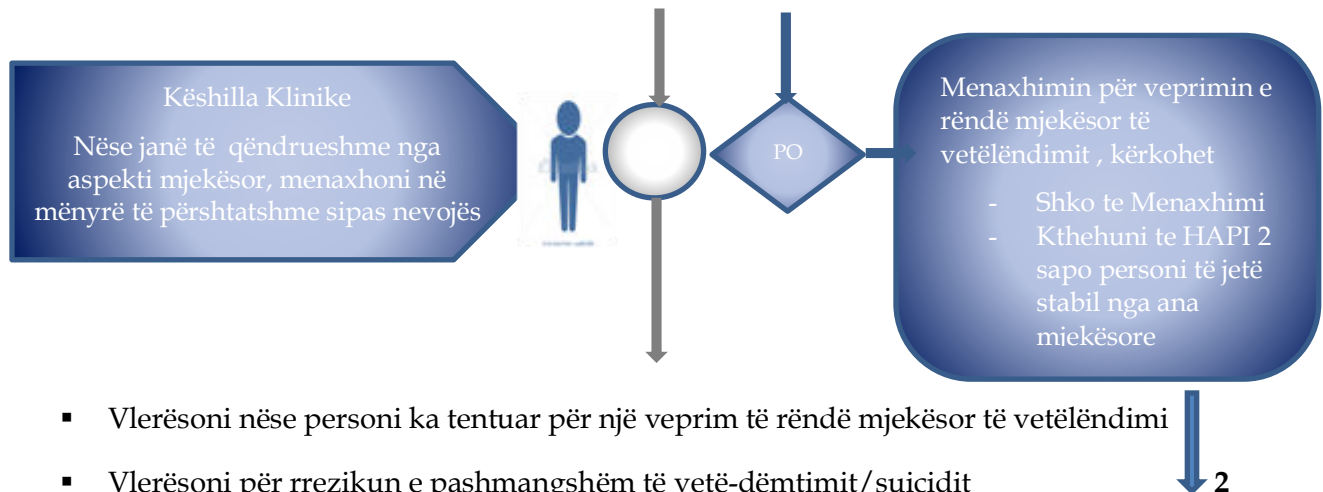
Ndonjërin nga gjendjet e çrregullimeve mendore, neurologjike, përdorim të substancave ,(MNS): dhimbje kronike ose shqetësim ekstrem emocional.

1

A ka tentuar personi të bëjë një veprim të rëndë të vetëdëmtimit nga ana mjekësore?

Vlerësoni nëse ka dëshmi të vetëlëndimit dhe ose shenjat /simptome që kërkojnë trajtim urgjent mjekësor:

- Shenja të helmimit ose intoksikimit
- Humbje të vetëdijes
- Gjakderdhje nga plagët e vetëshkaktuara
- Letargji ekstreme

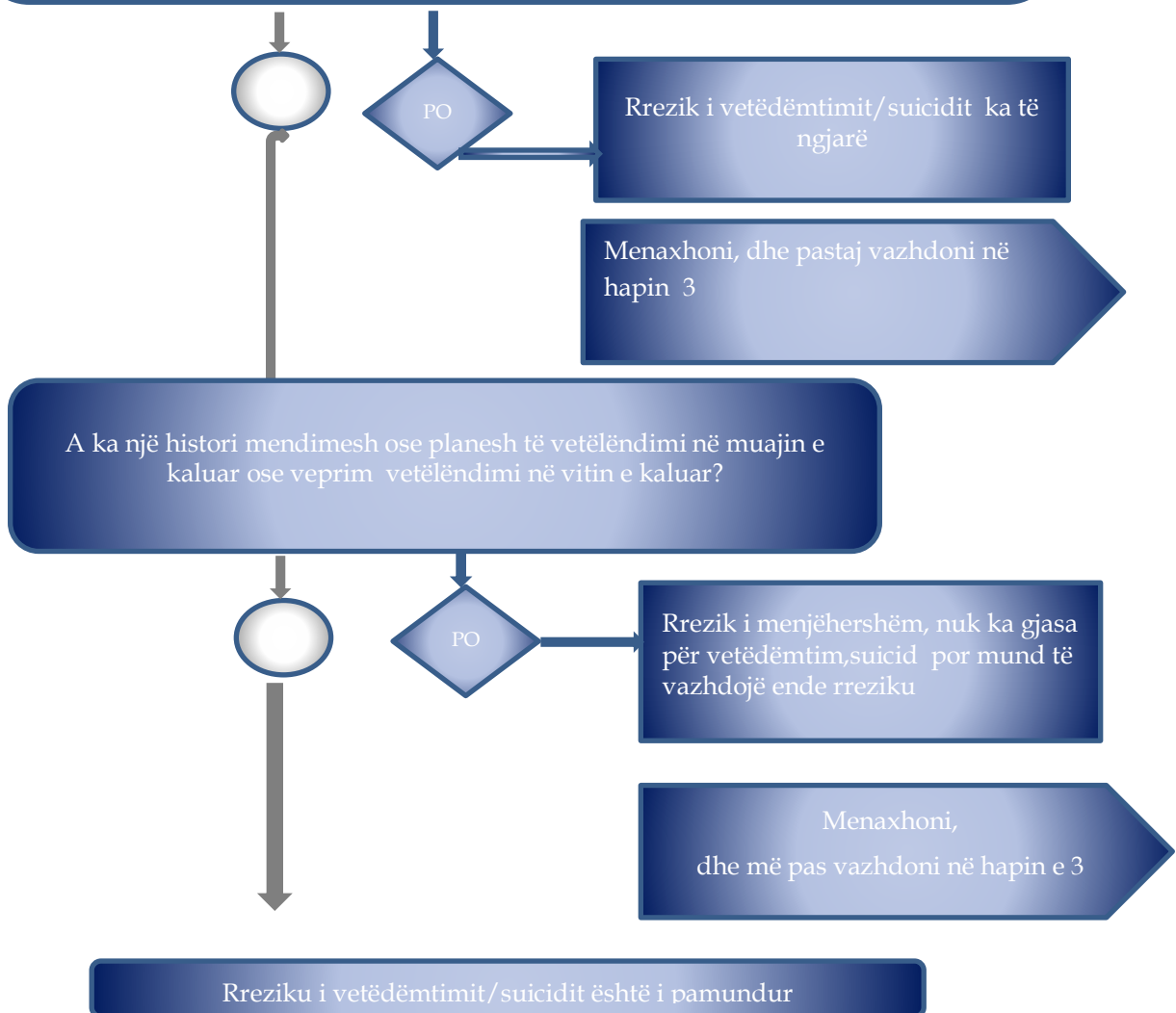


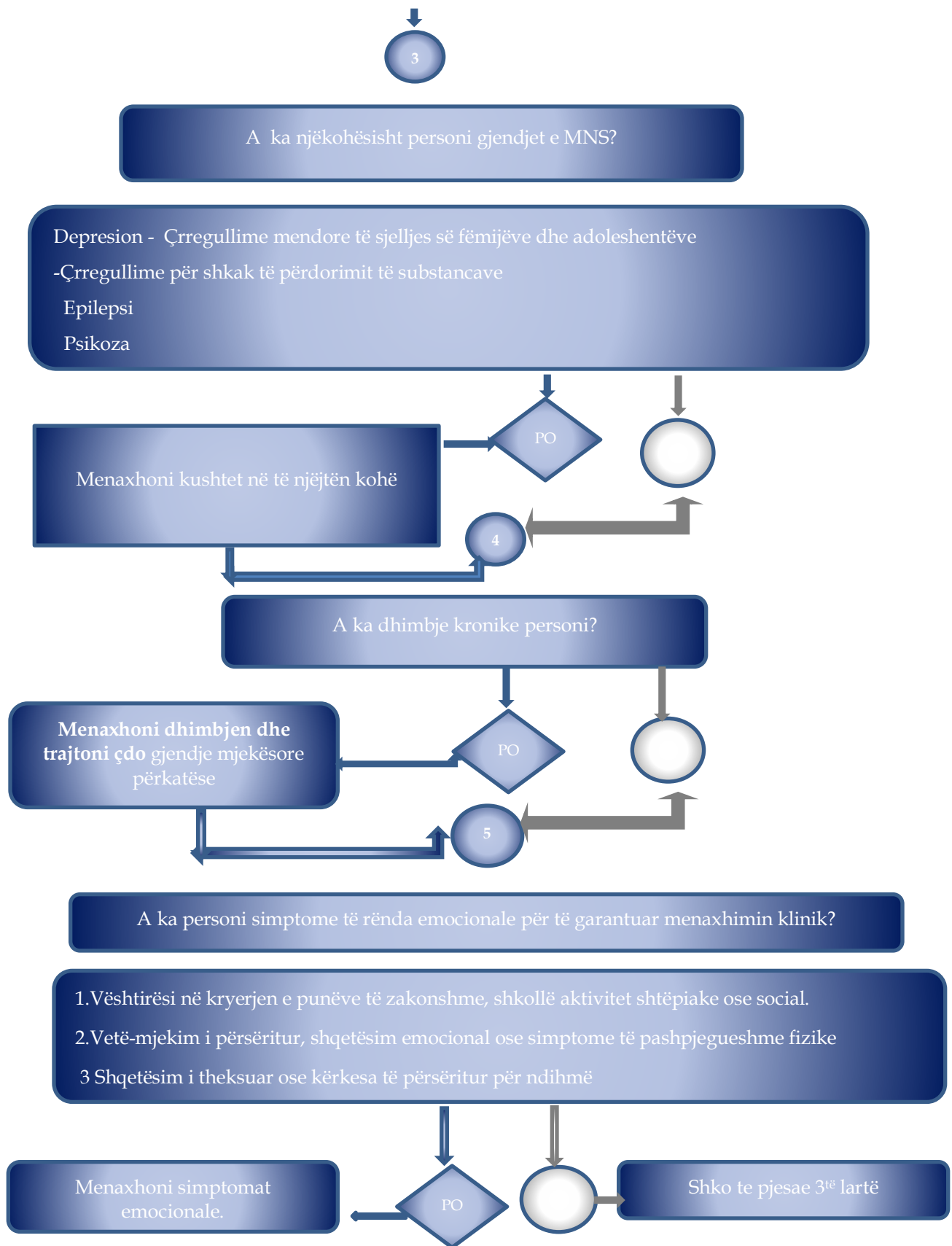
- Vlerësoni nëse personi ka tentuar për një veprim të rëndë mjekësor të vetëlëndimit
- Vlerësoni për rrezikun e pashmangshëm të vetë-dëmtimit/ suidit
- Vlerësoni për dhimbje kronike.
- Vlerësoni ashpërsinë e simptomave emocionale.

A ekziston rrezik për veprim të menjëhershëm të vetëdëmtimit/suicidit ?

Pyetni personin dhe kujdestarët nëse i ka ndonjëherë nga gjendjet në vijim:

- Mendime aktuale ose plan të vetë-dëmtimit/suicidit.
- Historia të mendimeve ose plan të vetëdëmtimit në muajin e kaluar ose veprim të vetëdëmtimit në vitin e kaluar.
- Jashtëzakonisht i shqetësuar, i dhunshëm, ose që i mungon komunikimi.





V. Rekomandimet

1. Rekomandimet me bazë të konsiderueshme klinike (I)
2. Rekomandimet me bazë të moderuar klinike (II)
3. Mund të rekomandohen në bazë të rrethanave individuale (III)

5.1 Vlerësimi psikiatrik

Vlerësimi psikiatrik është elementi thelbësor i procesit të vlerësimit të suicidit. Gjatë vlerësimit, psikiatri merr informata lidhur me gjendjen aktuale mendore të pacientit (p.sh., përmes pyetjeve dhe vëzhgimeve të drejtpërdrejta në lidhje me të menduarit dhe sjelljen suicidale si dhe përmes burimeve tjera të afërta me personin).

Këto informata i mundësojnë psikiatrit:

- të identifikojë faktorët dhe veçoritë specifike që në përgjithësi mund të rrisin ose zvogëlojnë rrezikun për suicid ose sjellje të tjera suicidale dhe që mund të shërbejnë si objektiva të modifikueshme si për ndërhyrjet akute ashtu edhe për ato në vazhdim.
- adresimin e menjëhershëm për sigurinë e pacientit dhe përcaktimin e mjedisit më të përshtatshëm për trajtim, dhe
- zhvillimin e një diagnoze diferenciale multi aksiale për të udhëhequr më tej planifikimin e trajtimit.

Gjerësia dhe thellësia e vlerësimit psikiatrik ka për qëllim vlerësimin e rrezikut të suicideve që ndryshon varësisht nga ambienti ku kryhet vlerësimi, aftësia ose gatishmëria e pacientit për të siguruar informacionin; disponueshmëria e informacionit nga kontaktet e mëparshme me pacientin ose nga burime të tjera, përfshirë profesionistët të tjerë të shëndetit mendor, të dhënat mjekësore dhe anëtarët e familjes.

Edhe pse janë zhvilluar shkallët e vlerësimit për qëllime hulumtuese, atyre u mungon vlefshmëria për të parashikuar përdorimin në praktikën klinike.

Prandaj, shkallët e vlerësimit të suicideve mund të na ndihmojnë për vlerësimin e suicidit, por duhet të mos përdoren si instrumente parashikuese ose zëvendësuese për një vlerësim të plotë klinik.(I)

Në tabelën a parë janë paraqitur karakteristikat e një vlerësimi të suicidit, përfshirë paraqitjen aktuale të pacientit, pikat e forta, të dobëta individuale, historinë dhe situatën psikosociale. Informatat mund të vijnë nga pacienti drejtpërdrejtë ose nga burime të tjera, duke përfshirë anëtarët e familjes, miqtë dhe të tjerët.

Individët e tillë mund të jenë në gjendje të japin informata në lidhje me gjendjen aktuale mendore të pacientit, aktivitetet dhe krizat psikosociale, mund të kenë vëzhguar sjelljet e tij/saj ose të kenë ditur komunikimet që sugjerojnë suicidin tek pacienti me idetë, planet ose synimet.

Kontakti me individë të tillë mund të ofrojë mundësi për psikiatrin, të përpiqet të forcojë rrjetin e mbështetjes sociale të pacientit.

Ky qëllim shpesh mund të arrihet pa zbulimin e informatave, private ose konfidenciale nga psikiatri për pacientin.

Në rrethanat klinike në të cilat ndarja e informatave është e rëndësishme për të ruajtur sigurinë e pacientit ose të të tjerëve, është e lejueshme dhe madje kritike për të ndarë një informatë të tillë pa pëlqimin e pacientit(I).

Kur komunikoni me pacientin, është e rëndësishme të mbani në mend se thjesht pyetja për idetë suicidale nuk garanton marrjen e informatave të sakta ose të plota.

Bindjet kulturore ose fetare rreth vdekjes ose suicidit, për shembull, mund të ndikojnë në dëshirën e pacientit për të folur për suicid gjatë procesit të vlerësimit, si dhe për gjasat që ka pacienti për të vepruar sipas ideve suicidale.

Rrjedhimisht, psikiatri mund të dëshirojë të eksplorojë bindjet kulturore dhe fetare të pacientit, veçanërisht kur ato lidhen me vdekjen dhe suicidin(II).

Është e rëndësishme që psikiatri të fokusohet në natyrën, frekuencën, thellësinë, kohën dhe vazhdimësinë e ideve suicidale.

Nëse ekziston një ide, kërkoni më shumë detaje rreth pranisë ose mungesës së planeve specifike për suicidin duke përfshirë çdo hap të ndërmarrë për të zbatuar plane ose për t'u përgatitur për vdekjen.

Nëse aspektet e tjera të paraqitjes klinike duken të papajtueshme me një mohim fillestar të mendimeve suicidale, mund të indikohet pyetja shtesë te pacienti (II).

Aty ku ka një histori tentativash për suicid, tentativa të ndërprera ose sjellje të tjera vetëdëmtuese, është e rëndësishme të merren sa më shumë detaje që të jetë e mundur në lidhje me kohën, qëllimin, metodën dhe pasojat e sjelljeve të tilla.

Është gjithashtu e dobishme të përcaktohet konteksti i kohës/ jetës në të cilin ato kanë ndodhur dhe nëse kanë ndodhur në lidhje me përdorimin kronik të alkoolit/dehjen ose substanca të tjera.

Për individët në trajtimin e mëparshëm ose aktual psikiatrik, është e dobishme të përcaktohet forca dhe qëndrueshmëria e marrëdhënieve terapeutik(II).

5.2 Vlerësimi i rrezikut suicidal

Suicidi dhe sjelljet suicidale shkaktojnë pasoja të rënda personale, sociale dhe ekonomike. Pavarësisht nga inteziteti i këtyre pasojave, sjelljet suicidale janë statistikisht të rralla, madje edhe në popullatat në rrezik. Megjithëse idetë dhe tentativat për suicid shoqërohen me rrezik të shtuar për suicid, shumica e individëve me mendime ose përpjekje për suicid nuk do të vdesin kurrë nga suicidi.

Disa faktorë mund të rrisin ose ulin rrezikun për suicid. Në peshimin e faktorëve të rrezikut dhe atyre mbrojtës për një pacient vëmendje mund t'i kushtohet 1) pranisë së sëmundjes psikiatrike; 2) simptomeve specifike psikiatrike si pashpresa, ankthi, agjitimi ose idetë e forta suicidale; 3) rrethanat unike si stresorët psikosocial dhe 4) faktorët të tjerë si gjenetik, mjekësor, psikologjik, psikodinamik etj.

Është e rëndësishme të dihet se shumë nga këta faktorë nuk janë thjesht të pranishëm ose mungojnë, por përkundrazi mund të ndryshojnë nga inteziteti.

Tabela Nr 3.

Karakteristikat e Vlerësuara në Vlerësimin Psikiatrik të Pacientëve me Sjellje Suicidale
Paraqitja aktuale e suicideve ▪ Mendime, plane, sjellje dhe qëllime suicidale ose vetëdëmtuese. ▪ Metodatat specifike të konsideruara për suicid duke përfshirë vdekjen dhe pritshmërinë e pacientit për vdekjen, si dhe nëse armët e zjarrit janë të qasshme . ▪ Dëshmi të mungesës së shpresës, impulsivitetit, anhedonisë, sulmeve të panikut ose ankthit. ▪ Arsyet për të jetuar dhe planet për të ardhmen. ▪ Përdorimi i alkoolit ose substancave të tjera të lidhura me prezantimin aktual. ▪ Mendime, plane ose synime dhune ndaj të tjerëve.
Sëmundjet psikiatrike ▪ Shenjat dhe simptomat aktuale të çrregullimeve psikiatrike me vëmendje të veçantë ndaj çrregullimeve të disponimit (kryesisht çrregullimi madhor depresiv ose episode të përzier), skizofrenia, çrregullimet e përdorimit të substancave, çrregullimet e ankthit dhe çrregullimet e personalitetit (kryesisht kufitare dhe çrregullime të personalitetit antisocial) ▪ Diagnoza dhe trajtime të mëparshme psikiatrike, duke përfshirë fillimin dhe rrjedhen e sëmundjes dhe hospitalizimet, si dhe trajtimin për çrregullimet e përdorimit të substancave.
Historia ▪ Përpjekje të mëparshme për suicid, përpjekje të ndërprera për suicid ose sjellje të tjera vetëdëmtuese. ▪ Diagnoza dhe trajtime mjekësore të mëparshme ose aktuale, duke përfshirë operacionet ose hospitalizimet.

▪ Histori familjare e suicideve ose tentativave për suicid ose një histori familjare e sëmundjeve mendore, duke përfshirë abuzim me substanca.
Situatat psikosociale ▪ Krizat akute psikosociale dhe stresi kronik psikosocial, të cilët mund të përfshijnë situatën aktuale ose humbjet e perceptuara ndërpersonale, vështirësi financiare ose ndryshime në statusin socio-ekonomik, mosmarrëveshjet familjare, dhuna në familje, abuzimi, neglizhenca seksuale, fizike në të kaluarën ose në të tanishmen. ▪ Statusi i punësimit, situata e jetesës (duke përfshirë nëse ka apo jo foshnje apo fëmijë në shtëpi), dhe prania ose mungesa e mbështetjes së jashtme. ▪ Relacioni familjar dhe cilësia e marrëdhënieve familjare ▪ Besimet kulturore ose fetare për vdekjen ose suicidin
Pikat e forta dhe dobësitë individuale ▪ Aftësitë përballuese ▪ Tiparet e personalitetit ▪ Përgjigjet e kaluara ndaj stresit ▪ Kapaciteti për testimin e realitetit ▪ Aftësia për të toleruar dhimbjen psikologjike dhe për të kënaqur nevojat psikologjike

Nëse pacienti raporton një metodë specifike për kryerjen e suicidit, është e rëndësishme që psikiatri të sigurohet rreth pritshmërisë së tij për vdekje **(I)**.

Në përgjithësi, psikiatri duhet të vlerësojë rrezikun për pacientët që kanë shkallë të lartë të qëllimit suicidal ose të përshkruajë plane më të detajuara dhe specifike suicidale, veçanërisht ato që përfshijnë metoda të dhunshme dhe të pakthyeshme.

Nëse pacienti ka qasje në armë zjarri, psikiatri këshillohet të diskutojë dhe t'i rekomandojë pacientit ose një personi tjetër të rëndësishëm për rëndësinë e kufizimit, qasjes dhe largimin e armëve**(I)**.

Dokumentimi i vlerësimit të suicideve është thelbësor**(I)**.

Në mënyrë tipike, vlerësimi i suicideve dhe dokumentimi i tij ndodhin pas një vlerësimi fillestar ose, për pacientët në trajtim të vazhdueshëm, kur shfaqin ide ose sjellje suicide, kur ka përkeqësim të konsiderueshëm ose përmirësim dramatik dhe të paparashikuar në gjendjen e pacientit.

Komunikimet me kujdestarët, me familjen ose të tjerë të rëndësishëm duhet gjithashtu të dokumentohen**(I)**.

Kur pacientit ose të tjerëve u janë dhënë udhëzime specifike për armët e zjarrit ose armët e tjera, ky komunikim duhet të shënohet gjithashtu në procesverbal **(I)**.

5.3 Menaxhimi Psikiatrik

Menaxhimi psikiatrik përbëhet nga një grup i gjerë intervenimesh dhe çasjesh që krijohet nga psikiatri për të gjithë pacientët me sjellje suidale **(I)**.

Menaxhimi psikiatrik përfshinë përcaktimin e një mjedisi për trajtim, mbikëqyerje, kujdes dhe siguri të pacientit duke krijuar një marrëdhënie bashkëpunuese mjek-pacient.

Për pacientët në trajtim të vazhdueshëm, menaxhimi psikiatrik përfshinë krijimin dhe mirëmbajtjen e aleancës terapeutike, koordinimin e trajtimit, monitorimin e pacientit që i përgjigjet planit të trajtimit, kryerjen e vlerësimeve të vazhdueshme të sigurisë së pacientit, gjendjes psikiatrike dhe nivelit të funksionimit.

Përveç këtyre menaxhimi psikiatrik përfshinë inkurajimin, respektimin e trajtimit, ofrimin e edukimit të pacientit, kur kërkohet edhe anëtarëve të familjes dhe të tjerëve të rëndësishëm.

Pacientët me mendime, plane ose sjellje suidale në përgjithësi duhet të trajtohen në një mjedis më pak kufizues të sigurt dhe efektiv **(I)**.

Parametrat dhe kushtet e trajtimit përfshijnë vazhdimësinë e trajtimit në nivelet e kujdesit shëndetësor nga hospitalizimi i pavullnetshëm deri te trajtimi ambulantor.

Zgjedhja e një mjedisi të veçantë të trajtimi varet jo vetëm nga vlerësimi i psikiatrit për rrezikun aktual të suidit por edhe nga aspektet tjera të statusit aktual të pacientit përfshirë: 1.komorbiditetin mjekësor dhe psikiatrik, 2.fuqinë dhe disponueshmërinë e një rrjeti mbështetës psikosocial, 3. aftësinë për të ofruar vetëkujdes adekuat dhe bashkëpunim në trajtim.

Te rastet e kontakteve të përsëritura të individëve me sistemin e kujdesit shëndetësor, çdo veprim duhet të rivlerësohet në kontekstin e situatës aktuale **(I)**.

Te trajtimi i pacientëve suicidal, veçanërisht tek ata me suid të rëndë ose të përsëritur ose sjellje vetëdëmtuese, psikiatri duhet të jetë i vetëdijshëm për emocionet dhe reagimet e tij/saj që mund të ndikojnë në kujdesin e pacientit **(II)**.

Për pacientët që vështirë trajtohen, konsultimi ose mbikëqyrja nga një koleg mund të ndihmojë në afirmimin e përshtatshmërisë së planit të trajtimit, duke sugjeruar qasje alternative terapeutike, ose monitorimin dhe trajtimin e çështjeve të kundërtransferencës **(II)**.

Në fakt, një pjesë e konsiderueshme e individëve që vdesin nga suicidi kanë vizituar një mjek brenda disa muajve të vdekjes dhe mund të kenë marrë trajtim specifik nga shërbimet e shëndetit mendor.

Vdekja e një pacienti nga suicidi shpesh do të ketë një efekt të rëndësishëm tek psikiatri që trajton dhe mund të rezultojë në rritje të stresit dhe humbje të vetëbesimit profesional.

Psikiatri duhet të jetë i vetëdijshëm se konfidencialiteti i pacientit shtrihet përtej vdekjes së pacientit dhe se dispozitat e zakonshme në lidhje me të dhënat mjekësore ende zbatohen.

Çdo dokumentacion shtesë i përfshirë në kartelën mjekësore pas vdekjes së pacientit duhet të jetë i datës, në të njëjtën kohë, jo me prapavijë dhe shënimet e mëparshme nuk duhet të ndryshohen **(I)**

Varësisht nga rrethanat bisedat me anëtarët e familjes mund të jenë të përshtatshme dhe mund ta qetësojnë pikëllimin **(II)**.

Tek suicid i një të dashuri, vetë anëtarët e familjes janë më të prekshëm ndaj çrregullimeve fizike dhe psikologjike, duhet të ndihmohen për të marrë intervenim psikiatrik edhe pse jo domosdoshmërisht nga i njëjti psikiatër që trajtoi individin që vdiq **(II)**.

5.4 Modalitetet specifike të trajtimit

Në zhvillimin e një plani trajtimi që trajton mendimet ose sjelljet suicidale, psikiatri duhet të marrë parasysh përfitimet e mundshme të terapive somatike, si dhe përfitimet e mundshme të intervenimeve psikosociale, duke përfshirë psikoterapinë **(I)**.

Përvoja klinike tregon se shumë pacient me mendime, plane ose sjellje suicidale do të përfitojnë më shumë nga një kombinim i këtyre trajtimeve **(II)**

Psikiatri duhet të trajtojë faktorët e rrezikut të modifikueshëm të identifikuar në vlerësimin fillestar psikiatrik dhe të bëjë vlerësime të vazhdueshme gjatë rrjedhës së trajtimit **(I)**.

Në përgjithësi, qasjet terapeutike duhet të synojnë çrregullimet psikiatrike të aksit I dhe të aksit II, simptomet specifike shoqëruese si depresioni, agjitimi, ankthi, pagjumësia dhe stresorët tjerë.

Derisa qëllimi i trajtimit farmakologjik është lehtësimi i simptomave akute, përfshirë lehtësimin ose trajtimin e suicidit akut për një diagnozë specifike, qëllimet e trajtimit të ndërhyrjeve psikosociale mund të jenë më të gjëra dhe afatgjata.

Meqenëse trajtimi duhet të jetë një proces bashkëpunues midis pacientit dhe klinikistit(ve), preferencat e pacientit janë të rëndësishme për t'u marrë parasysh kur zhvillohet një plan individual i trajtimit **(I)**.

5.5 Intervenimet Somatike

Dëshmitë për trajtimin me antidepressiv për ulje të shkallës së suicidit nuk japin të dhëna përfundimtare. Megjithatë, efikasiteti i dokumentuar i antidepressivëve në trajtimin e episodeve akute depresive dhe përfitimi i tyre afatgjatë mbështet përdorimin e tyre te individët me çrregullime të cilët po përjetojnë mendime ose sjellje suicidale(II).

Këshillohet të zgjidhni një antidepressant me rrezik më të ulët për letalitet në rast të mbidozimit akut, të tillë si një frenues selektiv i rimarrjes së serotoninës (SSRI) ose një antidepressant tjetër në doza të pranueshme veçanërisht për pacientët që trajtohen për herë të parë(I).

Për pacientët me pagjumësi të theksuar, një antidepressant, një qetësues ose një hipnotik mund të konsiderohet i dobishëm (II).

Meqenëse efektet antidepressive mund të mos vërehen për ditë deri në javë pas fillimit të trajtimit, pacientët duhet të monitorohen nga afër në fillim të trajtimit dhe të edukohen për këtë vonesë të mundshme të reagimit të medikamenteve në lehtësimin e simptomave.

Për të trajtuar simptomat e tilla si pagjumësinë e rëndë, agjtimin, sulmet e panikut ose ankthi psikik, **benzodiazepinat** mund të indikohen për përdorim afatshkurtër bashkë me medikamentet tjera me veprim të zgjatur(I).

Përndryshe, medikamentet të tjera që mund të përdoren për efektet qetësuese në pacientët shumë të shqetësuar përfshijnë dozat e ulëta të disa antipsikotikëve të gjeneratës së dytë si dhe disa antikonvulsant(III).

Nëse benzodiazepinat ndërpriten pas përdorimit të zgjatur, dozat e tyre duhet të reduktohen gradualisht dhe pacienti duhet të monitorohet për simptomet në rritje të ankthit, acarimit, depresionit ose suicidit(II).

Trajtimi me clozapine shoqërohet me ulje të ndjeshme në përqindjet e tentativave për suicid për individët me skizofreni dhe çrregullim skizoafektiv.

Kështu që gjatë trajtimi me clozapine duhet t'i kushtohet vëmendje serioze pacientëve psikotik me ide të shpeshta suicidale dhe tentativë.

Megjithatë, përfitimet e trajtimit me clozapine duhet të peshohen kundër rrezikut të efekteve anësore, duke përfshirë agranulocitozën dhe miokarditin potencialisht fatal, gjë që në përgjithësi ka bërë që clozapine të rezervohet për përdorim kur simptomet psikotike nuk i janë përgjigjur medikamenteve të tjera antipsikotike.

Nëse trajtimi indikohet me një antipsikotik të ndryshëm nga clozapina, antipsikotikët e tjerë të gjeneratës së dytë (p.sh., risperidoni, olanzapina, quetiapine, aripiprazol) preferohen mbi agjentët antipsikotikë të gjeneratës së parë.

5.6 Intervenimet Psikosociale

Psikoterapitë dhe intervenimet tjera psikosociale luajnë një rol të rëndësishëm në trajtimin e individëve me mendime dhe sjelljes suicidale(II). Një numër i konsiderueshëm, provash mbështesin efikasitetin e psikoterapisë në trajtimin e çrregullimeve specifike, të tilla si çrregullimi depresiv madhor jopsikotik, apo çrregullimi i personalitetit kufitar, të cilat shoqërohen me një rrezik të shtuar të suicidit.

Për shembull, psikoterapia interpersonale dhe e njohjes (kognitive) janë gjetur të jenë efektive në provat klinike për trajtimin e depresionit.

Prandaj, psikoterapitë ndërpersonale dhe terapia e sjelljes dhe njohëse (CBT Kognitiv bihejvioral terapi) mund të konsiderohen si trajtime të përshtatshme për sjelljen suicidale, veçanërisht kur ajo ndodh në kontekstin e depresionit.

Për pacientët me një diagnozë të çrregullimit të personalitetit kufitar, terapi psikodinamike dhe terapia e sjelljes dialektike mund të jenë trajtime të përshtatshme për sjelljet suicidal sepse provat modeste kanë treguar se këto terapi lidhen me uljen e sjelljeve të vetëdëmtimit përfshirë tentativat për suicid.

Edhe pse nuk synohen në mënyrë specifike për sjelljet suicidale, trajtimet e tjera psikosociale mund të jenë gjithashtu të dobishme në reduktimin e simptomave dhe përmirësimin e funksionimit tek individët me çrregullime psikotike dhe në trajtimin e çrregullimeve të përdorimit të alkoolit dhe substancave të tjera që janë të lidhura me rritjen e shkallës suicidale.

Tabela 4. Rrethanat në të cilat mund të indikohet klinikisht një vlerësim suicidal

- Vlerësimi i emergjencës/qendrave të trajtimit të çrregullimeve.
- Vlerësimi i marrjes (në baza spitalore ose ambulatorë).
- Përpara një ndryshimi në statusin e vëzhgimit ose vendosjes në trajtimin, (p.sh., ndërprerja e vëzhgimit një për një, referimi nga mjedisi spitalor).
- Ndryshimi i menjëhershëm në paraqitjen klinike (ose përkeqësim i shpejtë ose përmirësim i papritur, dramatik).
- Mungesa e përmirësimit ose përkeqësimi gradual pavarësisht trajtimit.
- Parashikimi ose përvoja e një humbjeje të konsiderueshme interpersonale ose stresi psikosocial (p.sh., divorci, humbje financiare, probleme ligjore, turp ose poshtërim personal).
- Fillimi i një sëmundjeje fizike (veçanërisht nëse kërcënon jetën, shpërfytyron ose shoqërohet me dhimbje të forta ose humbje të funksionit ekzekutiv).

5.7 Vlerësimi i Pacientit me Sjellje Suicidale

Vlerësimi i pacientit suicidal është një proces i vazhdueshëm që përfshin shumë elemente.

Aftësia e psikiatrit për t'u lidhur me pacientin, për të krijuar raporte dhe për të demonstruar ndjeshmëri është një përbërës i rëndësishëm i procesit të vlerësimit.

Për pacientët suicidal që monitorohen në vazhdimësi marrëdhënia mjek-pacient do të sigurojë bazën nga e cila vazhdojnë të identifikohen faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës nga e cila ofrohen ndërhyrje terapeutike, si psikoterapitë dhe farmakoterapitë.

Në thelb të vlerësimit suicidal, vlerësimi psikiatrik do të ofrojë informacion në lidhje me historinë e pacientit, rrethanat aktuale, gjendjen mendore dhe do të përfshijë pyetje të drejtpërdrejta rreth mendimit dhe sjelljeve suicidale .

Ky vlerësim, nga ana tjetër, do t'i mundësojë psikiatrit të identifikojë faktorë dhe veçoritë specifike që mund të rrisin ose ulin rrezikun e mundshëm për suicid ose sjellje të tjera suicidale.

Këta faktorë dhe veçori mund të përfshijnë aspektet zhvillimore, biomjekësore, psikopatologjike, psikodinamike dhe psikosociale të cilat të gjitha mund të shërbejnë si objektiva të modifikueshëm si për ndërhyrjet akute ashtu edhe për ato të vazhdueshme.

Një informacion i tillë do të jetë gjithashtu i rëndësishëm në adresimin e sigurisë së menjëhershme të pacientit, përcaktimin e mjedisit më të përshtatshëm për trajtim dhe zhvillimin e diagnozës diferenciale multiaksiale që do të udhëheqë më tej planifikimin e trajtimit.

Megjithëse qasja ndaj pacientit suicidal është e zakonshme për të gjithë individët, pavarësisht nga diagnoza ose paraqitja klinike, gjerësia dhe thellësia e vlerësimit psikiatrik do të ndryshojnë me vendosjen e vlerësimit; aftësinë ose vullnetin e pacientit për të dhënë informacione; dhe disponueshmërinë e informacionit nga kontaktet e mëparshme me pacientin ose nga burimet tjera, përfshirë profesionistët të tjerë të shëndetit mendor, të dhënat mjekësore dhe anëtarët e familjes.

5.7.1 Kryeni një vlerësim të plotë psikiatrik

Vlerësimi psikiatrik është elementi kryesor i vlerësimit të rrezikut të suicidit. Ky seksion ofron një përmbledhje të aspekteve kyçe të vlerësimit psikiatrik pasi, ato lidhen me vlerësimin të pacientëve me sjellje suicidale. Për tentativat për suicid është e rëndësishme të identifikohen faktorët e rrezikut të sjelljes suicidale.

5.7.2 Identifikoni shenjat dhe simptomat specifike psikiatrike

Është e rëndësishme të identifikohen shenjat dhe simptomat specifike psikiatrike që lidhen me një rrezik të shtuar të suicidit ose sjelljeve të tjera sucidale. Simptomat që janë shoqëruar me tentativat për suicid përfshijnë agresivitetin, dhunën ndaj të tjerëve, impulsivitetin, dëshpërimin dhe agjitimin.

Ankthi psikik, i cili është përkufizuar si ndjenja subjektive e ankthit, frikës pavarësisht nëse është apo jo i fokusuar në shqetësime specifike, është shoqëruar me rritje të rrezikut për suicid si: anhedonia, pagjumësia dhe paniku. Përveç kësaj, identifikimi i shenjave dhe simptomave të tjera psikiatrike (p.sh., psikoza, depresioni), do të ndihmojnë në përcaktimin, nëse pacienti ka një sindromë psikiatrike që duhet të jetë gjithashtu fokusi i trajtimit.

5.7.3 Vlerësoni sjelljen sucidale në të kaluarën, duke përfshirë qëllimin e veprimeve vetëlënduese

Një histori e tentativave për suicid në të kaluarën është një nga faktorët më të rëndësishëm të rrezikut për suicid.

Prandaj, është rëndësishme që psikiatri të pyes për tentativat e kaluara për suicid dhe sjelljet vetëdëmtuese, duke përfshirë pyetjet specifike për tentativat për suicide të ndërprera. Shembuj të kësaj të fundit mund të jenë, vënia e armës në kokë, por jo shkrehja e saj, qëndrimi në urë, por jo kërcimi, ose thuarja e një laku, por jo përdorimi i tij.

5.7.4 Identifikimi i historisë familjare për suicid, sëmundjeve mendore dhe mos funksionimi

Identifikimi i historisë familjare është veçanërisht i rëndësishëm gjatë vlerësimit psikiatrik. Psikiatri duhet të pyes në mënyrë specifike për praninë e suicidit dhe tentativave për suicid, historin familjare nëse ka pasur të hospitalizuar psikiatrik ose me sëmundje mendore në familje, duke përfshirë çrregullimet e përdorimit të substancave.

Te rastet kur suicidet kanë ndodhur te të afërmit e shkallës së parë, shpesh është e dobishme të mësohet më shumë rreth rrethanave, duke përfshirë përfshirjen e pacientit dhe moshën e pacientit dhe të afërmeve në kohën e suicidit

Fëmijëria e pacientit dhe mjedisi aktual familjar, gjithashtu është i rëndësishëm, pasi shumë aspekte të mosfunksionimit të familjes mund të lidhen me sjellje vetë-dëmtuese. Faktorë të tillë përfshijnë një histori konflikti familjar, ndarje, probleme ligjore prindërore, përdorim të substancave në familje, dhunë në familje dhe abuzim fizik dhe/ose seksual.

5.7.5 Vlerësoni pikat e forta psikologjike dhe dobësitë e pacientit

Në vlerësimin e rrezikut të suicidit dhe në formulimin e një plani trajtimi, klinikisti duhet të vlerësojë pikat e forta dhe dobësitë individuale të pacientit. Pikat e forta dhe dobësitë e veçanta përfshijnë faktorë si: aftësitë përballuese, tiparet e personalitetit, stilin e të menduarit, zhvillimin, nevojat mendore dhe psikologjike. Për shembull, përveç që shërbejnë si simptoma të varura dëshpërimi, agresivitetit dhe impulsiviteti mund të përbëjnë gjithashtu tipare që mund të shoqërohen me një rrezik të shtuar për sjellje suidale.

5.7.6 Mendimet suidale, planet dhe sjelljet

Në përgjithësi, sa më shumë që një individ ka menduar për suicid ka bërë plane specifike për suicid dhe synon të veprojë sipas këtyre planeve, aq më i madh do të jetë rreziku i tij/saj.

Vlerësimi është thelbësor për të pyetur në mënyrë specifike për mendimet, planet, sjelljet dhe qëllimet e pacientit për suicid. Megjithatë pyetje të tilla shpesh rrjedhin natyrshëm nga diskutimi i situatës aktuale të pacientit, kjo nuk do të jetë gjithmonë e vërtetë.

Formulimi i saktë i pyetjeve dhe shtrirja e marrjes në pyetje do të ndryshojë gjithashtu me situatën klinike. Shembuj të çështjeve që mjeku psikiatër mund të dëshirojë të trajtojë në këtë pjesë të vlerësimit të suicidit janë dhënë në shtojcë.

5.7.7 Eksploro praninë ose mungesën e ideve suidale

Të pyeturit për idetë suidale është një komponent thelbësor i vlerësimit të suicidit. Edhe pse disa kanë frikë se ngritja e temës së suicidit do ta "mbjellë" çështjen në mendjen e pacientit, kjo nuk është fakt. Në fakt, hapja e çështjes së ideve suidale mund të jetë një lehtësim për pacientin suicidal duke hapur një rrugë për diskutim dhe duke i dhënë atij ose asaj një mundësi për t'u ndjerë i kuptuar.

Kur pyesni për idetë suidale, shpesh është e dobishme të filloni me pyetje që adresojnë ndjenjat e pacientit për të jetuar, të tilla si: "Si ju duket jeta në këtë pikë?" ose "Ke ndjerë ndonjëherë se nuk ia vlen të jeton?" ose "A keni dashur ndonjëherë që të flini dhe thjesht të mos zgjoheni?"

Nëse përgjigja e pacientit pasqyron pakënaqësinë me jetën ose dëshirën për t'i shpëtuar asaj, kjo përgjigje mund të çojë natyrshëm në pyetje më specifike nëse pacienti ka pasur mendime për vdekje ose suicidin.

Kur krijohen mendime të tilla, është e rëndësishme të fokusohemi në natyrën, frekuencën, shtrirjen dhe kohën e tyre dhe të kuptojmë kontekstin interpersonal, situatën në të cilin ndodhen dhe simptomat.

Edhe nëse pacienti fillimisht mohon mendimet e vdekjes ose suicidin, psikiatri duhet të mendoj të bëjë pyetje shtesë. Shembujt mund të përfshijnë pyetjen për planet për të ardhmen ose në lidhje me veprimet ose mendimet e fundit të vetëlëndimit.

Pavarësisht nga qasja ndaj intervistës, jo të gjithë individët do të raportojnë se kanë ide për suicidin edhe kur këto mendime janë të pranishme.

5.7.8 Eksploro praninë ose mungesën e një plani suicidal

Nëse ka ide për suicid psikiatri do të hetojë më pas për informacion më të detajuar në lidhje me planet specifike për suicid dhe çdo hap që është ndërmarrë drejtë zbatimit të këtyre planeve. Megjithatë disa veprime suicidale mund të ndodhin në mënyrë impulsive me pak ose aspak planifikimi, planet më të detajuara përgjithësisht shoqërohen me një rrezik më të madh suicidal. Metoda të dhunshme dhe të pakthyeshme, të tilla si përdorimi i armëve të zjarrit, kërcimet dhe aksidentet e automjeteve kërkojnë vëmendje të veçantë.

Tabela Nr 5.

Faktorët që lidhen me një rritje të rrezikut për suicid
Mendimet/ sjelljet suicidale
▪ Idetë suicidale (aktuale ose të mëhershme) ▪ Planet suicidale (aktuale ose të mëhershme) ▪ Tentimet suicidale (duke përfshirë edhe ato të ndërprera) ▪ Letaliteti ▪ Qëllimi suicidal
Diagnozat psikiatrike
▪ Çrregullimi depresiv madhor ▪ Çrregullimi bipolar ▪ Skizofrenia ▪ Anoreksia nervore ▪ Çrregullimet si pasojë e përdorimit të alkoolit ▪ Çrregullimet e përdorimit të substancave ▪ Çrregullimet e personalitetit nga grupi B (veçanërisht çrregullimi borderline/ kufitar) ▪ Komorbiditeti i çrregullimeve nga Aksi I dhe /ose Aksi II
Sëmundjet Fizike
▪ Sëmundjet e sistemit nervor ▪ Skleroza multiple ▪ Sëmundja Huntington ▪ Lëndimet e trurit dhe palcës kurrizore ▪ Çrregullimet me konvulzione ▪ Neoplazmat malinje ▪ HIV/AIDS

▪ Ulçera peptike ▪ Sëmundjet kronike obstruktive të mushkërive, posaçërisht te meshkujt ▪ Insuficienca kronike renale e trajtuar me hemodializë ▪ Llupusi eritematoz sistemik ▪ Sindroma e dhimbjes ▪ Dëmtimet funksionale
Karakteristikat psikosociale
▪ Mungesa e mbështetjes sociale në kohët e fundit (përfshirë të jetuarit vetëm) ▪ Papunësia ▪ Rënia e statusit socio-ekonomik ▪ Marrëdhënie të dobëta me familjen ▪ Dhuna nga partneri ▪ Ngjarja stresuese jetësore të kohëve të fundit
Traumat e fëmijërisë
▪ Abuzimi seksual ▪ Abuzimi fizik
Efektet gjenetike dhe familjare
▪ Historia familjare për suicid (veçanërisht te të afërmit e shkallës së parë) ▪ Historia familjare për sëmundje mendore, përfshirë këtu edhe çrregullimet si pasojë e përdorimit të substancave
Faktorët psikologjik
▪ Pashpresa ▪ Dhimbja psikike ▪ Ankth ▪ Ataquet e panikut ▪ Turp apo poshtërim ▪ Shqetësime psikologjike ▪ Ulje e vetëvlerësimit ▪ Vulnerabiliteti narcisitik ▪ Karakteristikta e sjelljes ▪ Impulsiviteti ▪ Agresiviteti, përfshirë këtu edhe dhunën ndaj të tjerëve ▪ Agjitimi
Karakteristikat/Tiparet Njohëse
▪ Humbja e funksionit ekzekutiv ▪ Ngushtimi i mendimeve (vizioni i tunelit) ▪ Mendimi i polarizuar ▪ Mendje e mbyllur
Karakteristikat demografike
▪ Gjinia mashkullore

▪ Statusi martesor i ve, i divorcuar ose beqar, veçanërisht për burrat ▪ Grupmosha e të moshuarve (grupmosha me rrezik më të madh proporcional për vetëvrasje) ▪ Grupmoshat e adoleshentëve dhe të rinjve (grupmoshat me numrin më të madh të vetëvrasjeve) ▪ Raca e bardhë ▪ Orientim homoseksual, lezbike ose biseksual
Karakteristika shtesë
▪ Qasja në armë zjarri ▪ Intoksikimi me substanca (në mungesë të një diagnoze formale të çrregullimit të përdorimit të substancave) ▪ Marrëdhëniet terapeutike e paqëndrueshme ose të dobëta

5.8 Faktorët Demografik

Në studimet epidemiologjike, faktorët demografikë shoqërohen me rritje të shkallës së suicidalitetit. Megjithatë, këto karakteristika demografike vlejné për një popullsi shumë të gjerë, dhe nuk mund të konsiderohen si të vetme.

a) Mosha

Shkalla e suicidit ndryshon në mënyrë dramatike sipas moshës.

Përveç kësaj, stresorët psikosocialë të lidhur me moshën, çështjet familjar mund të ndikojnë në rritjen e rrezikshmërisë për suicid.

Mosha e pacientit mund të jetë gjithashtu e rëndësishme për diagnozën psikiatrike, pasi çrregullimet specifike kanë kohë të ndryshme të fillimit.

Rritja e shkallës së suicidit kur jeni te mosha, ndryshon si në funksion të gjinisë, poashtu edhe në atë të racës dhe përkatësisë etnike.

Për shembull, në mesin e meshkujve afrikano -amerikanë dhe indianëve amerikanë/vendasve të Alaskës, përqindjet e suicidit rriten në mënyrë dramatike gjatë adoleshencës, kulmin e arrijnë në moshën e rritur dhe pastaj bien në moshën e mesme dhe atë të mëvonshme.

Kështu, në adoleshencë dhe moshë madhore, shkalla e suicidit tek meshkujt afrikane amerikanë është e krahasueshme me ata të meshkujve të bardhë, megjithëse në përgjithësi, gjysma e meshkujve afrikano-amerikanë kanë më shumë gjasa të vdesin nga suicidi në krahasim me meshkujt e bardhë.

Ndërsa normat tek burrat aziatikë rriten gjithashtu pas moshës 65 vjeç dhe normat tek gratë aziatike rriten në mënyrë dramatike pas moshës 80 vjeçare.

Mendimet e vdekjes janë më të shpeshta tek të moshuarit, por në mënyrë paradoksale me rritjen e moshës, njerëzit kanë më pak të ngjarë të miratojnë idenë suicidale.

Tentativat suicidale janë më të ulëta tek të moshuarit sesa në grupmoshat e reja.

Vdekshmëria më e madhe vjen si rezultat i disa faktorëve, duke përfshirë reduktimin e reziliencës fizike (barrën më të madhe të sëmundjeve fizike), izolimin më të madh social (zvogëlohen gjasat e shpëtimit), dhe një vendosmëri më e madhe për të vdekur.

Pleqët japin më pak paralajmërime krahasuar me të tjerët për planet e tyre, përdorin metoda më të dhunshme dhe potencialisht më vdekjeprurëse si dhe zbatojnë ato metoda me planifikim dhe vendosmëri më të madhe.

Prandaj, në krahasim me një tentativë suicidale tek një i ri, një tentativë suicidale tek një person i moshuar sjell një nivel më të lartë të rrezikut për suicide në të ardhmen

b) Gjinia

Sipas Statistikave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, pothuajse në të gjitha vendet e botës rreziku për suicid rritet me moshën në të dy gjinitë, dhe normat për meshkujt në moshën madhore janë përgjithësisht më të larta sesa ato për femrat.

Përrashtim bën Kina, ku shkalla e suicidit të femrat është me e lartë se e meshkujve.

Në Shtetet e Bashkuara, vdekja nga suicidi është më e shpeshtë te meshkujt sesa tek femrat, me një përqindje afërsisht katër herë më tepër te meshkujt se sa tek femrat.

Meshkujt që janë në depresion kanë më shumë gjasa për komorbiditet dhe abuzim me alkool dhe/ose substanca tjera, gjë që i vë ata në rrezik më të lartë për suicid.

Meshkujt gjithashtu kanë më pak gjasa të kërkojnë dhe të pranojnë ndihmë ose trajtim.

Në përgjithësi, tek femrat shtatzënia është një periudhë kur reduktohet rreziku suicidal.

Gratë me fëmijë të vegjël në shtëpi gjithashtu kanë më pak gjasa të vrasin veten.

Megjithatë, gratë me një histori depresioni ose histori të tentativave suicidale janë në rrezik më të madh në periudhën postpartale.

Edhe pse suicidi ka më shumë gjasa të ndodhë në muajin e parë pas lindjes, rreziku vazhdon gjatë gjithë periudhës pas lindjes.

Adoleshentët, gratë me status të ulët socio-ekonomik dhe gratë e hospitalizuara me çrregullime psikiatrike pas lindjes mund të jenë në rrezik më të lartë postpartal.

Femrat kanë tendencë të zgjedhin metoda më pak vdekjeprurëse në krahasim me meshkujt (p.sh., mbidozimi ose prerja e dorës kundrejt armëve të zjarrit ose varjës).

Përveç kësaj, gjasa, për tentativa suicidale mund të ndryshojnë edhe me fazën e ciklit menstrual.

Tabela Nr 6.

Faktorët Protektiv
▪ Fëmijët në shtëpi ▪ Ndjenja e përgjegjësisë për familjen ▪ Shtatëzënia ▪ Religjioni ▪ Kënaqësia e jetës ▪ Aftësia për testimin e realitetit ▪ Aftësitë pozitive ballafaquese ▪ Aftësitë pozitive për zgjidhjen e problemeve ▪ Mbështetja sociale pozitive ▪ Raporti terapeutik pozitiv

c) Raca, etnia dhe kultura

Dallimet racore, etnike, kulturore, besimet fetare dhe pozita shoqërore mund të ndikojnë jo vetëm në normat aktuale të suicidit por edhe në pikëpamjet e vdekjeve.

Për disa grupe, suicid mund të konsiderohet një mënyrë e pranuar tradicionalisht ballafaqimi me turpin, shqetësimin dhe/ose sëmundjen fizike. Përveç kësaj, vlerat kulturore për përcjelljen e ideve suicidale mund të ndryshojnë; në disa kultura, për shembull, ideja suicidale mund të konsiderohet si një çështje e turpshme ose private që duhet të mohohet.

d) Gjendja martesore

Rreziku suicidal gjithashtu ndryshon me statusin martesor, ku shkalla e suicidit është dy herë më e lartë te personat beqar në krahasim me ata që janë të martuar.

Individët e divorcuar, të ndarë ose të ve, kanë shkallën prej katër deri në pesë herë më të lartë se individët e martuar. Ndryshimet në shkallën e suicidit bashkë me statusin martesor mund të pasqyrojnë shkallë të ndryshme të sëmundjes psikiatrike bazë, por gjithashtu mund të shoqërohen me variacione psikologjike ose shëndetësore.

Edhe prania e një personi tjetër në familje mund të shërbejë si faktor mbrojtës duke ulur izolimin social, duke ngjallur ndjenjën e përgjegjësisë ndaj të tjerëve dhe duke mundësuar rritjen e gjasave për zbulim pas një tentative suicidale. Për gratë, prania e fëmijëve në shtëpi mund të sigurojë një efekt shtesë mbrojtës.

Është gjithashtu e rëndësishme të theksohet se të rriturit e martuar kanë shkallë më të ulët të suicidit në përgjithësi, çiftet e reja mund të kenë rrezik të lartë, prania e një martese konfliktuese ose të dhunshme mund të jetë një faktor precipitues (nxitës) dhe jo mbrojtës për suicidin.

e) Orientimi seksual

Edhe pse nuk ka asnjë studim të evidentuar për shkallën e suicidit midis individëve homoseksual, lezbike dhe biseksual, të dhënat e disponueshme sugjerojnë se ata mund të jenë në rrezik për rritje të sjelljeve suicidale.

Shumë studime, hulumtime të kohëve të fundit me mostra të ndryshme kanë gjetur se të rinjtë homoseksual, lezbike dhe biseksual kanë një rrezik më të lartë për tentativë suicidale krahasuar me grupet heteroseksuale.

Raporti femër-mashkull për tentativat suicidale raportohet të jetë ndryshe tek të rinjtë lezbike dhe homoseksual, janë raportuar më shumë meshkuj se femra që tentojnë të bëjnë suicid.

Ndërsa janë disa faktorë rreziku që çojnë në suicid si: çrregullimet psikike, përdorimi i substancave është i njëjtë si tek të rinjtë homoseksual, lezbike dhe biseksual ashtu edhe tek të rinjtë heteroseksual).

5.9 Sindromat kryesore psikiatrike

Prania e një çrregullimi psikiatrik është ndoshta faktori më i rëndësishëm i rrezikut për suicid.

Studimet nga autopsitë psikologjike kanë treguar vazhdimisht se më shumë se 90% e personave që vdesin nga suicidi, plotësojnë kriteret për një ose më shumë çrregullime psikiatrike.

a) Çrregullimet e disponimit

Prania e një çrregullimi të disponimit është faktor sinjifikant i rrezikut për suicid. Çrregullimet e disponimit, kryesisht në fazat depresive, janë diagnozat që janë gjetë më së shpeshti te vdekjet nga suicidi. Megjithatë numri më i madh i suicideve është vërtetë tek individët me çrregullim bipolar gjatë epizodës depresive, epizodave të përziera që gjithashtu shoqërohen me rrezik të lartë për suicid.

Idetë dhe tentativat suicidale gjithashtu, janë më të shpeshta gjatë episodave të përziera sesa në mani.

Rreziku për suicid te çrregullimi bipolar është gjetur të jetë i ngjashëm me atë në depresionin madhor unipolar.

Studimet që kanë përcjellë pacientët e hospitalizuar, kanë konstatuar rrezik më të lartë te pacientët me depresion madhor se sa te pacientët me çrregullim bipolar I apo II.

Në veçanti te pacientët e rinj, ka më shumë gjasa të ndodhë suidici herët në rrjedhën e sëmundjes (në fillim të sëmundjes).

Megjithatë, te çrregullimi depresiv madhor si edhe në çrregullimin bipolar rreziku është persistent gjatë gjithë kohës. Rreziku suicidal gjithashtu rritet me rritjen e intensitetit të sëmundjes që reflektohet nga niveli i kërkuar i trajtimit.

b) Skizofrenia

Krahasuar me shkallën e rrezikshmërisë në popullatën e përgjithshme, rreziku për suidici te pacientët me skizofreni vlerësohet të jetë rreth 8.5 herë më i lartë, me predispozita të rritjeve të vlerave të rrezikshmërisë tek pacientët që janë të hospitalizuar.

Sipas studimeve më të reja rreziku gjatë jetës për suidici te pacientët me skizofreni është 4% (në studimet e mëhershme ka qenë 10-15%).

Suidici mund të ndodhë më shpesh në vitet e para të sëmundjes, në kohën kur pacienti del menjëherë nga spitali, e cila paraqitet si periudhë me rrezik të shtuar për suidici. Megjithatë, rreziku vazhdon gjatë gjithë jetës, ai rrezik duket të jetë më i lartë te pacientët me rrjedhë kronike të sëmundjes, hospitalizime të shumta psikiatrike ose tentativa suidiale në të kaluarën.

c) Çrregullimet e ankthit

Studimet për rrezikun suicidal gjatë jetës me çrregullimet e ankthit janë më të kufizuara sesa për çrregullimet e disponimit, evidencat sugjerojnë se çrregullimet e ankthit shoqërohen me një rritje gjashtë deri në 10-fish të rrezikut për suidici.

Mes personave që vdesin nga suidici, shkalla e çrregullimeve të ankthit duket të jetë më e ulët se shkalla e çrregullimeve të disponimit. Sidoqoftë, prevalenca e çrregullimeve të ankthit mund të nënvlerësohet për shkak të maskimit të ankthit nga çrregullimet afektive dhe nga përdorimi i alkoolit.

d) Çrregullime e ngrënjes

Çrregullimet e ngrënjes, veçanërisht anoreksia është një ndër faktorët e mundshëm të rrezikut për suidici.

Është vështirë të përcaktohet rreziku, pasi që të dhënat mbi shkallën e suidicit të çrregullimet e ngrënjes mund të jenë subjekt i mos raportimit.

Tentativat suidale janë gjithashtu të shpeshta, veçanërisht te individët me sjellje karakteristike të çrregullimit të ngrënjes sjelljet e spastrimit apo ato të “të ngrënies për qefi,” si dhe te ata me komorbiditet, agresivitet, apo impulsivitet.

e) Çrregullimi i hiperaktivitetit me deficit të vëmendjes

Marrëdhënia midis çrregullimit të hiperaktivitetit të deficitit të vëmendjes (ADHD) dhe sjelljes suidale është e paqartë, disa studime tregojnë një lidhje midis diagnozës së ADHD dhe tentativave suidale apo realizimit të suicidit ndërsa të tjerat nuk tregojnë një lidhje të tillë.

f) Çrregullimet e përdorimit të alkoolit

Alkoolizmi shoqërohet me një rrezik të shtuar për suicid, ashtu që alkoolistët kanë shkallë të mortalitetit që është afërsisht gjashtë herë më e lartë se shkalla e mortalitetit në popullatën e përgjithshme.

Suicidi ka më shumë gjasa të ndodhë në mesin e alkoolistëve që vuajnë nga episodet depressive sesa te individët që kanë depresion ose alkoolizëm të ndarë.

Punësimi me orar të plotë duket të jetë një faktor mbrojtës për alkoolistët.

Faktorët që rrisin rrezikun e suicidit përfshijnë: komunikimin e qëllimit suicidal, tentativat suidale në të kaluarën, vazhdimi i përdorimit të alkoolit ose konsumimi i pijeve të rënda, papunësia e kohëve të fundit, të jetuarit vetëm, mbështetje e dobët sociale, vështirësitë ligjore dhe financiare, sëmundjet e rënda, çrregullime të tjera psikiatrike, çrregullimet e personalitetit dhe përdorimi i substancave të tjera.

g) Çrregullime të tjera të përdorimit të substancave

Edhe pse roli i alkoolizmit në suicid është studiuar dhe njohur më gjerësisht, abuzimi i

substancave të tjera gjithashtu karakterizohet me rritje të shkallës së suicidit. Çrregullimet e përdorimit të substancave janë më të shpeshta në mesin e adoleshentëve dhe të rinjve që vdesin nga suicidi. Tentativat suidale ka të ngjarë të jenë më të shpeshta te individët me abuzim me substanca të cilët gjithashtu kanë trauma të fëmijërisë.

f) Çrregullimet e personalitetit

Diagnozat e çrregullimeve të personalitetit janë shoqëruar me një rrezik të lartë për suicid, me një shkallë, që gjatë jetës varion nga 3% në 9%.

Prandaj, është e rëndësishme të identifikohen modelet e përdorimit të substancave gjatë vlerësimit psikiatrik, të evidentohet komorbiditeti psikiatrik dhe shënimi i diagnozave

komorbide psikiatrike ose faktorët psikosocial që mund të ndikojnë gjithashtu në sjellje suicidale të individëve me çrregullime të përdorimit të substancave.

i) Komorbiditeti

Diagnozat psikiatrike komorbide (më së shpeshti, depresioni madhor, çrregullime të personalitetit kufitar dhe antisocial, dhe çrregullimet e përdorimit të alkoolit dhe substancave të tjera) rrisin rrezikun suicidal dhe shpesh janë të pranishme tek individët që vdesin nga suicidi.

5.10 Simptomat specifike psikiatrike

a) Ankthi

Ankthi, duket se rritë rrezikun për suicid. Ankthi psikotik i rëndë, është një ndjenjë subjektive e frigës e implikuar në mënyrë specifike me suicidin pavarësisht, nëse apo jo ndjenjat janë të fokusuara në shqetësime specifike.

Vëzhgimet klinike sugjerojnë se pacientët me ankth mund të jenë të prirur më shumë se sa individët depresiv me ngadalësim psikomotor të veprojnë sipas impulseve suicidale.

Studimet për suicidin te pacientët me çrregullime afektive kanë treguar se ata që vdesin nga suicidi brenda vitit të parë ka më shumë gjasa të kenë ankth psikotik të rëndë ose ataqe paniku.

b) Pashpresa

Pashpresa është vërtetuar si një dimension psikologjik që shoqërohet me rritjen e rrezikut suicidal. Pashpresa mund të ndryshojë dhe mund të jetë si një pritshmëri negative për të ardhmen apo si mungesë shprese dhe dëshprimin për të ardhmën. Në përgjithësi, pacientët me shkallë më të lartë të pashpresës kanë rrezik më të lartë për suicidin në të ardhmën. Sidoqoftë, në mesin e pacientëve me çrregullim të abuzimit me alkool prezenca e pashpresës mund të mos sugjeroj rrezik shtesë. Për pacientët me depresion, pashpresa është sugjeruar të jetë faktori që shpjegon pse disa pacientë me depresion zgjedhin suicidin ndërsa të tjerët jo. Pashpresa gjithashtu kontribuon në rritjen e gjasave për prezencë të ideve dhe tentativave suicidale si dhe rrit shkallën e qëllimit suicidal.

c) Halucionet komanduese

Halucionet komanduese, të cilat urdhërojnë pacientët të kryejnë detyra ose veprime, mund të ndodhin në individë me çrregullime psikotike, kryesisht tek skizofrenia.

Të dhënat për lidhshmërinë e halucinacioneve komanduese me suicidin janë shumë të kufizuara.

Prania e halucinacioneve auditive komanduese te pacientët e hospitalizuar nuk duket se rrit gjasat për ide apo sjellje suicidale më tepër se prezenca e haluciancioneve auditive vetëm.

Për më tepër, në pacientët që përjetojnë halucinacione auditive komanduese, shkalla e raportuar e komplaincës me komandën nga halucinacionet varion nga variablat që janë të shoqëruara me prirjen për t'iu bindur halucinacioneve auditive komanduese, aftësinë për të identifikuar zërin halucinator, shqetësimin (anksiozitetin) psikotik, prezencën e komandës më pak të rrezikshme dhe përjetimin e komandës për herë të parë apo jashtë ambientit spitalor.

Në vlerësimin psikiatrik, është e rëndësishme të identifikohen halucinacionet auditive komanduese, të vlerësohen në kontekstin e veçorive tjera klinike dhe të adresohen si pjesë e procesit të planifikimit të trajtimit.

d) Impulsiviteti dhe agresiviteti

Impulsiviteti, hostiliteti (armiqësia) dhe agresiviteti mund të veprojnë individualisht ose së bashku në rritjen e rrezikut suicidal.

Për shembull, ka shumë studime që ofrojnë të dhëna mesatarisht të fuqishme për rolin e impulsivitetit dhe hostilitetit në suicid. Studime të shumëfishta kanë demonstruar gjithashtu rritje të niveleve të impulsivitetit dhe agresivitetit tek individët me një histori të tentativave suicidale.

Shumë pacientë me çrregullim të personaliteti-borderline shfaqin sjellje vetë-dëmtuese dhe në përgjithësi, sjellje të tilla shoqërohen me rritjen e impulsivitetit.

Megjithatë, shumica e pacientëve që kanë sjellje vetë-dëmtuese sjelljet e tyre janë më shumë të paramenduara se sa impulsive.

Sjelljet vetë-lënduese si të vetme nuk duhet të konsiderohen si një tregues i impulsivitetit të lartë. Për më tepër, agresiviteti dhe impulsiviteti nuk janë në korrelacion të lartë, duke e bërë kështu agresivitetin një tregues të dobët për impulsivitet. Kështu, impulsiviteti, hostiliteti, agresiviteti dhe sjelljet vetë-lënduese duhet të merren parasysh në mënyrë të pa varur gjatë vlerësimit psikiatrik, si dhe në vlerësimin e rrezikut suicidal.

5.11 Aspekte të tjera të historisë psikiatrike

a) Intoksikimi me alkool

Në rritjen e rrezikut suicidal për shkak të abuzimit apo varësisë, intoksikimi me alkool në vetëvete duket se luan një rol domethënës në individët konsumues dhe jo konsumues të alkoolit. Në autopsitë e personave të vdekur nga suicidi është gjetë se alkooli është i pranishëm në 20%-50% të rasteve.

Ata që konsumojnë alkool para suicidit kanë më shumë gjasa të kenë përjetuar probleme në raportet interpersonale dhe të mos kenë kërkuar ndihmë para vdekjes.

Ata gjithashtu kanë më shumë gjasa të kenë zgjedhur si metodë për të realizuar suicidin armën e zjarrit. Intoksikimi me alkool në kohën e suicidit mund të jetë më i shpeshtë tek te rinjtë, personat e gjinisë mashkullore, dhe tek individët pa ndonjë histori të gjatë trajtimit psikiatrik.

Në mesin e individëve që kanë pas tentative suicidale e që më vonë vdiqën nga suicidi, tek më shumë se një e treta e tyre duket se faktor kontribues ishte alkooli.

b) Tentativat e mëhershme suicidale

Individët që kanë bërë një tentativë suicidale përbëjnë një grup të veçantë, që dallon nga grupi i atyre që vdesin nga suicidi. Individët që vdesin nga suicidi edhe ata me tentativa suicidale kanë më tepër diagnoza nga aksi I dhe II, si depresioni madhor, varësi nga alkooli, më të shpeshtë aksi I dhe çrregullim personaliteti borderline nga aksi II.

c) Historia e abuzimit fizik dhe/ose seksual në fëmijëri

Studime të shumta kanë vërtetuar se një histori abuzimi në fëmijëri është e shoqëruar me rritje të shkallës së sjelljeve suicidale.

Shkalla e suicidit te individët me një histori abuzimi në fëmijëri nuk është studiuar gjerësisht, por të dhënat në disponim sugjerojnë se shkalla e suicidit është rritur të paktën 10-fish tek ata me një histori abuzimi në fëmijëri.

Për më tepër, një numër studimesh kanë demonizuar se individët me një histori abuzimi në fëmijëri kanë një rrezik më të lartë për tentativa suicidale, duke sugjeruar kështu që rreziku për realizim të suicidit më vonë do të rritet.

Shkalla e tentativave suicidale është e rritur në individët që raportojnë se kanë përjetuar abuzim fizik në fëmijëri si dhe në individë që raportojnë se kanë përjetuar abuzim seksual në fëmijëri. Shkalla e ideve suicidale në mënyrë të ngjashme rritet te individët me histori abuzimi në fëmijëri.

Meqenëse shumë individë të traumatizuar kanë përjetuar abuzim seksual dhe fizik në fëmijëri, shpesh është e vështirë të përcaktohet kontributi specifike i secilës formë abuzimi ndaj rrezikut për suicid dhe sjellje të tjera suicidale.

d) Historia e dhunës në familje nga partneri

Dhuna nga partneri është e shoqëruar me përqindje të shtuar të tentativave dhe ideve suicidale për suicid, megjithatë, nuk ka asnjë informacion në lidhje me efektet dhe rrezikun për suicid në vetvete.

Rreziku për tentativ suidale te individët që kanë përjetuar dhunë familjare nga partneri kohëve të fundit është vlerësuar të jetë katër deri në tetë herë më i madh se rreziku për individët pa përvoja të tilla.

Anasjelltas, tek femrat me tentative suidale, ka një rritje të rrezikut të tyre për të përjetuar dhunë familjare nga partneri.

Megjithëse përjetohet shumë më shpesh nga femrat, dhuna familjare nga partneri por edhe meshkujt mund të përjetojnë dhe kjo mund të rrisë rrezikun e tyre për tentativa suidale.

Meshkujt me një histori të dhunës në familje ndaj partnerëve të tyre mund të jetë gjithashtu në rrezik të shtuar për suid.

Për më tepër, dhuna në familje në shtëpi mund të rrisë rrezikun për tentativa suidale tek fëmijët të cilët janë dëshmitarë të dhunës së tillë.

e) Historia e trajtimit

Studime të shumta kanë treguar se trajtimi shoqërohet me shkallë më të madhe të suicideve eventuale.

Edhe pse hospitalizimi në përgjithësi ndodh sepse një pacient ka një sëmundje më të rëndë dhe konsiderohet të jetë në rrezik të shtuar për suid, për disa pacientë, hospitalizimi mund të rezultojë në shqetësim (distres) të shtuar dhe si rrjedhim të ketë ndikim në rritjen e rrezikut për suid.

Kështu, si rregull i përgjithshëm, një histori e trajtimit në të kaluarën, duke përfshirë këtu edhe një histori hospitalizimi në të kaluarën, duhet të shihet si një shënues që paralajmëron klinikistin për rritjen e rrezikut për suid.

Përkohësisht, rreziku për suid duket të jetë më i lartë pas ndryshimeve në mjedisin (ambientin) e trajtimit ose intensitetin e trajtimit, me pacientët e shtruar së fundmi dhe të liruar së fundmi që shfaqin rrezik në rritje.

Kjo rritje në shkallën e suidit pas daljes nga spitali shihet në të gjitha kategoritë diagnostike dhe është vërejtur në individë me çrregullime depresive madhore, çrregullime bipolar, skizofreni dhe çrregullime të personalitetit kufitar.

Shkalla bie me kohë që nga lirimi prej spitalit, por mund të mbetet e lartë për disa vite.

Ngjashëm është te tentativat suidale, të cilat janë gjithashtu më të shpeshta në periudhën pas hospitalizimit. Këto observime sugjerojnë nevojën për përcjellje të afërt të rastit menjëherë pas lirimit nga spitali.

f) Kursi dhe intensiteti i sëmundjes

Në disa çrregullime psikiatrike, rreziku për suicid është më i lartë në periudha të caktuara të sëmundjes ose episodave. Për shembull, në rrjedhën e çrregullimit madhor depresiv, suicidi ka tendencë të ndodhë herët, shpesh para se të bëhet diagnostikimi apo të ketë filluar trajtimi.

Te pacientët me çrregullim depresiv madhor, si dhe tek ata me çrregullim bipolar ose skizofreni, suicidi është vërejtur të ketë më shumë gjasa të ndodh gjatë episodeve të para, apo në fillim të sëmundjes.

Pas një tentative sucidale, rreziku për suicid është gjithashtu më i lartë në fillim, dhe shumica e suicideve ndodhin në vitin e parë pas tentativës.

Megjithëse rreziqet për suicid dhe tentativa sucidale më vonë në rrjedhën e sëmundjes janë më të vogla se sa ishin në fillim, këto rreziqe mbeten më të mëdha se sa rreziku për popullsinë e përgjithshme.

Për më tepër, nivelet më të larta të ideve sucidale dhe ndjenja subjektive e pashpresës gjithashtu rrisin rrezikun për suicid dhe tentativë sucidale.

Në të kundërtën, nivele më të larta të simptomave negative janë shoqëruar me ulje të rrezikut për suicid tek individët me skizofreni.

Gjithashtu e rëndësishme është të shikohen faktorë të tjerë si psh. mosha që do të modifikojnë efektet e ashpërsisë (intensitetit) të simptomave në rrezik. Rrjedhimisht, mjekët duhet të marrin parasysh intenzitetin e sëmundjes së pacientit dhe simptomat psikiatrike në kontekstin e faktorëve të tjerë të veçantë për pacientin kur vlerësojnë rrezikun e suicidit.

5.12 Sëmundjet fizike

Identifikimi i sëmundjes mjekësore (aksi III) është gjithashtu një pjesë thelbësore e procesit të vlerësimit. Diagnoza të tilla do të duhet të merren parasysh në zhvillimin e një plani trajtimi, dhe ato mund të ndikojnë në rrezikun për suicid në disa mënyra.

Së pari, vetë çrregullimet specifike mjekësore mund të shoqërohen me një rrezik të shtuar për suicid.

Në mënyrë alternative, efektet fiziologjike të sëmundjes ose trajtimi i saj mund të çojnë në zhvillimin e sindromave psikiatrike si psh depresioni, i cili gjithashtu mund të rrisë rrezikun për suicid.

Sëmundjet fizike janë gjithashtu një burim stresi social ose psikologjik, i cili nga ana tjetër rritë rrezikun. Sëmundjet fizike si hepatiti C ose sëmundjet seksualisht të transmetueshme mund të

sinjalizojnë një rritje të gjasave për sjellje impulsive ose çrregullime komorbide të përdorimit të substancave që mund të shoqërohet me rrezik më të madh për sjellje suicidale.

Së fundi, kur sëmundja fizike është e pranishme, shenjat dhe simptomat psikiatrike mund t'i atribuohen kushteve mjekësore komorbide, duke vonuar njohjen dhe trajtimin e çrregullimit psikiatrik.

Jo çuditërisht, çrregullimet e sistemit nervor shoqërohen me një rrezik më të lartë për suicid. Lidhja në mes të çrregullimeve me konvulzione dhe rrezikut të shtuar për suicid është veçanërisht e fuqishme.

Në shumicën e studimeve, me sa duket për shkak të lidhjes së ngushtë me impulsivitetin, çrregullimet e disponimit dhe psikozën, vërtetojnë se Epilepsia e lobit temporal shoqërohet me rrezik të shtuar për suicid. Tentativat suicidale janë gjithashtu më të shpeshta tek individët me epilepsi.

Çrregullime të tjera neurologjike që shoqërohen me rrezik të shtuar për suicid përfshijnë sklerozën multiple, sëmundjen e Huntingtonit, dëmtimet e trurit dhe palcës kurrizore. Çrregullime të tjera mjekësore që janë shoqëruar gjithashtu me një rrezik të shtuar për suicid përfshijnë HIV/AIDS, sëmundjet malinje (veçanërisht të kokës dhe qafës), ulçerën peptike, llupusin eritematoz sistematik, hemodializën kronike që trajton insuficiencën renale, sëmundjet e zemrës), dhe tek meshkujt, sëmundjet pulmonare obstruktive kronike dhe sëmundjet e prostatës. Në të kundërt, studimet nuk kanë treguar rritje të rrezikut për suicid në pacientët me sklerozë laterale amiotrofike (ALS), verbëri, sëmundje cerebrovaskulare, hipertensioni, artriti reumatoid ose diabeti mellitus.

5.13 Historia familjare

Tek individët me një histori të suicidit midis të afërmeve, rreziku për sjellje suicidale është më i lartë.

Në përgjithësi, duket se rreziku i sjelljeve suicidale në mesin e anëtarëve të familjës është vërejtur rreth 4.5 herë më shumë se tek të afërmit e subjekteve që nuk kanë pas histori familjare për suicid.

Studimet në binjak gjithashtu ofrojnë mbështetje të fortë për rolin e një faktori gjenetik specifik për sjellje suicidale, pasi që ka përputhshmëri dukshëm më të lartë të suicidit dhe tentativave suicidale në binjakët identikë, krahasuar me çiftet binjake vëllazërore.

Studimet e birësimit vërtetojnë aspektin gjenetik të rrezikut për suicid në atë që ekziston një rrezik më i madh i sjelljes suicidale midis të afërmeve biologjikëve sesa atyre të adoptuar me sjellje suicidale apo depresion.

Deri më tani, qasjet gjenetike molekulare nuk kanë dhënë prova të qëndrueshme ose të qarta të një bazë gjenetike specifike për rrezikun suicidal. Përveç kësaj, lidhshmëria gjenetike me rrezikun suicidal mund të ngatërrohen nga trashëgimia e faktorëve të tjerë si çrregullimet e disponimit ose çrregullimet e përdorimit të substancave që shoqërohen gjithashtu me rrezik të shtuar për sjellje suicidale.

5.14 Faktorët psikosocial

a)Punësimi

Papunësia është shoqëruar prej kohësh me rritje të shkallës për suicid.

Krahasuar me individët në grupet e kontrollit, personat e papunë kanë dy deri në katër herë më shumë rrezik për suicid.

Rreziku për humbjen e punës është veçanërisht i lartë tek individët nën moshën 45 vjeç dhe në vitet më të afërta ku vrehen efektet më të mëdha dhe më afatgjata sidomos tek gratë.

Rritje paralele në shkallën e suicid dhe tentativave suicidale vërehen gjithashtu në zonat gjeografike të privuara socio-ekonomikisht, të cilat kanë një numër më të madh të të papunëve. Për shumë individë, papunësia ndodh njëkohësisht me faktorë të tjerë që ndikojnë në rritjen e rrezikut për sjellje suicidale.

Për shembull, rreziku rritet me humbjen e punës të shoqëruar me vështirësi financiare dhe martesore.

b)Besimet fetare

Mundësia për realizimin e suicidit mund të ndryshojë varësisht nga besimet fetare, si dhe nga shkalla e përfshirjes në aktivitete fetare. Në përgjithësi, individët me një besim të fortë fetar kanë më pak gjasa të veprojnë sipas mendimeve suicidale, ata besojnë se suicid është moralisht i gabuar ose mëkatar.

Shkallë e ulëta e suicidit gjenden në kultura me besime të forta fetare që besojnë se trupi është i shenjtë dhe nuk duhet të dëmtohet me dashje.

Në SHBA, katolikët kanë shkallën më të ulët të suicidit, ndjekur nga hebrenjtë, pastaj protestantët. Ndër grupet e tjera fetare, tradita islame e ka konsideruar vazhdimisht suicidin si të gabuar moralisht, dhe disa vende islame i kanë sanksionuar ligjërisht tentativat suicidale.

c) Mbështetja psikosociale

Prania e një sistemi të mbështetjes sociale është një tjetër faktor që mund të zvogëlojë rrezikun për suidid.

Mosmarrëveshjet në familje, probleme të tjera të marrëdhënieve dhe izolimi social gjithashtu mund të rrisin rrezikun. Rreziku për sjellje suidiale mund të rritet gjithashtu nëse individi frikësohet me të drejtë ose gabim që do të ndodhë një humbje interpersonale. Kështu klinici duhet të vlerësojë rrjetin mbështetës të pacientit, si dhe perceptimin e tij për mbështetjet sociale në dispozicion.

d) Arsyet për të jetuar duke përfshirë fëmijët në shtëpi

Një faktor shtesë mbrojtës kundër sjelljeve suidiale është aftësia për të kuptuar arsyet për të jetuar e cila pasqyron shkallën e optimizmit të pacientit për jetën. Një ndjenjë përgjegjësie ndaj familjes, veçanërisht fëmijëve, është një arsye e zakonshme për jetesë që e bën suididin më pak të zbatueshëm- opsion për të shpëtuar nga dhimbja.

Prania e fëmijëve në shtëpi si dhe numri i fëmijëve duket se ulin rrezikun për suidid tek femrat. Edhe pse më pak i studiuar, potenciali më i ulët për suidid mund të jetë i pranishëm edhe tek meshkujt që kanë fëmijë nën moshën 18 vjeçare në shtëpi.

Kështu, njohja e arsyeve specifike të pacientit për të jetuar, përfshirë marrjen e informatës nëse ka fëmijë në shtëpi, mund të ndihmojë në vlerësimin e rrezikut për suidid.

e) Forcat individuale psikologjike dhe vulnerabiliteti (ndjeshmëria)

Vlerësimet e rrezikut për suidid duhet të përfshijnë gjithashtu një vlerësim të pikave të forta dhe të dobëta të pacientit. Për shembull, aftësitë zhvilluese të mekanizmave ballafaques mund të pengojnë ngjarje stresuese jetësore, duke ulur kështu gjasat për veprime suidiale.

Edhe pse vlera e korrelacionit pozitiv të tipareve individuale të personalitetit me suididin është e ulët, rritja e rrezikut suidial mund të shoqërohet me tipare antisociale si dhe me hostilitet, pandihmë/varësi dhe shkëputje sociale/vetëdije.

Suididi mund të ketë motivime të shumta sipas psikodinamikës si: zemërimi i kthyer nga brenda ose një dëshirë për vdekje ndaj të tjerëve që ridrejtohet drejt vetes. Motivime të tjera përfshijnë hakmarrjen, ribashkimin ose rilindjen.

Një tjetër koncept kyç psikodinamik është interpretimi i suiditit si i rrënjësuar në një treshe motivimesh: dëshira për të vdekur, dëshira për të vrarë dhe dëshira për t'u vrarë.

Klinicistët kanë konceptuar këto motivime edhe si arratisje(ikje), (dëshira për të vdekur), zemërim ose hakmarrje (dëshira për të vrarë) dhe fajësi(dëshira për t'u vrarë).

Prezenca një ose disa prej këtyre motivimeve mund të informojnë psikiatrin për rrezikun për suidit të pacientit.

Sjellja suicidal është shoqëruar me marrëdhënie të dobëta me objektin, pamundësi për të mbajtur marrëdhënien stabile dhe memorie emocionale të balancuar të njerëzve në jetën e dikujt (tij).

Në disa raste, dëshira për të shkatërruar jetën e të mbijetuarve është një motivues i fuqishëm për individë të tjerë, objekti sadist internal është torturues, sa që e vetmja zgjidhje është t'i nënshtrohet torturuesit nëpërmjet suidit.

Koncepte të tjera të rëndësishme psikodinamike që duhet të vlerësojë klinicisti janë turpi, ndjenja e pavlerës dhe vetëvlerësimi i dëmtuar.

Çrregullime të hershme në marrëdhëniet prind-fëmijë për shkak të dështimit të empatisë apo humbjes traumatike mund të rezultojë në një ndjeshmëri (vulnerabilitet) të shtuar ndaj dëmtimeve të mëvonshme të vetëvlerësimit.

Këta pacientë janë të prekshëm ndaj lëndimeve narcistike, të cilat mund të nxisin (shkaktojnë) dhimbje psikike ose ndikime negative të pakontrollueshme afektive.

Në këto situata disa pacientë mund të përjetojnë mendimet për vdekjen si paqësore, duke besuar se realiteti i tyre personal është emocionalisht i patolerueshëm dhe se është e mundur për t'i dhënë fund dhimbjes.

Individët suicidal shpesh janë ambivalentë për të bërë një veprim suicidal.

Sidoqoftë, disa tipare dhe stile njohëse (kognitive) e kufizojnë këtë aftësi për të njohur opsione të tjera. Për shembull, të menduarit rigjid, gjithçka ose asgjë që karakterizohen nga të menduarit e ngurtë dhe një paaftësi për të marrë parasysh opsionet e ndryshme mund të rrisë mundësinë për suidit.

Individët neurotik mund të jenë gjithashtu në rrezik më të madh për suidit.

Perfeksionizmi me vetë-pritshmëri tepër të lartë është një tjetër faktor që është vërejtur në praktikën klinike si një kontribues i mundshëm në rrezikun për suidit.

Siç u diskutua tashmë, pesimizmi dhe pashpresa mund të veprojnë gjithashtu në një mënyrë të varur nga tiparet dhe të ndikojnë më tej në rrezikun individual.

5.15 Shkalla e suicidalitetit

a) Prania, shtrirja dhe persistenca e ideve suicide

Idetë suicidale janë një përcaktues i rëndësishëm i rrezikut sepse i paraprin suicidit. Për më tepër, ideja suicidale është e shpejtë, me një incidencë vjetore të vlerësuar prej 5.6% dhe prevalencë të vlerësuar gjatë jetës prej 13.5%.

Edhe pse shumica e individëve me ide suicidale nuk do të vdesin nga suicidi, klinikisti duhet të marrë parasysh faktorët që mund të rrisin rrezikun tek individët me ide suicidale. Kështu, gjatë vlerësimit të suicidit, është e rëndësishme të përcaktohet prania, madhësia, dhe këmbëngulsia e ideve suicidale aktuale si dhe atyre të kaluara.

Përveç raportimit të ideve suicidale në vetvete, pacientët mund të raportojnë mendime për vdekje që mund të jenë jospesifike ("Jeta nuk ia vlen të jetohej") ose specifike ("Do të doja të kisha vdekur").

Këto raportime duhet gjithashtu të vlerësohen përmes pyetjeve të mëtejshme pasi ato mund të shërbejnë si parashikues për zhvillimin e mëvonshëm të ideve suicidale ose mund të pasqyrojnë një ndjenjë pesimizmi dhe pashprese për të ardhme.

Në të njëjtën kohë, individët me ide suicidale shpesh mohojnë ide të tilla edhe kur pyeten drejtpërdrejt.

Duke pasur parasysh këtë lidhje të suicidit me ide suicidale, prania e ideve suicidale tregon nevojën për intervenim më të shpejtë. Në të njëjtën kohë, meqenëse rreth një e katërta e tentativave suicidale ndodhin në mënyrë impulsive, mungesa e ideve suicidale nuk eliminon rrezikun për sjellje suicidale.

b) Prania e planit suicidal dhe disponueshmëria e një metode

Përcaktimi nëse pacienti ka zhvilluar apo jo një plan suicidal është një pjesë kyçe e vlerësimit të rrezikut suicidal. Për shumë pacientë, formimi i një plani suicidal i paraprinë një veprimi suicidal, në mënyrë tipike brenda një (1) viti nga fillimi i ideve suicidale.

Një plan suicidal përfshin më shumë sesa thjesht një referencë për një metodë të caktuar dëmtimi përfshin të paktën disa nga elementet e mëposhtme: kohën, disponueshmërinë e metodës, vendin dhe veprimet e planit të bëra në vazhdimësi. Sa më i detajuar dhe specifik të jetë plani suicidal, aq më i lartë është rreziku.

Në ato plane që është menduar të përdoret metoda letale ose që janë formuluar për të shmangur zbulimin, rreziku është veçanërisht i lartë.

Qasja në metodat e planifikuara, veçanërisht metodat letale, gjithashtu rritë rrezikun për suicid.

Edhe në mungesë të një plani specifik suicidal, veprimet impulsive mund të përfundojnë me suicid nëse metodat vdekjeprurëse janë lehtësisht të arritshme.

Është e rëndësishme të përcaktohet qasja në metoda për çdo pacient që është në rrezik për suicid ose shfaq ide suicidale.

Meshkujt kanë më shumë gjasa të përdorin armë zjarri për veprime suicidale.

Përveç tyre si popullata specifike që përdorin armë përfshihen: afrikano-amerikanët, të moshuarit dhe gratë e martuara.

Tek adoleshentët dhe ndoshta në grupmoshat e tjera, prania e armëve të zjarrit mund të jetë faktor i pavarur rreziku për suicid.

Rrjedhimisht, nëse pacienti ka qasje në një armë zjarri, psikiatri këshillohet që të diskutojë dhe t'i rekomandojë pacientit ose një personi tjetër të rëndësishëm për rëndësinë e kufizimit të aksesit, sigurimin ose heqjen e kësaj dhe armëve të tjera.

Përveç trajtimit të qasjes në armë zjarri, klinikistët duhet të njohin rrezikun vdekjeprurës të mundshëm të metodave të tjera suicidale, në të cilat pacienti mund të ketë qasje.

Ashtu si me kufizimet për armët e zjarrit, është e rëndësishme që psikiatri të punojë me pacientin, anëtarët e familjes dhe të tjerë.

Heqja e metodave të tilla nga prania e pacientit nuk e largon rrezikun për suicid, por largon mundësinë që pacienti të ketë akses në mënyrë impulsive në mjetet me të cilat mund të realizojë një dëshirë suicidale.

c) Vdekshmëria dhe qëllimi i sjelljes vetëdëmtuese

Qëllimi suicidal i referohet pritshmërisë dhe dëshirës subjektive të pacientit për të vdekur si rezultat i një dëmtimi të vetë shkaktuar.

Kjo pritshmëri mund ose nuk mund të korrespondojë me letalitetin e tentativës, që përfaqëson gjasat mjekësore që vdekja do të rezultojë nga përdorimi i një metode të caktuar.

Për shembull, disa pacientë mund të bëjnë një tentativë jovdekjeprurëse me qëllimin për të shpëtuar dhe marrë ndihmën, ndërsa të tjerët mund të bëjnë një tetativë jo vdekjeprurëse, duke menduar se do t'i vrasë ata.

Nga këndvështrimi i vlerësimit të rrezikut suicidal, forca e qëllimit të pacientit për të vdekur dhe besimi subjektiv në lidhje me letalitetin e një metode janë më relevant se vdekshmëria objektive e metodës së zgjedhur.

Prania e një shënimi tregon gjithashtu intensifikimin e idesë dhe/ose planit suicidal dhe në përgjithësi nënkupton paramendim dhe qëllim më të madh suicidal.

Nëse pacienti ka tentuar të realizojë suïcid ose është duke shfaqur ide suïcidale, klinikisti duhet të vlerësojë kohën dhe përmbajtjen e çdo shënimi dhe të diskutojë kuptimin e tij me pacientin.

Sa më konkretisht një shënim i referohet suïcidit ose hapave që duhen ndërmarrë pas vdekjes, aq më e madh është rritja e qëllimit dhe rrezikut për suïcid.

Faktorët që ndajnë individët që tentojnë suïcid dhe vazhdojnë të kenë tentativë fatale kundrejt atyre jofatale përfshijnë një tentativë fillestare në të cilën janë marrë masa për të shmangur zbulimin dhe janë përdorur metoda më shumë vdekjeprurëse që rezultojnë në dëmtime fizike.

VI. Menaxhimi i tentativave për suicid në Kujdesin Parësor Shëndetësor

Menaxhimi i pacientëve të cilët kanë tentuar të vetvriten është një përgjegjësi që shpesh bie mbi mjekun e kujdesit parësor shëndetësor.

Për këtë arsye, është e rëndësishme që mjeku të ketë një strategji të qartë për t'u marrë me pacientin suicidal në ordinancë, spital dhe emergjencë.

Në fazën akute, çështja më me prioritet është stabilizimi i pacientit, respektivisht i gjendjes së tij shëndetësore. Pasi të arrihet kjo, mund të bëhet vlerësimi i anamnezës dhe i rrethanave të tentimit për suicid, si dhe gjasat e përsëritjes së tentimit.

Disa pacientë me tendenca suicidale paraqiten te mjeku i kujdesit parësor shëndetësor me ankesën kryesore të mendimeve për suicid.

Megjithatë, më shpesh, pacientët vijnë me ankesa të tjera dhe më vonë zbulohet se kanë ide suicidale, pas pyetjeve rreth mendimeve të tyre për të lënduar ose vrarë vet-veten.

Në secilin rast, mjeku duhet të mbledhë informacione në lidhje me qëllimin, planin, sistemin mbështetës dhe historinë e kaluar mjekësore/psikiatrike të pacientit.

Pacienti nuk duhet të lejohet të largohet nga zyra (ordinanca) derisa mjeku të vlerësojë plotësisht gjendjen e tij. Një nga anëtarët e stafit duhet të qëndrojë me pacientin, derisa të bëhet trajtimi i tij.

Nëse pacienti është agresiv ose kërkon të largohet, duhet të thirren organet e rendit.

Megjithatë, nëse pacienti kërcënon mjekun ose stafin mjekësor, nuk duhet të përdoren masat e ashpra për të ndaluar pacientin; në vend të kësaj, duhet dhënë organeve të rendit informata/përshkrim të automjetit të pacientit dhe informata për drejtimin e largimit të tij.

Mjeku i Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) duhet të ketë njohuri për institucionet e shëndetit mendor në mënyrë që pacienti të mund të referohet atje për trajtimin e duhur.

Pacientët me tentim për suicid nuk duhet të lejohen të largohen vetëm nga ordinanca. Në rrethana të pazakonta, nëse pacienti është i dehur ose impulsiv dhe nëse një mik i besueshëm i tij ose një anëtar i familjes është me pacientin, ai person mund ta shoqërojë pacientin në emergjencë ose qendrën adekuate, por është më e sigurt që stafi mjekësor ose forcat e rendit t'a shoqërojnë gjatë transportit.

Gjatë kontaktit fillestar me pacientin që ka tentuar suicid, qoftë në emergjencë, zyrë apo dhomë spitali, mjeku duhet të fokusohet fillimisht në stabilizimin e gjendjes shëndetësore të pacientit.

Duhet të përjashtohen intoksikimi dhe deliriumi. Pacienti duhet të jetë i kthjellët para se të bëhet vlerësimi profesional i suicidit.

Pacienti i cili vlerësohet në qendrën e emergjencës nuk duhet të lejohet të largohet para se të bëhet një vlerësim i plotë i tij. Nëse ekziston rreziku akut për pacientin ose të tjerët, atëherë ai duhet të ndalohej duhet të përdoret metodat (kimike ose fizike).

Mjeku dhe personeli mjekësor duhet të jenë të vetëdijshëm për sigurinë e tyre. Nëse ofruesi i shërbimit shëndetësor ndihet i kërcënuar nga pacienti suicidal, në dhomën e pacientit duhet të jetë i pranishëm një roje sigurie.

Është me rëndësi që të sigurohet që vendi ku pacienti vëzhgohet të jetë i sigurt dhe se aty nuk ka mjete në dispozicion për vetëlëndim.

Pacienti duhet të jetë lehtësisht i vëzhgueshëm nga dhoma e infermierëve dhe duhet të caktohet një roje për t'a vëzhguar pacientin individualisht. Një mjek duhet të shoqërojë pacientin në të gjitha procedurat dhe testet.

6.1 Historia e Pacientit

Pasi pacienti të stabilizohet dhe të sigurohet, prioriteti tjetër është marrja e anamnezës. Për të filluar intervistën, duhet të sigurohet mjedisi i duhur dhe i përshtatshëm.

Kërkojuni familjes dhe miqve të dalin nga dhoma, duke kërkuar të bisedoni me ta më vonë.

Është e rëndësishme të qëndroni të qetë, jo gjykues dhe jo kërcënues.

Historia mjekësore duhet të përfshijë rishikimin e medikamenteve aktuale nëse është duke i përdor, përdorimin e mëparshëm dhe të tanishëm të substancave, historinë e konvulzioneve ose dëmtimeve të kokës dhe faktorët e rrezikut si HIV-i.

Duhet të grumbullohen informacionet në lidhje me tentativat e mëparshme për suicid dhe sëmundjet psikiatrike, sepse të dyja shoqërohen me një rrezik të shtuar të suicidit.

Personat me çrregullim bipolar, depresion të komplikuar me çrregullime të ankthit, me çrregullime të abuzimit me substanca, si dhe ata me ide psikotike, janë veçanërisht të rrezikuar.

Mbi 90% e personave që kryejnë suicidin, kanë sëmundje psikiatrike në kohën e suicidit, shpesh depresion, abuzim me alkool, ose të dyja.

Pashpresa shpesh e shoqëron depresionin, e cila është një parashikues i pavarur i suicidit dhe duhet të hetohet në mënyrë specifike.

Mjekët duhet të hulumtojnë nëse ekziston ndonjë shënim i mëhershëm për tentim suicidal dhe nëse po, bëni përpjekje për ta kopjuar atë dhe për ta vendosur në kartelë mjekësore.

Të dhënat plotësuese nga policia, miqtë dhe familja janë të vlefshme për kohën dhe sekuencën e ngjarjeve.

Është e rëndësishme të përcaktohen detajet kohore, veçanërisht në rastet e gëlltitjes ose mbidozimit.

Koha e kaluar nga gëlltitja mund të ndikojë në vendimet lidhur me metodën e trajtimit. Megjithatë, duhet pasur kujdes, pasi parimet e konfidencialitetit kërkojnë lejen e pacientëve për të diskutuar informacionin e kujdesit shëndetësor me të tjerët.

Vetëm personeli mjekësor i përfshirë drejtpërdrejtë në kujdesin e pacientit duhet të marrë detaje ose të ketë qasje tek informacionet shëndetësore të pacientit. Historia e tentativave për suicid mund të jetë veçanërisht e ndjeshme dhe nëse kjo informatë publikohet, mund të ketë një ndikim të thellë në jetën e pacientit.

Përdorimi i teknikave bazë të intervistimit mund të optimizojë takimin me pacientin që tenton suicid.

Kjo përfshin empatinë, angazhimin aktiv dhe qëndrimin jo gjykues për pacientin.

Mund të fillojë me një pyetje të thjeshtë si "Si mund t'ju ndihmoj sot?" Dëgjoni me kujdes përgjigjen e saktë. Mjeku duhet të përpiqet të kuptojë se çfarë krize e ka shtyrë pacientin të tentojë suicidin. Për pacientët që hezitojnë të jenë të hapur, fokusi duhet të jetë në arsyen e këtij hezitimi.

Duke bërë pyetjen e thjeshtë "Pse tani?" shpesh mund ta çojë intervistuesin drejtpërsëdrejtë te shkaktari i krizës. Dëgjoni me kujdes për të konstatuar gjendjen emocionale të pacientit dhe ia përsëritni atë, duke e vendosur problemin në një kontekst më të gjerë.

Për shembull, thoni, "Dukeni shumë i trishtuar për këtë dhe ju duket se nuk ka rrugëdalje." Adresimi i ndjenjës së pashpresës të pacientit mund të jetë një pjesë e rëndësishme e fillimit për t'i ndihmuar ata.

Edhe pse pashpresa zakonisht shoqërohet me depresionin, pashpresa mund të ndodhë edhe në rrethana tjera diagnostikuese, shpesh shfaqet në tentativat për suicid.

Qëllimi është që pacienti të besojë se situata dhe shqetësimi i tij vlerësohen dhe në të njëjtën kohë të ndjej (perceptojë) se mjeku ka besim se gjërat mund të përmirësohen.

Duhet të bëhet vlerësimi i aftësive të pacientit për zgjidhjen dhe përballimin e problemeve të tij, duhet të identifikohen stresorët dhe sistemet mbështetëse. Është jetike njohja me medikamentet që pacienti i përdor aktualisht dhe i ka përdorur në të kaluar si dhe qasja e tij në drogë, alkool dhe

armë zjarri. Ky informacion do të jetë i dobishëm për të kuptuar mjedisin ku pacienti do të kthehet pas daljes nga spitali.

Për adoleshentin i cili tenton suicid, pyetet për ndryshimet në performancën në shkollë ose ndjekjen e mësimëve në shkollë. Supozohet se mjeku do të marrë gjithashtu një histori të detajuar mjekësore për pacientin, duke përfshirë sëmundjet shoqëruese, alergjitë dhe historinë familjare.

6.2 Statusi Mental dhe Ekzaminim Fizik

Ekzaminimi fizik është një element kritik në vlerësimin e pacientëve që kanë tentuar të bëjnë suicid. Kjo është një fushë ku mjekët e kujdesit parësor mund të kontribojnë shumë në kujdesin që i jepet pacientit. Vetëm 17% e psikiatërve kryejnë në mënyrë rutinore ekzaminime fizike të pacientët e tyre të hospitalizuar, kurse përqindja për pacientët jashtëspitalor është edhe më e ulët. 13% - 50% të pacientët me ankesa psikiatrike janë gjetur se kanë sëmundje mjekësore të panjohura që mund të kenë kontribuar në përkeqësimin e gjendjes së tyre mendore.

Gjatë gjithë konsultimit fillestar, mjeku do të mbledhë të dhëna në lidhje me statusin mendor të pacientit me pyetjet si mëposhtë:

- **A ishte në gjendje ta shqiptojë emrin e tij kur u pyet për herë të parë?**
- **A e mban mend ditën e javës?**
- **A e di se ku ndodhet?**
- **Kush e solli në qendër/spital/klinikë?**

Gjatë intervistës fillestare, këto pyetje të thjeshta dhe të drejtpërdrejta duhet të bëhen për të përcaktuar nivelin e vigjilencës dhe orientimin e pacientit. Qëllimi është të fitohet një pasqyrë e statusit mendor të pacientit, duke përfshirë çdo tregues që tregon se pacienti është në deluzion, psikotik ose është abuzues i substancave.

Gjetjet nga ekzaminimi i statusit mendor mund të përdoren për të lehtësuar diskutimet me konsulentët psikiatrik, gjetjet do të jenë informacione të vlefshme për dosjen mjekësore.

Ekzaminimi fizik duhet të jetë i plotë dhe i kompletuar.

Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet gjetjeve fizike që lidhen me sëmundjet kronike, alkoolizmin dhe abuzimin me substancat. Përfshini vëzhgimin e pamjes, vëmendjes, afektit, veshjes, rregullimit dhe higjienës. Shikoni për shenja gjilpërash, aroma-kundërmime të pazakonta ose gërvishje që sugjerojnë për abuzim ose lëndim në të kaluarën.

Shenjat vitale duhet të ekzaminohen te të gjithë pacientët.

Vëzhgoni ndërveprimet e pacientit me familjen, miqtë dhe stafin shëndetësor. Teste të tilla si skringu toksikologjik, elektrolitet, analizat hematologjike dhe biokimike të gjakut, glukoza në gjak, testet e funksionit të mëlçisë dhe elektrokardiografia (EKG), janë të përshtatshme dhe duhet të bëhen për të konstatuar ndonjë gjendje komorbide.

Mjeku i cili është përgjegjës për pranimin e pacientit me tentime suicidale, duhet të ketë parasysh konsideratat e mëposhtme të nevojshme për të stabilizuar pacientin (p.sh., qymyr druri i aktivizuar, manitol, EKG, analizat laboratorike rutinë). Pacienti me tentim për suicid duhet të ketë përkujdesje të plotë dhe të vazhdueshme.

Merrni parasysh mundësinë e abuzimit të substancave.

Monitoroni për delirium tremens dhe shtoni folate dhe tiamin nëse pacienti ka deficite neurologjike ose është i kequshqyer.

Në pacientët me gjetjet përkatëse të ekzaminimit fizik ose në pacientët që shfaqin simptoma të reja psikiatrike, duhet të merren parasysh testet ndihmëse si: testet funksionale të tiroides, nivelet e plumbit, testet funksionale të mëlçisë, osmolaliteti i serumit, niveli i amoniakut, radiografia e toraksit dhe funksioni lumbal.

Pacientët që paraqiten me mbidozë të substancave, kanë nevojë për trajtim fillestar intensiv dhe monitorim të kujdesshëm për 12 deri në 24 orët e para.

Pacienti mund të fshehë, të nënvlerësojë ose të jetë fizikisht i paaftë për të dhënë vlerësime të sakta të llojit ose sasisë së tabletave të gëlltitura.

Mjeku duhet të mbajë një shkallë të lartë të dyshimit për mbidozë dhe duhet të jetë i përgatitur të përdorë agjentë të kundërt-antidot (d.m.th., nalokson në mbidozë narkotike, flumazenil në mbidozë të benzodiazepinave) dhe dekontaminim të traktit gastrointestinal nëpërmjet nxitjes së vjelljes, lavazhit gastrik, ose thëngjill druri të aktivizuar me laksativ.

Emeza e induktuar mund të tentohet vetëm te pacientët plotësisht vigjilent që nuk kanë gëlltitur lëndë gërryese, produkt naftë ose antiemetik. Lavazhi gastrik kryhet duke përdorur një tubus gastrik me vrima të mëdha [3°C] deri [4°C] të futur në lukth dhe shpërlahet me 200 ml ujë të ngrohur dhe pastaj aspirohet.

Procedura përsëritet derisa aspirati të kthejë lëngun e qartë nga lukthi. Duhet pasur kujdes për të siguruar mbrojtjen e rrugëve të frymëmarrjes.

Në pacientët që nuk kanë refleks të mbylljes së gojës, intubimi duhet të merret parasysh. Qymyr druri i aktivizuar mund të jepet nga goja dhe pasohet me lavazh, në një dozë prej 1 g/kg të peshës trupore të pacientit.

Për të shmangur konstipacionin dhe për të rritur lëvizshmërinë gastrointestinale, qymyri përdoret në kombinim me sorbitolin laksativ në një dozë të titruar për të arritur jashtëqitje të qëndrueshme të lirshme.

Së fundi, dokumentoni vizitën mjekësore, përfshirë vlerësimin (bazuar në intervistën dhe informacionet kolaterale), diagnozën diferenciale, diagnozën e punës dhe planin e trajtimit.

Plani i trajtimit duhet të përfshijë vlerësimin nga një psikiatër, mundësisht gjatë qëndrimit në spital. Nëse pacienti refuzon të vlerësohet ose gjendja e tij shëndetësore/siguria e tij është jostabile, atëherë pacienti duhet të hospitalizohet në mënyrë të pavullnetshme në spital.

Nëse pacienti duhet të dalë nga spitali, sigurohuni që të pyesni dhe dokumentoni disponueshmërinë e armëve të zjarrit, medikamenteve potencialisht vdekjeprurëse dhe mjeteve të tjera vdekjeprurëse.

Krijoni një plan përcjellës (“follow-up”), që nënkupton kontakte të shpeshta të afërta ose vizita gjatë ditëve pasuese pas tentimit për suidid. “Follow-up” është veçanërisht i rëndësishëm për adoleshentët pasi ata përsërisin shpesh tentimet për suidid; 50% e adoleshentëve që kanë tentuar të bëjnë suidid nuk janë referuar për “follow-up” në kohën e kujdesit emergjent.

Është e nevojshme të përfshihet familja e pacientit dhe sistemi mbështetës. Është e dobishme për një anëtar të familjes ose kontakt të ngushtë të monitorojë pacientin dhe të ofrojë mbështetje pas fazës akute të tentativës për suidid.

Tabela Nr 7.

Faktorët me rrezik të lartë në vlerësimin e rrezikut të suididit	
▪	Tentimet e kaluara për suidid
▪	Serioziteti i tentimeve të mëparshme
▪	Historia familjare e suicideve
▪	Ndjenja e pashpresës
▪	Abuzimi me substancat
▪	Izolimi social
▪	Historia personale ose familjare e çrregullimeve psikiatrike (p.sh., depresioni madhor, çrregullimi bipolar)
▪	Barra e problemeve shëndetësore fizike
▪	Historia e humbjes
▪	Preokupimi me vdekjen

6.3 Menaxhimi në vazhdimësi i pacientëve të cilët kanë tentuar suid

Mjeku i kujdesit parësor mund të mos jetë ai që do të trajtojë dhe stabilizojë menjëherë pacientin pas tentativës për suid. Megjithatë, përgjegjësia mund t'u kalohet atyre në një moment, dhe konsideratat dhe udhëzimet e veçanta do të ndihmojnë mjekun e kujdesit parësor në kujdesin e pacientit.

Një marrëdhënie e ngushtë pune midis pacientit dhe mjekut do të nxisë rikuperimin e pacientit dhe do të minimizojë mundësinë e një tentative tjetër suidale. Dështimi për t'iu përmbajtur rekomandimeve pas daljes nga spitali është i zakonshëm tek pacientët që kanë tentuar të bëjnë suid. Kjo tendencë mund të reduktohet nga një marrëdhënie e mirë terapeutike me mjekun e kujdesit parësor.

Në veçanti, njohuritë e mjekut si për gjendjen fizike të pacientit, ashtu edhe për rrethanat e tij psikosociale mund ta paralajmërojnë atë për nivelet e stresit të pacientit dhe shenjat paralajmëruese.

Për shkak të incidencës së lartë të problemeve shëndetësore kronike në pacientët me depresion dhe me tentim për suid, veçanërisht në mesin e të moshuarve, njohuritë për qëndrimet dhe ndjenjat e pacientit për sëmundjen e tyre mund të jenë shumë të rëndësishme.

Disa studime kanë raportuar se 20% - 76% e pacientëve që kanë kryer suid, e kanë vizituar mjekun e tyre të kujdesit parësor në muajin e fundit.

Monitorimi i shpeshtë i pacientëve me rrezik të lartë dhe me mendime për suid, veçanërisht të ata që kanë tentuar kohëve të fundit, mund të zvogëlojë numrin e suicideve.

Njohja e faktorëve të rrezikut të lartë (shif. tabelën lartë) do ta bëjnë mjekun e kujdesit parësor më efektiv në identifikimin e pacientëve vulnerabël.

Është sugjeruar se marrëveshja "jo-suicidale" mund të jetë të dobishme në menaxhimin e pacientëve suicidal.

Në thelb, kjo qasje kërkon nga pacienti të angazhohet (merr përsipër) ose me gojë ose me shkrim, që të mos veprojë sipas impulseve suidale, por në vend të kësaj të kontaktojë një burim ndihme, si p.sh. një linjë telefonike psh psikologjike ose mjekun e kujdesit parësor, nëse ndijë impuls për suidin.

Kjo qasje jo vetëm që përcjellë shqetësimin dhe respektin e mjekut të kujdesit parësor, por gjithashtu i jep pacientit një plan konkret për të ndjekur kur ndihet në krizë dhe i dëshpëruar. Marrëveshja nuk garanton sigurinë e pacientit, por nëse pacienti nuk mund të pajtohet me këtë marrëveshje shtrimi në spital duhet të konsiderohet seriozisht.

Potenciali për abuzim të substancave, historia e sjelljes impulsive dhe izolimi social, të gjitha mund të kufizojnë vlerën e një marrëveshje të tillë.

Është e rëndësishme ndjekja/vëzhgimi nga afër kur trajtohet një pacient i cili kohëve të fundit ka bërë një përpjekje për suicid.

Ndërkohë që vizitat në qendër janë bazike, konsultimet telefonike mund të ofrojnë kontakt mbështetës dhe të ndihmojnë në identifikimin nëse duhet të planifikohet një takim urgjent.

Komunikimi dhe koordinimi i shpejtë me profesionistin e institucioneve të shëndetit mendor do të promovojë kujdes efikas dhe efektiv.

Meqenëse shumë pacientë hezitojnë për t'u vizituar te një psikiatër për shkak të koncepteve të gabuara dhe frikës nga stigma, inkurajimi dhe edukimi nga mjeku i kujdesit parësor është shumë domethënës dhe i dobishëm në këtë aspekt.

Mjekimi mund të luajë një rol të rëndësishëm në menaxhimin e vazhdueshëm të pacientëve që kanë tentuar të bëjnë suicid.

Trajtimi farmakologjik varet nga diagnoza psikiatrike themelore.

Pacientët që dështojnë në trajtimin e linjës së parë ose kanë çrregullime të tjera psikiatrike, të tilla si depresion, çrregullimi bipolar ose skizofrenia, duhet të referohen për konsultim psikiatrik.

Është sugjeruar se medikamentet kundër depresionit (antidepresantët) mund të aktivizojnë individët në depresion, duke rritur kështu rrezikun e sjelljes suidale.

Monitorimi nga afër i pacientit i cili ka filluar së fundmi me përdorimin e ndonjë antidepresanti, do të ndihmojë mjekun e kujdesit parësor të vlerësojë nëse rreziku për suicid është rritur si rezultat i efektit të aktivizimit nga medikamenti.

Përfundimi

Kur e vlerësoni një pacient suicidal, para së gjithash, mbani pacientin të sigurt. Stabilizoni gjendjen e tij dhe trajtoni çdo gjendje komorbide. Kërkoni informacione “kolaterale” (plotësuese) nga policia, stafi mjekësor i emergjencës dhe çdo dëshmitar i ngjarjeve suidale.

Nëse pacienti është në gjendje të marrë pjesë në intervistë, mjeku duhet të bëjë pyetjen, "Pse tani?" dhe të dëgjojë me vëmendje për çdo të dhënë për situatën aktuale të pacientit.

Kryeni një ekzaminim fizik të plotë dhe të detajuar.

Aranzhoni një konsultë psikiatrike dhe/ose kontaktoni mjekun ekzistues të pacientit dhe sigurohuni që të ketë një plan përcjellës (follow-up).

Nëse mjeku i kujdesit parësor e viziton pacientin suicidal në mënyrë të vazhdueshme, do të jenë të rëndësishme marrëdhënia terapeutike pacient-mjek, si dhe vëmendja ndaj faktorëve të rrezikut për suicid dhe gjendjes së përgjithshme shëndetësore. Së fundi, rekomandohet koordinimi dhe mbështetja për kujdesin e specializuar psikiatrik nga mjeku i kujdesit parësor.

VII. Menaxhimi Psikiatrik

Menaxhimi psikiatrik përbëhet nga një grup i gjerë ndërhyrjesh dhe qasjesh që duhet të krijohen nga psikiatri për të gjithë pacientët me sjellje suicidale.

Menaxhimi psikiatrik shërben si kornizë me të cilën pacienti dhe psikiatri do të bashkëpunojnë në proceset e vazhdueshme të vlerësimit dhe monitorimit të statusit klinik të pacientit, zgjedhjen midis trajtimeve specifike dhe koordinimin e komponenteve të ndryshëm të trajtimit.

Menaxhimi psikiatrik përfshin krijimin dhe mbajtjen e një aleance terapeutike, kujdesin për sigurinë e pacientit dhe përcaktimin e statusit psikiatrik të pacientit, nivelit të funksionimit dhe nevojave klinike për të arritur në një plan dhe mjedis të përshtatshëm për trajtim.

Për individët me sjellje suicidale, një planifikim i tillë trajtimi do të përfshijë ndërhyrje që synojnë suicidalitetin, si dhe qasjet terapeutike të dizajnuara për të trajtuar vështirësit psikosociale ose interpersonale dhe çdo çrregullim të aksit I dhe të aksit II që mund të jetë i pranishëm.

Pasi të jetë vendosur një plan trajtimi me pacientin, qëllimet shitesë të menaxhimit psikiatrik përfshijnë lehtësimin e respektimit të trajtimit dhe edukimin e pacientëve edhe të anëtarëve të familjes dhe të tjerëve të rëndësishëm.

7.1 Themelimi dhe Ruajtja e Aleancës Terapeutike

Duke filluar që me takimin fillestar me pacientin, psikiatri duhet të përpiqet të krijojë besim, të krijojë respekt reciprok dhe të krijojë një marrëdhënie terapeutike me pacientin. Ideja dhe sjelljet suicidale mund të eksploroehen dhe adresohen brenda kontekstit të kësaj marrëdhënie bashkëpunuese mjekë-pacient, me qëllimin për të zvogëluar rrezikun suicidal.

Kjo marrëdhënie gjithashtu siguron një kontekst në të cilin simptomat ose sindromat shitesë psikiatrike mund të vlerësohen dhe trajtohen.

Në të njëjtën kohë, psikiatri duhet të pranojë se një individ që është i vendosur të vdesë mund të mos jetë i motivuar për të zhvilluar një marrëdhënie bashkëpunuese mjekë-pacient dhe në të vërtetë mund ta shohë psikiatrin si një kundërshtar.

Vlerësimi i marrëdhënies së pacientit me personat tjerë të rëndësishëm mund ti ndihmojë klinikistit për të krijuar një marrëdhënie të qëndrueshme dhe të fuqishme terapeutike me pacientin. Për më tepër, aleanca terapeutike mund të përmirësohet duke i kushtuar vëmendje të kujdesshme shqetësimeve të pacientëve dhe anëtarëve të familjes së tyre, si dhe dëshirave të tyre për trajtim.

Empatia dhe të kuptuarit e individit suicidal janë gjithashtu të rëndësishme në krijimin e një marrëdhënie terapeutike psikiatër-pacient, duke ndihmuar pacientin të ndihet i mbështetur emocionalisht dhe duke rritur ndjenjën e pacientit për zgjedhjet e mundshme të tjera përveç suicidit.

Në këtë mënyrë, një marrëdhënie psikoterapeutike pozitive dhe bashkëpunuese mund të jetë e pa krahasueshme madje jetë-mbajtëse për pacientët suicidal .

Në kujdesin për pacientët potencialisht suicidal, psikiatrit do t'i duhet të menaxhojë shpesh qëllimet konkurruese për të inkurajuar pavarësinë e pacientit, por duke trajtuar njëkohësisht sigurinë.

Përveç kësaj, psikiatri duhet të jetë i vetëdijshëm për emocionet dhe reagimet e tij/saj ndaj pacientit suicidal që mund të ndikojnë në kujdesin e pacientit. Psikiatri duhet të ketë vend unik në jetën e një pacienti, ku shpesh duken se janë burimi i vetëm i stabilitetit ose qëndrueshmërisë.

Në të njëjtën kohë, klinikisti duhet të ruhet që të mos bjerë në rolin e shpëtimtarit të vazhdueshëm.

Pacientët suicidal mund të dëshirojnë që të kujdesen për ta pakushte ose në mënyrë alternative, t'u caktojnë të tjerëve përgjegjësinë për t'i mbajtur ata në jetë .

Terapistët që tërhiqen në rolin e shpëtimtarit me pacientët suicidal shpesh veprojnë sipas supozimit të vetëdijshëm ose të pavetëdijshëm se ata mund të japin dashurinë dhe brengosjen që të tjerët nuk e japin, duke e shëndrruar kështu në mënyrë magjike dëshirën e pacientit për të vdekur në një dëshirë për të jetuar.

Në rrethana të tilla, ose nëse terapeuti përdorë formacionin e reagimit mbrojtës për të mohuar ndjenjat armiqësore ndaj pacientit, mund të bëjë gjithçka për të siguruar pacientin se ai ose ajo ka vetëm ndjenja pozitive për pacientin dhe do të bëjë gjithçka që është e nevojshme për të shpëtuar jetën e pacientit.

Në skenarin më të keq, kjo nevojë për të demonstruar kujdesin e dikujt mund të kontribuojë në tejkalimin e kufijve profesional.

Gjithashtu, duke dhënë shpresa të rreme ose jo reale, psikiatri përfundimisht mund ta zhgënjej pacientin duke mos i përmbushur ato pritshmëri. Kështu, psikiatri duhet të mbajë mend se marrja e përgjegjësisë për kujdesin e pacientit nuk është e njëjtë me marrjen e përgjegjësisë për jetën e pacientit.

Pacientët suicidal gjithashtu mund të aktivizojnë emocionet latente për vdekjen dhe suicidin te klinikisti duke çuar në një reagim mbrojtës nga ana e klinikistit.

Nga njëra anë, ekziston një potencial për të zhvilluar kundër transferencë- urrejtje dhe zemërim kundër pacientit suicidal që mund të manifestohet duke refuzuar sjelljen nga ana e klinikistit.

Në ekstremin tjetër, klinikisti mund të shmangë pacientët që shfaqin ankthet e tyre rreth suicidit.

Klinikistët gjithashtu mund të mbivlerësojnë aftësitë e pacientit, duke krijuar pritshmëri joreale për pacientin.

Në të kundërt, ata mund të përfshihen nga ndjenja e dëshpërimit dhe pashpresës së pacientit dhe të dekurajohen për përparimin e trajtimit dhe aftësinë e pacientit për t'u përmirësuar.

Kështu, menaxhimi i aleancës terapeutike duhet të përfshijë vetëdijësimin për çështjet e transferencës dhe kundërtransferencës, pavarësisht nga qasja teorike e përdorur për psikoterapi dhe pavarësisht nëse këto çështje trajtohen drejtpërdrejt në trajtim.

Në këtë drejtim, përdorimi i konsultimit me një kolegë më të vjetër me përvojë dhe me një ekspertizë në menaxhimin e pacientëve me tendenca suicidale mund të jetë i dobishëm.

Është gjithashtu e rëndësishme të kihet parasysh se rrjedha dhe sjellja e trajtimit mund të ndikohet nga dallimet gjinore dhe kulturore midis pacientëve dhe terapistëve, si dhe nga ndryshimet kulturore midis pacientëve dhe aspekte të tjera të sistemit të ofrimit të kujdesit.

7.2 Kujdesi për sigurinë e pacientit

Megjithëse është e pamundur të parandalohen të gjitha veprimet vetë-dëmtuese, përfshirë veprimin suicidal, është me rëndësi kritike të kujdeseni për sigurinë e pacientit dhe të punoni për të minimizuar sjelljet vetë-rrezikuese gjatë gjithë procesit të vlerësimit dhe trajtimit

Në pjesët e mësipërme është diskutuar procesi i rregullt i vlerësimit të pacientit, vlerësimi i rrezikut për suicidit dhe më pas krijimin e intervenimeve për të trajtuar këtë rrezik.

Në praktikën aktuale disa intervenime mund të jenë të nevojshme për të adresuar sigurinë e pacientit ndërsa vlerësimi fillestar vazhdon.

Për shembull, në ambientet e urgjencës ose të spitalit, ndërhyrjet specifike mund të përfshijnë urdhërimin e vëzhgimit të pacientit në bazë të një-për-një (nje personel i caktohet nje personi me tendenca suicidale) ose me monitorim të vazhdueshëm përmes mjeteve të përshtatshme në dispozicion, heqjen e sendeve potencialisht të rrezikshme nga dhoma e pacientit dhe sigurimin e e gjëseneve të pacientit (meqë çantat mund të përmbajnë armë, çakmakë ose shkrepëse, medikamente ose substanca të tjera potencialisht toksike).

Nëse indikohen kufizimet, rekomandohet gjithashtu vëzhgimi i vazhdueshëm.

Disa institucione i kontrollojnë pacientët për mbajtjen e gjërave potencialisht të rrezikshme duke i kontrolluar pacientët ose duke i skanuar ata me detektorë metalikë.

Për më tepër, disa institucione kanë politika që ndalojnë çdo armë në zonat e urgjencës, pasi armët e policisë ose oficerëve të sigurisë mund të merren nga pacientë suicid.

Në rrethana të tjera, të tilla në të cilat kemi të bëjë me pacientët e agjituar, jo bashkëpunues, të dehur ose të sëmurë nga ana mjekësore, mund të kalojnë një kohë të konsiderueshme përpara se të bëhet e mundur të kryhet një vlerësim i plotë psikiatrik, duke përfshirë një vlerësim të suicidit.

Në kushte të tilla, psikiatri do të duhet të përdorë informacionin që është në dispozicion për të bërë një gjykim klinik, me hapat që do të ndërmerren për të rritur sigurinë e pacientit në ndërkohë.

7.3 Përcaktimi i Mjedisit të Trajtimit

Mjediset e trajtimit përfshijnë një vazhdimësi të niveleve të mundshme të kujdesit, nga shtrimet e pavullnetshme në spitale deri te hospitalizimet e pjesshme dhe programet intensive ambulatorë deri te mjediset më tipike ambulatorë.

Në përgjithësi, pacientët duhet të trajtohen në një mjedis që është më pak kufizues, më të sigurt dhe efektiv. Për më tepër, mjedisi optimal i trajtimit dhe aftësia e pacientit për të përfituar nga një nivel tjetër kujdesi duhet të rivlerësohen në mënyrë të vazhdueshme gjatë gjithë rrjedhës së trajtimit.

Zgjedhja e një vendi të përshtatshëm të trajtimit në përgjithësi do të ndodhë pasi psikiatri të vlerësojë gjendjen klinike të pacientit, duke përfshirë çrregullimet specifike psikiatrike dhe simptomat (p.sh., pashpresa, impulsiviteti, ankthi), intenzitetin e simptomave, nivelin e funksionimit, sistemin e disponueshëm të mbështetjes dhe aktivitetet që i japin pacientit një arsye për të jetuar.

Psikiatri gjithashtu duhet të marrë parasysh nëse suicidi është aktual apo jo, nëse është i lidhur me një krizë interpersonale, siç është ndarja e kohëve të fundit, humbja e një personi të dashur ose trauma të tjera. Vlerësimi i rrezikut të suicidit do të jetë padyshim një komponent e rëndësishëm e zgjedhjes së mjedisit të trajtimit dhe duhet të merret parasysh edhe potenciali i rrezikshmërisë për të tjerët.

Në disa rrethana klinike, një vendim për hospitalizim mund të merret në bazë të rrezikshmërisë së lartë për veten ose të tjerët, edhe nëse historia shtesë nuk është e disponueshme ose nëse pacienti nuk është në gjendje të bashkëpunojë për vlerësimin psikiatrik (p.sh., në gjendje të agjitimit ekstrem, psikozës ose katatonisë).

Në të njëjtën kohë, përfitimet e intervenimeve intensive të tilla si shtrimi në spital duhet të peshohen kundrejt efekteve negative të mundshme të tyre (p.sh., ndërprerja e punësimit, stresi financiar dhe stresi tjetër psikosocial, stigma e vazhdueshme shoqërore).

Aspekte të tjera që duhet të përfshihen në përcaktimin e një mjedisi trajtimi përfshijnë aftësinë e pacientit për të ofruar vetëkujdes adekuat, për të kuptuar rreziqet dhe përfitimet e qasjeve të ndryshme të trajtimit, për të kuptuar se çfarë duhet të bëj në një krizë (p.sh., kontaktimi i anëtarëve të familjes ose personave të tjerë mbështetës, kontaktimi i psikiatrit, kërkimi i kujdesit urgjent), për të dhënë reagime të besueshme psikiatrit dhe për të bashkëpunuar në planifikimin dhe zbatimin e trajtimit.

Rrjedhimisht, zgjedhja e një mjedisi të veçantë trajtimi nuk do të varet tërësisht nga vlerësimi i rrezikut për suicid, por përkundrazi do të mbështetet në ekuilibrin midis këtyre elementeve të ndryshëm.

Një përmbledhje e faktorëve që duhen marrë parasysh në përcaktimin e një mjedisi për trajtim janë dhënë në tabelën në vijim.

7.4 Udhëzime për zgjedhjen e vendosjes së trajtimit për pacientët në rrezik për suicid ose sjellje suicidale

Tabela Nr 8.

Pranimi indikohet përgjithësisht
Pas një tentative për suicid ose tentativës së ndërprerë për suicid nëse: ▪ Pacienti është psikotik Nëse tentativa është e dhunshme, gati vdekjeprurëse, ose e paramenduar. ▪ Nëse janë marrë masa paraprake për të shmangur shpëtimin ose zbulimin. ▪ Nëse plani dhe/ose qëllimi i vazhdueshëm është i pranishëm. ▪ Nëse shqetësimi / distresi është shtuar ose pacienti pendohet që mbijetoi. ▪ Nëse pacienti është mashkull, më i vjetër se 45 vjeç, veçanërisht me fillimin të sëmundjes psikiatrike ose prezencës së mendimeve suicidale. ▪ Nëse pacienti ka përkrahje të kufizuar familjare dhe/ose sociale, përfshirë mungesën e situatës së qëndrueshme të jetesës. ▪ Nëse sjellja aktuale impulsive, agjitimi i rëndë, gjykimi i dobët ose refuzimi i ndihmës është i dukshëm. ▪ Nëse pacienti ka ndryshim në statusin mendor me një etiologji metabolike, toksike, infektive ose të tjera që kërkon punë të mëtejshme në një mjedis të strukturuar. ▪ Në prani të ideve suicidale me plan specifik -vdekshmëri të lartë dhe synim të lartë për suicid. Pranimi mund të jetë i domosdoshëm ▪ Pas një tentative për suicid ose një tentative të ndërprerë, përveç në rrethanat për të cilat indikohet përgjithësisht pranimi

Në prani të ideve suidale me:

- Psikoza
- Çrregullim madhor psikiatrik
Tentativat e kaluara, veçanërisht nëse janë serioze nga ana mjekësore
- Gjendjet mjekësore që mund të kontribuojnë (p.sh., çrregullime neurologjike akute, kancer, infeksion)
- Mungesa e përgjigjes ose pamundësia për të bashkëpunuar në hospitalizim të pjesshëm ose trajtimin ambulator
- Nevoja për një mjedis të mbikëqyrur për të provuar medikamentet
- Nevoja për vëzhgim, testim klinik/teste ose vlerësime diagnostikuese që kërkojnë një mjedis të strukturuar
- Mbështetje e kufizuar familjare dhe/ose sociale, përfshirë mungesën e situatës së qëndrueshme të jetesës
- Mungesa e një marrëdhënieje të vazhdueshme klinikist-pacient ose mungesë e qasjes në kohën e duhur gjatë përcjelljes ambulare
- Në mungesë të përpjekjeve për suidid ose ideve/planit/qëllimit suicidal, por dëshmitë nga vlerësimi psikiatrik dhe/ose historia nga të tjerët sugjerojnë një nivel të lartë të rrezikut të suididit dhe një rritje akute të rrezikut kohët e fundit

Mund të jetë i mundur lirimi nga urgjenca e kujdesit intenziv psikiatri UKIP me rekomandime pasuese

Pas një tentative suidale ose në prani të ideve/planit suicidal:

- Suicidi është një reagim ndaj nxitjes nga ngjarjet (p.sh., dështimi i provimit, vështirësitë në marrëdhënie), veçanërisht nëse pikëpamja e pacientit për situatën ka ndryshuar që nga ardhja në urgjencë
- Plani/metoda dhe qëllimi kanë vdekshmëri të ulët
- Pacienti ka gjendje të jetesës të qëndrueshme dhe mbështetëse
- Pacienti është në gjendje të bashkëpunojë.

Trajtimi ambulator mund të jetë më i dobishëm sesa shtrimi në spital

- Pacienti ka ide kronike suidale dhe/ose vetë-dëmtim pa përpjekje paraprake serioze mjekësore, nëse ekziston një situatë jetësore e sigurt dhe mbështetëse dhe kujdesi psikiatrik ambulator në vazhdim.

Shtrimi në spital duhet të shihet gjithmonë si një ndërhyrje e mundshme dhe duhet të merret parasysh sa herë që siguria e pacientit është në pyetje.

Në vetvete, shtrimi në spital nuk është një trajtim. Përkundrazi, është një mjedis trajtimi që mund të lehtësojë vlerësimin dhe trajtimin e një personi suicidal.

Përveç kësaj, mjediset e shtrimit mund të ndihmojnë në zbatimin e qasjeve të tilla si vëzhgimi i vazhdueshëm, izolimi ose kufizimi fizik ose farmakologjik që mund të kufizojnë aftësinë e një individi për të vepruar sipas impulseve suidale .

Megjithëse intervenime të tilla mund të vonojnë suicidin dhe të lejojnë fillimin e qasjeve të trajtimit, nuk ka dëshmi empirike se këto metoda zvogëlojnë incidencën e suicideve në një afat të gjatë.

Për më tepër, spitalet duhet të balancojnë kërkesat për sigurinë kundër nevojës së pacientit për t'u përgatitur për t'u kthyer në jetën e pavarur në komunitet.

Meqenëse pacientët nuk mund të vëzhgohen ose të frenohen vazhdimisht, ata mund edhe të vdesin nga suicidi gjatë qëndrimit në spital.

Edhe pse asnjë udhëzues në lidhje me vendimet e shtrimit në spital nuk mund të jetë absolut, kujdesi spitalor është zakonisht i indikuar për individët që konsiderohen se paraqesin një kërcënim serioz për dëmtim të tyre ose të tjerëve.

Indikacione të tjera për shtrimin në spital përfshijnë faktorë të bazuar në sëmundje (p.sh., intezitetin e simptomave, sjellja e dhunshme ose e pakontrollueshme) dhe ato të bazuara në intervenimet për shërbimet e nevojshme (p.sh., nevoja për vëzhgim të vazhdueshëm të kualifikuar; prova të ndërlikuara të medikamenteve, veçanërisht për një të moshuar ose një pacient të brishtë mjekësor; teste klinike ose vlerësim diagnostik që nuk mund të kryhen në baza ambulatorë).

Individët e sëmurë rëndë mund të kërkojnë shtrimin në spital nëse nuk mund të mbahen të sigurt në një mjedis më pak kufizues ose nëse u mungon struktura adekuate dhe mbështetja sociale jashtë mjedisit spitalor.

Trajtim më intensiv do të kërkojë gjithashtu kur të ketë një paraqitje të re, akute që nuk është pjesë e një modeli të përsëritur. Për më tepër, ata pacientë që kanë kushte të komplikuar psikiatrike ose të përgjithshme mjekësore ose që nuk i janë përgjigjë në mënyrë adekuate trajtimit ambulator mund të kenë nevojë të hospitalizohen.

Kujdesi spitalor mund të jetë gjithashtu i nevojshëm në nivele më të ulëta të rrezikut për suicid në zonat gjeografike kur pacientët nuk kanë qasje në programe të lehtë në programe të pjesshme spitalore dhe intensive.

Në rastet kur klinikisti nuk është ofruesi i rregullt i kujdesit shëndetësor të pacientit, nuk ka një marrëdhënie të vazhdueshme me pacientin, ose nuk e njeh mirë pacientin dhe nuk ka qasje në historinë e pacientit, hospitalizimi mund të jetë i nevojshëm derisa të kompletohet dokumentacioni për të.

Trajtimi intensiv mund të jetë i nevojshëm edhe për pacientët me shkallë të ulët të suicideve edhe në ato raste kur pacientit i mungon mbështetja psikosociale, nuk është në gjendje të ketë qasje në kohë në kujdesin ambulator, ka një pasqyrë të kufizuar në nevojën për trajtim, ose nuk është në gjendje të respektoj rekomandimet për ndjekjen ambulatorë.

Për më tepër, para se pacienti të kalojë në një mjedis më pak kufizues, duhet të tregohet gjendja e pacientit, të ketë dëshmi të përmirësimit dhe qëndrueshmërisë si në nivelin e vlerësuar të rrezikut të suicideve ashtu edhe në simptomat e çdo çrregullimi psikiatrik shoqërues.

Trajtimi më pak intensiv mund të jetë më i përshtatshëm nëse ideja ose tentativat për suicid janë pjesë e një cikli kronik, të përsëritur dhe pacienti është i vetëdijshëm për kronicitetin.

Nëse pacienti ka një histori të ideve suicidale pa qëllim suicidal dhe një marrëdhënie të vazhdueshme mjek-pacient, përfitimet e trajtimit të vazhdueshëm jashtë spitalit mund të tejkalojnë efektet e mundshme të dëmshme të hospitalizimit.

Kur merret parasysh hospitalizimi, rreziku i suicidit nuk është faktori i vetëm që duhet trajtuar. Pacientët shpesh mund të ndihen të poshtëruar ose të frikësuar në spital më tepër se sa përjetojnë një ndjenjë të lehtësimit emocional.

Shtrimi në spital psikiatrik mund të ngjallë pritshmëri joreale tek pacientët, anëtarët e familjes, terapistët dhe anëtarët e stafit mjekësor dhe infermieror.

Shpesh, një lutje për shtrimin në spital vjen nga një ndjenjë acarimi nga ana e një individi të përfshirë me situatën e pacientit.

Kur trajtimi spitalor nuk i plotëson këto pritshmëri joreale, zhgënjimi i lidhur mund të kontribuojë në pashpresë dhe të ketë një efekt negativ në marrëdhëniet e ardhshme terapeutike.

Vetë procesi i pranimi në spital mund të bëjë që pacienti të mos ketë besim tek profesionistët e shëndetit mendor, veçanërisht kur shtrimi në spital bëhet në mënyrë të pavullnetshme.

Kështu, përgjegjësia kryesore e klinikistit është të peshojë rreziqet dhe përfitimet e shtrimit në spital para dhe gjatë pranimi (veçanërisht rreth vendimeve që lidhen me kalimet terapeutike dhe nivelet e privilegjeve).

Për më tepër, e drejta e një personi për privatësi dhe vetëvendosje (e cila përfshin të drejtën për t'u trajtuar në mjedisin më pak kufizues) duhet të jetë e balancuar ndaj çështjes së rrezikshmërisë së mundshme për veten ose të tjerët.

Nëse indikohet shtrimi në spital, psikiatri më pas duhet të vendosë nëse duhet të ndodhë në baza vullnetare apo të pavullnetshme.

Ky vendim do të varet gjithashtu nga faktorë të shumtë, duke përfshirë nivelin e vlerësuar të rrezikut për pacientin dhe të tjerët, nivelin e gjykimit të pacientit dhe gatishmërinë për të kërkuar kujdes dhe kriteret ligjore për hospitalizim.

Për pacientët që vazhdojnë të ndiqen nga një terapist ose nga një psikiatër i jashtëm, ndërsa janë në një spital të pjesshëm ose në program intensiv të trajtimit ambulator, komunikimi i rregullt midis profesionistëve të trajtimit është i rëndësishëm.

Nëse një mbikëqyrje e tillë nuk është e mundur, një nivel më i lartë i kujdesit (domethënë shtrimi në spital) mund të jetë i nevojshëm për të ruajtur sigurinë e pacientit edhe në nivele më të ulëta të rrezikut të suicidit

Përkeqësimi i gjendjes së pacientit, me një rritje të njëkohshme të rrezikut të suicidit, kërkon vlerësim të kujdesshëm të rrezikut të pacientit për suicid dhe hospitalizim.

Gjatë përcaktimit të një mjedisi, trajtimi në situata emergjente, është gjithashtu e rëndësishme të merren parasysh efektet e mundshme të kundërtransferencës dhe mungesës së njohurive për suicid në vendimmarrjen klinike, pasi individët që paraqesin ide ose tentativa për suicid mund të shkaktojnë një gamë të gjerë reagimesh përfshirë antipatinë, zemërimin, pafuqinë dhe indiferencën.

7.4.1 Zhvilloni një plan të trajtimit

Individët me mendime, plane ose sjellje suidale mund të përfitojnë nga një sërë trajtimesh. Nëse pacienti është në rrezik për suicid, një plan që integron një sërë terapish biologjike dhe psikosociale mund të rrisë gjasat për një rezultat të suksesshëm.

Zgjedhja midis trajtimeve të mundshme kërkon njohuri për efektet e mundshme të dobishme dhe negative të secilit opsion së bashku me informacionin mbi preferencat e pacientit. Përveç kësaj, vendimet e trajtimit duhet të rivlerësohen vazhdimisht kur informacioni i ri bëhet i disponueshëm, ose kur statusi klinik i pacientit ndryshon ose gjatë të dyjave.

Për pacientët në trajtim të vazhdueshëm, kjo mund të nënkuptojë se planet ekzistuese të trajtimit do të kërkojnë modifikim pasi idetë ose sjelljet suidale shfaqen ose zbehen.

Kështu, planifikimi i trajtimit është një proces përsëritës në të cilin psikiatri punon me pacientin për të zbatuar dhe modifikuar trajtimet me kalimin e kohës, në varësi të përgjigjeve dhe preferencave të pacientit.

Në varësi të rrethanave klinike, mund të jetë e rëndësishme që procesi i planifikimit të trajtimit të përfshijë anëtarët e familjes ose mbështetje të tjera të rëndësishme psh ofruesit e strehimit, stafin e menaxhimit të rasteve).

Psikiatrit duhet të paralajmërohen kundër zhvillimit të një plani trajtimi në të cilin thuhet se qëllimi është "eliminimi" i rrezikut të suicidit kjo është e pamundur të bëhet për arsyet e diskutuara tashmë.

Në vend të kësaj, qëllimet e trajtimit duhet të përfshijnë një qasje gjithëpërfshirëse ndaj trajtimit me fokusin kryesor të drejtuar në zvogëlimin e rrezikut.

Meqenëse individët me sjellje suicidale shpesh kanë çrregullime të aksit I dhe aksit II, zvogëlimi i rrezikut shpesh përfshin trajtimin e një sëmundjeje shoqëruese psikiatrike.

Çrregullimet mjekësore dhe trajtimet për ato çrregullime gjithashtu do të duhet të merren parasysh në zhvillimin e një plani trajtimi për pacientin me sjellje suicidale.

Në fazat e hershme të trajtimit, mund të nevojitet një ndjekje më intensive për të ofruar mbështetje për pacientin.

Për më tepër, në fazat e hershme të sëmundjes, mohimi i simptomave dhe mungesa e njohurive për nevojën për trajtim ka të ngjarë të jenë më të spikaturat, dhe, për këtë arsye, kërkohet edukim specifik dhe psikoterapi mbështetëse për të synuar këto çështje.

Vlerësimi i përgjigjeve të kaluara të pacientit ndaj stresit, cënueshmëria ndaj ndikimeve kërcënuese për jetën, burimet e jashtme të disponueshme, fantazitë e vdekjes dhe kapaciteti për testimin e realitetit mund të ndihmojë klinikistin të peshojë pikat e forta dhe dobësitë individuale të pacienti dhe mund të ndihmojë në planifikimin e mjekimit.

7.4.2 Kujdesi i koordinuar dhe bashkëpunimi me klinikistët tjerë

Sigurimi i trajtimit optimal për pacientët me sjellje suicidale shpesh përfshin një ekip trajtimi shumëdisiplinor që përfshin disa profesionistë të shëndetit mendor.

Ndërsa koordinimi i vazhdueshëm i planit të përgjithshëm të trajtimit është përgjithësisht më i lehtë për t'u zbatuar në mjediset hospitalore.

Është gjithashtu e dobishme të sqaroni me pacientin se një numër individësh do të përfshihen në kujdesin e tij/ saj. Në këtë drejtim, është e rëndësishme që pacientët të kuptojnë se anëtarët e ekipit të trajtimit ndihmojnë psikiatrin në shumë aspekte dhe mund të japin informacion klinik që do të ndikojë në vendimet në lidhje me mënyrën e trajtimit.

Shumë pacientë kanë sëmundje mjekësore për të cilat marrin kujdes nga një ose më shumë mjekë. Veçanërisht për individët, çrregullimet ose trajtimet mjekësore të cilëve ndërlidhen me simptomat ose trajtimet e tyre psikiatrike, është e dobishme të komunikoni me mjekun e kujdesit parësor të pacientit, si dhe me çdo specialist që është i përfshirë në mënyrë aktive në kujdesin e pacientit.

Në mjediset spitalore, ekipi i trajtimit në përgjithësi përbëhet nga një psikiatër, infermierë, punonjës socialë, psikologë dhe punonjës të tjerë të shëndetit mendor, me psikiatrin që vepron si udhëheqës i ekipit.

Në këtë kapacitet, me ndihmën e anëtarëve të tjerë të ekipit të trajtimit, psikiatri do të marrë vendime kritike në lidhje me kujdesin e pacientit.

Vendime të tilla përfshijnë por nuk kufizohen në diagnozën e pacientit, medikamente të veçanta, nivelin e masave paraprake, kalimet, shkarkimin dhe planin e trajtimit pasues.

Duke pasur parasysh rolet kryesore dhe vëzhgimet e anëtarëve të tjerë të ekipit të trajtimit në vendime të tilla, psikiatri duhet të inkurajojë komunikimin e hapur midis anëtarëve të stafit në lidhje me veçoritë historike dhe klinike të pacientit.

Në një mjedis ambulator, mund të ketë edhe profesionistë të tjerë të përfshirë në kujdesin e pacientit. Në disa raste, pacienti mund t'i referohet individëve me ekspertizë në trajtimet specifike të simptomave (p.sh. terapia e sjelljes dhe njohjes për mungesën e shpresës ose terapia e sjelljes dialektike për sjellje të përsëritura suicidale).

Në raste të tjera, psikiatri mund të sigurojë menaxhim kryesisht psikofarmakologjik, të punojë bashkë me një psikiatër tjetër ose profesionist tjetër të shëndetit mendor që drejton psikoterapinë. Gjatë vizitave me pacientin, është e rëndësishme që psikiatri të rishikojë përgjigjen e pacientit nga të gjitha aspektet e trajtimit.

Përveç kësaj, është e dobishme që psikiatri të ketë bashkëpunim të ngushtë me terapistin dhe të kontaktohen në rast të një ndryshimi të rëndësishëm klinik të pacientit.

7.4.3 Nxitë (promovo) respektimin e planit të trajtimit

Trajtimi i suksesshëm i shumë çrregullimeve psikiatrike kërkon respektim të ngushtë të planeve të trajtimit, në disa raste për kohë të gjata ose të pacaktuar.

Te individët ku simptomat klinike të tyre përfshijnë mendime, plane ose sjellje suicide, është veçanërisht e rëndësishme që menaxhimi të optimizohet përmes respektimit të rregullt të planit të trajtimit.

Lehtësimi i aderimit fillon me vendosjen fillestare të marrëdhënies mjek-pacient dhe zhvillimin bashkëpunues të një plani të kujdesit që është i vëmendshëm ndaj nevojave dhe preferencave të pacientit individual.

Brenda marrëdhënies terapeutike psikiatri duhet të krijojë një atmosferë në të cilën pacienti mund të ndihet i lirë të diskutojë atë që ai ose ajo përjeton si pozitive ose negative në procesin e trajtimit. Efektet anësore ose kërkesat e trajtimit janë shkaqe të zakonshme të mos-respektimit.

Kontribuesit e tjerë të zakonshëm përfshijnë kufizimet financiare, planifikimin ose vështirësitë e transportit, dallimet e perceptuara të mendimit me mjekun dhe keqkuptimet rreth planit të rekomanduar të trajtimit ose dozimit të medikamenteve.

Sidomos kur janë simptomatik, pacientët mund të jenë të motivuar dobët, më pak të aftë të kujdesen për veten, ose tepër pesimist për shanset e tyre për t'u shëruar me trajtim, ose mund të vuajnë nga deficitet e kujtesës ose psikoza.

Në disa raste, çrregullimet psikiatrike shoqërohen me ulje të aftësisë për të pasur një sëmundje ose nevojë për trajtim, duke e bërë aderimin më pak të mundshëm.

Veçanërisht gjatë fazave të mbajtjes së trajtimit, kur simptomat janë më pak të spikatura, pacientët mund të kenë tendencë të nënvlerësojnë përfitimet e trajtimit dhe në vend të kësaj të përqendrohen në ngarkesat e tij. Psikiatri duhet ti njohë këto mundësi, të inkurajojë pacientin të artikulojë çdo shqetësim në lidhje me përshtatshmërinë dhe të theksojë rëndësinë e përshtatshmërisë për trajtim të suksesshëm dhe për të minimizuar rrezikun e sjelljeve të ardhshme suicidale.

Komponentët specifikë për respektimin e planit të trajtimit përfshijnë:

- Kur dhe sa shpesh të merrni medikamentin.
- Fakti që disa medikamente mund të zgjasin disa javë para se të vërehen efektet e dobishme,
- Nevoja që të merrni medikamentet edhe pasi ndiheni më mirë,
- Nevoja për t'u konsultuar me mjekun para se të vazhdoni mjekimin dhe
- Çfarë të bëni nëse lindin probleme ose pyetje.

Për të lehtësuar respektimin e trajtimit, është e dobishme të rivlerësohet plani i trajtimit në baza të rregullta në bashkëpunim me pacientin dhe të modifikojë atë në përputhje me preferencat dhe nevojat e pacientit. Disa pacientë, veçanërisht pacientët e moshuar, kanë treguar se kanë përmirësuar planin e trajtimit kur kompleksiteti i regjimit të mjekimit ashtu edhe kostot e trajtimeve janë minimizuar.

Kur një pacient nuk paraqitet në takime ose kur nuk respekton mënyrat tjera të kontaktit, përfshirë thirrjet telefonike, mund të jetë i dobishëm riangazhimi i pacientit në trajtim.

Kjo mund të kryhet nga psikiatri ose anëtarët e tjerë të caktuar të ekipit në konsultim me psikiatrin. Për pacientët në një program trajtimi të pavullnetshëm, për të arritur riangazhimin. Mund të përfshihet sistemi gjyqësor.

Problemet e rënda ose të vazhdueshme të mos-respektimit të planit të trajtimit mund të përfaqësojnë konflikte psikologjike ose psikopatologji, për të cilat duhet të merret parasysh psikoterapia.

Edukimi i pacientëve për medikamentet për apektet e suicidit dhe çrregullimet specifike psikiatrike dhe menaxhimi i tyre mund të jetë i dobishëm.

Kur përfshihen anëtarët e familjes ose individë të tjerë mbështetës (p.sh., personeli social personeli i strehimit të mbështetur), ata gjithashtu mund të përfitojnë nga edukimi dhe mund të inkurajohen të luajnë një rol ndihmës në përmirësimin e respektimit të planit të trajtimit.

7.4.4 Ofroni edukim për pacientin dhe familjen

Shumica e pacientëve mund të përfitojnë nga edukimi për simptomet dhe çrregullimet që trajtohen, si dhe për qasjet terapeutike të përdorura si pjesë e planit të trajtimit.

Kur është e përshtatshme, dhe me lejen e pacientit, edukimi duhet të sigurohet edhe për anëtarët e përfshirë të familjes.

Të kuptuarit se çrregullimet psikiatrike janë sëmundje të vërteta dhe se trajtimet efektive janë të domosdoshme dhe të disponueshme mund të jetë vendimtare.

Pacientët dhe anëtarët e familjes gjithashtu mund të përfitojnë nga të kuptuarit e rolit të stresit psikosocial dhe problemeve të tjera në nxitjen e suicideve ose simptomave të çrregullimeve psikiatrike.

Edukimi në lidhje me opsionet e trajtimit në dispozicion do t'i ndihmojë pacientët të marrin vendime, të parashikojnë efektet anësore dhe t'u përmbahen trajtimeve.

Pacientët gjithashtu duhet të këshillohen se përmirësimi nuk është linear.

Disa pacientë ose anëtarë të familjes mund të tronditen ose të dëshpërohen nga një përsëritje e simptomave ose një përkeqësim i përkohshëm i simptomave pas fillimit të trajtimit. Meqenëse pacientët suicidal prirën të jenë tepër kritikë ndaj vetvetes, një përsëritje ose përkeqësim i simptomave mund të shihet si dëshmi e dështimit personal, ata duhet të sigurohen se kjo mund të jetë pjesë e procesit të rimëkëmbjes.

Është gjithashtu e dobishme të keni një diskutim të hapur me pacientin në lidhje me fenomenin e suicidit. Kur ka pasur një histori familjare të suicidit, disa pacientë do të kenë ndjejnë se është fati i tyre të vdesin nga suicidi.

Mosha në të cilën ka vdekur një anëtar i familjes ose përvjetori specifik i vdekjes së anëtarit të familjes mund të ketë një rëndësi të veçantë për disa pacientë.

Mund të jetë e dobishme të edukoni pacientin dhe anëtarët e përfshirë të familjes se si të identifikojnë simptomat, të tilla si pagjumësia, pashpresa, ankthi ose depresioni, që mund të paralajmërojnë një përkeqësim të gjendjes klinike të pacientit.

Përveç kësaj, pacientët dhe anëtarët e familjes duhet të inkurajohen të mendojnë për simptoma të tjera, specifike për pacientin individual, që janë shoqëruar me suicidin në të kaluarën. Për më tepër, pacientët dhe anëtarët e familjes duhet të jenë të vetëdijshëm se mendimet për suicid mund

të kthehen dhe se duhet të informojnë psikiatrin ose një person tjetër të rëndësishëm sa më shpejtë të jetë e mundur nëse kjo ndodh.

Duhet të ketë gjithashtu një diskutim të hapur rreth asaj se çfarë duhet bërë në rast urgjence dhe si të merren shërbimet e urgjencës.

Disa anëtarë të familjes, veçanërisht ata të pacientëve me çrregullim të personalitetit kufitar, gabimisht i shohin përpyekjet për suicid ose komunikimet me qëllim suicidal si sjellje "manipuluese" ose "kërkuese të vëmendjes."

Kështu, është e rëndësishme që anëtarëve të familjes t'u sigurohet edukim për rreziqet e suicidit gjatë gjithë jetës dhe të ndihmohen anëtarët e familjes ti mësojnë mënyrat për t'u përgjigjur në një mënyrë të dobishme dhe pozitive kur pacienti përjeton një krizë suicidale.

7.5 Rivlerësimi i sigorisë dhe rrezikut suicidal

Natyra e rritjes dhe zbehjes së suicidalitetit është një ndër sfidat më të rënda për kujdesin e pacientit suicidal dhe shpesh kërkon që vlerësimet e suicideve të përsëriten me kalimin e kohës. Megjithatë një vlerësim i plotë i suicideve nuk kërkohet në çdo takim me pacientin, psikiatri duhet të përdorë gjykim të arsyeshëm në përcaktimin e shkallës së vlerësimit të përsëritur të nevojshëm për të vlerësuar rrezikun aktual të suicideve të pacientit.

Në mjediset spitalore vlerësimet e përsëritura të suicideve duhet të ndodhin në fazat kritike të trajtimit (p.sh., me një ndryshim të menjëhershëm në gjendjen mendore dhe para daljes nga spitali).

Kur bëhet një rivlerësim, psikiatri shpesh zbulon se një pacient që fillimisht raportoi ide suicidale me qëllim vdekjeprurës në një vizitë të mëvonshme nuk raporton më ide suicidale

Siç u tha më herët, nuk është e mundur të parashikohet se cilët individ me ide të fundit suicidale do ta përjetojnë përsëri dhe as cilët pacientë do të mohojnë idenë suicidale edhe kur është e pranishme. Megjithatë, nëse një pacient vlerësohet në rrezik të lartë për suicid, duhet të zbatohet dhe dokumentohet një plan për të adresuar këtë rrezik.

Ky plan mund të përfshijë ndryshime në mjedisin e kujdesit ose nivelin e vëzhgimit, ndryshime në terapinë me medikamente ose psikoterapi, ose të dyja llojet e ndryshimeve.

Pacientët me një fillim aktual të ideve të rënda suicide duhet të trajtohen me kujdes të veçantë. Për ata që përjetojnë ide suicidale në kontekstin e një çrregullimi depresiv, mund të jetë e dobishme të monitorohen simptoma të tjera depresive.

Psikiatri gjithashtu duhet të ketë parasysh simptomat e tjera që mund të shoqërohen me rritjen e rrezikut të suicidit të tilla si pashpresa, ankthi, pagjumësia ose halucinacionet komanduese.

Pacientët që i përgjigjen trajtimit të vazhdueshëm ose që janë në remision me vazhdimin ose trajtimin mbajtjes duhet të vlerësohen për rrezikun e suicideve kur ka dëshmi të një ndryshimi të papritur klinik, një rikthimi ose përsëritjeje, ose ndonjë ngjarje negative jetësore. Në këtë kontekst duhet të bëhet një ndryshim i planit të trajtimit.

Natyra e këtij ndryshimi varet nga situata klinike dhe mund të përfshijë një ndryshim në mjedisin e trajtimit ose nivelin e vëzhgimit, rritjen e vizitave, një ndryshim të medikamenteve ose qasjes psikoterapeutike,

Me ndryshimet në statusin klinik ose kur informacioni i ri bëhet i disponueshëm, psikiatri gjithashtu duhet të jetë i përgatitur për të rivlerësuar diagnozën psikiatrike të pacientit dhe gjithashtu të vlerësojë natyrën dhe forcën e aleancës terapeutike.

7.5.1 Pacientët në një krizë suicidale

Kur një pacient në trajtim të vazhdueshëm është në një krizë akute suicidale, psikiatri duhet të përgjigjet menjëherë. Mund të ketë komunikime të drejtpërdrejta nga pacienti, familja ose persona të tjerë të rëndësishëm, përfshirë punëdhënësit ose bashkëpunëtorët. Në situata urgjente, mund të jetë e nevojshme që të gjurmohen telefonatat ose të përfshihet policia.

Sfida për psikiatrin nuk është vetëm të vlerësojë shtrirjen e urgjencës, por edhe të vlerësojë përmbajtjen e komunikimit dhe burimin e tij. Për të vlerësuar më mirë situatën, është kritike të flisni drejtpërdrejt me pacientin, nëse është e mundur. Përveç kësaj, psikiatri duhet të jetë i ndërgjegjshëm për çështjet që kanë të bëjnë me konfidencialitetin dhe të shkelë konfidencialitetin vetëm në masën e nevojshme për të trajtuar sigurinë e pacientit.

Në disa rrethana, psikiatri mund të ketë nevojë të referojë një pacient suicid tek një shërbim i urgjencës për vlerësim për hospitalizimi. Kur e bëni këtë, është e rëndësishme që psikiatri të komunikojë me vlerësuesin psikiatrik në departamentin e urgjencës.

7.5.2 Pacientët me suicidalitet kronik

Te disa individë, sjelljet vetëdëmtuese dhe/ose sjelljet suicidale janë kronike, përsëriten duke rezultuar në kontakte të shpeshta me sistemin e kujdesit shëndetësor për vlerësimin e potencialit të suicidit.

Është e rëndësishme të pranohet se sjelljet vetëlënduese mund ose nuk mund të lidhen me qëllimin suicidal. Megjithatë sjelljet vetëdëmtuese ndonjëherë karakterizohen si "gjeste" që synojnë arritjen e përfitimeve dytësore (p.sh., marrja e vëmendjes, shmangia e përgjegjësisë përmes shtrimit në spital), motivimet e pacientëve për sjellje të tilla janë krejt të ndryshme.

Për shembull, pa pasur ndonjë dëshirë për vdekje, individët mund të dëmtojnë qëllimisht veten për të shprehur zemërimin, për të lehtësuar ankthin ose tensionimin për të krijuar një ndjenjë të

"normalitetit ose vetëkontrollit", dhe të përfundojnë në gjendje depersonalizimi, ose të shpërqendrojnë ose ndëshkojnë veten e tyre.

Konceptimi i sjelljeve të tilla si "gjestë" është gjithashtu problematik sepse tentativat për suidid mund të minimizohen kur shoqërohen me dëmtim minimal të vetvetes. Në fakt, në mesin e tentativave për suidid me qëllim suicidal, ata që kishin gjithashtu histori të sjelljeve vetë-dëmtuese pa qëllim suicidal kishin më shumë gjasa të nënvlerësonin vdekshmërinë objektive të përpjekjes së tyre dhe të kishin simptoma të lidhura me rrezik më të madh të suididit.

Kështu, në vlerësimin e sjelljeve kronike vetëdëmtuese, është e rëndësishme të përcaktohet nëse qëllimi suicidal është i pranishëm me vetëdëmtimin dhe, nëse po, në çfarë mase dhe me çfarë frekuence.

Për më tepër, një mungesë e qëllimit suicidal ose një shkallë minimale e vetë-dëmtimit nuk duhet ta bëjë psikiatrin të anashkalojë dëshmitë tjera të rritura të rrezikut për suidid.

Për pacientët të cilët janë të prirur ndaj sjelljeve kronike të vetë-dëmtimit, secili veprim duhet të vlerësohet në kontekstin e situatës aktuale; nuk ka asnjë përgjigje të vetme ndaj sjelljeve vetë-dëmtuese që mund të rekomandohet.

Për shembull, ka raste kur menaxhimi ambulator është më i përshtatshmi; në rrethana të tjera, mund të mendohet hospitalizimi. Në përgjithësi, për individë të tillë, hospitalizimi duhet të përdoret për stabilizim afatshkurtër, pasi qëndrimet e zgjatura në spital mund të fuqizojnë varësinë, regresionin dhe sjelljet e veta. Kur sjelljet kronike të vetë-dëmtimit janë të pranishme, teknikat e sjelljes siç është terapia dialektike e sjelljes mund të jenë të dobishme.

Përveç kësaj, në momentet kur kujdesi për pacientin kalon te një klinikist tjetër, rreziku i sjelljeve suididale mund të rritet.

Çrregullimet e rënda të personalitetit, veçanërisht çrregullimet e personalitetit antisocial, mbizotërojnë në mesin e pacientëve që shfaqin sjellje kronike të vetë-dëmtimit pa qëllim suicidal shoqërues.

Individë të tillë gjithashtu mund të kenë norma më të larta të çrregullimit panik komorbid dhe çrregullimit të stresit post-traumatik.

Ka prova që prania e çrregullimeve komorbide të personalitetit ose çrregullimeve të përdorimit të substancave jo vetëm që rritë rrezikun e suididit tek këta individë, por edhe zvoglon përgjigjen ndaj trajtimit.

Për shembull, pacientët me një kombinim të çrregullimit afektiv dhe çrregullimit të personalitetit janë të prirur për kriza të shpeshta suididale.

Kur trajton individ kronikë suicidal, është e rëndësishme që psikiatri të monitorojë ndjenjat e tij ose të saj, duke përfshirë reagimet e kundërtransferencës. Vëmendja e kujdesshme ndaj marrëdhënies së trajtimit dhe kontekstit psikosocial të pacientit është gjithashtu kritike.

Konsistenca dhe përcaktimi i kufirit janë shpesh të nevojshme, por kjo e fundit duhet të vendoset në bazë të gjykimit klinik dhe nuk duhet të përshtatet në terma ndëshkuesë.

Ndihma për pacientët të zhvillojnë aftësi për të përballuar impulset vetë-dëmtuese është shpesh një pjesë e vlefshme e trajtimit.

Në përshkrimin e një plani të detajuar të trajtimit, është e dobishme të përfshini të dhëna nga pacienti dhe të tjerë të rëndësishëm, kur është e përshtatshme klinikisht.

Gjatë periudhave të krizës, mosmarrëveshjet mund të ndodhin në lidhje me nevojën për hospitalizim. Në disa rrethana, psikiatri mund ta shikojë hospitalizimin si thelbësor, ndërsa pacienti ose anëtarët e familjes jo.

Në vend të kësaj, të kuptuarit më të thellë të pikëpamjeve kontradiktore shpesh do të çojë në një zgjidhje të suksesshme.

7.6 Monitorimi i statusit psikiatrik, përgjegjës ndaj trajtimit

Përveç rivlerësimit të sigurisë së pacientit dhe shkallës së suicidit, është po aq e rëndësishme që psikiatri të monitorojë gjendjen psikiatrike të pacientit dhe përgjigjen ndaj trajtimit.

Kjo është veçanërisht me rëndësi gjatë fazave të hershme të trajtimit, pasi disa medikamente, veçanërisht antidepressantët, mund të ju duhen disa javë për të arritur përfitimin terapeutik.

Gjithashtu, me përjashtim të suicidit te personat me alkoolizëm, suicidet priren të ndodhin herët, kur individët kanë më pak gjasa të kenë njohuri për të pasur një sëmundje dhe kanë më pak gjasa t'i përmbahen trajtimit.

Për më tepër, vëzhgimet klinike sugjerojnë se mund të jetë një rritje e hershme e rrezikut për suicidit pasi simptomat e depresionit fillojnë të zhduken por para se të zgjidhen plotësisht. Kështu, monitorimi i vazhdueshëm i gjendjes klinike të pacientit është i nevojshëm për të përcaktuar simptomat e pacientit dhe përgjigjen ndaj trajtimit (p.sh., përcaktimi i dozës optimale të një medikamenti dhe vlerësimi i efikasitetit të tij).

Shpesh kursi i trajtimit është i pabarabartë, me pengesa periodike, për shembull, në kohë stresi. Kërcime të tilla nuk tregojnë domosdoshmërisht që trajtimi është joefektiv.

Megjithatë, përmirësimi përfundimtar duhet të jetë një rezultat i pritshëm në mënyrë të arsyeshme. Për më tepër, me përparimin e trajtimit, tipare dhe simptoma të ndryshme të sëmundjes së pacientit mund të shfaqen ose të ulen.

Ndryshimet e rëndësishme në statusin psikiatrik të pacientit ose shfaqja e simptomave të reja mund të tregojnë nevojën për një rivlerësim diagnostik, një ndryshim në planin e trajtimit ose të dyja.

Ndryshime të tilla mund të përfshijnë një ndryshim në mjedisin e trajtimit, mjekimin ose shpeshhtësinë e vizitave; përfshirjen e të tjerëve të rëndësishëm; referim për trajtime shtesë (p.sh., terapi e sjelljes dialektike) që synojnë simptoma ose sindroma specifike; dhe konsultim

7.6.1 Bëj konsultime nëse indikohen

Në trajtimin e pacientëve me sjellje suicidale, veçanërisht atyre me formë të rëndë ose kronike, konsultimi mund të jetë i dobishëm nga një sërë këndvështrimesh. Përdorimi i konsultimit ose mbikëqyrjes nga një koleg mund të jetë i dobishëm në monitorimin dhe adresimin e çështjeve të kundërtransferencës.

Meqenëse gjykimet klinike në lidhje me çështjet e vlerësimit dhe trajtimit me pacientët suicidal mund të jenë mjaft të vështira, kontributi i kolegëve të tjerë mund të jetë i rëndësishëm në pohimin e përshtatshmërisë së planit të trajtimit ose sugjerimin e qasjeve të tjera të mundshme terapeutike. Për paraqitjet komplekse klinike në të cilat alkooli ose çrregullime të tjera të përdorimit të substancave mund të jenë të pranishme, referimi te një psikiatër i specializuar në trajtimin e çrregullimeve të varësisë mund të jetë i dobishëm për konsultim, menaxhim ose përfshirje në një program shërimi. Sidoqoftë, në kontekstin e një krize suicidale psikiatrit duhet të jenë të kujdesshëm në referimin e një pacienti për konsultim afatgjatë.

Disa pacientë mund ta perceptojnë një referim të tillë si hapin e parë drejt përfundimit të terapisë dhe mund të kenë nevojë të sigurohen se referimi është vetëm për konsultim.

VIII. Modalitetet Specifike të Trajimit

8.1 Modalitetet specifike të trajtimit të terapisë somatike (Medikamentoze)

Psikiatri, duhet të njihet me medikamentet specifike psiko-tropike që janë gjetur të dobishme në kujdesin e pacientit me tendenca suicidale.

Në përgjithësi, terapitë somatike (medikamentoze), që përfshinë: si antidepressivët, antipsikotikët, anksiolitikët ose medikamentet stabilizues të disponimit do të synohen për tu përdorur për çrregullimet psikiatrike specifike të aksit I dhe/ose të aksit II.

8.1.1 Antidepressivët

Medikamentet kundër depresionit

Bazë kryesore e trajtimit të pacientëve suicidal që vuajnë nga çrregullimet depressive akute, të përsëritura dhe kronike është administrimi i medikamenteve antidepressive në një dozë të përshtatshme. Antidepressivët gjithashtu kanë treguar efikasitet në trajtimin e çrregullimeve të ankthit.

Ato përdoren me sukses në trajtimin e pacientëve suicidal me depresion komorbid dhe çrregullim të përdorimit të substancave. Megjithatë, ka dëshmi relativisht të kufizuara që trajtimi kundër depresionit zvogëlon rrezikun për suicid.

Në bazë të një numri të madhë të provave është treguar që trajtimi me antidepressiv nuk ka zvogëluar tentativat suicidale ose suicidin.

Studimet për antidepressivët nga FDA dhe provat klinike gjithashtu nuk tregojnë dallime në përqindjet e sucidit ose tentativave suicidale te personat e trajtuar me këto medikamente.

Megjithatë, reduktimet e rrezikut mund të mos vërehen aq lehtë gjatë periudhave të shkurta kohore ose në studimet në të cilat suicidi është përdorur si një kriter përjashtimi.

Për më tepër studimet afatgjate me të dhëna përkatëse janë të pakta, të rralla për të mbështetur ndonjë përfundim.

Litiumi

Ekzistojnë dëshmi të qëndrueshme në pacientët me çrregullime bipolare të përsëritur dhe

çrregullime depresive madhore që trajtimi mbajtës afatgjatë me kripërat e litiumit shoqërohet me ulje të rrezikut të suicidit dhe tentimeve suicidale.

Sa i përket suicidit, trajtimi mbajtës me litium u shoqërua me një ulje prej 80%, 90% të rrezikut, ndërsa reduktimi i përqindjeve të tentativave suicidale ishte më shumë se 90%.

Megjithëse normat e suicidit gjatë trajtimit me litium janë akoma më të mëdha se ato në popullatën e përgjithshme, terapia e mbajtjes me litium për pacientët me çrregullime bipolare shoqërohet me reduktime të konsiderueshme në krahasim me pacientët me çrregullime bipolare që nuk trajtohen me litium.

Ashtu si me medikamentet antidepressive, vdekshmëria e mundshme e litiumit në një mbidozë duhet të mirret parasysh kur vendosni për sasin e litiumit të shkruar në recetë.

Duhet pasur parasysh përfitimet afatgjata të litiumit në zvogëlimin e rreziqeve të sjelljeve suicidale, nuk duhet të përjashtohet potenciali i efekteve të mbidozës në trajtimin e pacientëve suicidal me litium kur indikohet klinikisht.

8.1.2 Antikonvulsant apo "stabilizues të disponimit"

Pavarësisht përdorimit dhe efikasitetit antimanik të antikonvulsante, efektiviteti i tyre afatgjatë në mbrojtjen kundër episodeve të disponimit të përsëritur është më pak i vërtetuar.

Për më tepër, nuk ka asnjë provë të vërtetuar për një rrezik të reduktuar të sjelljeve suicidale me ndonjë antikonvulsant tjetër "stabilizues të disponimit."

Edhe pse trajtimi mund të shoqërohet me disa ulje të sjelljeve suicidale, trajtimi me litium është ende i lidhur me një ulje më të madhe të shkallës së veprimeve suicidale se sa trajtimi me antikonvulsant dhe antipsikotik.

Rrjedhimisht, kur vendoset midis litiumit dhe medikamenteve të linjës së parë për trajtimin e pacientëve me çrregullime bipolar, efikasiteti i litiumit në uljen e sjelljes suicidale duhet të mirret parasysh kur peshohen përfitimet dhe rreziqet e trajtimit me secilin medikament.

8.1.3 Antipsikotikët

Analog me përdorimin e antidepressantëve për pacientët me depresion, medikamentet antipsikotike kanë qenë bazë e trajtimit somatik për pacientët suicidal me çrregullime psikotike.

Antipsikotik të gjeneratës së parë janë shumë efektivë në trajtimin e deluzioneve, halucinacioneve, agjitimit, agresivitetit, konfuzionit, gjithashtu mund të ketë veprim të dobishëm në disa çrregullime të mëdha afektive.

Megjithëse efektet e tyre të mundshme në kufizimin e rrezikut të suicideve në pacientët psikotik janë të panjohura, megjithëse normat vjetore të suicideve të lidhura me skizofrenin nuk kanë rënë ndjeshëm që nga hyrja e tyre në përdorim.

Veçanërisht në pacientët shumë të shqetësuar, efektet e dobishme të antipsikotikëve të gjeneratës së parë mund të shërbejnë për të zvogëluar rrezikun e suicideve.

Megjithatë, përdorimi i antipsikotikëve tipik mund të shoqërohet me efekte anësore neurologjike ekstrapiramidale dhe përkeqësimin e mundshëm të depresionit si rezultat i induksionit të akatizisë.

Duke pas parasysh faktin se trajtimi i çrregullimeve psikotike me antipsikotik të gjeneratës së dytë shoqërohet me rreziqe më të ulëta të disa efekteve anësore veçanërisht atyre ekstrapiramidale- neurologjike, përdorimi i antipsikotikëve të gjeneratës së parë tek individët me sjellje sucidale aktualisht rezervohet për ata që kanë nevojë për plan të zgjeruar të trajtimit të ofruar nga format e depo-preparateve. Në Shtetet e Bashkuara, medikamentet antipsikotike të gjeneratës së dytë si aripiprazoli, klozapina, olanzapina, quetiapina, risperidoni dhe ziprasidoni përdoren tani për të trajtuar shumicën e individëve me skizofreni ose çrregullimeve skizoafektive.

Përveç përdorimit të tyre si agjentë të linjës së parë në trajtimin e skizofrenisë, medikamentet antipsikotik të gjeneratës së dytë përdoren për të trajtuar sjelljen sucidale.

8.1.4 Psikoterapitë

Përveç farmokterapisë, psikoterapitë luajnë rol të rëndësishëm në menaxhimin e sjelljeve sucidale. Studimet e psikoterapive kanë treguar efikasitet në trajtimin e depresionit, çrregullimeve kufitare që janë të lidhura me rritjen e rrezikut të suicideve.

Ndërhyrje të tjera psikosociale mund të jenë gjithashtu të vleshme në trajtimin e pacientëve sucid, veçanërisht duke pasur parasysh dobinë e tyre në minimizimin e simptomave të rrezikut të pacientët me çrregullime bipolare dhe pacientët skizofrenik.

8.1.5 Psikoterapitë psikodinamike dhe psikoanalitike

Te pacientët me sjellje sucidale, eksperiencia me psikoterapitë psikodinamike dhe psikoanalitike është e gjërë dhe mbështet përdorimin e tyre në praktikën klinike.

Të dhënat e hulumtimit mbi efektet e këtyre terapive në pacientët sucid janë të kufizuara, por mbështetëse. Shembull, Bateman dhe Fonagy caktuan 44 pacientë me çrregullim të personalitetit kufitar sipas kriterëve të standardizuar; një grup i kujdesit sipas standardeve psikiatrike dhe një grup që pjesërisht ishin të hospitaluar, (në vëzhgim) për psikoterapi psikoanalitike individuale dhe grupe për një periudhë kohore 18 muaj.

Në fund të periudhës së trajtimit në përcellje 6, 12 dhe 18 muaj, tek pacientët e caktuar në grupin e pjesshëm të hospitalimit, të trajtuar në mënyrë psikoanalitike niveli i veprimeve vetëdëmtuese ishte dukshëm më i ulët, që ka të ngjarë të jenë përmbajtur tërësisht nga sjellja vetëdëmtuese në 6 muajt e mëparshëm.

8.1.6 Terapia Kognitive e sjelljes

Marrë parasysh të dhënat për efektin e terapisë kognitive të sjelljes në trajtimin e depresionit dhe simptomeve të lidhura me të, si pashpresa, është e pritshme të jetë e dobishme në trajtimin e sjelljeve suicidale. Por evidencat nga hulumtimet e rastësishme janë jashtëzakonisht të kufizuara

8.1.7 Terapi dialektike e sjelljes

Terapia dialektike e sjelljes - një trajtim psikosocial për çrregullimin kufitar të personalitetit që kombinon psikoterapinë individuale me praktikën grupore të aftësive të sjelljes. Në mënyrë të rastësishme janë studiuar lidhjet dhe efektet e saj në sjelljet vetëdëmtuese (Linehan et al. përmes një studimi caktuan 39 gra që kishin një histori të sjelljes vetëdëmtuese dhe që plotësonin kriteret për çrregullimin e personalitetit kufitar në periudhën kohore 1 vjeçare).

Gjatë një vitit të trajtimit, si dhe në 6 muajt e parë të përcelljes, pacientet e trajtuar me terapi të sjelljes dialektike patën më pak incidente të sjelljes vetëdëmtuese dhe ato që ndodhën ishin më pak të rënda nga ana mjekësore.

8.1.8 Ndërhyrje të tjera psikosociale

Ndërhyrjet tjera psikosociale përveç psikoterapive kanë treguar efikasitet të qartë në trajtimin e një sërë çrregullimesh psikiatrike.

Megjithatë, deri më sot, provat klinike të rastësishme dhe studimet të ndryshme psikosociale kanë dhënë rezultate kontradiktore tek individët në rrezik për sjellje suicidale. Shumica e ndërhyrjeve janë fokusuar në trajtimin e individëve në kohën e një tentative për suicid.

IX. Dokumentimi dhe Menaxhimi i Riskut

Menaxhimi i rrezikut është komponent e rëndësishme e praktikës psikiatrike, veçanërisht në vlerësimin dhe menaxhimin e pacientëve në rrezik për suid. Klinikisht te menaxhimi i rrezikut, në qendër është **pacienti** i cili mbështet aleancën terapeutike dhe procesin e trajtimit.

Kur trajtoni një pacient me sjellje suidale është e rëndësishme që të jeni të vetëdijshëm dhe t'i kushtoni vëmendje menaxhimit të përgjithshëm të rrezikut, dokumentacionit për vlerësimin e menaxhimit të pacientit në rrezik për suid.

Tabela Nr 9.

Menaxhimi i përgjithshëm i rrezikut dhe konsiderimi i dokumenteve për vlerësim dhe menaxhim të pacientëve në rrezik për suid
Bashkëpunimi i mirë, komunikimi dhe aleanca mes mjekut dhe pacientit Dokumentacioni i kujdesshëm dhe i vëmendshëm përfshinë: ▪ Vlerësimet e rrezikut ▪ Regjistrimet e proceseve të vendimarrjes ▪ Përshkrimet e ndryshimeve në trajtim ▪ Regjistrimi i komunikimeve me mjekë të tjerë ▪ Regjistrimi i thirrjeve telefonike nga pacientët ose anëtarët e familjes ▪ Regjistri i recetave ose kopjet e recetave aktuale ▪ Të dhënat mjekësore të trajtimit të mëparshëm, nëse janë të disponueshme, veçanërisht trajtimet që lidhet me tentativat e kaluara për suid. Pikat kritike: ▪ Në vlerësimin ose pranimin e parë psikiatrik ▪ Me shfaqjen e ndonjë sjellje apo ideja suidale ▪ Sa herë që ka ndonjë ndryshim klinik të rëndësishëm ▪ Për pacientët e hospitaluar /të shtruar /dhënia e lejës dhe para daljeve ▪ Monitorimi i çështjeve të transferences dhe kundër transferences në mënyrë që të optimizohet gjykimi klinik ▪ Konsultimi, opinioni i dytë ose të dyjat duhet të mirren paasysh kur është e nevojshme. ▪ Përfundimi i kujdesshëm (dokumentacioni i duhur) Armët e zjarrit ▪ Nëse janë të pranishme, dokumentoni udhëzimet që u janë dhënë pacientit dhe të tjerëve.

Tabela 10. Rishikimi dhe sinteza e evidencave në dispozicion Suicidi dhe Tentimet e suicitit

Faktorët	
Demografik	Mosha
	Gjinia
	Raca, etnia dhe kultura
	Statusi Martesor
	Orientimi seksual
	Profesioni
Sindromat kryesore psikiatrike	Çrregullime të disponimit
	Skizofrenia
	Çrregullimet e ankthit
	Çrregullime të ngrënies
	Çrregullime të përdorimit të alkoolit
	Çrregullime të tjera të përdorimit të substancave
	Çrregullime të personalitetit
Simptomat specifike psikiatrike	Ankthi
	Dëshpërimi/Pashpresa
	Halucinacione Komanduese
	Impulsiviteti dhe agresiviteti
Aspekte të tjera të historisë psikiatrike	
	Intoksikimi me alkool
	Tentativat për sucid në të kaluarën
	Historia e abuzimit fizik dhe/ose seksual në fëmijëri
	Historia e dhunës nga partneri në familje
	Historia e Trajtimit
	Rrjedha dhe Inteziteti i sëmundjes
	Sëmundje Fizike
	Historia Familjare
	Studimet Familjare,Binjake,Adaptuara
Aspektet tjera	Papunësia
	Besimi Fetar/Religjioni
	Mbështetje psikosociale
	Arsyet e jetesës, duke përfshirë fëmijët në shtëpi
	Pikat e forta dhe dobësitë psikologjike individuale
Shkalla e Suicideve	
	Prania, shtrirja dhe qëndrueshmëria e ideve suicidale
	Prania e një plani suicidal dhe disponueshmëria e një metode
	Vdekshmëria dhe qëllimi i sjelljes vetëshkatërruese
	Peshimi i faktorëve të rrezikut në parashikimin e suicideve

X. Standardet e Auditueshme

- Numri i vdekjeve nga suicidi në një vit, pjesëtuar/ndarë për numrin e banorëve shumëzuar me 100,000.
- Numri i vdekjeve për 100,000 banorë sipas moshës.

XI. Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të Udhërrëfyesve klinik, grupi punues është përcaktuar në adaptimin e të dhënave më të reja nga udhërrëfyesit e OBSH-së "mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0." 2016, Clinical practice guideline for the assessment and management of patients at risk for suicide, assessing and treating suicidal behaviors " si dhe sa i përket menaxhimit në kujdesin parësor shëndetësor është referuar në Udhërrëfyesin "Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. Global Estimation" Suicide Worldwide 2019

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta virtuale /online dhe takimeve fizike të grupit punues. Mbajtja e takimeve është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

Udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recensent në përbërje të:

1. Dr. Jusuf Ulaj, Psikiatër.
2. Dr. Valdete Alidema - Serreqi, Psikiatër.

Sa i përket vlerësimit të udhërrëfyesit nga recenzentët nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përmbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentët kanë ofruar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtutjeshëm.

Formatizimi/dizajni i udhërrëfyesit klinik është punuar nga MSc. Niman Bardhi, PhDc., Psikolog; Kryesues i Sekretarisë për procesin e zhvillimit të Udhërrëfyesve dhe Protokolleve Klinike, MSh.

Udhërrëfyesi klinik është publikuar në web faqe të MSh-së sipas procedurave të parapara në Udhëzimi Administrative për "Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike" Nr.12/2010 dhe ka qenë i hapur për komente nga të gjitha palët e përfshira dhe grupet e interesit.

Udhërrëfyesi i miratuar do të shpërndahet dhe prezantohet tek të gjithë profesionistët shëndetësorë të cilët bazuar në kompetencat e tyre profesionale të përcaktuara do t'a bëjnë zbatimin e tij në praktik. Gjatë hartimit të Udhërrëfyesit janë marrë përbazë bisedat e zhvilluara me pacientët nga Klinika e Psikiatrisë, të cilët gjithashtu kanë plotësuar pyetësorët me pyetje specifike nga ky udhërrëfyes.

XII. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit

Udhërrëfyesi do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyesi duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme përfshirë burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për, trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyes.

Terapia sigurohet përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSh] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante që mirren me trajtimin e klientëve.

Shumica e medikamenteve si: (Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole, Clozapine, Quetiapine, Lithium Carbonate) që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave ndërsa me fusnot* është vetëm Tiamina* e cila nuk është në LEB.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale infrastruktura, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe që shumica e medikamenteve që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Zbatimi i UK është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi për të gjithë profesionistët shëndetësorë të kësaj fushe.

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore relevante janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të tyre.

Çdo institucion shëndetësor duhet të kryej monitorimin e brendshëm duke zbatuar auditin klinik si mjet për monitorimin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe sigurisë së pacientit.

XIII. Referencat

- Acta Psychiatr Scand 1997; 96:254–259 [C].
- Ahrens B, Haug HJ: Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. Crisis 1996; 17:59–63 [D].
- Anderson RN: Deaths: Leading Causes for 1999. National Vital Statistics Reports, vol 49, no 11. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2001 [G].
- Bauer J, Roberts MR, Reisdorff EJ. Evaluation of behavioral and cognitive changes: the mental status examination. Emerg Med Clin North Am 1991;9:1ñ12 .
- Baxter D, Appleby L: Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry, Heikkinen ME, Isometsa ET, Henriksson MM, Marttunen MJ: Psychosocial factors and Completed suicide in personality disorders. Acta Psychiatr Scand 1997; 95:49–57 - [C].
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a casecontrolstudy. Am J Psychiatry 1996; 153:1009–1014 [D].
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide.
- Ideation. J Consult Clin Psychol 1979; 47:343–352 [G].
- Beck AT, Schuyler D, Herman I: Development of suicidal intent scales, in The Prevention of Suicide. Edited by Beck AT, Resnik, H, Lettieri DJ. Bowie, Md, Charles Press, 1974, pp 45–56 [G].
- Bongar B. The Suicidal Patient. Clinical and Legal Standards of Care. Washington, DC: American Psychological Association; 1991. Borges G, Walters EE, Kessler RC: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. Am J Epidemiol 2000; 151:781–789 [C].
- Brown GK: A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, 2002.
- Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry 1997; 154:1715–1719 [C].
- Cantor C. Clinical management of parasuicides: critical issues in the 1990s. Aust N Z J Psychiatry 1994;28:212ñ221
- Cohen D, Llorente M, Eisdorfer C: Homicide-suicide in older persons. AmJ Psychiatry1998; 155:390–396 [G].
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J. Forbes N, Caine ED: Age differences in behaviors leading to completed suicide. Am J Geriatr Psychiatry 1998; 6:122–126 [D]. Frierson RL: Suicide attempts by the old and the very old. Arch Intern Med 1991; 151:141–144 [E].

- Conwell Y, Lyness J, Duberstein P, et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:23-29.
- Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ: Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 39:61-72 [D].
- Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, Ulrich RF, Thase ME, Mann JJ: Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995; 152:358-364 [D].
- Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ: Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20:1451-1455 [G].
- Duberstein PR, Conwell Y: Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract* 1997; 4:359-376 [E].
- Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED: Age and suicidal ideation in older depressed inpatients.
- Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996.
- Institute of Medicine: Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC, National Academies Press, 2002. <http://books.nap.edu/books/0309083214/html/index.html> [G]
- Fowler RC, Rich CL, Young D: San Diego Suicide Study. II. Substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:962.
- Freed P, Rudolph S. Protecting partial-hospitalized patients from suicide. *Perspect Psychiatr Care* 1998;34:14-23
- Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist -JK:
- Harris EC, Barraclough B: Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173:11-53 [E].
- Hesselbrock M, Hesselbrock V, Syzmanski K, Weidenman M: Suicide attempts and alcoholism. *J Stud Alcohol* 1988; 49:436-442 [D].
- Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Eng J Med* 1997;337:910-915.
- Johnsson E, Fridell M: Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:362-366 [C].
- Kelly K, Knudson K. Are no-suicide contracts effective in preventing suicide in suicidal patients seen by primary care physicians? *Arch Fam Med* 2000;9:1119-1121
- Lesage, AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, Loyer M: Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994-151:1063-1068 [D].
- Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders, in *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*.

Edited by Hawton K, van Heeringen K. Chichester, England, John Wiley & Sons, 2000, pp 147–178 [G].

Links P, Balchand K, Dawe I, et al. Preventing recurrent suicidal behavior. *Can Fam Phys* 1999;45:2656–2660.

- Litovitz TL, Klein-Schwartz W, White S, et al. 2000 annual report of the American Association of Poison Control Centers toxic exposure surveillance system. *Am J Emerg Med* 2001;19:337–395
- Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909–916
- Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS: The epidemiology of murder-suicide. *JAMA* 1992; 267:3179–3183 [F].
- Meyers J, Stein S. The psychiatric interview in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2000;18:173–183 .
- Mulder J. Attempted suicide: implications for the general practitioner. In: Kerkhof A, Schmidtke A, Bille-Brahe U, et al, eds. *Attempted Suicide in Europe: Findings From the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*. Leiden, The Netherlands: DSWO Press, Leiden University; 1994:279–286.
- Moscicki EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20:499–517 [F].
- Mokhlesi B. Adult toxicology in critical care, pt 1: general approach to the intoxicated patient. *Chest* 2003;123:577–592.
- Moore JD, Bona J. Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: implications for internal medicine. *Med Clin North Am* 2001;85:631–644
- Malone K. Pharmacotherapy of affectively ill suicidal patients. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:13–24.
- Newman M. Candidate faces issue of suicide. *New York Times*. October 10, 1992;1, 25 Goldsmith S, Pellmar T, Kleinman A, et al, eds. *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, D.C.: Joseph Henry Press; 2002 1.
- Phillips MR, Li X, Zhang Y: Suicide rates in China, 1995–99. *Lancet* 2002; 359:835–840 [G].
- Peruzzi N, Bongar B. Assessing risk for completed suicide in patients with major depression: psychologists' views of critical factors. *Professional Psychol: Res Pract* 1999;30:576–58.
- Persson ML, Runeson BS, Wasserman D: Diagnoses, psychosocial stressors and adaptive Functioning in attempted suicide. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11:119–128 [D].
- Pirkola SP, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: The treatment received by substance-dependent male and female suicide victims. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:207–213 [C].

- Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male – results from a nationwide psychological autopsy study. *Compr Psychiatry* 1999; 40:101–107 [C].
Rossow I, Lauritzen G: Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction* 1999; 94:209–219 [G].
- Pirkis J, Burgess P, Jolley D: Suicide attempts by psychiatric patients in acute inpatient, longstay inpatient and community care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:634–644 [G].
- Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Buckman K, Bierut L, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, - Reich T: Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26:471–477 [D]. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock.
- Recent life events and suicide in personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:373–381 [D].
- Rosen P. *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 4th ed. New York: Mosby-Year Book, Inc; 1998
- Roy A, Lamparski D, DeJong J, Moore V, Linnoila M: Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147:761–765 [D].
- Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10:185–206 [C].
- Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK: Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:118–125 [C].
- Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R: Risk factors for suicidal behavior in Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1316–1323 [G].
- Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ: Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000; 157:601–608 [D].
- Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J: Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:234–240 [C].
- Simon RI. *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992. American Psychiatric Association. Position Statement on Confidentiality. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1978. 104th United States Congress. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA). Public Law 104-191, 110 Stat. 1936.
- Spirito A, Brown L, Overholser J, et al. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989; 9:335–363.
- Soukas J, Lonnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 454:79

- Slomski J. Could you be blamed for a patient's suicide? *Med Econ* 1999;76:174–178
- Styron W. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York, NY: Random House; 1990.
- Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1061–1064 [D] Murphy GE: Why women.
- Teicher M, Glod C, Cole J. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1990;
- V, Kramer JR: Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:56–63 [C].
- Van Gastel A, Schotte C, Maes M: The prediction of suicidal intent in depressed patients.
- UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GR, Dasher AC, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Nurnberger, JI Jr: A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *J Stud Alcohol* 2002; 63:498–502 [G].
- Williams ER, Shepherd SM. Medical clearance of psychiatric patients. *Emerg Clin North Am* 2000;18:185–198.
- Wintemute GJ, Parham C, Beaumont J, et al. Mortality among recent purchasers of handguns. *N Engl J Med* 1999;341:1583–1589.
- OSHmhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 pg.130.
- WHO <https://www.euro.who.int/>
- Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention: Fatal injury data for 2000. <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm> [G].
- Policia e Kosovës, korrik 2021 statistikat sipas viteve).

XIV. Shkurtesat

ADHD	Çrregullimit të hiperaktivitetit të deficitit të vëmendjes
ALS	Sklerozë laterale amiotrofike
APA	Asociacioni i Psikiatrive Amerikan
CBT	Kognitiv bihejvioral terapi
CDC	Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve
EKG	Elektrokardiografia
FDA	Administrata Amerikane për Ushqim dhe Barna
KP	Klinika Psikiatrike
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
M&V	Monitorim dhe Vlerësim
MNS	Çrregullime Mendore Neurologjike të Përdorimit të Substancave
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
QSHM	Qendrat e Shëndetit Mendor
SSRI	Frenues selektiv i rimarrjes së serotoninës
SHIB	Shtëpitë për Integrim në Bashkësi
SHIRSKP	Shtëpia Integruese për Rehabilitim të Sëmuarve Psikiatrik
TA	Trajtim Ambulantor
TDS	Terapia dialektike e sjelljes
TKS/CBT	Terapia konjitive e sjelljes
TS	Trajtim Spitalor
UKIP	Urgjenca e kujdesit intenziv psikiatri

XV. Shtojca – Pyetjet



1. Pyetjet që mund të jenë të dobishme për të pyetur rreth aspekteve specifike të mendimeve, planeve dhe sjelljeve suicidale ?

I. Filloni me pyetje që adresojnë ndjenjat e pacientit për jetën?

- A keni pas ndonjëhere ndjenjën se nuk ja vlen të jetohej ?
- A keni dashur ndonjëherë që të flini dhe thjesht të mos zgjoheni nga gjumi ?

II. Vazhdoni me pyetje specifike që pyesin për mendimet e vdekjes, vetëlëndimit ose suicid?

- A është vdekja diçka për të cilën keni menduar kohët e fundit?
- A kanë arritur ndonjëherë gjërat deri në atë pikën që ju keni menduar të dëmtoni veten?

III. Për individët që kanë mendime të vetëdëmtimit ose suicidale?

- Kur i keni vrejtë për herë të parë këto mendime ?
- Çfarë ju çoj në këto mendime (p.sh., nxitës ndërpersonal dhe psikosocial, duke përfshirë humbje reale ose të imagjinuara; simptoma specifike si ndryshimi i disponimit, anhedonia, dëshpërimi, ankthi, agjitacioni, psikoza).
- Sa shpesh shfaqen këto mendime (duke përfshirë shpeshtësinë, kualitetin obsesional dhe mundësin e kontrollës së mendimeve)?
- Si mendoni sa ka të ngjarë që të veproni sipas tyre në të ardhmen?
- Sa afër keni qenë për të vepruar nën ndikimin e këtyre mendimeve?
- Sipas mendimit tuaj sa ka gjasa që ju të veproni sipas këtyre mendimeve në të ardhmën
- A keni filluar ndonjëherë të dëmtoni (ose të vrisni) veten, por keni ndaluar para se të bëni (p.sh., duke mbajtur thikën ose armën në trup por të ndalosh para se të veprosh, të shkosh në skaj të urës por të mos kërcesh)?
- Çfarë parashikoni se do të ndodh nëse ju do të vrisnit vetëvetën (p.sh., ikje, bashkim me një person të rëndësishëm, rilindje, reagim nga të tjerët)?
- A keni bërë një plan specifik për të dëmtuar ose vrarë veten? (Nëse po, çfarë përfshinë ky plani?
- A keni armë zjarri ose armë tjera në dispozicion?
- A keni bërë ndonjë përgatitje të veçantë (p.sh., blerje të artikujve specifikë, shkrim të testamentit apo ndonjë shënimi, marrjen e masave për çështjet financiare, ndërmarrjen e hapave për të shmangur zbulimin, bërjen e provave të planit)?
- A keni folur me dikënd për planet tuaja?
- Si ju duket e ardhmja?
- Cilat gjëra do t'ju bëjnë të ndiheni më shumë (ose më pak) me shpresë për të ardhmen (p.sh., trajtimi, pajtimi në marrëdhëniet e prishura apo të ndryshuara, zgjidhja e problemeve të ndërlidhura me stresin)?
- Cilat gjëra do ta kishin më shumë (ose më pak) gjasa që të ju bënin ju të përpiqeni të vrisni veten?
- Cilat gjëra në jetën tuaj do t'ju bënin ju të keni dëshirën për të shpëtuar nga jeta ose për të vdekur?
- Cilat gjëra në jetën tuaj ju bëjnë të dëshironi të vazhdoni të jetoni?
- Nëse do të fillonit të keni përsëri mendime për të dëmtuar ose vrarë vetëvetën çfarë do të bënit?

2. Për individët që kanë tentuar suicidin ose janë përfshirë në veprime vetëdëmtuese, pyetjet paralele me ato në seksionin e mëparshëm mund të adresojnë pyetjet e mëparshme përpjekjet. Pyetje shtesë mund të bëhen në terma të përgjithshëm ose mund t'i referohen metodës specifike të përdorur dhe mund të përfshijnë.

- A mund të përshkruani çfarë ka ndodhë (p.sh., rrethanat, shkaktarët, pikëpamjet për të ardhmen, përdorimin e alkoolit ose substancave të tjera, metodën, qëllimin, serioziteti i lëndimit / dëmtimit)?
- Çfarë ishin mendimet që ju bënë që ju të keni këtë tentim?
- Çfarë mendonit se do të ndodhte (p.sh., të flini kundrejt lëndimit kundrejt vdekjes, të merrnit një reagim nga një person i caktuar)?
- A ishin persona të tjerë të pranishëm në atë kohë (kohën e tentimit)?
- A kërkuat ndihmë vetë, apo dikush tjetër kërkoi ndihmë për ju?
- Kishit planifikuar të zbuloheshit, apo ju gjetën aksidentalisht?
- Si u ndjetë më pas (p.sh., lehtësim, të penduar / keqardhje që ishit gjallë)?
- A keni marrë trajtim më pas (p.sh., mjekësore kundrejt atij psikiatrikë, trajtim në urgjencë kundrejt spitalit, trajtim spitalor kundrejt atij ambulator)?
- A ka ndryshuar këndvështrimi juaj për gjërat, apo ka diçka ndryshe për ju që nga përpjekja?
- A ka pasur raste të tjera në të kaluarën kur keni provuar ta dëmtoni (mbysni) vetën?

3. Për individët me mendime apo tentime suidale të përsëritura

- Sa shpesh keni tentuar të dëmtoni (ose vrisni) veten?
- Kur ishte tentative e fundit?
- A mund të përshkruani mendimet tuaja kur po mendonit më seriozisht për suicidin?
- Kur ishte tentative juaj më serioze (e rëndë) për të dëmtuar apo vrarë veten?
- Çfarë çoi në të dhe çfarë ndodhi më pas?

4. Për individët me psikozë, pyesni në mënyrë specifike për halucinacione dhe deluzione

- A mund t'i përshkruani zërat (p.sh., i vetëm kundrejt shumëfishit, mashkulli kundrejt femrës, i brendshëm kundrejt të jashtëm, i dallueshëm kundrejt i panjohur)?
- Çfarë ju thonë zërat (p.sh., vërejtje pozitive kundrejt vërejtjeve negative kundrejt kërcënimeve)? (Nëse zërat janë komandues, të përcaktojnë nëse ato janë për veprime të padëmshme kundrejt atyre të dëmshme; pyesni për shembuj)?
- Si i përballoni (apo u përgjigjeni) zërave?
- A e keni bërë ndonjëherë atë që ju kërkojnë zërat?
- Çfarë ju shtyu t'i bindeni zërave?
- Nëse u përpoqët t'u rezistonit atyre, çfarë e bëri të vështirë?
- A ka pasur raste kur zërat ju kanë thënë të lëndoni ose të vrisni veten? (Sa shpesh? Çfarë ka ndodhë?)
- A jeni i shqetësuar se keni një sëmundje serioze ose se trupi juaj po kalbet?
- A jeni i shqetësuar për situatën tuaj financiare edhe kur të tjerët ju thonë se nuk ka asgjë për t'u shqetësuar?
- A ka gjëra për të cilat jeni ndjerë fajtorë ose për të cilat keni fajësuar vetëvetën?

Konsideroni vlerësimin e potencialit të pacientit për të dëmtuar të tjerët përveç vetes së tij

- A ka të tjerë për të cilët mendoni se mund të jenë përgjegjës për atë që ju po përjetoni (p.sh., ide persekutuese, përvoja pasiviteti)? Keni ndonjë mendim për t'i dëmtuar ata?
- A ka njerëz të tjerë që do të dëshironit të vdisnin me ju?
- A ka njerëz të tjerë që mendoni se nuk do të mund të vazhdonin pa ju.