

Thomas Jans
Yesim Taneli
Andreas Warnke

Во многих странах суицид является одной из главных причин смерти среди детей и подростков. Одна из главных задач психиатрических служб – выявление молодых людей из группы риска и предложение эффективных методов лечения. Данная глава содержит обзор суицидальности детей и подростков. Несуицидальные самоповреждения также будут рассмотрены, но основное внимание будет уделено суицидальным попыткам и завершённым суицидам. Обзор включает данные эпидемиологии, сведения о факторах риска и особенностях этиологии, клинических проявлениях, диагностике, лечении и профилактике. Поскольку акцент мы сделали на клинических проблемах, в этот обзор не вошли сведения о нейробиологии суицидальности.

Понятие «несуицидальные самоповреждения» не включают в себя членовредительство или другие действия, когда человек вызывает у себя симптомы болезни с явным намерением получить медицинскую помощь или консультацию врача (синдром Мюнхгаузена) или симуляцию (с целью получения выгоды).

Таблица E.4.1 Кодирование несуицидальных самоповреждений, суицидальных попыток и суицидов, как «внешних причин заболеваемости и смертности» в соответствии с МКБ-10 (X60–X84)*

X6..	Преднамеренные самоповреждения и воздействия:
X60.	Неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами.
X61.	Противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированными в других рубриках.
X62.	Наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированными в других рубриках.
X63.	Другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему.
X64	Другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами

*Всемирная организация здравоохранения

Продолжение табл. Е.4.1

X.65	Алкоголем
X.66	Органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами
X.67	Другими газами и парообразными веществами
X.68	Пестицидами
X.69	Другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами
X7../ X8..	Преднамеренные самоповреждения путем:
X.70	Повешения, удавления и удушения
X.71	Погружения в воду и утопления
X.72	Выстрела из малого огнестрельного оружия
X.73	Выстрела из винтовки, дробового ружья и крупнокалиберного огнестрельного оружия
X.74	Выстрела из другого и неуточненного огнестрельного оружия
X.75	Использования взрывчатых веществ
X.76	Дымом, огнем и пламенем
X.77	Паром, горячими испарениями и горячими предметами
X.78	Острым предметом
X.79	Тупым предметом
X.80	Прыжка с высоты
X.81	Прыжка под движущийся объект или лежания перед ним
X.82	Аварии моторного транспортного средства
X.83	Других уточненных действий
X.84	Неуточненных действий

Из-за косвенной природы последствий самоповреждений, незащищенные сексуальные контакты, поведение с высокой степенью риска (например, экстремальные формы скоростных спусков, нелегальные автогонки) или интоксикация психоактивными веществами не были включены, несмотря на то, что могла присутствовать тенденция к преднамеренному саморазрушению. Для описательных целей, суицидальные попытки, не завершившиеся летальным исходом и несуйцидальные самоповреждения классифицированы с использованием одинаковых кодов.

Упрощенный список кодов, представленный в Таблице Е.4.1, не дает представления о том, как часто эти разные способы самоповреждений наблюда-

ются у детей и подростков. Наиболее часто используемые способы представлены во вкладке. Они охватывают, как несмертельные способы, такие как пережатия частей тела, царапины или удары, так и с высоким риском летального исхода, которые в большинстве случаев ассоциируются с явными суицидальными намерениями (например, использование огнестрельного оружия, прыжки с высоты). Тем не менее, с клинической точки зрения, крайне важно разделять суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения (см. Таблицу Е.4.2)

Намерение

Главным отличительным признаком суицидальной попытки от добровольных самоповреждений является *намерение* лишить себя жизни. Например, 14-летняя девочка принимает небольшую дозу парацетамола пытаясь покончить собой, хотя у нее ничего не получается (*суицидальная попытка*). Другая 14-летняя девочка принимает большую дозу парацетамола, потому что разозлилась и расстроилась. Она не хотела убить себя (*несуйцидальное самоповреждение*). Более того, некоторые несуйцидальные самоповреждающие действия могут приводить к смерти из-за невежества, или неверного расчёта (14-летняя девочка из последнего примера не знала о токсическом эффекте парацетамола и в результате умерла). Необходимо также помнить о том, что эти две формы самоповреждений могут взаимно перекрываться: индивиды, совершающие суицидальные попытки могут также демонстрировать несуйцидальное самоповреждающее поведение и наоборот.

К сожалению, в клинических условиях часто очень сложно оценить намерение. Это серьезный барьер в изучении этой проблемы. Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальных намерений – англ.: Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA) – стандартизированная система оценки степени тяжести суицидальных намерений, доказала свою надежность и удобство в использовании, и FDA (США) утвердило (Posner et al, 2007) ее для использования в клинических испытаниях психотропных лекарственных препаратов. Несмотря на то, что это исследовательский инструмент, он может быть использован в клинической практике, по меньшей мере, благодаря стандартизации терминологии. Определения, используемые с C-CASA и отдельные учебные примеры представлены в Таблице Е.4.3.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- *Суицидальность* – понятия и действия индивидов, направленные на лишения себя жизни, включая мысли, поступки или намерения.
- *Суицид* – (от латинского *sui caedere* – убивать себя) преднамеренное лишение себя жизни.
- *Суицидальная попытка* – не завершившиеся смертельным исходом действия или приготовления, направленные на лишения себя жизни. Суицидальные действия могут быть незавершенными, прерванными или неудачными.
- *Парасуйцид* – потенциально угрожающие жизни самоповреждения, совершающиеся без намерения лишить себя жизни. Поскольку такое поведение не является суицидальным по сути, некоторые авторы предпочитают использовать термины «преднамеренное самоповреждение», «преднамеренное причинение себе вреда» или «несуйцидальные самоповреждения» (НССП) (в данной главе мы используем термин – несуйцидальные самоповреждения).

ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СПОСОБЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Не приводящие к смерти суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения ((Greydanus et al, 2009):

- Передозировка наркотиков
- Отравление
- Нанесение себе порезов
- Другие формы членовредительства
 - нанесение себе ударов
 - пережатие частей тела
 - царапины
 - укусы
 - удары
 - ожоги
- Попытки застрелиться
- Повешенье
- Прыжки с высоты
- Прыжки в воду

Таблица Е.4.2 Отличия между суицидальной попыткой и несуицидальными самоповреждениями

Суицидальная попытка	Несуицидальное самоповреждение («парасуицид»)
<ul style="list-style-type: none"> • Выражает намерение лишить себя жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет суицидального намерения
<ul style="list-style-type: none"> • Может быть импульсивным, но в большинстве случаев присутствует хроническое чувство безнадежности и одиночества 	<ul style="list-style-type: none"> • Эмоциональное состояние – острая злость, отчаяние или невыносимый дистресс
<ul style="list-style-type: none"> • Характерны более тяжелые и угрожающие жизни формы саморазрушающего поведения (отравление, повешение, прыжки, использование огнестрельного оружия) 	<ul style="list-style-type: none"> • Характерны менее тяжелые и чаще всего несмертельные формы саморазрушающего поведения (например, кожные повреждения путем нанесения себе ударов, порезов, ожогов или отморожений)
	<ul style="list-style-type: none"> • Как правило, индивид понимает, что поведение может повлечь за собой серьезные, но не смертельные, повреждения
<ul style="list-style-type: none"> • Существует высокий риск повторения суицидальных попыток, но с меньшей частотой, чем несуицидальные самоповреждения 	<ul style="list-style-type: none"> • Часто наблюдаются рецидивы самоповреждений

Таблица Е.4.3 Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальных намерений (С-CASA): определения и учебные примеры*

Классификация/ категория	Определение	Пример
Суицидальные формы поведения		
Завершенный суицид	Самоповреждение, которое привело к смерти, и было связано с намерением умереть в результате таких действий.	После длительной ссоры с девушкой, завершившейся разрывом отношений, пациент взял веревку, на велосипеде уехал в уединенное место и повесился. Позже была найдена прощальная записка.
Суицидальная попытка	Потенциально самоповреждающее поведение, связанное, по крайней мере, с некоторыми намерениями умереть в результате таких действий. Доказательства того, что индивид намеревался покончить с собой, могут быть, до некоторой степени, точными или предполагаемыми, исходя из особенностей поведения и обстоятельств. Суицидальная попытка может (но не во всех случаях), причинить вред.	После драки с одноклассниками, которые перестали с ней разговаривать, пациентка на школьном дворе выпила примерно 16 таблеток аспирина и восемь разных других таблеток. Она заявила, что заслужила смерть, и поэтому выпила эти таблетки.

*Posner et al (2007): приведен только один из нескольких примеров С-CASA

Классификация/ категория	Определение	Пример
Подготовительные действия к преднамеренному суицидальному поведению	Индивид предпринимает определенные шаги, направленные на то, чтобы причинить себе вред, но самостоятельно, или под влиянием других людей останавливается и не совершает действий, которые могли бы действительно нанести вред.	Пациент вечером убежал из дома, потому что отец ходил в школу и принес табель с «плохими» оценками. Пациент боялся реакции отца. Сразу после его возвращения домой состоялась 5–6-часовая ссора с родителями, во время которой он взял овощной нож (широкий, острый) и убежал в свою комнату. Он рассказал, что прикладывал нож к запястью, но не решился нанести себе порезы.
Суицидальные мысли	Пассивные мысли о желании умереть или активные мысли о самоубийстве, не сопровождающиеся подготовительными действиями.	Активные мысли: пациент сообщил доктору, что думал о том, чтобы повеситься в туалете. Он был помещен в больницу.
Несуицидальные события		
Самоповреждения, суицидальные намерения отсутствуют	Самоповреждения, не связанные с намерением лишить себя жизни. Поведение имеет явно другие цели, или направлено на снятие напряжения (часто используется термин «членовредительство», напр., нанесение себе поверхностных надрезов или царапин, ударов, ожогов), изменение отношения со стороны других людей и окружения.	Пациентка чувствовала себя игнорируемой. Она вошла на кухню, где в это время разговаривали ее мать и сестра. Пациентка достала из шкафа нож и нанесла себе на руке порезы. Она отрицала, что вообще намеревалась покончить с собой («ни капельки»), а просто хотела, чтобы они обратили на нее внимание.
Другие, непреднамеренные самоповреждения	Отсутствуют какие-либо данные о суицидальности или преднамеренности самоповреждений, связанных с данным событием. Событие характеризуется только как случайное повреждение, психиатрические или поведенческие симптомы, либо как соматические симптомы или процедуры.	У пациента порез на шее, след повреждения, полученного во время бритья.
Неопределенные или потенциально суицидальные события		
Самоповреждения, суицидальные намерения не известны	Самоповреждения, когда ничего не известно о том, связаны ли они с намерением умереть, и такое намерение нельзя предположить. Повреждения или потенциальная возможность повреждения очевидны, но не ясно, почему индивид совершил такие действия.	Пациентка нанесла себе порезы на запястье после ссоры с другом (больше ничего не известно).

Продолжение табл. Е.4.3

Классификация/ категория	Определение	Пример
Неполная информация	Недостаточно информации для того, чтобы установить было ли поведение суицидальным, и имели ли место суицидальные мысли. Есть причины подозревать возможность суицидальности, но недостаточные, чтобы быть уверенным, что событие не вызвано чем-то другим, например, случайным стечением обстоятельств или психиатрическими симптомами. К этой категории относятся повреждения, расположенные в типичных местах на теле, характерных для преднамеренного самоповреждения или суицидальных действий (напр., запястье), однако отсутствует информация о том, как это повреждение было получено.	Ребенок, который «нанес себе карандашом колотые раны в области шеи». Событие можно было бы квалифицировать как преднамеренное, а не случайное, учитывая колотый характер повреждений, однако информации не достаточно для того, чтобы установить, являлось ли события преднамеренным.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В соответствии со статистическими данными Всемирной организации здравоохранения, в мировом масштабе ежегодно по причине суицида умирает около одного миллиона людей (средний показатель смертности: 16 на 100 000, то есть – одна смерть каждые 40 секунд). В некоторых странах суицид находится на втором месте среди причин смерти в возрастной группе от 10 до 24 лет. Так, например, в Германии только несчастные случаи (главным образом дорожно-транспортные происшествия) – более частая причина смерти у подростков в возрасте от 15 до 19 лет (Elsässer, 2010). Удельный вес суицидов, как причины смерти, варьирует между разными странами и регионами, в соответствии с воздействием разнообразных факторов (см. Таблицу Е.4.4). Тем не менее, суицид остается важной причиной смерти среди подростков и молодых людей во всем мире.

В качестве примера национальных особенностей показателей суицидальности могут быть данные, представленные на Рисунке Е.4.1. Для 27 европейских стран средний показатель суицидов среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет в 2009 году составил 4,9 на 100 тыс. (мальчики – 7,4; девочки – 2,3). Этот показатель широко варьировал от 1,0 (Греция) до 20,1 (Литва).

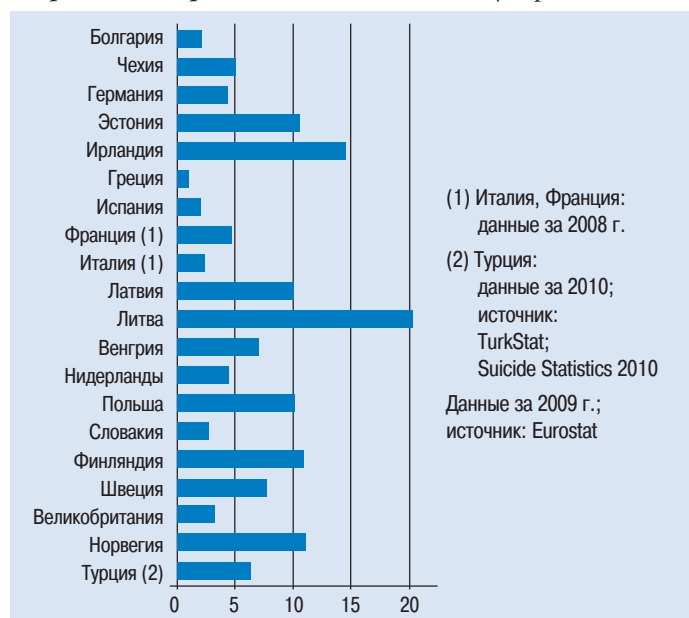
Из-за ненадежности распределения – например, в связи неточностью определений, религиозными и культуральными подходами к суициду, опубликованные данные, по всей видимости, не отражают реальную проблему. Более того, эти цифры не охватывают сведения о суицидальных попытках, которые совершаются в 10 или 20 раз чаще, чем завершенные суициды. По данным оценок, серьезные суицидальные попытки совершают около 3% подростков в западных странах. Принимая во внимание

Таблица Е.4.4 Главные причины смерти у подростков и юношей в порядке снижения частоты*

<p>Африка:</p> <ol style="list-style-type: none"> СПИД Другие инфекции Убийство/война Непреднамеренные травмы Суицид 	<p>Южная Азия:</p> <ol style="list-style-type: none"> Непреднамеренные травмы Другие инфекции СПИД Суицид Убийство/война 	<p>Южная Америка/Карибский бассейн:</p> <ol style="list-style-type: none"> Убийство/война Непреднамеренные травмы Суицид Другие инфекции СПИД
<p>Западная часть Тихого Океана:¹</p> <ol style="list-style-type: none"> Непреднамеренные травмы Суицид Другие инфекции Убийство / война СПИД 	<p>Европа:</p> <ol style="list-style-type: none"> Непреднамеренные травмы Суицид Убийство/война Другие инфекции СПИД 	<p>Восточное Средиземноморье:²</p> <ol style="list-style-type: none"> Непреднамеренные травмы Другие инфекции Убийство/война СПИД Суицид
<p>Северная Африка:</p> <ol style="list-style-type: none"> Непреднамеренные травмы Суицид Убийство/война Рак Другие инфекции СПИД 	<p>¹Австралия, Новая Зеландия, Китай, Япония, Корея, Малайзия, Микронезия, Филиппины, Сингапур, Вьетнам и другие страны этого региона.</p> <p>²Афганистан, Египет, Ирак, Иордания, Саудовская Аравия, Израиль, и другие ближневосточные страны</p>	

*Составлена по данным Greydanus et al (2009).

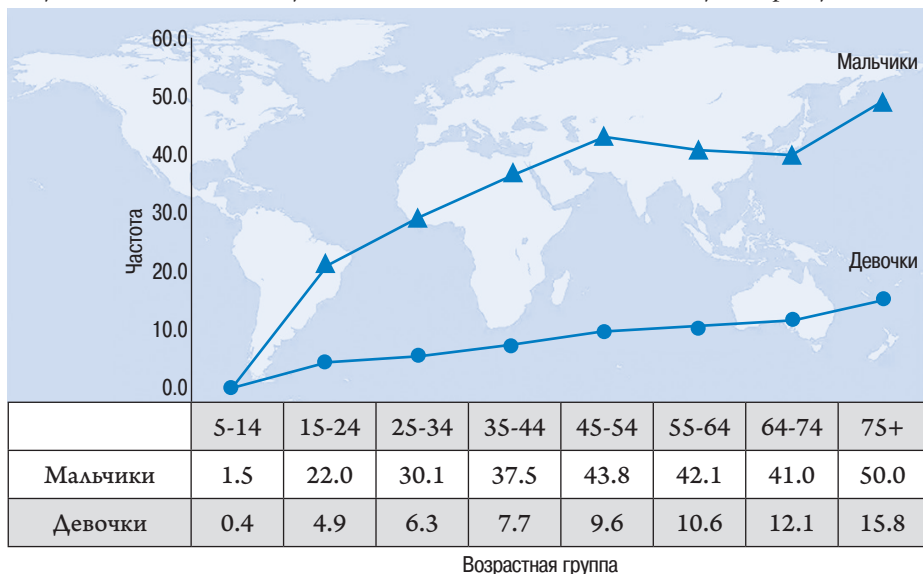
Рисунок Е.4.1 Смерть по причине суицида в Европе (отобранные страны): подростки в возрасте от 15 до 19 лет (число умерших на 100 тыс. населения)



**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

По данной ссылке можно ознакомиться со статистическими данными ВОЗ по суицидам http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ru/

Рисунок Е.4.2 Статистика суицидов (на 100 тыс. населения) по полу и возрасту



эти вариации, общие утверждения относительно эпидемиологии суицидов могут быть необоснованными для отдельных популяций, регионов и периодов времени.

Можно провести анализ данных с учетом:

- Возраста
- Пола
- Специфики стран и регионов
- Этнической принадлежности
- Долговременных тенденций.

Возраст

В мировом масштабе, в течение последних десятилетий наиболее высокая частота суицидов отмечалась среди пожилых людей (см. Рисунок Е.4.2). Однако, по данным веб-сайта Программы всемирной организации здравоохранения по профилактике суицидов (World Health Organization's Suicide Prevention Program (SUPRE)) частота самоубийств среди подростков и юношей настолько возросла, что эта категория молодых людей стала группой повышенного риска. Это касается трети всех стран и справедливо в отношении как более, так и менее индустриализированных наций. Таким образом, явно высокие показатели частоты суицидов среди пожилых людей, по-видимому, не характерны для всего мира. Высокую частоту суицидов среди подростков и юношей можно наблюдать, например, в Новой Зеландии и Японии. Завершенные суициды у детей препубертатного возраста – очень редкое явление. Дети начинают понимать концепцию самоубийства и обретают способность его совершить с восьмилетнего возраста, что приводит к повышению частоты завершенных суицидов среди детей пубертатного и младшего подросткового возраста. Относительно низкая частота самоубийств у детей может объясняться отсутствием или незначительным влиянием факторов риска (например,

психических заболеваний, расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем и наркотиками) или защитой, созданной тесными взаимоотношениями с семьей.

Пол

В целом частота завершенных суицидов выше среди мужчин, по сравнению с женщинами. Это верно в отношении всех возрастных групп, при этом соотношение мужчин и женщин у подростков и юношей составляет 4:1. Однако гендерные соотношения варьируют в разных странах. Существуют регионы, в которых гендерное распределение завершенных суицидов одинаково (например, Китай). В Турции сообщается о соотношении мужского пола к женскому 6:1 для возраста 14 лет, и 1,1:1 в возрастной группе от 15 до 19 лет (TurkStat; Suicide Statistics 2010, www.tuik.gov.tr, 2011; Turkey's Statistical Yearbook 2009, www.tuik.gov.tr, 2010). Число суицидов выше среди девочек на западном побережье Индии (Kanchan et al, 2009). Причиной относительно более высокой частоты самоубийств среди молодых женщин в некоторых странах Азии, отчасти, может быть более легкий доступ к пестицидам (особенно смертельно опасных), частое их использование, а также ограниченный доступ к неотложной медицинской помощи. В отличие от них, в Западной Европе женщины с целью покончить с собой чаще всего прибегают не к таким смертельно опасным анальгетикам.

В мировом масштабе более высокая частота завершенных суицидов среди мужчин связана с использованием ими более опасных средств (например, огнестрельное оружие, повешение) и паттернами факторов риска, характерными для мужчин (например, импульсивная агрессия, злоупотребление алкоголем). Однако, что касается гендерного соотношения, то для суицидальных попыток характерна обратная тенденция – они встречаются чаще среди женщин, чем среди мужчин (иногда это называют «гендерным парадоксом»).

Специфика стран и регионов

Региональные различия в частоте суицидов отражают влияние разнообразных влияний среды и социальных факторов риска. Опубликованные данные о частоте самоубийств значительно отличаются в разных странах; даже в пределах достаточно однородных государств существуют региональные отличия (например, относительно высокие показатели в Саксонии, в Германии). О наиболее высоких показателях сообщается в странах Восточной Европы, среди которых традиционно высокая частота суицидов сохраняется с конца XIX ст. (например, Эстония). Сообщается об относительно низкой частоте в странах Персидского залива.

Кроме отличий в регистрации суицидов, вариации указывают на специфические для отдельных стран паттерны факторов риска и защитных факторов (например, неблагоприятные социально-экономические условия, быстрые культурные изменения), географию и климат (например, влияние света и депрессия), доступ к смертельно опасным средствам (например, яды и огнестрельное оружие), употребление алкоголя и наркотиков, этнические особенности и религиозные убеждения.

Низкая частота суицидов в странах Персидского залива может отражать религиозные нормы и редкое употребление алкоголя. Описана общая тенденция, где

агностики демонстрируют наиболее высокую частоту самоубийств, мусульмане самую низкую, а христиане, буддисты и индусы находятся между ними (Bertolote & Fleischman, 2009).

Частота суицидов выше в группах расовых меньшинств, особенно в тех, которые переживают быстрые социальные изменения, слияния разных культур или лишились гражданских прав в результате колонизации (например, американские индейцы, австралийские аборигены, инуиты). Для более подробного обзора читатели могут обратиться к публикациям Colucci and Martin (2007).

Долговременные тенденции

За последние десятилетия зафиксировано увеличение частоты и абсолютного количества суицидов (Bertolote & Fleischman, 2009). Однако этот эффект нельзя считать устойчивым. Например, в странах ОЭСР (Организации экономического сотрудничества и развития, в которую вошли 32 экономически развитых государства), в целом, отмечено незначительное снижение показателя частоты суицидов. Некоторые страны с традиционно высокой частотой самоубийств (напр., Венгрия) продемонстрировали резкое уменьшение, тогда как другие, с низким показателем (например, Корея, Япония), продемонстрировали резкое увеличение. Причины таких изменений не до конца понятны, но могут быть связаны с быстрыми социальными и экономическими изменениями (например, что касается безработицы). Однако тяжелое бремя для населения может иметь обратный эффект. Так, например, в Германии частота суицидов значительно снизилась в годы после Первой и Второй мировых войн. В описанные периоды, возникающая перед обществом необходимость в концентрации на насущных каждодневных потребностях частично предохраняет от самоубийств.



Тенденции во времени, по-видимому, неустойчивы. Так, например, в последние два десятилетия наблюдалось снижение показателя частоты суицидов среди молодых людей. Такое снижение может объясняться более доступным и эффективным лечением психических расстройств (напр., фармакологического лечения депрессии). Однако, вслед за десятилетним периодом уменьшения, в США в 2004 и 2005 годах

отмечено относительное увеличение частоты самоубийств среди подростков (Bridge et al, 2008). К предположительным факторам, ответственным за такое увеличение, относятся: влияние социальных сетей, повышение частоты суицидов среди молодых военнослужащих армии США, а также возросшее количество нелеченных депрессий после того, как FDA обнародовало информацию о том, что применение антидепрессантов может повышать суицидальность.

Суицидальные мысли и суицидальные попытки

В 2009 году, ученики 9 -12 классов в США сообщали, что они за последние 12 месяцев:

- Серьезно рассматривали возможность совершения суицида (13,8%)
- Составляли план совершения суицида (10,9%)
- Пытались совершить суицид один и более раз (6,3%)
- Суицидальная попытка приводила у них к повреждениям, отравлению или передозировке лекарственного препарата, вызвавшим необходимость в обращении за помощью к врачу или медицинской сестре (1,9%).

Изменения, произошедшие за период с 1991 по 2009 г., указывают на общее снижение уровня суицидальных мыслей и поведения среди молодых людей в США. Данные Исследования рискованного поведения у молодых людей (Youth Risk Behavior Survey) показывают, что суицидальные мысли достаточно распространены среди подростков, и что значительное число из них совершают серьезные суицидальные попытки. К счастью, показатели распространенности завершенных суицидов в США относительно низкие (по данным 2006 г. в США этот показатель составил 4,16 на 100 тыс., для возрастной категории от 10 до 19 лет; Cash & Bridge 2009). Однако данные указывают на прогрессию в развитии острой суицидальности – от суицидальных мыслей, до планирования и совершения суицидальной попытки. Таким образом, суицидальные мысли всегда необходимо рассматривать как важный предупреждающий сигнал, указывающий на необходимость в профессиональной помощи. Что касается распределения по полу распространенности суицидальных мыслей и суицидальных попыток, то в большинстве стран отмечается более высокая распространенность среди девушек (больше чем в два раза).

Точно так же как и в случае с суицидами, существуют различия в распространенности суицидальных мыслей и попыток между разными странами и регионами. Так, например, в юго-западной Нигерии около 20% молодых людей в возрасте от 10 до 17 лет сообщали о суицидальных мыслях и около 12% о том, что совершали суицидальные попытки, что представляет собой относительно высокий показатель (Omigbodun et al, 2008). Однако факторы риска суицидальности в этом исследовании были теми же, что описаны в мировой литературе (например, нарушенные семейные отношения, финансовое неблагополучие, подверженность насилию или жестокому обращению, злоупотребление алкоголем и наркотиками), за исключением одинаковой распространенности среди мальчиков и девочек.

Средства совершения суицида

В Северной Америке среди молодых людей наиболее частым орудием совершения самоубийства является огнестрельное оружие, затем – повешенья, удушенья и самоотравления (Branco et al, 2010). В Западной Европе наоборот – огнестрельное оружие играет минимальную роль; преобладающие способы – это прыжки с высоты или под поезд. Отравление пестицидами распространено в аграрных регионах в странах с низким и средним уровнем экономического развития, таких как Китай и Индия. В Турции, по данным за 2010 г., пятью наиболее распространенными средствами самоубийства среди 15–19-летних молодых людей были: повешенье, огнестрельное оружие, химические вещества, прыжки с высоты и прыжки в воду (TurkStat; Suicide Statistics 2010, www.tuik.gov.tr, 2011). Широко распространенным в некоторых странах западной части Тихого Океана становится отравление угарным газом (например, в Тайване). В Западной Европе и Северной Америке в целях совершения самоубийства часто используются отпускаемые без рецепта лекарственные препараты (главным образом анальгетики) и психотропные средства.

Факторы риска

Главные факторы риска суицида у подростков подытожены в Таблице Е.4.5.. Как уже указывалось ранее, очень мало данных исследований суицидов среди детей доподросткового возраста. Для этой возрастной группы пока не найдены какие-либо специфические модели факторов риска (Kloos et al. 2007). У детей доподросткового возраста, по сравнению с подростками, более важную роль могут играть связанные с семьей стрессоры, тогда как меньшее влияние может иметь возрастная психопатология (например, психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков, биполярные расстройства, психозы).

Влияние пола и возраста уже обсуждалось ранее. Тем не менее, необходимо помнить о том, что статистический риск относится к средним данным в обществе и имеет ограниченное значение для диагностической оценки и лечения отдельных пациентов. Например, по статистическим данным, риск совершения завершенного суицида после суицидальной попытки значительно выше среди девочек, чем среди их сверстников противоположного пола. Однако *диагностика и лечение не зависят от половой принадлежности!*

Предыдущие суицидальные попытки

Совершенные ранее суицидальные попытки являются одним из наиболее важных предикторов последующих попыток и завершенного суицида (Spirito & Esposito-Smythers, 2006):

- Почти в 30% случаев завершенных суицидов в анамнезе имеются суицидальные попытки
- После суицидальной попытки риск дальнейших попыток в 20 раз выше, чем у индивидов, которые не совершали ранее таких действий
- Риск совершения серьезной суицидальной попытки четко связан с количеством прежних суицидальных попыток.

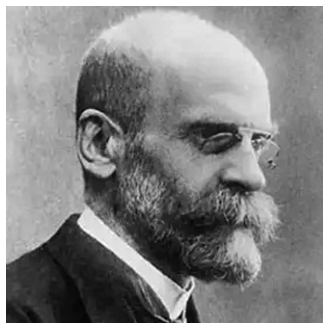
Таблица Е.4.5 Главные факторы риска суицида у подростков*

- Предыдущая суицидальная попытка
- Психопатология
 - Тяжелое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, расстройство поведения и психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.
 - Психиатрическая коморбидность, особенно сочетание расстройств настроения, дизраптивных расстройств поведения и расстройств, вызванных употреблением алкоголя и наркотиков.
 - Дисфункциональные черты личности (особенно антисоциальные, пограничные, истероидные и нарциссические черты).
 - Чувства безнадежности, несостоятельности и бесполезности.
 - Импульсивная агрессия: тенденция реагировать на фрустрацию или провокацию враждебностью или агрессией.
- Семейные факторы
 - Депрессия или суицид в семейном анамнезе.
 - Потеря кого-либо из родителей вследствие развода или смерти.
 - Семейные разногласия.
- Физическое или сексуальное насилие.
- Отсутствие сети поддержки, плохие взаимоотношения со сверстниками и чувство социальной изоляции.
- «Выход на поверхность» или борьба с гомосексуальными чувствами в условиях не поддерживающей семьи, общества или школьного окружения.
- Доступность смертельно опасных средств.
- Влияние на подростка суицида (например, суицид или суицидальная попытка, совершенные кем-то из членов семьи или друзей; публикации в средствах массовой информации).

*Таблица составлена на основе данных Cash and Bridge (2009).

Психическое расстройство

Психопатология – следующий важный фактор риска суицида у детей и подростков. Психические расстройства присутствуют в 80 – 90% случаев суицидов. Наиболее важное значение имеют: *расстройства настроения, тревожные, расстройства поведения и вызванные употреблением психоактивных веществ*. Кроме коморбидности значение имеет тяжесть нарушений, связанных с симптомами психиатрических нарушений, а также *общая тяжесть симптомов*. Тяжестью связанных с симптомами нарушений объяснялось большинство факторов риска суицидальности, связанной с текущими психиатрическими расстройствами в исследовании, проведенном в Грейт-Смоки-Маунтинс (Foley et al, 2006). По данным одного из исследований с суицидальностью был связан один симптом – проблемы со сном (Wong et al, 2011). Расстройства сна в раннем подростковом возрасте ассоциировались с суицидальностью и самоповреждениями в позднем подростковом возрасте, даже после статистического контроля других факторов риска (включая депрессию).



Эмиль Дюркгейм (1858–1917) – французский социолог и философ. Считал, что суицид является социальным феноменом.

Кроме присутствия явных психических расстройств, с повышенным суицидальным риском у подростков ассоциировалось поведение с высоким риском для здоровья (антисоциальное, сексуальное поведение и злоупотребление алкоголем и наркотиками) (Afifi et al, 2008). Чувства *безнадежности, несостоятельности и бесполезности*, равно как и импульсивная агрессия, также связаны с суицидальностью. Хотя эти состояния часто наблюдаются в контексте депрессии или расстройства поведения, они могут также приобретать значение у индивидов, не страдающих психическими расстройствами. Это также справедливо в отношении растормаживающего эффекта *острой интоксикации*, которая может способствовать совершению суицидальных действий индивидами, не страдающими алкогольной или наркотической зависимостью.

Суицидальное поведение может также наблюдаться у молодых людей, без признаков текущего психического расстройства. По данным исследования в Грейт-Смоки-Маунтинс, к суицидам, совершенным молодыми людьми, у которых отсутствовали признаки психических расстройств, имели отношение: суицидальное поведение в прошлом, проблемы с законом и дисциплиной и психиатрические расстройства в семье.

Семейное окружение

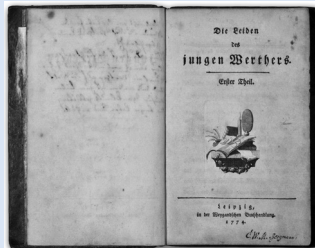
Психопатология у родителей и суицидальное поведение в семье ассоциируется с повышенным суицидальным риском у потомков. Склонность к суициду в семьях может проявляться независимо от психических заболеваний в семейном анамнезе. Дети родителей, страдающих расстройствами настроения, чаще совершают суицидальные попытки, если их родители проявляли суицидальность, по сравнению с потомками родителей, не совершавших суицидальные попытки. Семейная психопатология, особенно суицидальные попытки у матерей и злоупотребление алкоголем и наркотиками у обоих родителей, а также семейные разногласия, прогнозировали более высокую суицидальность у подростков, даже при условии контроля психиатрической заболеваемости (Pfeffer et al, 1998).

Неблагоприятная обстановка

По результатам исследования в Грейт-Смоки-Маунтинс, бедность ассоциировалась с суицидальным поведением независимо от психиатрического профиля или тяжести психопатологии. Значение имеет также стабильность психосоциальной сети. По данным одного из исследований, проведенных в Дании, частые смены места жительства связаны с повышенным риском суицидальных попыток и завершенных суицидов у детей и подростков (Qin et al, 2009). Более тяжелая неблагоприятная обстановка (примерами которой, среди прочего, могут быть ситуации, с физическим или сексуальным насилием, или когда дети становятся свидетелями бытового насилия), как оказалось, ассоциируется с более высокой заболеваемостью, суицидальными мыслями и попытками в подростковом возрасте (Afifi et al, 2008). Тяжесть

МОДЕЛИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ – «ЭФФЕКТ ВЕРТЕРА»

Много дискуссий ведется относительно влияния отображения в средствах массовой информации суицидальных действий на частоту суицидов. Классическим примером является то, что произошло в Германии после публикации в 1774 г. популярной книги Гетте «Страдания юного Вертера». За этой публикацией последовал целый ряд самоубийств, совершенных молодыми людьми. Причиной этого явления посчитали живое описание того, как главный герой романтически кончает жизнь самоубийством, после того как его отвергает любимая женщина. Впоследствии эта книга была запрещена в большинстве стран Европы.



Накапливание суицидов вслед за сообщениями в средствах массовой информации и художественным изображением самоубийства по телевизору действительно имеют место («эффект Вертера»). В соответствии с данными натуралистического исследования, проведенного в Германии (Schmidtke & Hafner, 1988), телетрансляция мыльной оперы, в которой 19-летний молодой человек кончает жизнь самоубийством, бросившись под поезд, привела к увеличению (175%) количества суицидов, совершенных таким же способом, среди юношей в возрасте от 15 до 19 лет. К факторам, связанным с подражанием, относятся: время (пик суицидов в первые несколько дней после публикации), объем и степень охвата целевой аудитории, сходство между жертвой и подростком, популярность жертвы, подробное описание суицида (метод, время, место), романтичность и сенсационность сообщения или публикации, высказывание предположений о том, что это эпидемия и упрощение причин суицида (World Health Organization, 2008).

Повышают риск также суицидальные попытки и суициды среди сверстников (Hazell & Lewin, 1993). К кластеризации суицидов могут приводить разные пути. Кроме посттравматических стрессовых симптомов, важными факторами являются тяжелая утрата и дружба с, подобными себе, уязвимыми сверстниками.

сексуального насилия коррелировала с риском совершения суицидальных попыток в канадской выборке (Brezo et al, 2008). Такая тенденция наблюдается даже у детей предподросткового возраста. По данным исследования 8-летних детей, подвергавшихся жестокому обращению, 10% из них сообщали об имевших место суицидальных мыслях (Thompson et al, 2005).

Стрессоры

С суицидальными попытками и самоповреждениями ассоциируется буллинг (травля со стороны одноклассников). По данным исследования, проведенного в Финляндии, частая виктимизация среди девочек ассоциировалась с последующими суицидальными попытками и завершенными суицидами даже после контроля влияния психопатологии. Буллинг и виктимизация также ассоциировались с суицидальностью у мальчиков, но не после контроля на депрессивные и дизраптивные симптомы (Klomek et al, 2009).

К другим, имеющим отношение к суицидальному поведению, стрессорам относятся: кризис, связанный с нарушением дисциплины или закона, лишение свободы и школьные проблемы. Суициду могут способствовать высокие требования на экзаменах для определения уровня знаний учащихся и последующего распределения на группы. Так, напри-

мер, в исследовании, проведенном в 2010 г. в Турции, было высказано предположение, что суициды, совершенные 13 молодыми людьми в возрасте до 19 лет, были связаны с недавней академической неуспеваемостью (TurkStat; Suicide Statistics, 2010).

Сексуальность

Имеются достоверные доказательства того, что геи, лесбиянки и бисексуалы относятся к группе повышенного риска суицидального поведения (Fergusson et al, 1999; Russell & Joyner, 2001). Особенно это может проявляться в моменты «выхода из подполья» или тогда, когда нет поддержки со стороны семьи (Ryan et al, 2009).

Интернет и социальные сети

В интернете доступен широкий спектр суицидальных сайтов. Есть полезные «анти-суицидальные» веб-ресурсы, поддерживаемые главным образом группами самопомощи, государственными и международными организациями. С другой стороны, существуют сайты, явно прославляющие суициды, дающие советы о смертельно опасных средствах, предлагающие групповые чаты, в которых пользователь может открыто заявить о своем намерении совершить самоубийство или назначающие день для совместного суицида. Некоторые из этих сайтов связаны со специфическими субкультурами (например, Эмо). Что касается немецкоязычных интернет-ресурсов, то на сегодня существует около 100 форумов, посвященных суицидам, 40 из которых содержат информацию, оцениваемую как вредную для несовершеннолетних.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Клиническое течение

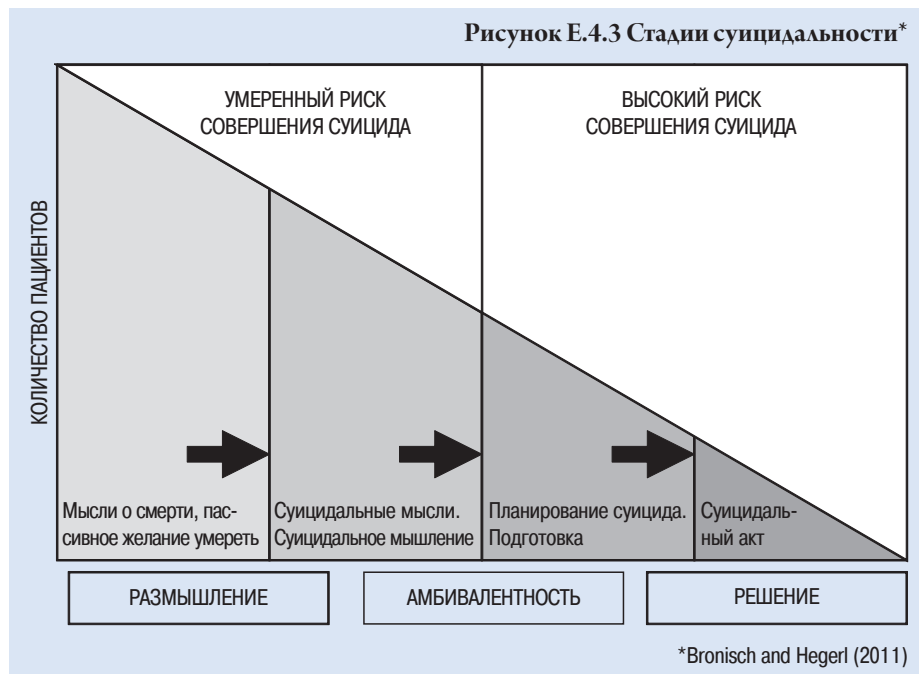
Стадии суицидального поведения

Суицидальность можно концептуализировать как континуум с мыслями о смерти на одной стороне и серьезными суицидальными действиями на другой (Рисунок Е.4.3; Bronisch & Hegerl, 2011). Острая суицидальность часто развивается шаг за шагом, при этом нарастает интенсивность суицидальных мыслей, они становятся более конкретными, затем происходит планирование с преодолением амбивалентности и индивид становится все более и более решительным.

Как только суицидальные мысли становятся более конкретными, может формироваться характерный «пресуицидальный синдром» (Ringel in 1959; Ringel, 1976). В соответствии с Warnke (2008) этот синдром проявляется:

- Чувствами безысходности, самообвинения, одиночества и непонимания
- Навязчивыми негативными воспоминаниями, жалостью к себе
- Бездеятельностью и социальной изоляцией
- Усилением агрессии, направленной на самого себя (аутоагрессия)
- Суицидальными фантазиями и планами
- Дисфорией
- Соматическими симптомами, проблемами со сном, утомляемостью и потерей аппетита.

С того момента как принимается решения совершить суицид, индивид может становиться менее возбужденным и выглядит более стабильным, что может приводить к недооценке клиницистами суицидального риска. Наличие пресуицидального синдрома должно быть важным предупреждающим сигналом. Однако у детей и подростков, у которых чаще, чем у взрослых наблюдаются импульсивные суициды, этот синдром может быть менее выраженным.



Суицид обычно совершается в ситуации кризиса и редко имеет место при отсутствии других важных факторов. Для того, чтобы случился кризис, как правило, требуется предрасположенность, триггер (пусковой механизм), облегчающий фактор и доступность метода, позволяющего довести задуманное до конца. Понимание этого позволяет применить вмешательства, для того, чтобы уменьшить риск на разных стадиях этого кризиса.

- *Предрасположенность.* Как уже отмечалось ранее, молодые люди, совершающие суицидальные попытки, предрасположены к этому, во многих случаях, из-за проблем с психическим здоровьем, нередко депрессии.
- *Триггер.* Большинство суицидов или суицидальных попыток совершаются после того, как происходит что-либо, заставляющее подростка почувствовать себя несчастным, напуганным или обозленным. Часто в качестве триггера выступают конфликты с другими людьми (родители, друзья, педагоги, полиция). Примерами могут быть дисциплинарные кризисы (когда становится явным, что подросток совершил какой-то неблагоприятный поступок, например что-то украл, и ожидает наказания),

публичное унижение, угроза отделения от любимой девушки или парня, раскрытие информации о сексуальном насилии. Обычно эти ситуации воспринимаются подростком как катастрофические, хотя другим людям они не кажутся таковыми.

- *Облегчающий фактор.* Вызванные кризисом сильные эмоции с большей вероятностью приведут к суициду, если юноша или девушка находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, вследствие чего нарушены его или ее суждения. Другим облегчающим фактором может быть идентификация себя с каким-либо известным или уважаемым человеком, совершившим суицид, суициды среди членов семьи или друзей, или если у подростка отсутствуют твердые религиозные убеждения, запрещающие самоубийство.
- *Благоприятная возможность.* И наконец, подросткам необходимо иметь доступ к средствам совершения самоубийства, приемлемым для них способом. Хотя это может показаться странным, люди часто имеют ясное представление о способе, которым они хотели бы лишить себя жизни.

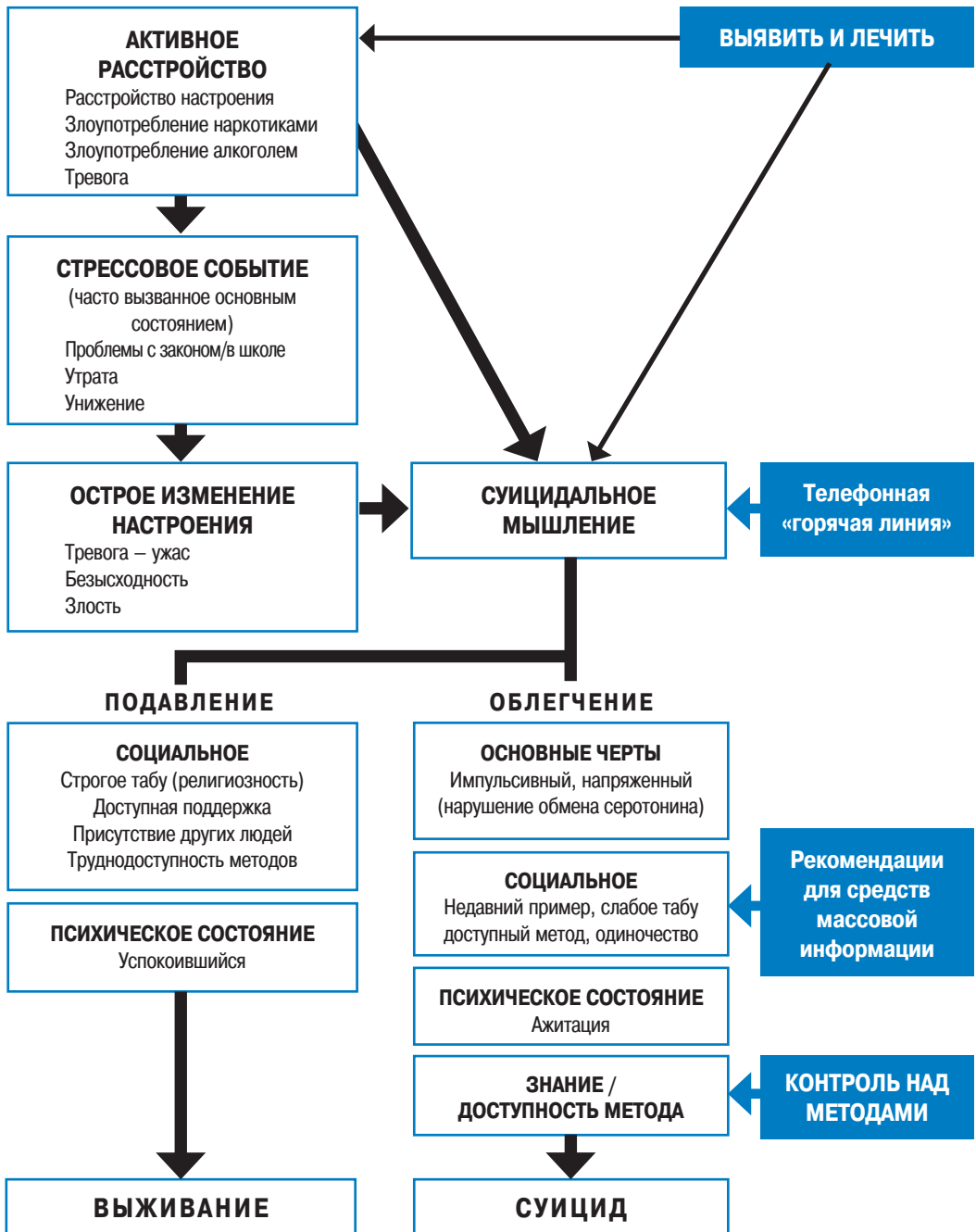
В качестве примера, на Рисунке Е.4.4 представлены характерные признаки развития суицидальности, имеющие значение для профилактики суицида (Американская академия детской и подростковой психиатрии, AACAP, 2001).

Течение

В большинстве исследований естественного хода самоповреждений не проводится различий между несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками. Отчасти это связано с тем, что исследования опираются на данные, собранные в непсихиатрических лечебных учреждениях (без тщательного обследования суицидальных намерений). Более того, у значительного числа пациентов несуицидальные и суицидальные самоповреждения встречаются одновременно. Как уже указывалось ранее, риск заверченного суицида значительно выше у индивидов, прежде совершавших суицидальные попытки: от 0,5 до 2% в течение года, больше 5% в течение девяти лет (Owens, 2002). Частота повторений высокая (например, 16% до 1 года, 21% от 1 до 4 лет, и 23% через 4 года и позже; Owens, 2002). В Великобритании в большой выборке детей и подростков в возрасте до 15 лет, госпитализированных в больницы общего профиля по причине очевидных самоповреждений, длительное катамнестическое наблюдение (11 лет) показало, что 1% из этих пациентов умерли по причине суицида (Hawton & Harris, 2008). Это отражает относительно низкий индивидуальный риск заверченных суицидов у причинявших себе самоповреждения пациентов, даже в долгосрочной перспективе. С другой стороны, данные свидетельствуют о том, что у людей, причинявших ранее себе самоповреждения, суицидальный риск в сто раз выше, чем в общей популяции.

Рисунок Е.4.4 Модель развития суицидальности с примерами целевых превентивных вмешательств

КАК ПРОИСХОДЯТ СУИЦИДЫ И КАК МОЖНО ИХ ПРЕДУПРЕДИТЬ?



Воспроизведено с разрешения авторов из «Практические параметры диагностики и лечения детей и подростков с суицидальным поведением» Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. © 2001 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Доступны вопросники для скрининга суицидального риска у детей и подростков, но мы не будем их здесь подробно обсуждать, поскольку большинство из них опубликованы на английском языке, и данные об их психометрических свойствах и точных переводах могут отсутствовать (заинтересованные читатели могут обратиться к публикации AACAP, 2001).

Необходимо принимать во внимание одновременное присутствие разных факторов риска. Это иллюстрируют следующие описания случаев:

- 14-летняя девочка не была уверена относительно собственной сексуальной ориентации; она испытывала романтические чувства по отношению к однокласснице, которая недавно отвергла ее в грубой форме. У девочки была плохая успеваемость в школе, и за три месяца до экзамена у нее начала нарастать депрессия. Психиатрический осмотр был проведен после того, как она оставила в чате запись суицидального содержания.
- 16-летний подросток был направлен на психиатрический осмотр службой неотложной помощи, которая оказала ему первую медицинскую помощь по поводу нанесенных им порезов в области запястья. Он находился в состоянии алкогольного опьянения. Молодой человек подвергался унижениям из-за врожденной гемангиомы на левой щеке. На прием его привела мама, воспитывающая его в одиночку, она забеременела им в возрасте 17 лет. У мамы не было устойчивых взаимоотношений. Подросток обсуждал свой недавний суицид с одноклассниками.

В данной главе мы более детально остановимся на Колумбийской шкале оценки тяжести суицидальности (Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; Posner et al, 2011)), поскольку она приобрела широкое распространение, а также переведена более чем на 100 языков. C-SSRS предназначена для того, чтобы проводить различия между суицидальным мышлением и суицидальным поведением, измеряя четыре аспекта:

1. Тяжесть суицидальных идей (желание умереть, неопределенные активные суицидальные мысли, суицидальные мысли, касающиеся методов, суицидальные намерения, и суицидальные намерения с планом)
2. Интенсивность идей (частота, продолжительность, контролируемость, сдерживающие моменты, и причины возникновения идей)
3. Поведение (на данный момент, предотвращенные и прерванные попытки; подготовительные действия; и несуйцидальные самоповреждения)
4. Летальность.

Разработаны разные формы этой шкалы, включая и версию для детей. Шкала C-SSRS, по всей видимости, обладает хорошими психометрическими свойствами (Posner et al, 2011), и ее применение требует всего несколько минут. На веб-сайте размещена также тренинговая программа, прохождение которой требуется при проведении клинических испытаний и настоятельно рекомендуется до того, как использовать C-SSRS в клинической практике. Оценочные шкалы могут быть полезны при проведении скрининга – например, позво-

ляют выявлять индивидов с риском суицидального поведения при реализации профилактических проектов. Однако для определения степени суицидального риска необходимо проведения клинической оценки обученными специалистами. Такая оценка должна включать в себя соматический и психиатрический осмотр, в том числе и тщательный сбор анамнеза (с получением сведений от самого пациента, его родителей и других значимых лиц) для того, чтобы собрать информацию об острых психологических стрессорах, психиатрических диагнозах, текущем психическом состоянии и обстоятельствах прежних суицидальных попыток.

Суицидальные тенденции необходимо выяснять прямо и открыто, в благоприятной атмосфере. Обсуждение суицидальных тенденций не создает риска их возникновения; существует риск пропустить суицидальные тенденции, если избегать разговоров на эту тему. Примеры вопросов, которые могут быть заданы при проведении скрининга на суицидальность, представлены в Таблице Е.4.6. Если суицидальный риск можно исключить, то дальнейшую оценку можно не проводить. С другой стороны, обследование должно быть более детальным, если факторы риска совершения суицида становятся очевидными.

Тщательно продуманное обследование позволит в полном объеме охватить все известные факторы риска суицида; эти факторы подытожены в Таблицах Е.4.7 – Е.4.9 (Warnke, 2008), включая:

- Текущие индивидуальные факторы (оценка психического состояния)
- Индивидуальные факторы в прошлом (анамнез пациента) и в семье (семейный анамнез)
- Специфические характеристики предыдущих суицидальных попыток.

Таблица Е.4.6 Примеры вопросов для скрининга суицидального риска (DGPPN, 2009)

- «Возникали ли у Вас когда-либо мысли о нежелании жить или о том, что не стоит больше жить?»
- «Как часто это происходило?»
- «Эти мысли возникают непреднамеренно? То есть: беспокоили ли Вас нежелательные суицидальные мысли?»
- «Удавалось ли Вам отбросить эти мысли?»
- «Были ли у Вас конкретные мысли о том, как это сделать?»
- «Разрабатывали ли Вы какие-либо планы, и проводили ли подготовку?»
- «Что-то не дает Вам сделать этого?»
- «Говорили ли Вы с кем-нибудь о своих суицидальных мыслях?»
- «Пытались ли Вы когда-либо покончить с собой?»
- «Кто-либо из членов Вашей семьи, друзей или знакомых совершал суицид?»

Таблица Е.4.7 Признаки острого суицидального риска – текущие индивидуальные факторы (оценка психического состояния)

Суицидальное мышление:

- Нет диссоциации с суицидальностью даже после длительной беседы
- Тягостные суицидальные мысли, появляющиеся спонтанно
- Отчетливый план суицида (способ, место, время или другие условия)
- Подготовка к суициду, особенно в случае жестокого способа; подготовка к прощанию
- Альтруистическое (псевдо-альтруистическое) объяснение суицида; идеи о самопожертвовании

Симптомы и коморбидные расстройства:

- Явное чувство безнадежности (потеря перспективы на будущее; низкая академическая успеваемость; неудачи на работе; остается неразрешенным конфликт, приведший к суицидальным мыслям)
- Социальная изоляция в последнее время
- Высокий уровень возбудимости, раздражительности, агрессии, эмоциональной нестабильности или паники
- Интоксикация (алкоголь, наркотики)
- Симптомы острого психоза
- Нарушение контроля над импульсами и расторможенность (например, в случае алкогольной интоксикации, острого делирия или мании)
- Симптомы тяжелой депрессии
- Явные симптомы расстройства личности или расстройства поведения, более выраженные при сочетании со злоупотреблением алкоголем

Другие важные факторы:

- Невозможно установить стабильный контакт
- Пациент прилагает усилия для того, чтобы его приняли на стационарное лечение
- Осмотр проводится в период, не превышающий один год, после последней суицидальной попытки

Таблица Е.4.8 Признаки острого суицидального риска – индивидуальные факторы из прошлого (анамнез пациента), и семейные (семейный анамнез)

Анамнез пациента

- Прежние суицидальные попытки
- Суициды в окружении пациента

Социальные стрессы:

- Потеря любимого человека – особенно кого-либо из родителей – в результате суицида, естественной или случайной смерти, отделения, развода или длительного отсутствия
- Прекращение близких взаимоотношений (романтических или дружеских)
- Потеря социальных контактов и плохая интеграция в группу сверстников, приводящая к чувству одиночества, отверженности, особенно в случае миграции или смены места жительства

Симптомы и коморбидные расстройства:

- Агрессивное поведение и делинквентность
- Психические расстройства, особенно депрессия и злоупотребление психоактивными веществами/зависимость
- Дети: плохая дисциплина, систематическое прогуливание занятий в школе

Другие важные факторы:

- Отсутствие религиозных или подобных привязанностей
- Кажущиеся неразрешимыми конфликты, связанные с нежелательной беременностью
- Конфликты на почве гомосексуальности

Семейный анамнез:

- Суициды или суицидальные попытки у членов семьи
- Психопатология родителей
- Насилие, злоупотребление алкоголем или наркотиками в семейном анамнезе
- Нестабильные семейные взаимоотношения и неразрешенные конфликты в семье, потеря социальной поддержки со стороны членов семьи



Access to lethal means increases suicide risk.

Таблица Е.4.9 Признаки остро́го суицидального риска – характеристики прежних суицидальных попыток

- Суицидальные попытки или мысли связаны с «тяжелыми способами» (например, повешенье, использование огнестрельного оружия, прыжок с высоты, прыжок под движущийся транспорт)
- Суицидальная попытка хорошо обдумана с четким планом
- Низкие шансы на помощь или вмешательство (специальные приготовления, чтобы не смогли обнаружить, например, суицидальная попытка, совершенная в уединении, вдали от других людей, время выбрано так, чтобы сделать невозможным обнаружение, суицидальный акт без предупреждения других людей)
- Другие были проинформированы о суицидальных намерениях, написана записка суицидального содержания
- Высказывается отчетливое желание умереть

Таблица Е.4.10 Специфические особенности при оценке детей препубертатного возраста – примеры вопросов*

Интервьюирование детей, которые могут не до конца понимать концепции времени, причинности и смерти:

- «Думал ли ты о том, чтобы убить себя больше, чем один или два раза в день?»
- «Пытался ли ты убить себя, начиная с последнего лета/с момента начала занятий в школе?»
- «Когда ты пытался прыгнуть из окна, ты думал, что могло бы произойти?»
- «Чтобы произошло, если бы ты умер; на что это было бы похоже?»

Интервьюирование родителей о суицидальных мыслях и поведении их ребенка

- «Что конкретно произошло (шаг за шагом) в тот день, когда Ваш ребенок говорил, что хочет или пытался причинить себе вред?»
- «Как Вы узнали, что Ваш ребенок думает или пытается причинить себе вред?»
- «Что Вы делали, когда Ваш ребенок думал или пытался причинить себе вред?»
- «Что произошло после того, как Ваш ребенок подумал или попытался причинить себе вред?»

*Jacobsen et al (1994)

В Таблице Е.4.10 приведены примеры особенностей, которые необходимо учитывать при оценке суицидального риска у детей препубертатного возраста. Кроме уже упомянутых, специфические аспекты касаются трудностей интервьюирования детей, чье понимание времени, причинности и смерти может быть недостаточным.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА

Острый суицидальный риск может быть невысоким, если:

- Отсутствует тяжелое психическое расстройство, требующее лечения
- Пациент способен сформировать необходимый терапевтический альянс с врачом
- Суицидальная попытка совершена без намерения умереть
- Пациент четко и правдоподобно заявляет, что повторных попыток не будет
- Пациент оптимистично настроен в отношении будущего и имеет конкретные цели в плане вовлечения в повседневную деятельность
- Доступна стабильная социальная и семейная поддержка
- Отсутствуют значительные жизненные стрессоры.

Часто риск суицида не может быть полностью исключен, и тогда возникает необходимость в оценке его степени выраженности. В Таблице Е.4.11 подытожены факторы, которые необходимо учитывать при принятии решения к какой категории отнести пациентов – высокого, среднего или низкого ожидаемого риска совершения суицида (NSW Department of Health, 2004).

Таблица Е.4.11 Оценка суицидального риска*

	Высокий риск	Средний риск	Низкий риск
<p>Психическое состояние «с риском»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия • Психоз • Безнадежность, отчаяние • Вина, стыд, злость, агитация • Импульсивность 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тяжелая депрессия • Императивные галлюцинации, или бредовые идеи о смерти • Поглощен мыслями о безнадежности, отчаянием, чувством никчемности • Выраженная злость, враждебность 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеренная депрессия • Немного опечален • Некоторые симптомы психотического расстройства • Некоторое чувство безнадежности • Умеренная злость, враждебность 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нулевая или легкая депрессия, печаль • Отсутствуют психотические симптомы • Оптимистичен в отношении будущего • Отсутствует/легкая злость, враждебность
<p>Суицидальная попытка или суицидальные мысли</p> <ul style="list-style-type: none"> • Преднамеренность • Летальность • Доступ к средствам • Препрежние суицидальные попытки 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Постоянные/конкретные мысли • Доказательства явного намерения • Попытка с высокой степенью летальности (всегда) 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Частые мысли • Многократные попытки с низкой степенью летальности • Повторяющиеся угрозы 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствующие или неопределенные мысли • Отсутствие прежних попыток или одна попытка в прошлом с низкой степенью летальности и преднамеренности
<p>Психическое и поведенческое расстройство, вызванное употреблением психоактивного вещества (текущее злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Текущая интоксикация, злоупотребление или зависимость вследствие употребления психоактивного вещества 	<ul style="list-style-type: none"> • Риск интоксикации, злоупотребления или зависимости вследствие употребления психоактивного вещества 	<ul style="list-style-type: none"> • Неупотребление или редкое употребление психоактивных веществ
<p>Подтверждающий анамнез</p> <ul style="list-style-type: none"> • Семья, опекуны • Медицинские записи • Другие поставщики услуг и источники 	<ul style="list-style-type: none"> • Затруднен доступ к информации, сложно проверить информацию или имеют место конфликтующие описания событий, имеющих отношение к лицу, подвергнутому риску 	<ul style="list-style-type: none"> • Доступ к некоторой информации • Сомнения относительно достоверности описанных событий 	<ul style="list-style-type: none"> • Имеется возможность получить доступ или проверить информацию и описание событий лицом, подвергнутому риску

* Модифицировано из NSW Department of Health (2004, p20)

	Высокий риск	Средний риск	Низкий риск
<p>Сильные стороны и поддержка (решение проблем и связность)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Экспрессивная коммуникация • Доступность поддержки • Готовность и способность других лиц помогать 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент отказывается от помощи • Отсутствие поддерживающих взаимоотношений или враждебные взаимоотношения • Родственники или друзья не доступны, не желают или не способны помогать • Психическое заболевание у родителей • Насилие или злоупотребление психоактивными веществами в семье 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент амбивалентен • Умеренная связанность • Ограниченность взаимоотношений, могут быть доступны, но не желают или не способны помогать постоянно • Умеренно выраженные симптомы психических заболеваний у членов семьи. • Некоторая нестабильность или дисфункциональное воспитание. 	<p>Примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент принимает помощь • Формируется терапевтический альянс • Высокая степень связанности, хорошие взаимоотношения и поддержка • Близкие люди хотят и способны помогать постоянно • Благоприятная семейная среда
<p>Рефлексивная практика</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уровень и качество вовлеченности • Неустойчивость уровня риска • Достоверность оценки уровня риска 	<ul style="list-style-type: none"> • Низкая достоверность оценки уровня риска или высокая неустойчивость либо отсутствие раппорта • Низкая вовлеченность 		<ul style="list-style-type: none"> • Высокая достоверность результатов оценки риска и низкая неустойчивость • Хороший раппорт, вовлеченность
<p>Отсутствует (ожидаемый) риск: После проведения всесторонней оценки суицидального риска, отсутствуют данные о текущем риске для данного индивида. Отсутствуют суицидальные мысли или попытки в анамнезе, имеет хорошую сеть социальной поддержки.</p>			

Особое внимание необходимо уделить *неустойчивости риска* (например, суицидальный риск нестатичный, варьирует в зависимости от изменений психического состояния, взаимоотношений или стрессоров) и *достоверности оценки*. Низкая достоверность оценки может быть обусловлена: (1) индивидуальными факторами (например, психическое заболевание, или пациент находится в состоянии интоксикации), (2) факторами социального окружения (например, развод с разделением детей приводит к тому, что мать или отец не рассказывает о проблемах), или (3) факторами, связанными с самой процедурой оценки (например, неполная оценка, пациент отказывается давать информацию) (NSW Department of Health, 2004a).

Таблица Е.4.12 Неотложная помощь при суицидальном поведении*

Высокий риск, или высокая неустойчивость, или низкая достоверность результатов оценки: повторная оценка в пределах 24 часов
<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить пребывание пациента в надлежащей безопасной и защищенной среде • Организовать повторный осмотр в пределах 24 часов • Организовать непрерывную помощь и тщательное наблюдение • Разработать план действий для быстрой повторной оценки в случае эскалации дистресса и симптомов
Средний риск (существенный, но умеренный риск): повторная оценка не позже, чем через неделю
<ul style="list-style-type: none"> • Организовать повторный осмотр не позже, чем через неделю • Разработать план действий для быстрой повторной оценки в случае эскалации дистресса и симптомов
Низкий риск (четко установленный, но низкий суицидальный риск): повторная оценка не позже, чем через месяц
<ul style="list-style-type: none"> • Организовать проведение повторной оценки не позже, чем через месяц (сроки осмотра следует определять, основываясь на результатах клинической оценки) • Повторная оценка не позже, чем через неделю после выписки из стационара • Предоставление письменной информации о возможности получения клинической помощи 24 часа в сутки

*NSW Department of Health (2004a, p21)

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Оптимально лечение детей и подростков с суицидальным поведением требует широкого диапазона видов помощи, включая неотложные вмешательства, амбулаторные, дневные, на дому и стационарные методы лечения (Steele & Doey, 2007). На практике, однако, это не всегда возможно из-за ограниченности ресурсов.

Первый шаг заключается в том, чтобы гарантировать ребенку или подростку с риском суицидального поведения безопасность и оказание поддержки. Стратегия ведения пациента зависит от степени риска, его неустойчивости и достоверности оценки (см. Таблицу Е.4.12).

В отделении неотложной помощи молодой человек, совершивший суицидальную попытку, должен быть осмотрен опытным психиатром, включая проведение опроса родителей и родственников, а также тщательную оценку риска. Персонал отделений экстренной медицинской помощи должен быть обучен методам оказания помощи молодым людям с суицидальным поведением (которые часто не нравятся сотрудникам таких отделений). К суицидальным детям и подросткам необходимо относиться с таким же вниманием и уважением, как и к другим пациентам, избегая как обвинений их за подвергание опасности собственной жизни, так и продиктованных благими намерениями попыток приободрить, недооценивая при этом серьезность

ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

(NSW Department of Health, 2004a, p23)

Планирование действий при чрезвычайных обстоятельствах требует, чтобы врач, индивид с суицидальным риском и его семья предвидели вероятность эскалации факторов риска, таких как:

- Ухудшение взаимоотношений в семье
- Усиление симптомов (депрессии, бессонницы, галлюцинаций, суицидальных эмоций)
- Временная недоступность врача или специалистов по экстренной медицинской помощи.

План действий в чрезвычайных ситуациях может быть составлен, обсужден и задокументирован следующим образом:

- Если у пациента <например, усиливаются суицидальные мысли>, то он <действия, которые он предпримет, например, позвонит доктору NN, поговорит об этом с родителями>
- Семья <действия, которые будут предприняты родственником, например, проследит за тем, чтобы пациент не оставался в одиночестве, позвонит доктору NN, даст назначенное лекарство>
- Служба <действия, которые будут предприняты службой по оказанию помощи, например, организует неотложный осмотр, посетит пациента на дому>

их намерений. До выписки важно иметь подготовленный план действий в кризисных ситуациях, гарантируя обеспечение круглосуточного доступа к поддерживающему контакту (например, телефонному). Последовательность действий чрезвычайного плана будет зависеть от интенсивности эмоционального кризиса и должна разрабатываться совместно с пациентом и его опекунами (NSW Department of Health 2004). Перед выпиской пациента из отделения неотложной медицинской помощи или кризисного центра, всегда необходимо (AACAP, 2001):

- Объяснить пациенту и его родственникам, как проявляется растормаживающий эффект алкоголя или наркотиков
- Убедиться, что может быть обеспечена надежная охрана или удаление огнестрельного оружия, смертельно опасных медикаментов и веществ
- Убедиться в том, что дома у пациента есть взрослый, который будет оказывать ему поддержку
- Убедиться в том, что запланирован прием у врача после выписки (см. Таблицу E.4.12).

Кроме того, полезным может быть анти-суицидальный контракт (составленный как обязательство пациента, а не как гарантия для психиатра, так как отсутствуют эмпирические данные, свидетельствующие о том, что анти-суицидальные контракты действительно эффективны). Анти-суицидальный контракт обычно включает: (1) утверждение, что пациент не будет подвергать опасности свою жизнь в течение определенного короткого периода времени (напр., на следующий день, до следующей сессии терапии); (2) обязательство пациента посещать терапию; (3) обязательство пациента выполнять требования плана действий в чрезвычайных ситуациях.

Лечение детей и подростков с суицидальным поведением требует открытой коммуникации как с самими пациентами, так и с их семьей. Это также справедливо в отношении контактов со школой, которые необходимо устанавливать только после получения разрешения от молодых людей и их родителей.

Важные сообщения, посылаемые суицидальным детям и подросткам, их родителям и учителям

Очень важно, чтобы клиницисты вселяли веру и создавали впечатление, что они знакомы с такого типа проблемами и контролируют их, избегая ненужной драматизации, но вместе с тем успокаивая, обнадеживая и утешая всех, кто вовлечен в эту ситуацию. Однако необходимо проявлять осторожность – не вводить пациентов в заблуждения или не обещать того, что не может быть выполнено.

Четырнадцатилетний мальчик (Майкл) бесцельно бродил по железнодорожным путям, где и был замечен железнодорожными служащими. Железнодорожники вызвали полицию, и Майкла направили в детское психиатрическое учреждение. При осмотре он признался, что неоднократно исправлял свой сводный табель успеваемости в школе, чтобы скрыть плохие оценки. В ближайшее время должна была состояться встреча его родителей с учителями, и правда неизбежно раскрылась бы. Майкл боялся реакции родителей и ничего не мог придумать, чтобы выпутаться из этой ситуации. Он считал, что единственный для него способ избежать конфронтации с родителями - это покалечиться или погибнуть под поездом. Кроме его низкой успеваемости в школе не было выявлено никаких других значимых факторов риска суицида. Майкл смог обсудить свои прегрешения со своими родителями, которые приняли его извинения. Поскольку у него не было симптомов других психических расстройств, и он больше не намеревался причинить себе повреждения, он был выписан из детского психиатрического отделения через день после поступления. Было спланировано посещение детского психиатра через три дня после выписки. Майкл и его родители согласились с тем, что частью плана решения его проблем должно стать привлечение к нему школы. Плохие оценки и приближающаяся встреча со школьным учителем все еще сильно беспокоили Майкла.

План действий в чрезвычайных ситуациях, разработанный вместе с Майклом и его родителями выглядел следующим образом:

1. Для Майкла: если я почувствую отчаяние и сильное желание причинить себе вред, я открыто поговорю об этом с моими родителями. Мы обратимся к <имя психиатра>. <имя психиатра> запишет нас на прием в тот же или на следующий день.
2. Для Майкла: Если в этот момент не будет рядом родителей, я обращусь к человеку, которому я доверяю <имя этого человека>. Если этот человек будет недоступен, то я самостоятельно дам знать психиатру <имя психиатра>.
3. Для Майкла и его родителей: Если не сможем связаться с <имя психиатра>, мы позвоним <номер экстренного вызова детского психиатрического отделения> и попросим провести неотложный осмотр. <Детское психиатрическое отделение> предложит осмотр в течение нескольких часов.
4. Для родителей Майкла: Если Майкл почувствует себя так, как описано выше, один из нас останется с ним и будет находиться рядом, пока его не осмотрит врач. Если мы не сможем этого обеспечить, то попросим о неотложном осмотре, как описано выше.
5. Если по какой-либо причине <имя психиатра> не может провести осмотр, вместо него это сделает кто-то из его коллег.

Сообщения, посылаемые суицидальным детям и подросткам:

- Моя главная забота – твоя безопасность и я буду пытаться обеспечить ее самым наилучшим образом
- Твое лечение будет проводиться с соблюдением полной конфиденциальности до тех пор, пока ты не дашь согласие обсудить его с другими специалистами или не появится угроза твоей жизни, или жизням других людей.
- Многие молодые люди размышляют о смерти или самоубийстве и некоторые в какой-то момент пытаются покончить с собой.
- Почти любое, принятое тобой решение, можно изменить. Однако смерть окончательна и необратима. Стоит уделить достаточно много времени для того, чтобы взвесить все за и против.
- Мы хотели бы знать о тебе как можно больше. Вместе мы сможем прийти к пониманию обстоятельств, которые привели тебя к кризису
- У каждого суицидального молодого человека, из тех, что я знаю, были причины для возникновения суицидальных мыслей, но в большинстве случаев эти причины со временем менялись.
- Я уверен, что вместе мы сможем найти выход из твоего затруднительного положения – даже если, на данный момент, кажется, что оно безвыходное.
- В качестве первого шага мы вместе с тобой и твоими родителями попытаемся разработать план действий в чрезвычайных ситуациях.

Сообщения для родителей и опекунов:

- Суицидальные мысли и поступки не редкое явление среди молодых людей. В большинстве случаев, это острый кризис, который проходит за короткий период времени. Мы знаем, как справляться с суицидальным кризисом и будем открыто обсуждать с Вами каждый шаг.
- Как и в любом случае при оказании медицинской помощи мы связаны конфиденциальностью. В процессе оказания такой помощи, для подбора более эффективного лечения может возникнуть необходимость в установлении контактов с другими специалистами (например, учителями, психологами). Однако такие контакты будут устанавливаться только с согласия Вашего ребенка или без согласия, если возникнет непосредственная угроза жизни ребенка.
- Главный приоритет – безопасность Вашего ребенка. Необходимо тщательное наблюдение, до тех пор, пока мы сможем оценить суицидальный риск. В зависимости от степени риска мы, после консультации с Вами и Вашим ребенком, примем решение о дальнейших вариантах лечения.
- В качестве первого шага, мы разработаем план действий в чрезвычайных ситуациях для Вас, Вашего ребенка и для нас.
- Решение проблемы суицидального поведения эффективно только тогда, когда существует тесное сотрудничество между Вами, Вашим ребенком и командой специалистов, занимающихся лечением.

Родители должны получить конкретную информацию об условиях и возможных методах лечения их ребенка. Они должны иметь возможность выразить свое мнение и поделиться чувствами. Необходимо также предоставить возможность незапланированных контактов (по телефону, или лицом к лицу) как для того, чтобы эффективно справиться с суицидальным поведением, так и для того, чтобы родители могли задать беспокоящие их вопросы или высказать жалобы по поводу лечения.

Сообщения для учителей и персонала школы

- Когда суицидальный ребенок вернется в школу, будет проведена тщательная оценка суицидального риска, на основании которой сделают вывод, что его состояние достаточно стабильно для того, чтобы он мог включиться в повседневную школьную жизнь.
- Будет разработан план действий, позволяющий справиться с потенциальными проблемами. Он включает конкретные рекомендации относительно того, что может сделать персонал школы и с кем контактировать в том случае, если поведение школьника вызовет беспокойство.
- Поскольку школа является важной частью в жизни молодого индивида, учителя и другие сотрудники школы могут оказать практическую помощь в возвращении ученика к норме после суицидального кризиса. Конкретные стратегии будут обсуждены с сотрудниками школы, семьей и работниками здравоохранения.
- Учителям необходимо регулярно общаться с учеником и его родителями, чтобы отслеживать его прогресс.
- Суицидальность скорее динамический, а не статический феномен. Таким образом, ученики могут снова переживать кризис. Учителям необходимо не стесняться, и открыто говорить с молодыми людьми, когда у них возникает беспокойство, что у их учеников может наступить ухудшение состояния. Избегайте споров или поспешных советов, вместо этого поговорите с лечащим врачом.
- Общие стратегии в случае суицидального кризиса:
 - Не оставляйте суицидального ученика в одиночестве, даже на короткое время; сопроводите его в безопасное место, отделив от других учеников
 - Проверьте, нет ли у него потенциально опасных вещей или медикаментов. Если у ученика есть опасные предметы, постарайтесь убедить его отдать их вам, но не используйте физическую силу.
 - Если ученик имеет опасные предметы, высказывает суицидальные мысли или сильно взволнован, позвоните в скорую помощь, полицию и его родителям.
 - Если ученик идет на сотрудничество, сообщите его родителям и попросите их забрать ребенка.
 - Скажите ученику и его родителям, что вы хотите контактировать с учреждением, занимающимся лечением пациента, для того чтобы проинформировать их о ситуации.

- Сотрудники школы должны документально зафиксировать все предпринятые ими действия.

Помещать в стационар или не помещать

Не все лица с суицидальным риском должны или могут быть помещены в больницу. Для некоторых людей госпитализация может принести незначительную пользу и даже повысить риск. К принятию решения о госпитализации могут иметь отношение многие проблемы – доступность ресурсов, больничных коек, неформальных сетей поддержки и культурные традиции – и все они могут играть важную роль. Не существует жестких и быстрых правил, но такое решение должно приниматься на основании клинических данных, с участием пациента и его семьи. Если возникают сомнения, следует проконсультироваться с коллегами. В общем, госпитализация может быть необходима, если:

- Суицидальный риск высокий, особенно если нет альтернативных возможностей гарантировать безопасность пациента
- Недавно имели место суицидальные попытки, требовавшие интенсивной медицинской помощи
- Невозможно достоверно оценить суицидальный риск.

Если необходима госпитализация, лечение в идеале должно осуществляться в условиях безопасного детского психиатрического отделения. Если это невозможно (например, необходима хирургическая или соматическая медицинская помощь) – следует обеспечить тщательное наблюдение за пациентом. Если активная суицидальность сопровождается выраженной ажитацией, можно рассмотреть возможность назначения на короткий срок медикаментов (например, бензодиазепинов, нейролептиков). Стационарное лечение может сохранить жизнь пациента, ослабить влияние на него острых стрессоров и непомерных требований, а также позволить пациенту постепенно восстановить контроль над своей жизнью, равно как начать лечение сопутствующих психиатрических заболеваний.

Для того, чтобы максимально обеспечить безопасность, стационарные учреждения должны учредить соответствующие протоколы. Это включает обязательный досмотр при поступлении и в дальнейшем, если возникают основания для подозрений. Особенное внимание должно уделяться физической среде (например, висячие предметы интерьера, слепые зоны, выходы, конструкция окон, хранение ядовитых веществ). «Доступ к средствам совершения суицида и перечень средств преднамеренных самоповреждений» можно найти в публикации NSW Mental Health Service (2004).

Общие принципы ведения суицидальных пациентов

Лечение должно быть индивидуально подобранным для того, чтобы воздействовать на факторы риска конкретного пациента. Подходы не должны ограничиваться специфическими психофармакологическими или психотерапевтическими вмешательствами, а представлять собой всесторонний план лечения, включающий другие стратегии ослабления влияния острых стрессоров. Это в значительной степени зависит от доступных ресурсов. В странах с низким уровнем экономического развития

такое всеобъемлющее лечение может быть нереальным. Тем не менее, в большинстве регионов для того, чтобы обеспечить безопасность пациента, можно мобилизовать неформальную поддержку привлекая для этого помощь со стороны расширенной семьи, старейшин и религиозных деятелей. Такие принципы могут включать:

- Стратегии, способствующие соблюдению рекомендаций (например, предложение кратковременных вмешательств, приемлемых для молодых людей; иногда сосредоточение внимания на поддержке более эффективно, чем инсайт-ориентированная психотерапия)
- Активное вовлечение пациентов и их родителей в планирование и реализацию вмешательств
- Защита пациента, если имеются неблагоприятные условия, угрожающие его психическому и физическому здоровью
- Предложение поддержки семье (например, в случае семейного конфликта, проблем, связанных с разводом, психического заболевания кого-либо из родителей, плохих навыков воспитания, злоупотребления алкоголем или наркотиками у родителей)
- Привлечение поддержки со стороны учреждений опеки и попечительства, при наличии показаний
- Организация ослабления завышенных требований (например, требования в школе, превосходящие текущие способности пациента)
- Лечение основных психических расстройств
- Регулярный мониторинг для исключения рецидива суицидального мышления
- План действий в ситуации острого суицидального кризиса
- Предложение гибких терапевтических сессий, адаптированных по времени и частоте к потребностям пациента
- Организация эффективной коммуникации между всеми специалистами, участвующими в процессе лечения (социальные работники, психотерапевт, детский психиатр, педиатр).

Психологические вмешательства

Daniel and Goldston (2009) составили обзор таких методов, в их число вошли:

- *Вмешательства, способствующие своевременному обращению за помощью и улучшению наблюдения*, приобретают важное значения из-за низкой приверженности лечению, многократно описанной у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку: мотивирование молодых людей и их родителей путем организации психообразования во время поступления в отделение неотложной помощи. Более того, приверженности лечению способствует активное установление контакта с семьей сразу же после выписки из отделения неотложной помощи. Рассматривается также эффективность СМС – сообщений и других подходов с использованием новых средств массовой информации.
- *Организация поддержки для суицидальных молодых людей*, например, привлекая социальных работников, помогающих в уходе за выздоравливающими детьми

и подростками. Другие подходы включающие идентификацию и тренировку оказывающих поддержку лиц из близкого окружения пациента (родители, члены расширенной семьи, школьники или члены религиозной общины).

- *Стратегии, направленные на улучшение взаимоотношений между ребенком и родителями.* Сюда относится усовершенствование навыков решения внутрисемейных проблем, коммуникации и воспитания.
- *Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).*
- *Мультисистемная терапия (МСТ).*
- *Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)* (см. Главу Н.4). Первоначально разработанная для лечения пограничного расстройства личности, ДПТ, которая включает в себя тренинги осознанности, навыков межличностных отношений, регулирования эмоций и устойчивости к стрессу, адаптирована для подростков с суицидальным поведением.

Эмпирические данные об эффективности перечисленных выше вмешательств разбросаны, и, на данный момент, невозможно выделить какой либо метод, который был бы лучше, чем остальные (Daniel & Goldston, 2009; Robinson et al, 2011). Что касается соблюдения режима лечения, то специфические психологические методы, по-видимому, не имеют преимуществ перед обычным лечением (Ougrin & Latif, 2011). В обзоре эффективности психологических вмешательств, используемых после самоповреждений (главным образом, у взрослых), (Crawford et al (2007) пришли к выводу, что нет доказательств в пользу того, что они снижают вероятность последующего суицида.

Психофармакологическое лечение

Специфических лекарственных препаратов, позволяющих избавиться от суицидальных тенденций, не существует. Тем не менее, медикаменты могут понадобиться для лечения психических расстройств. Ведутся интенсивные дискуссии относительно риска суицидальности при использовании СИОЗС (см. Главы А.8 и Е.1). Считается, что депрессивные подростки, принимающие такое лечение, и их родители должны знать о таком риске и о том, что делать, если возникнет суицидальное поведение. Такие пациенты требуют тщательного наблюдения.

Проблемы и риски в лечении

Ошибки и упущения при ведении суицидальных молодых людей возможны, если:

- Не на должном уровне организовано сотрудничество и коммуникации между учреждениями и людьми, участвующими в этом процессе
- Не получена информация из дополнительных источников
- Не лечили коморбидные состояния
- Не распознаны потребности и стрессоры
- Суицидальное поведение обозначено как манипулятивное или несерьезное

- Пациент не критично минимизирует («стремление к здоровью») свои проблемы (например, «Я в порядке», «Ничего плохого со мной не происходит»)
- Слишком много внимания уделяется терапии, что приводит к чрезмерной нагрузке на пациента
- Стратегии конфронтации слишком жесткие
- Имеет место недостаточное признание затруднительного положения пациента
- Используется слишком много клише
- Прекращение лечения или несоблюдение режима принимается без тщательного изучения ситуации
- Не распознаются признаки суицидального риска
- Не проводится мониторинг суицидальности во время лечения
- К моменту завершения лечения не распознается зависимость от терапевта
- Терапевты пренебрегают надзором за качеством собственной работы.

ПРОФИЛАКТИКА

В программе по профилактике суицидов Всемирной организации здравоохранения (SUPRE) акцент делается на снижении смертности, заболеваемости и других последствий суицидального поведения путем:

- Ограничения доступа к средствам совершения суицида (например, токсическим веществам, огнестрельному оружию)
- Раннего выявления и лечения психических расстройств
- Более ответственного отношения средств массовой информации к сообщениям о суицидах.

Факторы риска универсальны, но их природа и относительная значимость отличаются от региона к региону. ВОЗ реализует программы профилактики суицида, принимая во внимание специфические культурные проблемы (www.who.int/mental_health/prevention/suicide). Так, например, улучшение раннего выявления и лечения психических расстройств может быть более важным в странах с низким уровнем экономического развития; ограничение доступа к огнестрельному оружию более актуально в Северной Америке, чем в Западной Европе, где большее значение приобретает установка физических барьеров (на мостах, возле железнодорожных путей), затрудняющих совершения прыжков. Ограничение доступа к пестицидам и разъяснение их действия на организм человека особенно важно в сельскохозяйственных регионах стран с низким и средним уровнем экономического развития. Уменьшение пагубного злоупотребления алкоголем вызывает большое беспокойство в Западной и Восточной Европе, однако является второстепен-



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Всемирная организация здравоохранения располагает полезными руководствами по профилактике суицида для:

- Врачей – http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf
- Учителей и сотрудников школ http://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf
- Для специалистов в области средств массовой информации http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

ной проблемой на Ближнем Востоке. Необходимы также программы, направленные на преодоление неблагоприятных условий проживания составляющего меньшинство коренного населения (например, аборигенов в Австралии, маори в Новой Зеландии, индейцев в США и инуитов в Канаде и Гренландии).

Рекомендации для сотрудников школ и специалистов в области средств массовой информации подытожены в Таблицах Е.4.13 и Е.4.14. Обзор стратегий профилактики представлен на Рисунке Е.4.4.

На сегодняшний день мы располагаем скудными экспериментальными доказательствами эффективности вмешательств по профилактике суицидов в снижении уровня суицидального поведения (Wasserman et al, 2010). В соответствии с данными ААСАР (2001) в международных исследованиях были изучены следующие стратегии:

- Прямое выявление случаев среди учеников или пациентов, обратившихся к врачам первичной медицинской помощи, с помощью скрининга на наличие состояний, подвергающих подростков риску совершения суицида (эффективно и рекомендуется)
- Психологическое консультирование через средства массовой информации с целью минимизации количества подражательных суицидов (несопоставимые данные об эффективности, но рекомендовано)
- Обучение специалистов с целью совершенствования выявления и лечения психических расстройств (возможно эффективно, рекомендовано)
- Телефоны доверия (несопоставимые данные об эффективности, но рекомендовано)
- Контроль над средствами совершения суицида, например, огнестрельным оружием (эффективно и рекомендовано – однако долгосрочный общий эффект сомнителен)
- Непрямое выявление случаев путем обучения населения (например, учителей, родителей, сверстников), как распознавать предупреждающие сигналы (не эффективно – может повышать частоту суицидов, не рекомендовано).

Таблица Е.4.13 Профилактика суицида: рекомендации для учителей и сотрудников школ (WHO, 2000; p16)

Суицид не является чем-то необъяснимым и полной неожиданностью. Суицидальные ученики посылают окружающим их людям достаточно сигналов и возможностей, для того, чтобы вовремя вмешаться. В работе по профилактике суицида, учителя и другие сотрудники школы сталкиваются с задачей, имеющей большое стратегическое значение, для решения которой очень важно:

- Выявлять учеников с личностными расстройствами и предлагать им психологическую поддержку
- Налаживать тесную связь с молодыми людьми, разговаривая с ними и пытаясь понять и помочь
- Ослаблять психический стресс

- Быть наблюдательными и обученными раннему распознаванию суицидальных сообщений, посылаемых через вербальные утверждения и/или изменения в поведении
- Помогать менее знающим ученикам при выполнении школьных заданий, быть внимательными к прогуливанию занятий в школе
- Дестигматизировать психическое расстройство и помогать устранять злоупотребление алкоголем и наркотиками, направляя учеников на лечение по поводу психиатрического расстройства и злоупотребления алкоголем и наркотиками
- Ограничивать доступ учеников к средствам совершения суицида – токсическим и смертельно опасным лекарственным препаратам, пестицидам, огнестрельному и другому оружию и т.п.
- Предоставлять на местах учителям и другим сотрудникам школы доступ к средствам облегчения их стресса на работе.

Таблица Е.4.14 Профилактика суицида: рекомендации для специалистов в области средств массовой информации (WHO, 2000; p3)

- Пользуйтесь возможностью провести разъяснительную работу среди населения по проблеме суицида
- Избегайте представлять суицид, как сенсацию или нормальное явление, либо как способ решения проблем
- Избегайте выдвижения на передний план и излишнего повторения рассказов о суициде
- Избегайте подробного описания способов, использованных в завершенном суициде или суицидальной попытке
- Избегайте детальной информации о месте завершенного суицида или суицидальной попытки
- Тщательно подбирайте слова для краткого содержания последних известий
- Проявляйте осмотрительность при использовании фотографий и видеоматериалов
- Особенно осторожно сообщайте о суицидах, совершаемых знаменитыми людьми
- Отдавайте себе отчет в том, что сами специалисты средств массовой информации могут быть подвержены влиянию на них рассказов о суицидах
- Демонстрируйте надлежащее уважение к людям, погибшим в результате суицида
- Предоставляйте информацию о том, куда можно обратиться за помощью

В Европе в настоящее время на стадии реализации находится большое многонациональное рандомизированное контролируемое исследование (проект STYLE – аббревиатура от английского «Saving and Empowering Young Lives in Europe» – переводится, как Сохранение и поддержка молодых жизней в Европе) (Wasserman et al, 2010 ;

<http://www.seyle.eu/>). В рамках проекта STYLE будут оценены три профилактические программы: (1) поддержка учеников путем повышения их самооффективности, (2) поддержка специалистов в сфере психического здоровья в выявлении индивидов из группы риска, и (3) поддержка учителей и родителей в обнаружении случаев из группы риска и направлении в психиатрические учреждения.

НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

Этот раздел посвящен несуйцидальным самоповреждениям (НСП) у эмоционально неустойчивых пациентов, реагирующих на внутренний дистресс. Следует отметить, что причинение себе вреда может встречаться при целом ряде других психических расстройств, таких, как психозы, задержка умственного развития, общее расстройство психологического развития и тяжелая депривация. По вопросам решения проблемы причинения самому себе вреда при этих расстройствах обращайтесь к соответствующим главам данного руководства.

К несуйцидальным самоповреждениям главным образом относятся кожные повреждения (например, порезы или рассечения кожи; расковыривание ран; выскабливание, растирание или ковыряние кожи до кровотечения; нанесение себе колотых ран; засовывание предметов под кожу; самостоятельное нанесение татуировок; прожигание или замораживание участков кожи; выстригание волос; нанесение себе ударов). Также дети и подростки заглатывают острые или несъедобные объекты или пытаются отравиться без суйцидальных намерений. Отказ принимать назначенное лечение в случае тяжелой болезни или рискованное поведение, как симптом специфического психического расстройства обычно не относят к группе НСП (например, отказ от приема пищи в случае нервной анорексии, членовредительство в контексте острого психоза, аутоагрессивное поведение при умственной неполноценности). Связь между культурно санкционированным членовредительством (например, готическая сцена в некоторых западных странах, ритуалы инициации) и НСП не достаточно хорошо изучена.

Эпидемиология

Несуйцидальные преднамеренные самоповреждения – очень частое явление в экономически развитых странах. По опубликованным данным, среди молодых людей (от 9 до 12 класса школы), представителей средних и высших слоев общества США, показатель распространенности составил от 26 до 37% (Yates et al, 2008). Тем не менее, распространенность варьирует между выборками и странами. В выборках компактно проживающих групп лиц в Канаде, 17% молодых людей сообщали, что, по меньшей мере, один раз наносили себе самоповреждения (Nixon et al, 2008). Показатели в пределах от 6 до 10% были описаны в ирландской, австралийской и японской выборках (Greydanus & Shek, 2009). В одном из обзоров исследований компактно проживающих групп населения описана распространенность в пределах от 13 до 23% (Jacobson & Gould, 2007). Распространенность более высокая в позднем, чем в раннем подростковом и детском возрасте. Пиковый возраст начала НСП – между 12 и 14 годами.

Факторы риска

НСП у подростков связаны с высокой психиатрической заболеваемостью, особенно с расстройствами настроения, психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ и экстернализирующими расстройствами (Nitkowski & Petermann, 2011). Однако данные о психиатрической заболеваемости у индивидов, причиняющих самоповреждения, ограничены, поскольку они в основном относятся к клиническим выборкам. В одном из исследований среди групп населения предикторами несуицидальных самоповреждений были только суицидальные мысли, большая депрессия и нежелательные жизненные события (Garrison et al, 1993).

Кроме психопатологии, к другим факторам риска, ассоциированным с НСП относятся: физическое или сексуальное насилие в анамнезе, негативные жизненные события, также симптомы, часто связанные с психиатрическими заболеваниями (депрессия, диссоциация, тревога, алекситимия, враждебность, заниженная самооценка, антисоциальное поведение, курение, эмоциональная реактивность, дефициты эмоционального регулирования) (Jacobson & Gould, 2007). Стрессогенные жизненные события включают в себя: межличностные конфликты, потери, семейные разногласия, трудности во взаимоотношениях со сверстниками, проблемы в романтических отношениях и со школьной успеваемостью (de Kloet et al, 2011).

Jacobson et al (2008) в амбулаторном анализе сравнили четыре группы подростков: (1) без НСП, (2) только с НСП, (3) с суицидальными попытками, и (4) с суицидальными попытками плюс НСП. Они установили, что у пациентов с НСП отмечаются такие же показатели суицидального мышления, как и в группе без преднамеренных самоповреждений, что подтверждает достоверность наличия связи между суицидальными попытками и НСП. Другие результаты обращают на себя внимание следующими выводами (Jacobson & Gould, 2007):

- Депрессия, по-видимому, не является специфическим фактором риска НСП (по сравнению с суицидальной попыткой)
- Сочетание НСП с суицидальными попытками указывает на более тяжелую психопатологию
- Все факторы риска НСП, установленные эмпирическим путем, не специфичны и являются также факторами риска суицидального поведения
- Суицидальное поведение и НСП взаимосвязаны: если у пациента отмечается один из этих видов поведения, то это повышает вероятность возникновения другого (Lofthouse & Yager–Schweller, 2009).

В Таблице Е.4.15 представлены разные психологические функции, которые могут быть осуществлены с помощью НСП. В соответствии с обзором, проведенным Klonsky (2007), все эти модели, по меньшей мере, умеренно подкреплены экспериментальными доказательствами. Для анализа НСП за основу была взята теория оперантного научения (см. Таблицу Е.4.16) (Nock & Prinstein, 2004). Самоповреждающее поведение имеет аспекты позитивного и негативного подкрепления и удовлетворяет внутриличностным и межличностным (социальным) функциям.

Клиническое течение

В большинстве случаев подростки спонтанно перестают совершать НСП к тому моменту, когда становятся взрослыми. Серией исследований, в которых велось наблюдение над 1800 подростками, начиная с возраста 14 – 15 лет, было установлено, что только один из десяти наносил себе самоповреждения. Само-

Таблица Е.4.15 Предполагаемые функции несуйцидальных самоповреждений и подкрепление экспериментальными доказательствами

Функция	Описание	Доказательства
Регулирование аффекта	Уменьшить острый негативный аффект или аверсивное аффективное возбуждение	Достоверные
Анти-диссоциативная	Избавиться от чувства деперсонализации или других диссоциативных состояний	Умеренные
Анти-суйцидальная	Заместить суйцидальную попытку, избежать ее или пойти на компромисс	Умеренные
Межличностные границы	Утвердить собственную независимость или доказать отличие между собой и другими	Умеренные
Межличностное влияние	Обратиться за помощью или осуществить манипуляцию другими людьми	Умеренные
Самонаказание	Наказать себя или выразить злость по отношению к себе	Достоверные
Поиск острых ощущений	Вызвать возбуждение	Умеренные

Таблица Е.4.16 Функциональный анализ последствий несуйцидальных самоповреждений*

	Внутриличностное	Межличностное
Позитивное подкрепление	<ul style="list-style-type: none"> • Наказать себя • Почувствовать себя расслабленным 	<ul style="list-style-type: none"> • Добиться внимания или получить помощь от значимых людей • Заставить других разозлиться, наказать их или осуществить контроль
Негативное подкрепление	<ul style="list-style-type: none"> • Отвлечься от негативных мыслей и чувств (регулирование аффекта) • Что-либо почувствовать, даже если это боль (анти-диссоциация) 	<ul style="list-style-type: none"> • Уклониться от выполнения чего-либо неприятного (необходимо дифференцировать от симуляции)

*Nock and Prinstein (2004)

повреждения чаще отмечались среди девушек, а наиболее распространенными методами были – нанесение себе порезов и ожогов. Однако частота самоповреждений значительно уменьшалась к 17 годам, при этом девять из десяти, из числа тех, кто первоначально заявлял о том, что причинял себе самоповреждения, сообщали, что не совершали таких действий в возрасте от 17 до 21 года. Тенденция к нанесению себе самоповреждений с большей вероятностью сохранялась у девушек и ассоциировалась с депрессией и тревогой, антисоциальным поведением, высоким риском злоупотребления алкоголем, употреблением каннабиноидов и курением табака.

Оценка

Каждого ребенка и подростка, причинившего самоповреждения необходимо обследовать на предмет риска повторного совершения таких действий и суицидального риска. В соответствии с руководством, опубликованным NICE (2011), при проведении обследования необходимо принимать в расчет:

- Способы и частоту текущего и прошлых самоповреждений
- Текущие и прошлые суицидальные намерения
- Симптомы депрессии и их связь с самоповреждениями
- Психиатрические заболевания и их связь с самоповреждениями
- Личностный и социальный контекст, а также другие специфические факторы, предшествовавшие самоповреждениям, такие как специфические неприятные аффективные состояния или эмоции, и изменения во взаимоотношениях
- Специфические факторы риска и защитные факторы (социальные, психологические, фармакологические и мотивационные), которые могут повышать или снижать риски, ассоциированные с самоповреждениями
- Стратегии решения проблем, которые использовал индивид как для успешного ограничения, так и для предотвращения самоповреждений или для сдерживания влияния личностных, социальных или других факторов, предшествовавших эпизодам самоповреждений
- Значимые взаимоотношения, которые могут быть, как поддерживающими, так и представлять угрозу (такие как насилие или заброшенность), а также могут приводить к изменениям уровней риска
- Непосредственные и отдаленные риски.

В процесс обследования и диагностической оценки необходимо вовлекать родителей и других значимых опекунов. Индивидуальная оценка имеет важное значение, и при ее проведении необходимо принимать во внимание психологические потребности, удовлетворяемые с помощью самоповреждений, описанные в Таблице Е.4.15; у каждого пациента одна из них, или несколько, могут превалировать. В руководстве NICE не рекомендуется использовать инструменты оценки риска и шкалы в целях предотвращения будущего суицида или повторения нанесения самоповреждений.

Лечение

За подробной информацией обращайтесь, пожалуйста, к изданному NICE клиническому руководству – «Краткосрочное физическое и психологическое лечение, а также вторичная профилактика самоповреждений в условиях первичной и вторичной медицинской помощи» (The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care (NICE, 2004)). Это руководство посвящено оказанию помощи, как при НСП, так и при совершении суицидальных попыток.

Госпитализация необходима, если:

- НСП имеют место на фоне высокого суицидального риска
- НСП сочетаются с тяжелыми коморбидными расстройствами, требующими стационарного лечения
- НСП серьезно угрожает физическому здоровью или социальному функционированию пациента (например, повторно необходима хирургическая помощь, самоповреждающее поведение в школе)
- Амбулаторное лечение оказалось неэффективным
- В амбулаторных условиях невозможно провести достоверную оценку.

Пациенты, причиняющие себе тяжелые самоповреждения, могут нуждаться в таком же тщательном наблюдении, как и пациенты с высоким, или умеренным суицидальным риском. В соответствии с руководством NICE (2011), длительное лечение самоповреждений включает в себя *психообразование* пациентов и их родственников. Целями лечения могут быть:

- Предупреждение эскалации самоповреждений
- Снижение вреда, вызванного самоповреждением
- Сокращение частоты или прекращение самоповреждений
- Сокращение частоты или прекращение других видов поведения, сопряженных с риском
- Повышение уровня социального и академического функционирования
- Повышение качества жизни
- Улучшение любых нарушений психического состояния.

Необходимо разработать план управления рисками, охватывающий стратегии, направленные на все идентифицированные риски (психологические, фармакологические, социальные и связанные с взаимоотношениями). Этот план должен включать также стратегии самоуправления и способы обращения к службам, а также получения помощи в ситуации кризиса на тот случай, если стратегии самоуправления не работают.

В руководстве NICE рекомендуется также принимать во внимание *краткосрочные психологические вмешательства*, конкретно нацеленные на самоповреждения. К числу таких вмешательств можно отнести элементы когнитивно-поведенческой, психодинамической или направленной на решение проблем терапии. Терапевты должны пройти специальную подготовку по применению этих методов терапии в отношении пациентов с самоповреждениями. Стратегии

могут включать описанные ранее вмешательства в разделе, посвященном лечению суицидального поведения. Индивидуальное лечение должно быть основано на функциональном анализе самоповреждений, который учитывает: (1) побуждающий стимул, (2) тип самоповреждающего поведения и ассоциированных с ним мыслей, эмоций и ощущений, и (3) последствия самоповреждений, главным образом в свете потребностей, удовлетворяемых с помощью НСП, описанных в Таблице Е.4.15.

К альтернативным действиям, которые могут быть полезными вместо самоповреждений, относятся:

- *При низкой интенсивности побуждения к причинению себе вреда: отвлекающие действия*, например, поиграть с животным, послушать музыку, спеть, почитать, что-то написать, порисовать, позвонить другу, посчитать вдохи, принять теплую ванну, прогуляться к соседям, воспользоваться техникой медитации или релаксации, послушать или просмотреть видео с комедийным сюжетом, назвать пять видимых предметов, запахов, прикосновений и вкусов из ближайшего окружения.
- *При умеренной интенсивности побуждения к причинению себе вреда: сильно активизирующие действия, интенсивные по сенсорной нагрузке или малоболлезненные действия*, например, съесть лимон, оттянуть и резко отпустить одетую на запястье круглую резинку, пробежаться, проехаться на велосипеде, покачать пресс, побить подушку, потанцевать, с помощью красного фломастера пометить те участки кожи, где обычно наносились порезы, пожимать мячик для снятия стресса, пошуметь, покричать в подушку, порвать бумагу (старые телефонные справочники или журналы).
- *При высокой интенсивности побуждения к самоповреждениям: провести болезненную не причиняющую вреда стимуляцию*, например, пожевать горький перец, принять очень холодный душ, поместить руки в замерзающую холодную воду, пройти с сушеным горохом в обуви, потереть льдом место на коже, где обычно наносились порезы.

В тяжелых случаях рекомендуется использовать техники минимизации негативных последствий (использовать чистые и острые лезвия, избегать зон рядом с большими венами и артериями, не передавать другим людям инструментов, используемых для самоповреждений, обеспечить профилактику столбняка, иметь доступ к скорой неотложной помощи и овладеть базовыми знаниями по первичной медицинской помощи; избегать употребления алкоголя/наркотиков совместно с причинением самоповреждений).

Несмотря на обнадеживающие результаты, полученные в пилотных исследованиях, экспериментальных данных об эффективности психологических вмешательств, включая диалектическую поведенческую терапию, в лечении самоповреждений у подростков все еще недостаточно (Wilkinson & Goodyer, 2011). Нет также доказательств в пользу применения медикаментов для снижения интенсивности самоповреждающего поведения, хотя лекарственные препараты могут быть показаны для лечения коморбидных расстройств.

E

СПИСОК
ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
- Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:39–48.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Disorders*, 4th ed. Text Revision (DSM-IVTR). American Psychiatric Association, Washington (DC).
- Axelson D, Birmaher B, Strober M et al (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63:1139-1148.
- Biederman J, Klein RG, Pine DS et al (1998) Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37:1091-1096
- Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1981;22:73-88.
- Birmaher B, Axelson D (2005). Pediatric Psychopharmacology, In Sadock BJ, Sadock VA (eds) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. Lippincott, Williams, and Wilkins, Philadelphia, pp. 3363-3375.
- Birmaher B, Axelson D, Strober M et al (2009c). Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, 11:52-62.
- Birmaher B, Brent D and the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46:1503-1526.
- Birmaher B, Brent D. Treatment resistant depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:209-219.
- Brooks SJ, Krulewicz S, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003; 13:337–349.

- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry* 60: 991-997
- Copeland WE, Angold A, Costello EJ et al (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *The American Journal of Psychiatry* 170:173-179
- Copeland WE, Shanahan L, Egger H, et al (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry* 171: 668-674
- Correll CU, Sheridan EM, DelBello MP (2010). Antipsychotic and mood stabilizer efficacy and tolerability in pediatric and adult patients with bipolar I mania: a comparative analysis of acute, randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar Disorders*, 12:116-141.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837-844.
- Diler RS (2007). *Pediatric Bipolar Disorder: A Global Perspective*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ et al (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine* 44:2339-2350
- Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ et al (2016). Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later. *Psychological Medicine* 46:1103-1114
- Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry* 22: 149-161
- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L et al. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(8):1024–1027.
- Fleck DE, Cerullo MA, Nandagopal J et al (2010). Neurodevelopment in bipolar disorder: a neuroimaging perspective. In Miklowitz DJ, Cicchetti D (eds) *Understanding Bipolar Disorder: A Developmental Psychopathology Perspective*. New York: The Guilford Press, pp259-281.
- Fristad MA (2006). Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18:1289-1306.
- Fristad MA, Wolfson H, Algorta GP et al (2016). Disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder not otherwise specified: Fraternal or identical twins? *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 26:138-146.
- Henry DB, Pavuluri MN, Youngstrom E et al (2008). Accuracy of brief and full forms of the Child Mania Rating Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 64:368-381.

- Hlastala SA, Kotler JS, McClellan JM et al (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety*, 27:457-464.
- Holtmann M, Becker A, Banaschewski T et al (2011b). Psychometric validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile. *Psychopathology* 44: 53-59
- Hudziak JJ, Althoff RR, Derks EM et al (2005). Prevalence and genetic architecture of Child Behavior Checklist-juvenile bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 58:562-568
- James A, Hoang U, Seagroatt V et al (2014). A comparison of American and English hospital discharge rates for pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53:614-624
- Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL et al. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30:196-204.
- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:550-560.
- Jucksch V, Salbach-Andrae H, Lenz K et al (2011). Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:686-695
- Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A et al (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders*, 7:483-496.
- Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A et al (2013). Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 35 (Sup 1):S32-39
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142.
- Leibenluft E, Rich BA (2008). Pediatric bipolar disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4:163-187.
- Liu HY, Potter MP, Woodworth KY et al (2011). Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:749-762 e739.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline Number 28. Leicester, UK: The British Psychological Society 2005.
- Nivoli AM, Colom F, Murru A et al (2011). New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129:14-26.

- Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B et al (2006). Child mania rating scale: development, reliability, and validity.
- Pavuluri MN, West A, Hill SK et al (2009). Neurocognitive function in pediatric bipolar disorder: 3-year follow-up shows cognitive development lagging behind healthy youths.[see comment]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:299-307.
- TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1132-1144.
- US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 2009; 123:1223-1228.
- Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72:1250-1256.
- Wagner KD, Hirschfeld RM, Emslie GJ et al (2006). Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67:827-830.
- WHO Model List of Essential Medicines 16th list (updated) March 2010.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE et al (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133:429-435.