

doctorsan.ru  
psyandneuro.ru

# ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ



Представляем вашему вниманию обзорный перевод  
«Клинических рекомендаций по оценке и лечению  
суицидального поведения» Американской  
психиатрической ассоциации, подготовленный совместными  
усилиями научного интернет-портала  
«Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии  
«Доктор САН» (Санкт-Петербург)

**Американская Психиатрическая Ассоциация  
Организационный комитет по практическим рекомендациям**

John S. McIntyre, M.D., Chair  
Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair

Daniel J. Anzia, M.D.  
Ian A. Cook, M.D.  
Molly T. Finnerty, M.D.  
Bradley R. Johnson, M.D.  
James E. Ninger, M.D.  
Paul Summergrad, M.D.  
Sherwyn M. Woods, M.D., Ph.D.  
Joel Yager, M.D.

Area and Component Liaisons  
Robert Pyles, M.D. (Area I)  
C. Deborah Cross, M.D. (Area II)  
Roger Peele, M.D. (Area III)  
Daniel J. Anzia, M.D. (Area IV)  
John P. D. Shemo, M.D. (Area V)  
Lawrence Lurie, M.D. (Area VI)  
R. Dale Walker, M.D. (Area VII)  
Mary Ann Barnovitz, M.D.  
Sheila Hafter Gray, M.D.  
Sunil Saxena, M.D.  
Tina Tonnu, M.D.

Medical Editors, Quick Reference Guides  
Michael B. First, M.D.  
Laura J. Fochtmann, M.D.

Staff  
Robert Kunkle, M.A., Senior Program Manager  
Amy B. Albert, B.A., Assistant Project Manager  
Claudia Hart, Director, Department of Quality Improvement  
and Psychiatric Services  
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., Director, Division of Research

## А. Оценка суицидального поведения

В Табл. 1 указаны обстоятельства, при которых такая оценка должна проводиться

### 1. Подробное психиатрическое обследование.

#### Выявите признаки и симптомы заболеваний.

- Определите, есть ли признаки, указывающие на определенный психиатрический диагноз.
- Определите симптомы, которые могут повышать риск суицида: агрессивность, склонность к насилию, импульсивность, чувство безнадежности, ажитация, тревожность, ангедония, продолжительная бессонница, панические атаки.

#### Оцените суицидальное поведение в прошлом, в том числе склонность к самоповреждению.

- В отношении каждой попытки соберите информацию о поводах, времени, намерении, последствиях и степени вреда.
- Выясните, употреблялись ли спиртные напитки и наркотики перед попыткой.
- Очертите межличностные аспекты попытки, чтобы понять, что подтолкнуло к попытке (e.g. кто присутствовал при совершении попытки или кому было сообщено о попытке).
- Определите, что пациент думал о попытке (e.g. представление о летальности, амбивалентное отношение к жизни, визуализация смерти, степень подготовленности, постоянство суицидальных мыслей, реакция на попытку).

#### Ознакомьтесь с историей лечения.

- Ознакомьтесь с историей психиатрического лечения (e.g. прошлые и коморбидные диагнозы, госпитализации и другое лечение, суицидальные идеи в прошлом).
- Ознакомьтесь с историей лечения соматических болезней (e.g. определите, нанесли ли суицидальные попытки серьезный вред здоровью, а также какие у пациента были и есть медицинские диагнозы).
- Оцените силу и стабильность актуальных и предыдущих терапевтических отношений.

## 1. Подробное психиатрическое обследование.

### Выясните семейную историю суицидов, психических болезней и дисфункций.

- Расспросите о случаях суицида в семье, попытках суицида, госпитализациях в психиатрический стационар, психических болезнях, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ.
- Выясните обстоятельства суицидов родственников первой линии, был ли пациент вовлечен в это, сколько ему и его родственнику было лет.
- Выясните семейную ситуацию в детстве и сейчас, в том числе историю конфликтов, расставаний, проблем с законом, употребления психоактивных веществ, домашнего насилия, физического и/или сексуального насилия.

### Разберитесь в текущей ситуации и природе кризиса.

Острый психосоциальный кризис или хронический психосоциальный стресс могут повышать риск суицида (e.g. финансовые трудности или проблемы с законом; межличностные конфликты или потери; стрессы у ЛГБТ молодежи; проблемы с жильем; потеря работы; сложности с учебой).

### Оцените сильные и слабые стороны пациента.

Навыки справляться с проблемами, черты личности, стиль мышления, психологические потребности могут влиять на риск суицида и планирование суицида.

**ТАБЛИЦА 1** **Обстоятельства, в которых следует оценить вероятность суицида**

- Отделение неотложной помощи, оценка степени кризиса
- Оценка при поступлении (в стационар или амбулаторию)
- Перед изменением статуса пациента или условий лечения (e.g. прекращение индивидуального наблюдения, выписка из стационара)
- Резкое изменение клинической картины (стремительное ухудшение или внезапное, драматичное улучшение)
- Отсутствие улучшений или постепенное ухудшение, вопреки лечению
- Ожидание или переживание произошедшей значительной потери в личных отношениях, или наличие психосоциального стрессора (e.g. развод, финансовые проблемы, проблемы с законом, унижительное положение)
- Начало соматического заболевания (особенно, если оно угрожает жизни, может обезобразить человека или связано с сильной болью или потерей функциональности)

**2. Расспросите о мыслях о суициде и планах совершения**

В Табл. 2 см. конкретные вопросы.

**→ Определите наличие суицидальных идей.**

- Обратитесь к мыслям пациента о жизни, задав вопрос "Какой вы видите жизнь сейчас?" или "У вас было такое чувство, что вам не стоит жить дальше?" или "Хотелось вам когда-либо лечь спать и не проснуться?"
- Сконцентрируйтесь на природе, частоте, силе и продолжительности суицидальных мыслей и проясните их личностный, ситуационный и симптоматический контекст.
- Поговорите с членами семьи или друзьями о том, замечали ли они в поведении или мыслях пациента признаки суицидальных наклонностей.
- Если пациент при первой беседе находится под влиянием алкоголя или наркотиков, его суицидальность нужно перепроверить позднее.

## 2. Расспросите о мыслях о суициде и планах совершения (продолжение)

### → **Определите наличие или отсутствие плана суицида.**

- Соберите подробную информацию о конкретном плане суицида и о тех шагах, которые были сделаны для реализации этого плана.
- Выясните, что пациент думает о летальности выбранного метода - это может быть так же важно, как актуальная летальность метода.
- Выясните, какие обстоятельства могут подтолкнуть пациента к суициду (e.g. развод, приговор к лишению свободы, потеря жилплощади) и оцените возможность реализации плана в ближайшее время.

### → **Оцените степень суицидальности, в том числе намерение и летальность выбранного способа.**

Выясните мотивацию, серьезность и силу стремления умереть, а также узнайте о плане и летальности выбранного метода.

### → **Примите во внимание то, что у шкал оценки суицидальности очень низкая прогностическая ценность и поэтому они не позволяют надежно оценить риск суицида.**

Тем не менее, они могут быть полезны для построения диалога о суициде с пациентом.

## **ТАБЛИЦА 2 Вопросы для выяснения отдельных аспектов суицидальности**

### **Начните с вопросов о том, что пациент думает о жизни:**

- У вас было чувство, что вам не стоит жить дальше?
- Хотелось вам когда-либо лечь спать и не проснуться?

### **Продолжите вопросами о смерти, самоповреждении или суициде:**

- Вы думали в последнее время о смерти?
- Бывало ли такое состояние, что вам хотелось нанести себе вред?

### **Если были мысли о самоповреждении или суициде, спросите:**

- Как часто появляются такие мысли (частота, навязчивый характер, возможность контролировать эти мысли)?
- Насколько вероятно то, что вы когда-нибудь реализуете эти мысли?
- Как вы представляете себе, что произойдет после вашего суицида (e.g. освобождение, воссоединение со значимым другим, перерождение, какой будет реакция других)?
- Вы продумывали, как нанесете себе вред или убьете себя? Если да, то каким был этот план?

### **Если попытки суицида и самоповреждения уже совершались, те же вопросы можно задавать в отношении суицидального поведения в прошлом. Дополнительные вопросы могут быть общими или касаться конкретных методов:**

- Опишите, что произошло (e.g., обстоятельства, предпосылки, представление о будущем, употребление алкоголя или наркотиков, метод суицида, замысел, серьезность последствий)?
- Что вы ожидали (e.g. уснуть, травмироваться, умереть, получить реакцию от конкретного человека)?
- Какое лечение было после этого (e.g. соматическое, психиатрическое, отделение неотложной помощи, амбулатория, стационар)?

### **Если суицидальные мысли и попытки повторялись:**

- Как часто вы пытались нанести себе вред (покончить с собой)?
- Когда была последняя попытка?
- Опишите свои мысли в момент, когда вы были ближе всего к совершению суицида.

### **Если у пациента психоз, спросите о галлюцинациях и бреде:**

- Вы когда-нибудь делали то, что вас просили голоса? (Почему вы их слушались? Что мешало сопротивляться?)
- Бывало так, что голоса говорили вам, чтобы вы нанесли себе вред или покончили с собой? (Как часто? Что происходило?)
- Есть что-то, за что вы себя вините?

### **Выясните, есть ли риск того, что пациент причинит вред не только себе, но и другим?**

- Есть люди, которые, по вашему мнению, ответственны за то, что вы переживаете (e.g. идеи преследования, бред воздействия). Вы хотите навредить им?
- Вы хотели бы, чтобы кто-то умер вместе с вами?
- Есть такие люди, кто не сможет жить без вас?

### 3. Проведите многоосевую диагностику.

→ **Отметьте все существующие и прошлые диагнозы I и II осей, включая те, что находятся в стадии ремиссии.**

→ **Определите физические болезни (ось III), т. к. эти диагнозы тоже могут повышать риск суицида.**

→ **Составьте список психосоциальных стрессоров (ось IV), острых или хронических. Учитывайте степень важности тех или иных событий для пациента.**

→ **Оцените изначальный и данный уровни функционирования (ось V).**

### 4. Проведите оценку риска суицида.

→ **Выявите факторы, которые могут повысить или понизить риск.**

- Самый значительный фактор риска - это наличие психического расстройства.
- Соматические заболевания также ассоциируются с повышенной вероятностью суицида. Определенные медицинские состояния, ассоциируемые с повышением риска - в Таблице 3.
- Дополнительные факторы риска - а Таблице 3, защитные факторы - в Таблице 4.
- Риск суицида повышают почти все психические расстройства (Таблица 5).



**ТАБЛИЦА 3 Факторы, повышающие риск суицида**

**Суицидальное поведение**

- Суицидальные идеи (сейчас и в прошлом)
- Суицидальные планы (сейчас и в прошлом)
- Попытки суицида (включая остановленные самостоятельно или прерванные другими людьми)
- Летальность суицидальных планов и попыток
- Намерение совершить суицид

**Психиатрические диагнозы**

- Большое депрессивное расстройство
- Биполярное расстройство (в основном депрессивные или смешанные состояния)
- Шизофрения
- Анорексия
- Алкоголизм
- Наркомания
- Расстройства личности кластера В (в особенности пограничное расстройство личности)
- Коморбидность расстройств оси I и/или оси II

**Соматические заболевания**

- Болезни нервной системы
  - Рассеянный склероз
  - Болезнь Гентингтона
  - Травма головного и спинного мозга
  - Судороги
- Злокачественные новообразования
- ВИЧ/СПИД
- Язвенная болезнь
- Хроническая обструктивная болезнь легких, особенно у мужчин
- Хроническая почечная недостаточность с показаниями к гемодиализу
- Волчанка
- Болевые синдромы
- Функциональные нарушения

**Психосоциальные особенности**

- Недостаток социальной поддержки (жизнь в одиночестве)
- Безработица
- Падение социоэкономического статуса
- Плохие отношения с семьей<sup>а</sup>
- Домашнее насилие<sup>б</sup>
- Недавно пережитые стрессовые события

**Детские травмы**

- Сексуальное насилие
- Физическое насилие

**Генетические и семейные особенности**

- Семейная история суицидов (в особенности у родственников первой линии)
- Семейная история психических болезней, в том числе алкоголизма и наркомании

**Психологические особенности**

- Чувство безнадежности
- Психическая боль<sup>а</sup>
- Тяжелая, непрекращающаяся тревога
- Панические атаки
- Чувство стыда и униженности<sup>а</sup>
- Психологические потрясения<sup>а</sup>
- Пониженная самооценка<sup>а</sup>
- Исключительная нарциссическая уязвимость

**Особенности поведения**

- Импульсивность
- Агрессивность, склонность к насилию
- Ажитация

**Когнитивные особенности**

- Ухудшение исполнительных функций<sup>б</sup>
- Туннельное мышление
- Поляризованное мышление
- Закрытость в отношении новых идей

**Демографические особенности**

- Мужской пол<sup>с</sup>
- Вдовство, развод, безбрачность, особенно для мужчин
- Пожилой возраст (возрастная группа с наивысшим пропорциональным риском)
- Подростки и молодежь (возрастные группы с наибольшим количеством суицидов)
- Геи, лесбиянки или бисексуалы<sup>б</sup>

**Другие особенности**

- Интоксикация психоактивными веществами (при отсутствии алкоголизма или наркомании)
- Нестабильные или плохие отношения с врачом<sup>а</sup>

<sup>а</sup>Связь с повышением риска суицида основана на клиническом опыте, а не на доказательствах, полученных при проведении исследований.

<sup>б</sup>Есть связь с повышенной вероятностью попыток суицида, но нет доказательств связи с суицидами per se.

<sup>с</sup>В отношении попыток суицида у женщин риск выше, чем у мужчин.

**ТАБЛИЦА 4 Защитные факторы**

- Дети в доме<sup>a</sup>
- Чувство ответственности за семью<sup>b</sup>
- Беременность
- Религиозность
- Удовлетворенность жизнью
- Способность тестировать реальность<sup>b</sup>
- Умение справляться со стрессом<sup>b</sup>
- Умение решать проблемы<sup>b</sup>
- Наличие социальной поддержки
- Хорошие отношения с врачом<sup>b</sup>

<sup>a</sup>За исключением послеродового психоза или расстройства настроения.

<sup>b</sup>Связь с повышением риска суицида основана на клиническом опыте, а не на доказательствах, полученных при проведении исследований.

**ТАБЛИЦА 5 Психические расстройства и риск суицида у лиц, ранее совершавших попытки<sup>a</sup>**

Состояние	Число исследований	Стандартизованный коэффициент смертности (SMR) <sup>b</sup>	Годовой уровень суицидов (%)	Риск суицида в течение жизни (%)
Попытки суицида в прошлом	9	38.4	0.549	27.5
Психические расстройства				
Пищевые расстройства	15	23.1		
Депрессия	23	20.4	0.292	14.6
Злоупотребление седативами	3	20.3		
Наркомания	4	19.2	0.275	14.7
Биполярное расстройство	15	15.0	0.310	15.5
Злоупотребление опиоидами	10	14.0		
Дистимия	9	12.1	0.173	8.6
ОКР	3	11.5	0.143	8.2
Паническое расстройство	9	10.0	0.160	7.2
Шизофрения	38	8.45	0.121	6.0
Расстройства личности	5	7.08	0.101	5.1
Алкоголизм	35	5.86	0.084	4.2
Психические болезни в детстве	11	4.73		
Злоупотребление каннабисом	1	3.85		
Неврозы	8	3.72		
Умственная отсталость	5	0.88		

<sup>a</sup>Основано на мета-анализе 249 публикаций, сделанных в 1966-1993 гг. (Harris EC, Barraclough B. "Suicide as an Outcome for Mental Disorders: A Meta-Analysis." *British Journal of Psychiatry* 170:205-228, 1997)

<sup>b</sup>SMR – отношение наблюдаемой смертности к ожидаемой смертности, величина, оценивающая риск смерти от суицида при определенных условиях. В целом в популяции SMR равен 1,0, с годовым уровнем суицидов 0,014 % и риском суицида в течение жизни равном 0,72 %.

## В. Психиатрическое лечение

### 1. Установите и поддерживайте терапевтический альянс.

- Суицидальные наклонности и поведение могут рассматриваться в контексте отношений доктор-пациент с главной целью — уменьшить риск суицида.
- Взять на себя ответственность за лечение пациента — это не то же самое, что взять на себя ответственность за жизнь пациента.

### 2. Позаботьтесь о безопасности пациента.

Организуйте постоянное наблюдение за пациентами с предположительно высоким риском суицида, находящимися в отделении неотложной помощи или в стационаре, до того момента, пока не выяснится реальный уровень риска суицида.

Устраните из палаты все потенциально опасные предметы и обеспечьте сохранность предметов, принадлежащих пациенту.

В поисках опасных предметов проведите обыск.

### **3. Определите условия лечения.**

→ **Лечите в условиях, обеспечивающих одновременно минимум ограничений и максимум безопасности и эффективности (см. Табл. 6).**

→ **Примите во внимание риск суицида и потенциальную опасность для других людей.**

→ **В ходе лечения оценивайте выгоду от возможных изменений условий лечения.**

### **4. Составьте план лечения.**

→ **Рассмотрите все положительные и отрицательные стороны того или иного метода, а также примите во внимание предпочтения пациента.**

→ **Проясните вопрос со злоупотреблением психоактивными веществами.**

→ **На ранних стадиях лечения активно наблюдайте за результатами.**

→ **Ознакомьте амбулаторных пациентов с руководством по контролю над суицидальными тенденциями или другими симптомами, которые могут появиться в перерывах между визитами к врачу.**



**ТАБЛИЦА 6 Выбор условий лечения пациентов с риском суицида (продолжение)**

	Госпитализация		Госпитализация может быть необходимой	Возможен перевод из отделения неотложной помощи	Амбулаторное лечение предпочти- тельное стационара
	обычно показана	показана			
<b>Попытки суицида не было, но есть намерение . . .</b>					Да
Детальный план с высокой летальностью	Да				
Сильное желание совершить суицид	Да				
Психоз		Да			
Депрессия		Да			
Попытки в прошлом, особенно если были серьезные медицинские последствия		Да			
Медицинские состояния, влияющие на суицидальные тенденции (e.g. острое неврологическое расстройство, рак, инфекции)		Да			
Отсутствие ответа на лечение в дневном стационаре или амбулатории		Да			
Потребность в наблюдении за ответом на лекарства или потребность в ЭСТ		Да			
Потребность в наблюдении, анализах и диагностических исследованиях, которые проводятся в стационаре		Да			
Отсутствие семейной и/или социальной поддержки		Да			
Сложности с организацией встреч с врачом при амбулаторном лечении		Да			



### **5. Координируйте работу с другими врачами.**

→ Четко распределите роли, наладьте коммуникацию в команде и составьте план на случай кризиса.

→ Поддерживайте общение с врачами, лечащими соматические болезни пациента, или другими профессионалами в области психического здоровья. Определитесь со способом связи в случае значительных клинических изменений.

### **6. Укрепляйте приверженность лечебному плану.**

→ Установите позитивные отношения с пациентом.

→ Создайте атмосферу, в которой пациенту будет легко говорить о положительных и отрицательных сторонах процесса лечения.

### **7. Обучайте пациента и членов его семьи.**



## 8. Заново оцените риск суицида.

→ **Повторяйте оценку риска суицида, по причине изменчивой природой суицидальности (см. Табл. 1).**

→ **Проводите оценку риска в стационаре на важных стадиях лечения (e.g. при смягчении контроля, резком изменении состояния психики и перед выпиской).**

→ **Повторите оценку суицидальности, если пациент при первой беседе был под воздействием алкоголя или наркотиков.**

## 9. Следите за психическим статусом и ответом на лечение.

- 
- Мониторинг особенно важен на ранних этапах лечения, поскольку некоторые препараты дают терапевтический эффект только через несколько недель.
  - Когда симптомы депрессии начинают ослабевать, но еще полностью не исчезли, риск суицида может повыситься.

## 10. Получите консультацию.

- 
- Консультация поможет в мониторинге и проработке вопросов контрпереноса.
  - Консультация важна для подтверждения правильности выбранного плана лечения или выборе другой лечебной стратегии.

## С. Виды лечения

### 1. Биологический подход

→ Значительная связь между депрессивными расстройствами и суицидом указывает на пользу **антидепрессантов**.

→ Длительное поддерживающее лечение **солями лития** пациентов с рекуррентным биполярным расстройством и большим депрессивным расстройством ассоциируется с существенным снижением риска суицида и попыток суицида.

→ Нет убедительных доказательств того, что риск суицидального поведения снижается какими-либо другими «**стабилизирующими настроение**» **антиконвульсантами**.

→ Есть данные о том, что применение **клозапина** у пациентов с шизофренией снижает уровень суицидальных попыток и суицидов. Другие **антипсихотики** первого и второго поколения могут тоже снижать риск суицида, в особенности у пациентов с сильной ажитацией.

→ Тревожность является значительным и поддающимся изменению фактором риска суицида, поэтому использование **антитревожных препаратов** может снизить этот риск. Но **бензодиазепины** иногда растормаживают агрессивное и опасное поведение и увеличивают импульсивность, в особенности у пациентов с пограничным расстройством личности.

→ **ЭСТ** может, по крайней мере, на короткое время ослабить суицидальные идеи.

## 2. Психотерапия

Клинический консенсус говорит, что **психосоциальные мероприятия и психотерапия** приносят пользу.

## D. Документация и управление рисками

### 1. Общие вопросы, связанные с суицидом

- Критически важно внести в медкарту данные об оценке риска суицида.
- Об управлении рисками см Табл. 7.

### 2. Антисуицидальный контракт

- Расчет на антисуицидальный контракт может ослабить бдительность врача при сохранении суицидального состояния пациента.
- Нежелание пациента принимать антисуицидальный контракт указывает на необходимость пересмотреть терапевтический альянс и риск суицида.
- Не рекомендуется использовать антисуицидальный контракт в экстренных ситуациях; с только что поступившими в стационар и незнакомыми пациентами; с пациентами в состоянии ажитации, психоза, импульсивными пациентами; или с пациентами под влиянием психоактивных веществ.

**ТАБЛИЦА 7 Управление рисками и документация при диагностике и лечении пациентов с риском суицида**

**Сотрудничество, коммуникация и альянс между врачом и пациентом**

**Аккуратное и внимательное ведение документации:**

- Оценка риска
- Фиксирование процесса принятия решений
- Описание изменений в лечении
- Записи о коммуникации с другими врачами
- Записи о телефонных разговорах с пациентом или членами семьи
- Список рецептов
- Записи о лечении в прошлом, в особенности, о том, что касается прошлых попыток суицида

**Критически важные моменты в документации:**

- Первый осмотр или госпитализация
- Появление суицидального поведения
- Значимые клинические изменения
- Для пациентов в стационаре этапы перед смягчением контроля или перед выпиской

**Отслеживание проблем с переносом и контрпереносом, мешающих выносить клинические суждения**

**При необходимости консультация и получение второго мнения**

### 3. Общение со значимыми другими

Если пациент опасен (или, вероятно, становится таким) для себя или для других, и отвергает мероприятия по снижению рисков, психиатр вправе нарушить конфиденциальность в той мере, в которой это послужит безопасности пациента и других людей.

### 4. После совершенного суицида

- Убедитесь, что медкарта пациента содержит полную информацию.
- Беседа с членами семьи будет уместной, она может смягчить переживания и поможет потрясенным членам семьи.
- В беседе нельзя раскрывать конфиденциальную информацию о пациенте, винить или оправдывать себя.

### 5. Помощь членам семьи и друзьям самоубийцы

Сразу после смерти пациента предложите членам семьи и друзьям помощь, чтобы снизить риск ухудшения их психического здоровья.