

ЗАВЕРШЕННЫЙ СУИЦИД

Эпидемиология

Завершенный суицид до 12 лет встречается очень редко, а после этого возраста - все чаще и чаще с пиком частоты у пожилых. В Британии на миллион детей в возрасте 10-14 лет примерно пять суицидов в год (включая установленные самоубийства и более распространенные «смерти от неустановленных причин», которые очень часто являются суицидами). У 15-19-летних частота самоубийств возрастает примерно до 30 на миллион, и этот уровень еще существенно ниже, чем у взрослых. Мужской пол преобладает во всех возрастах, отчасти отражая пристрастие мужского пола к насильственным и более летальным методам (повешение, использование огнестрельного оружия и электрического тока) в отличие от пристрастия женского пола к отравлению (по большей части анальгетиками и антидепрессантами). В разных странах и у разных народов частота различна, например она выше в США, где частота самоубийств у белых примерно на 50% выше, чем у черных. Частота самоубийств у тинейджеров в Европе и США возросла между началом 1950-х и концом 1980-х, особенно у лиц мужского пола. Этому много возможных оснований, но одно из наиболее правдоподобных - сопутствующий рост употребления наркотиков и алкоголя. Начиная с конца 1980-х, частота самоубийств у лиц и мужского и женского пола снизилась примерно на 20%, несмотря на неизменную частоту употребления наркотиков и алкоголя. Обусловлена ли эта долгожданная тенденция улучшением лечения подростковой депрессии, как полагают некоторые, еще не известно.

Что защищает младших детей?

Несмотря на то, что дети обычно полагают, что смерть обратима, представляется неправдоподобным, что это убеждение подавляет суицидальные мысли или действия. Более правдоподобны следующие факторы защиты: относительная редкость тяжелых депрессивных расстройств и проблем злоупотребления психоактивными веществами до полового созревания; когнитивная зрелость, недостаточная для того, чтобы испытывать глубокую безнадежность или планировать успешный суицид; ограниченный доступ к летальным методам; и наличие поддерживающей сети взаимоотношений дома или в школе.

Фоновые факторы

- (1) **Разрушенная семейная обстановка**, например разбитый дом, супружеский разлад, смерти.
- (2) **Члены семьи с психическим расстройством** – это главным образом:
 - (а) злоупотребление алкоголем и наркотиками
 - (б) депрессия и другие эмоциональные расстройства
 - (в) суицид и самоповреждение
- (3) **Психическое расстройство у молодого человека.** Ретроспективная оценка старших тинейджеров посредством «психологической аутопсии» позволяет полагать, что более чем у 90% было какое-либо психическое расстройство, при этом у лиц обоего пола чрезвычайно часто встречаются аффективные расстройства, но часто встречаются и расстройство поведения и злоупотребление психоактивными веществами, особенно у лиц мужского пола. До половины из них контактировали со специалистами в связи с проблемами психического здоровья. Распространенность психических расстройств, вероятно, несколько ниже у младших тинейджеров, которые соответственно более вероятно реагируют на недавнее огорчение или на-

двигающуюся угрозу (например, оставлен/а девушкой/парнем или неминуемо придут плохие сведения из школы).

- (4) **Примеры успешного суицида или суицидальной попытки.** Включают семью, друзей и средства информации, особенно телевидение.
- (5) **Один или несколько предшествующих эпизодов умышленного самоповреждения** - примерно в 40% случаев. Кроме того, в течение 24 часов, предшествующих акту суицида, многие угрожали самоубийством или проявляли суицидальное поведение.
- (6) **Доступность высоколетальных средств.** Например, в США наиболее распространенным средством является ружье, которое недостаточно хорошо спрятали под замок, а в Британии, где ружьями владеет гораздо меньше семей, это относительно редкое средство.

Кристаллизующие факторы и мотивация

Подростковые суициды редко планируются тщательно, долго и заблаговременно – чаще всего это импульсивные реакции на кристаллизующий стресс. У младших тинейджеров наиболее распространенный кристаллизатор – дисциплинарный кризис, когда у молодого человека возник конфликт со школой или милицией, и это должно открыться родителям. Другие кристаллизаторы представляют проблемы с психотическим родителем и ссоры с родителями, друзьями или с парнем/девушкой. Молодые люди, не посещающие школу, в то время могут быть подвержены особому риску из-за недостаточной поддержки. Судя по запискам самоубийц, обычная мотивация – желание избежать недавнего кризиса, при этом проявляемый гнев чаще направлен вовне, на других людей или враждебные обстоятельства, а не внутрь, на самого себя.

УМЫШЛЕННОЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЕ (УСП)

УСП (суицидальная попытка, парасуицид) в детском и подростковом возрасте встречается примерно в тысячу раз чаще, чем завершённый суицид. В США среди 14-17-летних школьников примерно 15-25% сообщают, что в предшествующие 12 месяцев всерьёз думали о самоубийстве, 8-9% - что умышленно повредили себя, в результате чего примерно одна треть из них получали медицинскую помощь. Среди 15-16-летних англичан данные сходны: 22% сообщают о суицидальных мыслях за предшествующие 12 месяцев, 7% повредили себя, и примерно одна восьмая из них получила медицинскую помощь. До 12 лет УСП чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. В возрасте тинейджеров (с 13 до 20) это соотношение разительным образом меняется на противоположное - преобладание лиц женского пола, по меньшей мере, 2:1 (в клинических исследованиях гораздо больше). Самая распространённая форма УСП, особенно у лиц женского пола, - самоотравление. Между началом 1950-х и концом 1980-х частота УСП разительно возросла, но с тех пор постоянно снижается.

Фоновые факторы

- (1) Недостаток поддерживающих взаимоотношений в семье. Связь с «разбитым домом», помещением в детский дом и с недостаточно тёплой, высококонфликтной семейной средой с плохим общением. Часто в центре конфликта с родителями - роли, обязанности и ограничения.
- (2) Члены семьи с психическим расстройством. Родители, особенно отцы, часто злоупотребляют алкоголем.
- (3) Почти у всех в истории болезни текущее или недавнее психическое расстройство, чаще всего депрессия, тревога, расстройство поведения или наркомания. Тем не менее, у большинства *нет* стойкой тяжёлой депрессии.

- (4) История физического или сексуального насилия. Дети, с которыми плохо обращаются, могут быть особенно склонны ненавидеть себя.
- (5) Часто встречаются проблемы в школе или на работе. Академические достижения обычно ниже среднего и, как правило, бывают проблемы, связанные с учителями и сверстниками. У старших тинейджеров часто встречается безработица.
- (6) Члены семьи, друзья и сообщения в средствах информации могут давать примеры для подражания. Хорошо описано заражение в пределах подростковых отделений стационаров.
- (7) Примерно 10-20% совершали предыдущую попытку.
- (8) Поскольку УСП почти всегда совершается под влиянием момента, импульсы более вероятно приведут к действиям, когда есть непосредственный доступ к лекарственным препаратам - прописанным или отпускаемым без рецепта.

Кристаллизующие факторы

Очевидный кристаллизатор в течение двух дней до УСП может быть установлен примерно в двух третях случаев; там, где нет идентифицируемого кристаллизатора, более вероятно психическое расстройство. Во многих случаях для индивидуума, ставшего уязвимым под влиянием многочисленных предшествовавших и сопутствующих неприятностей, относительно небольшой дополнительный стресс кажется «последней каплей». Острые кристаллизаторы иногда инициируют УСП у молодых людей, хорошо приспособленных во всем остальном. Наиболее распространенные кристаллизаторы - ссоры с семьей, друзьями или парнем/девушкой. УСП может также спровоцировать эпизод физического или сексуального насилия.

Мотивация

В то время, когда они повреждают себя, молодые люди обычно на кого-то злятся или чувствуют себя одинокими и ненужными. Беспокойство о будущем больше выражено у старших тинейджеров. Безднажность выражена только у меньшей части с тяжелой депрессией. УСП обычно отражает страстное желание получить временную передышку в мучительных обстоятельствах (действуя в некоторой степени сходно с тем, чтобы напиться) или желание повлиять на семью и друзей. И редко это «крик о помощи», обращенный к специалистам (отчасти поэтому обычно отвергаются предложения помощи от специалистов). Обстоятельства УСП обычно не позволяют предполагать серьезного намерения умереть или заблаговременного планирования. УСП обычно импульсивно: примерно половина молодых людей замыслиют его менее чем за 15 минут перед тем, как осуществить. С другой стороны, лишь 10-15% думают о самоповреждении более одного дня.

Оценка

Широко признается, что всем детям и подросткам, которые повреждают себя, следует пройти оценку психического здоровья и психосоциальную оценку, но это мнение больше обязано здравому смыслу и предусмотрительности, чем веским доказательствам того, что именно всесторонняя, а не избирательная оценка снижает частоту последующих рецидивов со смертельным исходом. В оценке может участвовать детский психиатр, но равным образом могут участвовать и соответственно подготовленная медсестра, социальный работник или другой специалист по психическому здоровью. Информантов можно интервьюировать сразу же, а оценку молодого человека, возможно, потребует отложить до тех пор, пока не пройдет токсическое действие передозировки. Оценка должна охватывать следующие сферы:

- (1) Обстоятельства самоповреждения и выраженность суицидального намерения (вставка 11.1).
- (2) Возможные кристаллизующие факторы в предшествующие дни.

- (3) Предрасполагающие факторы – предыдущие и нынешние обстоятельства жизни, история семьи, примеры суицидального поведения.
- (4) История болезни и обследование психического состояния, чтобы оценить текущий психиатрический статус и риск суицида. Нарастают ли прогрессивно суицидальные разговоры и поведение?
- (5) Эпизод самоповреждения характерен для длительно существующих трудностей при совладании со стрессом или получении поддержки более адаптивным способом?
- (6) Отношение индивидуума и семьи к профессиональной помощи.

Вставка 11.1 Характеристики, указывающие на серьезные намерения совершить самоубийство.

- (1) Совершается в уединении
- (2) В такое время, что вмешательство маловероятно
- (3) Принимаются меры предосторожности, чтобы избежать обнаружения
- (4) Делаются приготовления в ожидании смерти
- (5) Другие люди заранее информированы о намерениях индивидуума
- (6) Всестороннее предварительное обдумывание
- (7) Оставлена записка самоубийцы
- (8) Вслед за эпизодом не удается поднять по тревоге других людей

Ведение

Родителю следует посоветовать спрятать под замок потенциально ядовитые лекарства и ружья и ограничить доступ молодого человека к алкоголю и наркотикам. Когда УСП – это нехарактерная реакция на острый стресс у молодого человека, хорошо адаптированного в других отношениях, обычно все, что необходимо – это направление к семейному доктору. Другая крайность – психиатрическая госпитализация – изредка необходима для дальнейшей оценки, лечения основного психического расстройства или из-за сохраняющегося высокого риска суицида. Между этими двумя крайностями – амбулаторное лечение, которое обычно предлагают молодым людям, повредившим себя, хотя многие так никогда и не появляются. Сопутствующие психические расстройства, такие как депрессия и расстройство поведения, можно лечить стандартными способами, которые описаны в других местах этой книги.

Что касается самого самоповреждения, то нет веских доказательств, что какое-либо вмешательство достоверно изменяет частоту рецидивов или психосоциальное приспособление в долгосрочной перспективе. Тем не менее многие клиницисты чувствуют необходимость что-нибудь назначить. Часто представляется, что показан семейный подход, хотя семьи обычно трудно вовлечь или изменить. Некоторые семьи отбрасывают этот эпизод как ничего не значащий; следует способствовать тому, чтобы они отнеслись к нему как к серьезному запросу на то, чтобы решить проблемы или уменьшить стресс. Может быть полезна краткая индивидуальная терапия, особенно если она направлена на улучшение возможностей молодого человека решать проблемы и справляться со стрессами более адаптивным способом. Иногда кризисное вмешательство такого рода приводит к более продолжительной психотерапии. Если обслуживание не прерывается между стадиями оценки и лечения, то более вероятно, что индивидуумы и семья примут лечение.

Поскольку при умышленном самоповреждении на фоне подавленного настроения молодому человеку могут быть назначены селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), важно отметить два пункта, рассмотренных в главе 10. Во-первых, данные об эффективности СИОЗС при подростковой депрессии в настоящее время скорее предположительные, чем окончательные. Во-вторых, данные разнообразного качества свидетельствуют о том, что

СИОЗС могут увеличивать риск самоповреждения, и это подвергает сомнению целесообразность их назначения молодым людям, ранее повредившим себя.

Прогноз

Хороших прослеживающих исследований молодых людей, которые повреждают себя, мало из-за трудностей, сопряженных с отысканием и привлечением испытуемых. Спустя один месяц общая приспособленность у них обычно лучше, чем во время УСП, но значимое меньшинство по-прежнему испытывает значительные трудности и через год. Продолжающиеся трудности предсказываются сопутствующими антисоциальными чертами. У индивидуумов, которые повредили себя во время острого кризиса, но раньше были хорошо адаптированы, особенно хороший прогноз. Примерно 10% молодых людей, которые повреждают себя, в течение следующего года делают это вновь. Предикторы повторения включают: мужской пол; более чем один предшествующий эпизод УСП; обширную психопатологию в семье; плохое социальное приспособление, а также психическое расстройство (в т.ч. злоупотребление психоактивными веществами). Последующие эпизоды могут быть фатальными, либо умышленно, либо потому, что, планируя несмертельную травму или передозировку, индивидуум недооценивает их летальность. Примерно 1% молодых людей, которые повреждают себя, впоследствии действительно себя убивают, обычно в течение следующих двух лет. Факторы, увеличивающие риск возможного суицида - мужской пол, старший возраст подростка, наличие психического расстройства и использование в первоначальном эпизоде активных, а не пассивных способов (например, повешение, а не передозировку).

Обзор по теме

Shaffer D., Gutstein J. (2002) Suicide and attempted suicide In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 529-554.

Дополнительное чтение

Gould M.S. et al. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.

Hawton K. et al. (2002) Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-1211.

Shaffer D. (1974) Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 275-291. (Старое, но отличное описательное исследование завершеного суицида у 12-14-летних; другие исследования по большей части направлены на старших тинейджеров.)

Shaffer D. et al. (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.