МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ»
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ»

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

2026

Зміст

Список скорочень **Error! Bookmark not defined.**
ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ 9
КЕРІВНИЦТВО З ВИКОРИСТАННЯ НАСТАНОВИ 12
ПРОЦЕС РОЗРОБКИ 13
ЧАСТИНА А: РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОЦІНКИ, ЛІКУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ 14
I. Короткий зміст рекомендацій 14
A. Визначення та загальні принципи 14
B. Оцінка самогубства 17
C. Оцінка ризиків самогубства 22
D. Методи психіатричного лікування 25
E. Конкретні методи лікування 28
1. Фармакотерапія 29
2. Психосоціальні інтервенції 32
II. ОЦІНКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ 34
A. Стислий опис питання 34
B. Проведення ретельного психіатричного обстеження 40
1. Визначити конкретні психічні ознаки та симптоми 40
2. Оцінити суїцидальну поведінку в минулому, включаючи наміри заподіяти собі шкоду чи біль 40
3. Аналіз попередньої історії лікування та взаємовідносин з лікарем 38
4. З'ясувати сімейну історію суїцидів, психічних захворювань та дисфункцій 42
5. З'ясувати поточну психосоціальну ситуацію та природу кризи 42
6. Оцінити психологічні сильні та вразливі сторони кожного окремого пацієнта 39
C. КОНКРЕТНО РОЗПИТАТИ ПРО СУЇЦИДАЛЬНІ ДУМКИ, ПЛАНИ ТА ПОВЕДІНКУ 40
1. З'ясувати наявність або відсутність суїцидальних думок 404
2. З'ясувати наявність або відсутність плану самогубства 41
3. Оцінити ступінь суїцидальності, в тому числі суїцидальні наміри та летальні наслідки плану 448
4. Зрозуміти актуальність та обмеження шкал оцінки самогубства 48
D. ВСТАНОВИТИ БАГАТООСЬОВИЙ ДІАГНОЗ 56
E. ОЦІНИТИ РИЗИКИ СУЇЦИДУ 57
1. Демографічні фактори 58
2. Основні психіатричні синдроми 72
3. Конкретні психіатричні симптоми 83

4. Інші аспекти психіатричного анамнезу 85
5. Соматичне захворювання 91
6. Історія сім'ї 92
7. Психосоціальні фактори 93
8. Ступінь суїцидальності 98
F. ДОДАТКОВІ МІРКУВАННЯ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ПАЦІЄНТІВ В КОНКРЕТНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ 104
1. Стаціонарні лікувальні заклади 104
2. Амбулаторні умови лікування 104
3. Заклади екстреної допомоги 105
4. Заклади з надання довгострокового догляду 106
5. В'язниці та виправні заклади 111
6. Інтервенції на рівні школи 115
7. Інтервенції на рівні громади стосовно навмисного самоушкодження та самогубства 116
8. Веб-програми для боротьби з суїцидальною поведінкою 118
III. МЕТОДИ ПСИХІАТРИЧНОГО ЛІКУВАННЯ 124
A. СТВОРЕННЯ ТА ПІДТРИМКА ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ 125
B. БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТА 126
C. ВИЗНАЧЕННЯ УМОВ ЛІКУВАННЯ (МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ) 127
D. РОЗРОБКА ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ 145
E. КООРДИНАЦІЯ ПРОЦЕСУ ЛІКУВАННЯ ТА СПІВПРАЦЯ З ІНШИМИ ЛІКАРЯМИ 146
F. СПРИЯННЯ В ДОТРИМАННІ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ 147
G. ПЕРЕДБАЧИТИ РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНУ РОБОТУ З ПАЦІЄНТОМ ТА ЧЛЕНАМИ ЙОГО СІМ'Ї 149
H. ПЕРЕГЛЯНУТИ ОЦІНКУ РІВНІВ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА ТА РИЗИКІВ СУЇЦИДУ 151
1. Пацієнти в стані суїцидального кризу 151
2. Пацієнти з хронічною схильністю до суїциду 152
I. МОНІТОРИНГ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАНУ ТА ВІДПОВІДЬ НА ЛІКУВАННЯ 155
J. НАДАННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ, ЯКЩО ЦЕ ПОКАЗАНО 155
IV. КОНКРЕТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ 156
A. СОМАТИЧНІ МЕТОДИ ТЕРАПІЇ 156
a. Антидепресанти 156
b. Літій 158
c. Протисудомні засоби, що стабілізують настрій 158

d. Антипсихотичні засоби 159
e. Протитривожні лікарські засоби (анксіолітики) 160
f. Електросудомна терапія (ECT) 161
B. МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ 162
V. ДОКУМЕНТАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ 163
A. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ ТА ВЕДЕННЯ ДОКУМЕНТАЦІЇ, ХАРАКТЕРНІ ДЛЯ ВИПАДКІВ САМОГУБСТВА 163
B. КОНТРАКТИ ПРО ЗАПОБІГАННЯ САМОГУБСТВАМ: КОРИСТЬ І ОБМЕЖЕННЯ 165
C. КОМУНІКАЦІЯ ЗІ ЗНАЧУЩИМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ЛЮДЬМИ 167
D. УПРАВЛІННЯ ВИПАДКАМИ СУЇЦИДУ НА ПРАКТИЦІ 168
E. ІНТЕРВЕНЦІЇ В ОБЛАСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЧЛЕНІ СІМ’Ї ТА ДРУЗІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВИПАДОК САМОГУБСТВА 169
ЧАСТИНА B: ВІДОМОСТІ З ІСТОРІЇ ПИТАННЯ ТА ОГЛЯД НАЯВНИХ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ 173
VI. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ НАЯВНИХ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ 173
A. ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СТУПІНЬ РИЗИКУ САМОГУБСТВА ТА СПРОБИ САМОГУБСТВА 173
B. МЕТОДИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ 262
C. ОСОБЛИВІ ПИТАННЯ 267
D. СОМАТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ 270
E. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ 285
ЧАСТИНА C: ПОТРЕБИ В ПРОВЕДЕННІ ДОДАТКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ 290
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 293

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

Кузін Ігор Володимирович	заступник Міністра охорони здоров'я України - головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи;
Сіренко Тетяна Василівна	заступник директора з психологічного напряму ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України», травматерапевт, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Анопрієнко Олена Василівна	завідувач Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги дітям НДСЛ «Охматдит», кандидат психологічних наук;
Гнедюк Наталія	головний спеціаліст відділу психологічного супроводу Головного управління психологічної підтримки персоналу Збройних Сил України, полковник;
Горбунова Вікторія Валеріївна	доктор психологічних наук, психотерапевт, голова Національного комітету EuroPsy;
Гриценко Валерія Вікторівна	головний фахівець з управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Заставний Ігор Ігорович	лікар загальної практики-сімейної медицини, кандидат медичних наук, співзасновник свої.рідні, доцент кафедри державного управління Українського католицького університету;
Іванчук Ірина Олександрівна	кандидат психологічних наук, начальник відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Климчук Віталій Олександрович	доктор психологічних наук, віце-президент Національної психологічної асоціації;
Мазур Юлія Олександрівна	аналітик Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України;
Марценковська Інна Іванівна	кандидат медичних наук, старший дослідник, провідний науковий співробітник відділу наукових досліджень психічних розладів дітей та підлітків, керівник Клініки дитячої та підліткової психіатрії ДП «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;

Масяк Наталя Юріївна	дитячий психіатр, керівник клініки психічного здоров’я дітей, підлітків та молоді КНП ЛОР «Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру»;
Пилягіна Галина Яківна	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національний університет охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика;
Хаустова Олена Олександрівна	професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;
Хоменко Володимир Ігорович	головний фахівець з управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України»;
Чабан Олег Созонтович	доктор медичних наук, професор, президент Всеукраїнської асоціації психосоматичної медицини, науковий директор Інституту соціальних досліджень та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров’я Національного медичного університету ім О.О. Богомольця;
Чаморсов Олександр Юрійович	ветеран, головний психолог «Гарячої лінії кризової підтримки» Українського ветеранського фонду Міністерства у справах ветеранів України;
Чигринська Любов Павлівна	лікар-психолог, експерт Координаційного центру з психічного здоров’я Кабінету Міністрів України;
Чижевський Сергій Олександрович	начальник психологічної служби Управління державної охорони України (2024-2025 рр.), полковник;
Шульц Олег Євгенович	спеціаліст з питань психічного здоров'я Бюро ВООЗ в Україні (за згодою);
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України»

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України»

Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)

Рецензенти:

Аймедов Костянтин Володимирович	доктор медичних наук, професор, лікар-психіатр, медичний психолог, начальник відділу планування та розвитку спроможностей військової медицини – заступник начальника Військово-медичного управління, підполковник медичної служби;
Черненко Інна Олександрівна	кандидат медичних наук, старший ординатор клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», професор кафедри військової психіатрії, медичної та клінічної психології Української військово-медичної академії, підполковник медичної служби.

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2031 рік.

Список скорочень

АПА	Американська психіатрична асоціація
БАР	біполярний афективний розлад
ВІЛ/СНІД	вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту
ДПТ-П	діалектично-поведінкова терапія для підлітків
ЕСТ	електросудомна терапія
ІМАО	інгібітори моноаміноксидази
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
ЛЗП	лікарі загальної практики
МПТ	міжособистісна психотерапія
ПНПР	психічні, неврологічні та поведінкові розлади
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РКД	рандомізоване контрольоване дослідження
РДУГ	розлад дефіциту уваги з гіперактивністю
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СІЗО	слідчі ізолятори
СКС (SMR)	стандартизований коефіцієнт смертност
СМР	спинномозкова рідина
США	Сполучені Штати Америки
ЦНС	центральна нервова система
5-HIAA	5-гідроксиіндолоцтова кислота
HADS	Шкала госпітальної тривожності та депресії
FDA	управління з контролю за якістю харчових продуктів і ліків

Передмова мультидисциплінарної робочої групи

Дана клінічна настанова (КН) є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією клінічної настанови **PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003,** що була обрана мультидисциплінарною робочою групою (МРГ), як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам з суїцидальною поведінкою, і ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання. Клінічна настанова була обрана на основі об'єктивних критеріїв оцінки з використанням Опитувальника AGREE.

Ця КН надає науково обґрунтовану інформацію для лікарів щодо наявних методів лікування людей із суїцидальною поведінкою, і в основному призначена для практикуючих лікарів, таких, як лікарі первинної медичної допомоги, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-психіатрів підліткових та інших медичних працівників. Деякі розділи висвітлюють проблеми на рівні послуг або системи, що мають вплив на клініцистів та їхніх пацієнтів.

У цій КН **не робиться** спроба надати інформацію щодо загальних підходів організації лікування, що є програмним рішенням, яке стосується потреб, ресурсів і структури системи охорони здоров'я в межах юрисдикції, однак наводяться деякі зауваження щодо планування послуг з лікування проблем, пов'язаних із суїцидальною поведінкою.

Запропонована КН не повинна розцінюватись, як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі.

КН «Суїцидальна поведінка» має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення у різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних ресурсів медичної допомоги. Це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, призначений, в першу чергу, для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і спеціалізовану медичну допомогу.

Для доповнення положень КН МРГ використала додаткову інформацію з наступних джерел:

Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline, 2022;

Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide, VA/DoD, 2024;

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001;

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0 2020.

Посилання на різні версії Посібника з діагностики та статистики психічних розладів (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) в тексті цієї настанови пов'язано з тим, що значна частина досліджень у сфері психічного здоров'я, проводиться в країнах, де DSM є основним діагностичним стандартом. У тексті цієї КН згадуються попередні версії DSM, оскільки дослідженння, що формують доказову базу, були проведені до виходу останніх редакцій DSM. Це не знижує актуальності даних, оскільки основні критерії для оцінки суїцидальної поведінки залишаються стабільними між версіями і є актуальними для діючої версії DSM-5-TR.

Використання результатів таких досліджень в цій КН не суперечить діагностиці за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ), зокрема її одинадцятому перегляду (МКХ-11), що має стати пріорітетним для України у відповідності до наказу МОЗ № 703, від 23.05.2025 «Про затвердження Операційного плану переходу України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я одинадцятого перегляду на 2025-2026 роки». Обидві системи базуються на близьких критеріях для оцінки суїцидальних ризиків.

У тексті КН згадується багатоосьова діагностика. Багатоосьова диференціальна діагностика була частиною DSM-IV, де психічні розлади оцінювалися за п'ятьма осями. У DSM-5 та DSM-5-TR ця система була скасована, і тепер діагностика базується на єдиній осі, що враховує всі аспекти психічного здоров'я.

Рекомендації з використання цієї КН

КН щодо діагностики та лікування пацієнтів із суїцидальною поведінкою складається з трьох частин (Частини А, В і С) та багатьох розділів, не усі з яких будуть однаково корисними для читачів. Представлена КН розроблена з тим, щоб допомогти читачам знайти розділи, які будуть для них найбільш корисними.

Частина А «Рекомендації щодо діагностики, лікування та управління ризиками», опублікована, як додаток до Американського журналу психіатрії і містить загальні та конкретні рекомендації для діагностики та лікування пацієнтів із суїцидальною поведінкою.

У **Розділі І** узагальнено ключові рекомендації КН, кожна рекомендація кодується відповідно до ступеня клінічної достовірності, згідно з яким цю рекомендацію було надано.

У **Розділі ІІ** представлено аналіз оцінювання пацієнта, включаючи фактори, які впливають на ризики суїциду.

У **Розділі ІІІ** обговорюється психіатричне лікування.

У **Розділі ІV** - конкретні методи лікування.

Розділ V розглядає питання документації та управління ризиками.

Частина В, «Додаткова загальна інформація та огляд наявних доказів»,

Частина С, «Потреби в майбутніх дослідженнях», не включені в додаток до Американського журналу психіатрії, але представлені разом з частиною А повної версії практичної Настанови, яка доступна в друкованому форматі в American Psychiatric Publishing, Inc. та в Інтернеті на сайті Американської психіатричної асоціації (http://, www.psych.org). Частина В містить огляд суїциду, включаючи загальну інформацію про його природну історію, перебіг та епідеміологію. Вона також містить структурований огляд і узагальнення доказів, які лежать в основі рекомендацій, наданих у частині А. Частина С ґрунтується на інформації попередніх розділів і підсумовує напрями, щодо яких необхідно додаткові дані дослідження для прийняття клінічних рішень.

Щоб поділитися відгуками з приводу цих чи інших опублікованих практичних настанов АПА, скористайтеся доступною формою за посиланням: http://www.psych.org/psych_pract/pg/reviewform.cfm.

ПРОЦЕС РОЗРОБКИ

Ця практична настанова була розроблено під егідою Наглядової ради з розробки практичних настанов. Процес розробки детально описаний в документі «Процес розробки керівництва АПА», який можна отримати у Департаменті покращення якості та психіатричних послуг АПА. Ключові особливості цього процесу включають наступне:

- комплексний огляд літератури
- розробка таблиць доказових даних
- початкова розробка проєкту практичного керівництва робочою групою, до складу якої входили лікарі-психіатри з клінічним та дослідницьким досвідом роботи у сфері суїциду та суїцидальності
- підготовка декількох переглянутих проєктів керівництва, які пройшли широке рецензування; шість організацій та понад 60 осіб надали суттєві коментарі
- затвердження Асамблеєю та Опікунською радою АПА
- проведення запланованих переглядів настанов через регулярні проміжки часу.

Відповідну літературу було знайдено шляхом комп'ютерного пошуку в PubMed за період з 1966 по 2002 рік. Були використані такі ключові слова: "суїциди", "самогубство", "спроба самогубства", "спроби самогубства", "парасуїцид", "парасуїциди", "самоушкодження", "заподіяння шкоди самому собі", "суїцид, особа, яка вчинила спробу суїциду", "суїцидальна спроба", "суїцидальні спроби". Загалом було знайдено 34 851 цитування. Обмеживши ці посилання літературою, опублікованою англійською мовою, яка містила анотації, було відібрано 17 589 статей, використовуючи інформацію про назву та анотацію. Додатковий, менш формальний пошук літератури було проведено співробітниками АПА та окремими членами робочої групи з питань суїцидальної поведінки за допомогою PubMed, PsycINFO та Індексу цитування соціальних наук (Social Sciences Citation Index). Під час огляду літератури до уваги не брали джерела фінансування.

Цей документ являє собою синтез сучасних наукових знань і раціональної клінічної практики щодо оцінки та лікування дорослих пацієнтів із суїцидальною поведінкою. При його підготовці намагалися бути максимально вільними від упередженого ставлення щодо будь-якого теоретичного підходу до лікування. Для того, щоб читач міг оцінити доказову базу, на якій ґрунтуються рекомендації керівництва, і значимість, яку слід надавати кожній рекомендації, стислий виклад рекомендацій щодо лікування позначається відповідно до рівня достовірності, з яким кожна рекомендація надається. Кожен рейтинг клінічної достовірності враховує силу наявних доказів і ґрунтується на найкращих доступних даних. Якщо докази обмежені, рівень достовірності також включає клінічний консенсус щодо конкретного клінічного рішення. У переліку цитованих джерел кожне посилання супроводжується буквеним кодом в дужках, який вказує на характер підтверджувальних доказів.

ЧАСТИНА А:

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОЦІНКИ, ЛІКУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ

I. Короткий зміст рекомендацій

A. Визначення та загальні принципи

1. Система кодування

Кожна рекомендація відноситься до однієї з трьох категорій рівня схвалення, які позначені римською цифрою в дужках, що стоїть після формулювання рекомендації. Ці три категорії відображають різні рівні клінічної впевненості стосовно даної рекомендації:

[I] Рекомендація має значний рівень клінічної достовірності.

[II] Рекомендація має помірний рівень клінічної достовірності.

[III] Може бути рекомендовано на основі індивідуальних обставин.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з **Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.**

Кожна рекомендація у короткому огляді належить до однієї з наведених нижче категорій схвалення, що позначається абревіатурою в дужках після твердження. Ці категорії вказують на ступінь важливості або достовірності кожної рекомендації.

«Мінімальні стандарти» [МС] – це рекомендації, засновані на суттєвих емпіричних доказах (таких як суворо контрольовані подвійні сліпі дослідження) або одностайному клінічному консенсусі. Мінімальні стандарти можуть застосовуватись більш ніж у 95 % випадків, тобто майже в усіх випадках. Якщо практикуючий клініцист не дотримується цього стандарту в конкретній ситуації, у медичній карті необхідно вказати причину.

«Клінічне керівництво» [КК] – це рекомендації, засновані на емпіричних доказах (відкриті дослідження, дослідження випадків) та/або сильному клінічному консенсусі. Клінічне керівництво застосовується приблизно у 75 % випадків. Клініцист завжди повинен враховувати ці практичні підходи, але можливі винятки.

«Варіанти» [В] – це прийнятні, але не обов’язкові практичні підходи. Може бути недостатньо емпіричних доказів на користь рекомендації цих практичних підходів як мінімальних стандартів або клінічних керівництв. У деяких випадках вони можуть бути ідеальним рішенням, але в інших випадках їх необхідно уникати. За можливості, у практичному керівництві розглядаються переваги та недоліки цих варіантів.

«Не схвалено» [НС] передбачає практичні підходи, що є неефективними або протипоказаними.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

2. Визначення термінів

У цій КН використовуються наступні терміни:

Самогубство – умисне спричинення собі смерті за наявності доказів (явних чи неявних) того, що людина мала намір померти.

Спроба самогубства – поведінка, що передбачає спричинення собі шкоди, але не призводить до фатального результату, що супроводжується доказами (явними або неявними) того, що особа мала намір померти.

Перервана спроба самогубства – поведінка з метою потенційно заподіяти собі шкоди з доказами (явними або неявними) того, що людина мала намір померти, але припинила спробу до того, як завдати собі фізичної шкоди.

Суїцидальні думки – думки про те, щоб стати винуватцем власної смерті. Суїцидальні думки можуть відрізнятися за ступенем серйозності залежно від конкретних суїцидальних планів і ступеня суїцидальних намірів.

Суїцидальні наміри – суб'єктивне очікування та бажання саморуйнівного акту, який закінчиться смертю.

Летальний результат суїцидальної поведінки – об'єктивна небезпека для життя, пов'язана з методом або дією самогубства. Зауважте, що летальність (летальний результат) відрізняється і не завжди збігається з очікуваннями людини стосовно того, що є небезпечним з медичної точки зору.

Умисне заподіяння шкоди (самоушкодження, селфхарм) – навмисне завдання собі болю, руйнівних або травматичних дій без наміру померти.

Детальний виклад визначень, що стосуються самогубства, надано О'Керроллом та ін. (1).

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline, 2022.***

Терміни, що використовуються в цій настанові

План допомоги

План лікування або медичної допомоги, що має бути надано користувачеві послуг. Як правило, у плані допомоги викладено потреби й вимоги щодо безпеки користувача послуг, інтервенції, які сприятимуть його одужанню, а також указано ключових спеціалістів і медпрацівників, залучених до надання допомоги.

Психологічне втручання на основі когнітивно-поведінкової терапії

Психотерапія на основі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) допомагає людям визначати й критично оцінювати свої думки щодо емоційних переживань і подій та має на меті допомогти їм змінити способи вирішення проблем. Кокранівський огляд, який було використано NICE для оцінки наукових даних у межах підготовки цієї настанови, спирається на широку концептуальну основу, що охоплює методи лікування, спрямовані на зміну способу мислення, поведінки й навичок вирішення проблем.

Клінічне спостереження

Терапевтичне втрручання, яка найчастіше використовується в умовах стаціонару, що дає персоналу змогу відстежувати й оцінювати психічний і

фізичний стан людей, які можуть завдати шкоди собі та (або) іншим. Його слід розглядати, як можливість для активного залучення й чуйного догляду.

Координатор

Старший співробітник в освітньому закладі, який бере на себе головну відповідальність за психічне здоров'я та добробут учнів і має для цього відповідні ресурси (фінансування, час та підготовку). Роль координатора полягає в консультуванні й підтримці інших співробітників, участі в оцінюванні учнів і розробці стратегій і правил в освітньому середовищі щодо допомоги учням із проблемами з психічним здоров'ям, зокрема схильністю до самоушкодження. Координатор підтримує зв'язок із зовнішніми установами й батьками, щоб забезпечити спільну підтримку потреб учнів з урахуванням місцевих умов.

Діалектична поведінкова терапія для підлітків

Діалектична поведінкова терапія для підлітків (ДПТ-П) це спеціально підготовлена поведінкова терапія, що зазвичай триває 16 тижнів і складається із щотижневих сеансів індивідуальної терапії, опанування навичок у групах із кількох сімей, тренування навичок між сесіями для молодих людей і їхніх родин, сімейної терапії (за потреби) і консультаційних груп для терапевтів. Мета ДПТ-П — дати молодим людям, їхнім батькам і піклувальникам навички для зменшення або припинення самоушкодження й суїцидальної поведінки, ефективного керування своїми емоціями та покращення стосунків у родині.

Мінімізація шкоди

Це підхід до допомоги в разі самоушкодження, за якого фахівці визнають постійний потяг людини до завдання собі шкоди й водночас прагнуть звести до мінімуму довгострокові наслідки й частоту травм. До такого підходу належать пропозиції уникнути, відкласти або зменшити самоушкодження.

Механічне обмеження

Метод фізичної інтервенції, що передбачає використання дозволеного обладнання, наприклад наручників або обмежувальних ременів, відповідними кваліфікованими медичними працівниками.

Психосоціальна оцінка

Комплексна оцінка, що охоплює оцінку потреб людини, її слабких місць і міркувань щодо безпеки з метою виявити психологічні й соціальні чинники, які можуть пояснити акт самоушкодження.

Формулювання ризиків

Процес співпраці між людиною, яка заподіяла собі шкоду, і фахівцем з охорони психічного здоров'я, спрямованої на узагальнення поточних ризиків і труднощів людини, а також на те, щоб зрозуміти, чому це відбувається, щоб розробити план лікування. Як правило, у процесі формулювання враховуються історичні чинники й досвід, нещодавні проблеми, а також сильні сторони та ресурси.

План безпеки

Упорядкований письмовий список стратегій подолання та (або) джерел підтримки, які людина, що завдала собі шкоди, може використовувати для

полегшення кризи. Елементами списку можуть бути розпізнавання тривожних ознак, складання переліку стратегій подолання, залучення друзів і членів сім'ї, звернення до служб охорони психічного здоров'я і обмеження доступу до способів самоушкодження.

Самоушкодження

Навмисне самоотруєння або нанесення собі тілесних ушкоджень незалежно від очевидної мети такої дії.

Ухвалення ризикових рішень із терапевтичною метою

Це процес, спрямований на надання людям, які завдають собі шкоди, можливості ухвалювати рішення щодо власної безпеки й ризикувати заради одужання. До ключових принципів належать спільне ухвалення рішень, чіткий обмін інформацією, використання наявних сильних сторін, спільне планування й розуміння того, що ризик може мати і позитивні, і негативні наслідки. Якщо припинити отримувати допомогу (наприклад, лікування або обстеження) або відмовитися від неї в неправильний спосіб (без належної оцінки або співпраці), це не може вважатися терапевтичним ризиком.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

B. Оцінка самогубства

Коментар робочої групи**:** *для лікарів, які надають первинну медичну допомогу для оцінки самогубства в Настанову додані рекомендації та посилання на Настанову mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я версія 2.0, які слід використовувати навченим персоналом:*

Будь-яку особу віком від 10 років, у якої є хоч один із наступних станів, слід запитати про думки або плани про самоушкодження упродовж останнього місяця, а також про акти самоушкодження упродовж останнього року:

- *Будь-який із пріоритетних психічних, неврологічних та поведінкових розладів (ПНПР) (див.: Головний алгоритм (ГА) mhGAP)*
- *Хронічний біль*
- *Гострий емоційний дистрес*

Складові оцінки:

- *Проведіть оцінку того, чи людина вчинила серйозне з медичної точки зору самоушкодження.*
- *Проведіть оцінку щодо безпосередньої загрози самоушкодження/суїциду.*
- *Проведіть оцінку щодо наявності у людини будь-якого з пріоритетних ПНПР-розладів.*
- *Проведіть оцінку щодо наявності хронічного болю.*
- *Проведіть оцінку важкості емоційних симптомів*

Для ретельної оцінки навченому персоналу, який надає первинну медичну допомогу, а також визначення алгоритмів скерування до лікарів психіатрів та лікарів психіатрів дитячих слід використовувати керівництво mhGAP. *https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1*

Психіатричне обстеження є важливим елементом процесу оцінки самогубства [I]. Під час оцінки лікар-психіатр отримує інформацію щодо психіатричного та іншого медичного анамнезу пацієнта та оцінює його поточний психічний стан (наприклад, шляхом прямого опитування та спостереження за суїцидальними думками та поведінкою, а також використовуючи супутню історію, якщо це показано). Ця інформація дозволяє лікарю-психіатру: 1) визначити конкретні фактори та особливості, які в цілому можуть підвищувати або знижувати ризики самогубства або іншої суїцидальної поведінки, а також можуть слугувати відповідними цілями для здійснення термінових і поточних інтервенцій; 2) вирішити питання щодо безпосередньої безпеки пацієнта та визначити найбільш відповідні умови для лікування; 3) встановити багатоосьовий диференційний діагноз для подальшого планування процесу лікування. Обсяг та глибина психіатричного обстеження, спрямованого конкретно на оцінку ризиків суїциду, змінюватимуться залежно від середовища; здатності або бажання пацієнта надати інформацію; доступності інформації, отриманої під час попередніх контактів з пацієнтом, або з інших джерел, включаючи інших спеціалістів у сфері психічного здоров'я, медичну документацію та інформацію від членів сім'ї. Хоча шкали оцінки самогубства були розроблені для дослідницьких цілей, їм бракує прогностичної валідності, необхідної для використання в рутинній клінічній практиці. Тому шкали оцінки самогубства можуть використовуватися, як допоміжні засоби оцінювання суїциду, але не повинні використовуватися в якості прогностичних інструментів або замінювати собою ретельне клінічне обстеження [I].

У **Таблиці 1** представлено важливі напрями оцінки суїциду, включаючи поточний стан пацієнта, його індивідуальні сильні та слабкі сторони, анамнез та психосоціальну ситуацію. Інформація може надходити безпосередньо від пацієнта або з інших джерел, у тому числі від членів сім'ї, друзів та інших осіб із мережі підтримки пацієнта, таких як персонал у місці проживання (гуртожиток) або військове командування пацієнта. Такі особи можуть надати інформацію щодо поточного психічного стану, діяльності та психосоціальних ризиків пацієнта, а також можуть спостерігати поведінку або бути в курсі повідомлень від пацієнта, що свідчать про суїцидальні думки, плани чи наміри. Контакт з такими особами також може дати можливість лікарю-психіатру спробувати зміцнити мережу соціальної підтримки пацієнта. Цю мету часто можна досягти без розкриття лікарем-психіатром приватної або конфіденційної інформації про пацієнта. У клінічних умовах, коли обмін інформацією є важливим для підтримання безпеки пацієнта або інших осіб,

допустимо і навіть критично важливо ділитися такою інформацією без згоди пацієнта [I].

Важливо розуміти, що в багатьох клінічних ситуаціях не усю інформацію, описану в цьому розділі, можна отримати. Може виникнути необхідність спочатку зосередитися на тих елементах, які вважаються найважливішими, і продовжити оцінку під час наступних контактів із пацієнтом.

Під час спілкування з пацієнтом, важливо пам'ятати, що просте питання про суїцидальні думки не гарантує отримання точної та повної інформації. Наприклад, культурні або релігійні переконання щодо смерті або самогубства можуть впливати на бажання пацієнта говорити про самогубство під час розмови з лікарем, а також на ймовірність того, що пацієнт буде діяти відповідно до суїцидальних ідей. Отже, психіатр повинен дослідити культурні та релігійні переконання пацієнта, особливо, що стосується смерті та самогубства [II].

Психіатру важливо зосередитися на характері, частоті, глибині, часі та тривалості суїцидальних думок [I]. Якщо є думки про самогубство, запитайте про наявність або відсутність конкретних планів щодо скоєння самогубства, включаючи будь-які кроки, зроблені для реалізації планів або підготовки до смерті [I]. Якщо інші аспекти клінічної картини здаються несумісними з первинним запереченням суїцидальних думок, може бути показано додаткове опитування пацієнта [II].

Якщо в анамнезі є спроби самогубства, перервані спроби чи факти іншої самоушкоджувальної поведінки, важливо отримати якомога більше інформації про час, наміри, методи та наслідки такої поведінки [I]. Також корисно визначити життєвий контекст, в якому такі спроби мали місце, та чи були вони пов'язані з інтоксикацією або хронічним вживанням алкогольних напоїв або інших речовин [II]. Для осіб, які раніше отримували чи наразі проходять психіатричне лікування, корисно визначити міцність і стабільність терапевтичних стосунків [II].

ТАБЛИЦЯ 1. Характеристики, які оцінюються під час психіатричного обстеження пацієнтів з суїцидальною поведінкою

Поточний прояв суїцидальності
Думки, плани, поведінка та намір вчинити самогубство або завдати собі шкоди.
Конкретні методи, що розглядаються для скоєння самогубства, включаючи їхню летальність та очікування пацієнта щодо летальності, а також наявність вогнепальної зброї.
Свідчення безнадійності, імпульсивності, ангедонії, панічних атак або тривоги.
Причини, щоби продовжувати жити, та плани на майбутнє.
Вживання алкоголю або інших психоактивних речовин, пов'язане з поточним станом справ.

Думки, плани або наміри вчинити насильство по відношенню до інших людей.

Психічні розлади

Поточні ознаки та симптоми психічних розладів з приділенням особливої уваги до розладів настрою (насамперед великого депресивного розладу або змішаних епізодів), шизофренії, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, тривожних розладів та розладів особистості (насамперед межових та антисоціальних розладів особистості).

Попередні психіатричні діагнози та лікування, включаючи початок і перебіг хвороби та госпіталізацію до психіатричних закладів, а також лікування розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин.

Анамнез

Попередні спроби самогубства, перервані спроби суїциду чи інша самоушкоджувальна поведінка.

Попередні або поточні медичні діагнози та лікування, включаючи операції або госпіталізацію.

Сімейна медична історія самогубств або спроб суїциду, або сімейний анамнез психічних захворювань, у тому числі зловживання психоактивними речовинами.

Психосоціальна ситуація

Гострі психосоціальні кризи та хронічні психосоціальні стресори, які можуть включати реальні або уявні міжособистісні втрати, фінансові труднощі або зміни соціально-економічного статусу, розлад у сімейних стосунках, домашнє насильство, а також минулі або поточні випадки сексуального чи фізичного насильства чи відсутність турботи.

Статус зайнятості, життєва ситуація (в тому числі наявність чи відсутність немовлят або дітей у сім'ї), а також наявність чи відсутність зовнішньої підтримки.

Сімейна констеляція (характерні стосунки між членами однієї сім’ї) та якість сімейних стосунків.

Культурні або релігійні переконання щодо смерті та самогубства.

Сильні та вразливі сторони особи

Навички подолання стресу.

Особистісні риси.

Реакції на стрес у минулому.

Здатність критично оцінити реальність.

Здатність витримувати психічний біль і задовольняти психологічні потреби.

Якщо пацієнт повідомляє про конкретний спосіб самогубства, для психіатра важливо з’ясувати очікування пацієнта щодо його летальності, оскільки якщо фактична летальність перевищує очікувану, ризик випадкового самогубства пацієнта може бути високим, навіть якщо наміри є незначними [I].

Загалом, лікар-психіатр повинен присвоїти вищий рівень ризику пацієнтам, які мають високий ступінь суїцидальних намірів або описують більш детальні та конкретні плани скоєння самогубства, особливо ті, що передбачають насильницькі та незворотні способи [I]. Якщо пацієнт має доступ до вогнепальної зброї, лікарю-психіатру рекомендується обговорити з пацієнтом або з його/її близькою людиною важливість обмеження доступу до цієї та іншої зброї, її зберігання або вилучення [I].

Вкрай важливо документувати оцінку суїциду [I]. Як правило, оцінка суїциду та її документування відбувається після початкового обстеження пацієнта або у випадку, якщо пацієнт перебуває на лікуванні, коли з'являються суїцидальні думки або проявляється відповідна поведінка, або коли відбувається значне погіршення чи різке та неочікуване покращення стану пацієнта. Для стаціонарних пацієнтів повторну оцінку також, зазвичай, здійснюють при зміні рівня запобіжних заходів або спостережень, коли видають перепустки та під час обстеження пацієнта для подальшої виписки з медичного закладу. Як і у випадку з рівнем деталізації оцінки самогубства, обсяг документації на кожному з цих етапів залежить від клінічних обставин. Також необхідно документувати спілкування з іншими особами, які здійснюють догляд за пацієнтом, а також з членами родини чи людьми в оточенні пацієнта, з якими у нього склалися довірливі відносини [I]. Якщо пацієнту або іншим особам були надані конкретні інструкції щодо вогнепальної чи іншої зброї, це також має бути відображено в медичній картці [I].

Коментар робочої групи: *члени МРГ важають за доцільне навести інформацію для лікарів, які надають первинну медичну допомогу для оцінки ризиків самогубства з рекомендацій Настанови mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я версія 2.0.*

Проведіть оцінку на наявність самоушкодження/суїциду, якщо людина має одну з таких ознак:

- *Виражене відчуття безнадії та відчаю, поточні думки/плани/дії із самоушкодження/суїциду або наявність їх у минулому, акт самоушкодження з ознаками отруєння/інтоксикації, кровотечі із ран, нанесених самому собі, втратою свідомості та/або надмірною сонливістю;*
  АБО
- *Будь-які з пріоритетних ПНПР-станів, хронічний біль або надзвичайно сильний емоційний дистрес.*

Для ретельної оцінки навченому персоналу, який надає первинну медичну допомогу, а також визначення алгоритмів скерування до лікарів психіатрів та лікарів психіатрів дитячих слід використовувати керівництво mhGAP.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1

С. Оцінка ризиків самогубства

Самогубство та суїцидальна поведінка призводять до тяжких особистих, соціальних та економічних наслідків. Незважаючи на тяжкість цих наслідків, самогубство та суїцидальна поведінка є статистично рідкісним явищем, навіть у групах ризику. Наприклад, незважаючи на те, що суїцидальні думки та спроби самогубства пов'язані з підвищеним ризиком суїциду, більшість людей з суїцидальними думками або спробами самогубства ніколи не покінчать життя самогубством. За оцінками, спроби та думки про самогубство трапляються приблизно у 0,7% та 5,6% населення США на рік відповідно (2). Для порівняння, в США щорічна частота самогубств серед загального населення становить приблизно 10,7 випадків самогубства на кожні 100 000 населення, чи 0,0107% від загальної кількості населення на рік (3). Такий незначний показник випадків самогубств, навіть у групах, які, як відомо, мають вищі ризики, ніж серед населення в цілому, призводить до неможливості прогнозування самогубства.

Статистична рідкість самогубств також унеможливлює їх прогнозування на основі факторів ризику, як окремо, так і в комбінації. Для лікаря-психіатра знання того, що певний фактор (наприклад, великий депресивний розлад, стан безнадії, вживання психоактивних речовин) підвищує відносний ризик самогубства пацієнта, може вплинути на план лікування, в тому числі на визначення місця лікування. У той же час, знання чинників ризику не дозволяє лікарю-психіатру передбачити, коли /та чи покінчить життя самогубством конкретний пацієнт. Це не означає, що лікар-психіатр повинен ігнорувати фактори ризику або розглядати суїцидальних пацієнтів, як невиліковних. Навпаки, першочерговим завданням психіатра має бути прогнозування ризиків пацієнта шляхом кваліфікованої оцінки факторів ризику і захисних чинників одночасно з досягненням основної мети – постійного зниження ризиків самогубства [I].

Деякі фактори можуть збільшити або зменшити ризики суїциду; інші можуть більшою мірою стосуватися ризиків суїцидальних спроб або інших форм самоушкоджуючої поведінки, які, в свою чергу, пов'язані з потенційною захворюваністю, а також підвищеними ризиками самогубства. При визначенні факторів ризику та захисних факторів для окремого пацієнта можна розглянути: 1) наявність психічного розладу; 2) специфічні психічні симптоми, такі як стан безнадії, тривоги, збудження або серйозні суїцидальні думки; 3) унікальні обставини, такі як психосоціальні стресори та доступність методів; а також 4) інші відповідні клінічні фактори, такі як генетика та медичні, психологічні або психодинамічні проблеми [I].

Важливо розуміти, що багато з цих факторів не просто присутні або відсутні, вони також можуть мати різний ступінь тяжкості. Інші, такі як психологічні або психодинамічні проблеми, можуть сприяти підвищенню

ризиків для одних осіб, але не для інших, або можуть мати значення лише коли вони виникають у поєднанні з певними психосоціальними стресорами.

Після ідентифікації факторів, психіатр може визначити, чи можна їх змінити. Минуле життя, сімейний анамнез та демографічні характеристики є прикладами факторів, які не підлягають зміні. Фінансові труднощі або безробіття також важко змінити, принаймні в короткостроковій перспективі. Хоча важливо виявити незмінні фактори, вони не можуть бути основною метою для реалізації інтервенції. Навпаки, щоб зменшити ризики самогубства пацієнта, лікування має бути спрямоване на пом'якшення або посилення тих факторів ризику та захисних факторів, які можна змінити [I]. Наприклад, психіатр може подбати про безпеку пацієнта, вирішити супутні психологічні або соціальні проблеми та стресори, розширити мережі соціальної підтримки та лікувати пов'язані психічні розлади (такі як розлади настрою, психотичні розлади, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та розлади особистості) або симптоми (такі як стан сильної тривожності, збудження або безсоння).

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm, 2016.***

Існує дуже мало якісних доказових даних, на основі яких можна було б визначити ефективні інтервенції, спрямовані на зниження випадків навмисного самоушкодження у громаді. Однак, існує низка проєктів на рівні громади, які можуть допомогти запобігти або краще лікувати випадки навмисного самоушкодження. Усі лікарі загальної практики (ЛЗП) повинні регулярно проходити підготовку з виявлення та ефективного лікування психічних захворювань, зокрема депресії.

Програми підготовки помічників, які надають першу психологічну допомогу (так званих «гейткіперів») мають бути спрямовані на представників відповідних професій на рівні громади (наприклад, ЛЗП, спеціалістів щодо роботи з молоддю, вчителів, поліцейських, працівників швидкої допомоги, військовослужбовців, співробітників служб безпеки, працівників неурядових організацій, фахівців з управління персоналом і роботодавців), щоб навчити їх виявляти людей із ймовірними намірами самогубства або заподіяння собі ушкодження, і допомагати їм отримати доступ до відповідних послуг.

Кампанії з підвищення обізнаності громадськості повинні бути спрямовані на покращення рівня знань та зменшення стигматизації, пов'язаної з депресією та суїцидальною поведінкою, а також пропагувати активне звернення за медичною допомогою та прийнятне ставлення до пошуку такої допомоги. Стаціонарні та амбулаторні служби невідкладної медичної допомоги повинні покращити свою спроможність надавати своєчасну допомогу людям, які завдають собі шкоди. Засоби масової інформації, особи, які формують політику в галузі охорони здоров'я та науковці повинні брати

активну участь у розробці та дотриманні настанов для ЗМІ щодо публічного висвітлення тем, пов'язаних з навмисним самоушкодженням та суїцидом.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

D. Методи психіатричного лікування

Психіатричне лікування включає широкий спектр терапевтичних втручань, які слід застосовувати для пацієнтів з суїцидальними думками, планами чи поведінкою [I]. Психіатричне лікування передбачає визначення умов для лікування та нагляду, піклування про безпеку пацієнта, а також роботу над встановленням відносин співпраці та взаємодії між лікарем і пацієнтом. Для пацієнтів, які перебувають на лікуванні, психіатричне ведення випадку також включає: створення та підтримку терапевтичного альянсу, координацію лікування, яке здійснюють декілька лікарів; моніторинг прогресу та реакції пацієнта на план лікування; постійне проведення оцінок безпеки, психіатричного стану та рівня функціонування пацієнта. Крім того, психіатричне ведення випадку може включати заохочення пацієнта дотримуватися режиму лікування та проведення роз’яснювальної роботи з ними, а також, за необхідності, із членами родини та близькими людьми в оточенні пацієнта.

Пацієнтів з суїцидальними думками, намірами або поведінкою, як правило, слід лікувати в умовах, які є найменш обмежувальними, але при цьому ці умови мають бути безпечними та ефективними для самого пацієнта та оточуючих [I]. Умови лікування включають поєднання можливих рівнів допомоги, від примусової госпіталізації до стаціонару шляхом часткової госпіталізації та включення до інтенсивних амбулаторних програм до епізодичних амбулаторних візитів. Вибір конкретного методу лікування залежить не лише від оцінки лікарем-психіатром поточного суїцидального ризику пацієнта та потенційної небезпеки, яку він може становити для оточуючих, але й від інших аспектів поточного стану пацієнта, зокрема: 1) соматичної та психічної супутньої патології; 2) ефективності та доступності мережі психосоціальної підтримки; 3) здатності забезпечувати адекватні навички самодопомоги, надавати надійний зворотний зв'язок психіатру та співпрацювати під час лікувального процесу. Крім того, переваги інтенсивних інтервенцій, наприклад, госпіталізація, необхідно порівнювати з їхніми можливими негативними наслідками (наприклад, переривання трудової діяльності, фінансовий та інший психосоціальний стрес, соціальна стигма).

У деяких людей поведінка заподіяння собі шкоди може мати періодичний або навіть хронічний характер. Хоча така поведінка може відбуватися без ознак суїцидальних намірів, це не завжди так. Навіть якщо людина неодноразово контактувала з системою охорони здоров'я, кожну суїцидальну спробу слід аналізувати в контексті поточної ситуації [I].

Під час лікування суїцидальних пацієнтів, особливо з тяжкими або рецидивними суїцидальними намірами або поведінкою з метою свідомо

заподіяти собі шкоду чи боль, лікар-психіатр повинен усвідомлювати власні емоції та реакції, які можуть заважати наданню допомоги пацієнту [I]. Для пацієнтів, які важко піддаються лікуванню, консультація або нагляд з боку колеги може допомогти підтвердити адекватність плану лікування, запропонувати альтернативні терапевтичні підходи або відстежувати і вирішувати проблеми контрперенесення [I]. Договір про запобігання самогубству, або «договір про незаподіяння шкоди», широко використовується в клінічній практиці, проте його не слід розглядати як заміну ретельному клінічному обстеженню [I]. Готовність (або небажання) пацієнта укласти усний або письмовий договір про запобігання самогубству не слід розглядати як абсолютний показник можливості для виписки (або госпіталізації) пацієнта [I]. Крім того, такі договори не рекомендується укладати з пацієнтами, які перебувають у збудженому, психотичному, імпульсивному стані або під впливом одурманюючих речовин [II]. Крім того, оскільки договори про запобігання самогубству залежать від встановлених відносин між лікарем і пацієнтом, їх не рекомендується використовувати в умовах надання невідкладної допомоги, а також стосовно щойно госпіталізованих або невідомих пацієнтів стаціонару [II].

Незважаючи на всі зусилля щодо оцінки та лікування суїцидальних настроїв, випадки самогубства можуть траплятися і трапляються в клінічній практиці. Насправді, значна частина людей, які покінчили життя самогубством, зверталися до лікаря протягом декількох місяців до смерті і могли отримувати психіатричне лікування. Смерть пацієнта в результаті самогубства часто має значний вплив на психіатра, який веде пацієнта, і може призвести до підвищеного стресу і втрати професійної самооцінки. У випадку самогубства пацієнта, лікарю-психіатру може бути корисно звернутися за підтримкою до колег і отримати консультацію або супервізію, щоб мати можливість продовжувати ефективно лікувати інших пацієнтів і відповідати на запити або потреби психічного здоров’я тих, хто пережив самогубство [II]. Також може бути корисною консультація з адвокатом або менеджером з управління ризиками [II]. Психіатр повинен усвідомлювати, що конфіденційність пацієнта зберігається і після його/її смерті, та що звичайні положення, які стосуються медичної документації, залишаються чинними. Будь-яку додаткову документацію, включену до медичної карти після смерті пацієнта, слід датувати одразу, а не «заднім числом», а дати попередніх записів не повинні бути змінені [I]. Залежно від обставин, розмови з членами сім'ї можуть бути доречними, а також можуть полегшити переживання горя [II]. Після самогубства близької людини члени сім'ї самі є більш вразливими до фізичних і психічних розладів, і їм слід допомогти отримати психіатричне втручання, хоча не обов'язково у того ж психіатра, який лікував людину, яка померла внаслідок скоєного самогубства [II].

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.***

ЛІКУВАННЯ

Лікування повинно включати невідкладну медичну допомогу у зв'язку з суїцидальною поведінкою, а також лікування пов'язаних психічних порушень.

Невідкладна медична допомога.

Персонал відділення екстреної медичної допомоги та інший персонал центру допомоги при психоемоційних критичних ситуаціях повинні налагодити контакт з особою із суїцидальною поведінкою та його/її родиною та встановити важливість лікування [МС].

Не зважаючи на відсутність рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) щодо визначення ролі госпіталізації у порятунку життя осіб групи високого ризику, які вчиняють спроби самогубства, клініцисти повинні госпіталізувати осіб, які намагаються померти, або які мають поганий психічний стан [МС]. Лікування в умовах стаціонару має тривати до тих пір, поки їхній психічний стан або рівень суїцидальних схильностей не стабілізується [МС].

Незалежно від очевидної м'якості суїцидальної поведінки пацієнта, клініцист повинен отримати інформацію від третьої сторони. Виписку можна розглядати, якщо клініцист переконається, що відповідний нагляд та супровід забезпечуватимуться протягом кількох днів поспіль, та якщо відповідальний опікун погодився «очистити» середовище, прибравши або утилізувавши потенційно смертельні ліки та вогнепальну зброю [МС].

Найпоширенішим способом самогубства у США є використання вогнепальної зброї. Прийом ліків є найпоширенішим способом самогубства серед підлітків. Будинок особи необхідно оцінити на наявність вдома вогнепальної зброї та смертельних ліків, а батьків необхідно попередити про важливість прибрати вогнепальну зброю та смертельні ліки [МС]. Для клініциста важливо попередити підлітка (та батьків) про небезпечну розгальмуючу дію алкоголю та інших наркотиків [КК].

Цінність «контрактів щодо запобігання суїцидальної поведінки», відповідно до якої дитина або підліток погоджується не заподіювати шкоду самому собі та повідомляти дорослому, якщо він/вона має суїцидальну ідеацію, невідома. Дитина або підліток може знаходитись у стані, при якому він/вона не зможе ознайомитись з контрактом, а родина та лікар не повинні послаблювати пильність навіть після підписання контракту.

За можливості, необхідно запланувати прийом дитини або підлітка для більш детального обстеження перед випискою з відділення екстреної медичної допомоги. За неможливості, необхідно подзвонити батькам або іншим опікунам та встановити процедуру для клінічного персоналу, якщо з ними не зв'язались батьки протягом розумного періоду часу, щоб вони самі ініціювали подальше спостереження [МС].

Клініцист, який лікує дитину або підлітка із суїцидальною поведінкою протягом кількох днів після спроби самогубства, повинен контактувати з пацієнтом та його/її родиною (наприклад, приймати та здійснювати телефонні дзвінки в неробочий час). Після встановлення терапевтичного контакту та

відвідування підлітком перших сеансів лікування, він або вона з більшою ймовірністю продовжить лікування.

Коментар членів МРГ: *члени МРГ вважають за доцільне надати інформацію для лікарів, які надають первинну медичну допомогу для ведення та алгоритмів направлення пацієнтів із самоушкодженням/самогубством до закладів які надають екстренну медичну допомогу з рекомендації Настанови mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я версія 2.0.*

Надання допомоги людині із самоушкодженням:

- *Розмістіть людину у безпечному та підтримуючому середовищі в закладі охорони здоров'я (не залишайте її на самоті). Якщо людині потрібно почекати, щоб отримати лікування, запропонуйте їй середовище, яке мінімізує дистрес; якщо можливо – в окремій тихій кімнаті з постійним наглядом та контактом із призначеним медичним працівником або членом родини для забезпечення постійної безпеки особи.*
- *Усуньте доступ до засобів самоушкодження.*
- *Проконсультуйтеся зі спеціалістом із психічного здоров'я, якщо він доступний.*
- *Мобілізуйте родину, друзів та інших зацікавлених осіб або ресурси, які є у спільноті, для спостереження за станом людини та надання їй підтримки протягом періоду, коли є безпосередня загроза (див.: «Пропонуйте та активуйте психосоціальну підтримку»).*
- *Ставтеся до людей, які здійснили самоушкодження, з такою самою турботою, повагою та конфіденційністю, як і до всіх інших людей, а також будьте чутливими до того емоційного дистресу, який пов'язаний із самоушкодженням.*
- *Залучайте доглядачів, якщо людина хоче отримувати їхню підтримку під час обстеження та лікування; якщо це можливо, психосоціальне обстеження має включати інтерв'ю віч-на-віч між особою та медичним працівником для вивчення особистих проблем.*
- *Надавайте емоційну підтримку доглядачам, якщо вони її потребують.*
- *Забезпечте безперервну допомогу.*
- *Госпіталізація до відділення непсихіатричного профілю, лікарень загального профілю з метою профілактики самоушкодження не рекомендується. Проте, якщо госпіталізація до лікарні загального профілю (непсихіатричну) є необхідною для ведення медичних наслідків самоушкодження, ретельно спостерігайте за станом людини для профілактики подальшого самоушкодження у лікарні.*

Для ретельного огляду, навченому персоналу, який надає первинну медичну допомогу, а також визначення алгоритмів скерування до лікарів

психіатрів та лікарів психіатрів дитячих слід використовувати Настанову mhGAP.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

Під час розробки плану лікування, спрямованого на усунення суїцидальних думок або поведінки, психіатр повинен враховувати потенційні переваги фармакотерапії, а також потенційні переваги психосоціальних вьручань, в тому числі психотерапії [I]. Клінічний досвід показує, що багато пацієнтів із суїцидальними думками, планами або поведінкою отримують найбільшу користь від поєднання цих методів лікування [II]. Психіатр повинен звернути увагу на модифіковані фактори ризиків, виявлені під час первинного психіатричного обстеження, та здійснювати постійне оцінювання впродовж лікування [I]. Загалом, терапевтичні підходи повинні бути спрямовані на конкретні психічні розлади за віссю I та віссю II; конкретні асоційовані симптоми, такі як депресія, збудження, тривога чи безсоння; або на домінуючий психодинамічний чи психосоціальний стресор [I]. У той час як метою фармакологічного лікування може бути полегшення гострих симптомів, включаючи пом'якшення суїцидальних намірів або екстрене лікування певного діагнозу, цілі психосоціальних інтервенцій можуть бути ширшими і більш довгостроковими, включаючи покращення міжособистісних стосунків, розвиток навичок справлятися з життєвими труднощами, психосоціальне функціонування та емоційну компетентність. Оскільки лікування має бути спільним процесом між пацієнтом та клініцистом(ами), важливо враховувати уподобання пацієнта під час розробки індивідуального плану лікування [I].

1. Фармакотерапія

Докази зниження рівня самогубств при лікуванні антидепресантами є непереконливими. Однак задокументована ефективність антидепресантів під час лікування гострих депресивних епізодів і їхня довгострокова користь для пацієнтів з рецидивними формами важких тривожних або депресивних розладів підтверджує доцільність їхнього застосування в осіб з цими розладами, які мають суїцидальні думки або поведінку [II]. Рекомендується вибрати антидепресант із низьким ризиком летального наслідку при передозуванні, наприклад, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або інший новітній антидепресант, і призначати консервативні дози, особливо маловідомим пацієнтам [I]. Для пацієнтів з вираженим безсонням можна розглянути можливість призначати седативний антидепресант або додатковий снодійний засіб [II]. Оскільки ефект антидепресантів може не спостерігатися протягом декількох днів або тижнів після початку лікування, пацієнти повинні перебувати під ретельним наглядом

на початку лікування та бути поінформовані про ймовірну затримку в полегшенні симптомів [I].

Для лікування таких симптомів, як тяжке безсоння, збудження, панічні атаки або психічна тривога, можуть бути показані бензодіазепіни на короткостроковій основі [II], причому часто перевага надається препаратам тривалої дії порівняно з препаратами короткої дії [II]. Переваги лікування бензодіазепінами необхідно співставити з їхньою тенденцію до розгальмовування та потенційною взаємодією з іншими седативними засобами, включаючи алкоголь [I]. Як альтернативу можна застосовувати інші препарати, які мають заспокійливий ефект у дуже тривожних і збуджених пацієнтів, наприклад, тразодон, низькі дози деяких антипсихотиків другого покоління та деякі протисудомні препарати, такі як габапентин або дівалпроекс [III]. Якщо бензодіазепіни відміняють після тривалого застосування, їхні дози слід зменшувати поступово, а за пацієнтом слід спостерігати на предмет посилення симптомів тривоги, збудження, депресії або суїцидальних намірів [II].

Існують вагомі докази того, що тривале підтримуюче лікування препаратами літію пов'язане із суттєвим зниженням ризиків самогубства та суїцидальних спроб у пацієнтів з біполярним розладом, а також помірні докази аналогічного зниження ризиків у пацієнтів з рецидивним великим депресивним розладом [I]. Певні протисудомні препарати виявилися ефективними під час лікування епізодів манії (наприклад, дівалпроекс) або депресії при біполярному афективному розладі (БАР) (наприклад, ламотриджин), проте немає чітких доказів того, що їх застосування змінює частоту випадків самогубства або розвитку суїцидальної поведінки [II]. Отже, при виборі між літієм та іншими препаратами першого ряду для лікування пацієнтів із БАР слід враховувати ефективність літію в зниженні суїцидальної поведінки, оцінюючи переваги та ризики лікування кожним препаратом. Крім того, якщо призначається літій, під час прийняття рішення щодо дози препарату, слід враховувати його потенційну токсичність при передозуванні [I].

Коментар робочої групи: *дівалпроекс - торгова назва лікарського засобу з міжнародною неаптентованою назвою вальпроєва кислота. На момент розробки даної КН зареєстрований в Україні, як субстанція для фармацевтичного застосування.*

Лікування клозапіном асоціюється зі значним зниженням частоти суїцидальних спроб і, можливо, самогубств у осіб з шизофренією та шизоафективним розладом. Таким чином, лікування клозапіном слід серйозно розглядати для психотичних пацієнтів з частими суїцидальними ідеями, спробами самогубства або тим й іншим одночасно [I]. Тим не менш, переваги лікування клозапіном необхідно порівнювати з ризиками розвитку побічних реакцій, включаючи потенційно смертельний агранулоцитоз та міокардит, тому клозапін, зазвичай, призначають лише в тих випадках, коли психотичні

симптоми не піддаються лікуванню іншим антипсихотичним препаратам. Якщо показано лікування антипсихотичним препаратом, відмінним від клозапіну, перевага надається іншим антипсихотикам другого покоління (наприклад, рисперидону, оланзапіну, кветиапіну, зипразидону, арипіпразолу), а не антипсихотичним препаратам першого покоління [I].

Електросудомна терапія (ЕСТ) має доведену ефективність у пацієнтів з тяжким депресивним розладом, з психотичними особливостями чи без них. Оскільки ЕСТ асоціюється зі швидкою та стійкою антидепресивною реакцією, а також швидким зменшенням суїцидальних думок, ЕСТ може бути рекомендована для лікування тяжких епізодів великої депресії, які супроводжуються суїцидальними думками або поведінкою [I]. За певних клінічних обставин ЕСТ також можна застосовувати для лікування пацієнтів із суїцидальною поведінкою з шизофренією, шизоафективним розладом, змішаними або маніакальними епізодами біполярного розладу [II]. Незалежно від діагнозу, ЕСТ особливо показана пацієнтам з кататонічними ознаками або тим особам, для яких затримка відповіді на лікування вважається загрозливою для життя [I]. ЕСТ також може бути показана особам із суїцидальною поведінкою під час вагітності, а також тим, лікування яких виявилося невдалим, або які не відповідали на медикаментозне лікування [II]. Оскільки немає доказів довготривалого зниження ризиків суїциду за допомогою ЕСТ, після короткого курсу ЕСТ рекомендується продовжити лікування чи застосувати підтримуючу фармакотерапію чи ЕСТ [I].

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.***

Фармакотерапія

Подібно до психотерапії, фармакотерапія для лікування суїцидальної поведінки має бути адаптована до конкретних потреб дитини або підлітка. Літій суттєво знижує рівень як самогубств, так і спроб самогубства у дорослих з біполярним афективним розладом. Припинення лікування літієм у таких пацієнтів пов’язана з підвищенням поширеності та смертності від самогубств.

СІЗЗС зменшують суїцидальну ідеацію та спроби самогубства у дорослих осіб без депресії з розладами особистості кластера В. Вони є безпечними для дітей та підлітків, демонструють низький рівень смерті та є ефективними у лікуванні депресії у дітей та підлітків без суїцидальної поведінки. СІЗЗС можуть мати розгальмуючий ефект (особливо у пацієнтів з акатизією, спричиненою СІЗЗС) та посилювати суїцидальну ідеацію у невеликої кількості дорослих без суїцидальної поведінки у минулому. Необхідні подальші контрольовані дослідження для визначення такого впливу у дітей та підлітків. Однак було б раціонально спостерігати за дітьми та підлітками, які отримують СІЗЗС, на предмет нових випадків суїцидальної ідеації або акатизії [МС].

Трициклічні антидепресанти не слід призначати дітям або підліткам із суїцидальною поведінкою, як терапію першої лінії [НС]. Вони є потенційно летальні через невелику відмінність між терапевтичним та токсичним рівнями лікарського засобу, а їхня ефективність у дітей або підлітків не доведена.

Інші ліки, що можуть посилити розгальмування або імпульсивність, такі як бензодіазепіни та фенобарбітал, необхідно призначати з обережністю [В]. Будь-які ліки, призначені дитині або підлітку із суїцидальною поведінкою, має контролювати третя особа, а про будь-яку зміну поведінки або побічні реакції необхідно повідомляти негайно [МС].

Коментар робочої групи : *для лікарів, які надають первинну медичну допомогу для ведення дітей та підлітків із самогубством/самоушкодженням до Настанови додане посилання і слід використовувати рекомендації із Керівництва mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я версія 2.0, Розділ "Самоушкодження/суїцид", Розділ "ДИТЯЧІ ТА ПІДЛІТКОВІ ПСИХІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ":* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

2. Психосоціальні інтервенції

Психотерапія та інші психосоціальні інтервенції відіграють важливу роль у лікуванні осіб з суїцидальними думками та поведінкою [II]. Значна кількість доказових даних підтверджують ефективність психотерапії в лікуванні конкретних розладів, наприклад, непсихотичного клінічного депресивного розладу і межового розладу особистості, які пов'язані з підвищеним ризиком суїциду. Наприклад, під час клінічних випробувань було виявлено, що методи міжособистісної психотерапії та КПТ виявилися ефективними для лікування депресії. Тому такі психотерапевтичні методи, як міжособистісна психотерапія та КТП, можуть вважатися відповідними методами для лікування суїцидальної поведінки, особливо якщо вона виникає на фоні депресії [II]. Крім того, КТП може бути використана для зменшення двох важливих факторів ризику суїциду: стану безнадійності [II] та суїцидальних спроб у амбулаторних пацієнтів з депресією [III]. Для пацієнтів з діагнозом «межовий розлад особистості» психодинамічна терапія та діалектична поведінкова терапія можуть бути відповідними методами лікування суїцидальної поведінки [II], оскільки доказові дані свідчать про те, що ці види терапії пов'язані зі зниженням розвитку самоушкоджуючої поведінки, включаючи спроби самогубства. Хоча інші психосоціальні методи лікування не спрямовані безпосередньо на боротьбу з самогубством або суїцидальною поведінкою, вони також можуть бути корисними: для зменшення симптомів і покращення функціонування осіб з психотичними

розладами; для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин, які самі по собі асоціюються з підвищеним рівнем самогубств та суїцидальної поведінки [II]. Для пацієнтів, які намагалися вчинити самогубство чи завдавали собі шкоди чи болю без суїцидальних намірів, можуть бути корисними конкретні психосоціальні інтервенції, наприклад: швидке втручання; подальше спостереження; терапія, спрямована на вирішення проблем; короткострокова психологічна терапія; сімейна, парна чи групова терапія, незважаючи на обмеженість доказів їхньої ефективності [III].

ТАБЛИЦЯ 2. Обставини, за яких оцінка суїциду може бути показана з клінічної точки зору

- Оцінка у відділенні невідкладної допомоги або у разі кризової ситуації.
- Оцінка під час поступлення до закладу (у стаціонарі або амбулаторно).
- Перед зміною статусу спостереження або умов лікування (наприклад, припинення індивідуального спостереження, виписка зі стаціонару).
- Різка зміна клінічної картини (або стрімке погіршення чи раптове, різке покращення)
- Відсутність покращення або поступове погіршення, незважаючи на лікування.
- Очікування чи досвід переживання значної міжособистісної втрати або психосоціального стресу (наприклад, розлучення, фінансові втрати, юридичні проблеми, особистий сором або приниження).
- Початок фізичного захворювання (особливо якщо воно загрожує життю, має згубний вплив або пов'язане з сильним болем, або втратою виконавчих функцій)

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

II. ОЦІНКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

A. Стислий опис питання

Оцінка стану пацієнта із суїцидальними схильностями – це безперервний процес, який складається з багатьох взаємопов'язаних елементів (Таблиця 1). Крім того, під час обстеження та лікування пацієнтів існує низка моментів, коли може бути показана оцінка суїцидальних намірів (Таблиця 2).

Здатність психіатра налагодити контакт з пацієнтом, порозумітися та продемонструвати емпатію є важливими складовими процесу обстеження. Для пацієнтів з суїцидальними намірами, за якими здійснюють спостереження на постійній основі, відносини між лікарем і пацієнтом забезпечують основу для

подальшого визначення факторів ризику і захисних факторів, та виходячи з яких, будуть запропоновані відповідні терапевтичні інтервенції, наприклад, психотерапія і фармакотерапія.

В основі оцінки суїцидальної поведінки лежить психіатричне обстеження, що надає інформацію щодо анамнезу, поточних обставин та психічного стану пацієнта, а також включає пряме опитування щодо суїцидальних думок та поведінки. Ця оцінка, в свою чергу, дозволить лікарю-психіатру визначити конкретні фактори та особливості, які можуть збільшити або зменшити потенційні ризики самогубства або іншої суїцидальної поведінки. Ці фактори та особливості можуть включати біомедичні, психопатологічні, психодинамічні та психосоціальні аспекти чи аспекти розвитку поточного стану та анамнезу пацієнта, які можуть слугувати модифікованими цілями для запровадження як невідкладних, так і поточних інтервенцій. Така інформація також буде важливою для вирішення питань безпосередньої безпеки пацієнта, визначення найбільш відповідних умов для лікування та розробки багатоосьового диференційного діагнозу, який в подальшому допоможе спланувати терапію.

Незважаючи на те, що підхід до пацієнта із суїцидальною поведінкою є спільним для всіх людей, незалежно від діагнозу або клінічної картини, обсяг і глибина психіатричного обстеження буде варіюватися в залежності від умов проведення оцінки; здатності або бажання пацієнта надати інформацію; а також наявності інформації, отриманої в процесі попередніх контактів з пацієнтом або з інших джерел, в тому числі від інших фахівців у галузі психічного здоров'я, з медичних карт, а також інформації від членів сім'ї. Оскільки підхід до оцінки дітей та підлітків, схильних до суїциду, дещо відрізняється, психіатр, який здійснює обстеження молоді, може переглянути «Практичні параметри оцінки та лікування дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою Американської академії дитячої та підліткової психіатрії» (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior) (4). За деяких обставин невідкладність розгляду ситуації або наявність інтоксикації може вимагати вирішення питання щодо гарантування безпеки пацієнта (наприклад, госпіталізація або індивідуальне спостереження) до того, як буде отримана вся необхідна інформація. Крім того, працюючи з командою інших фахівців, лікар-психіатр може й не отримати всю інформацію самостійно, але він/вона повинні забезпечити управління процесом оцінки з метою отримати необхідну інформацію та включити її до остаточної оцінки. Оскільки пацієнт може мінімізувати серйозність або навіть заперечувати існування своїх труднощів, інші особи можуть бути цінним ресурсом для психіатра в наданні інформації щодо поточного психічного стану, діяльності та психосоціальної кризи пацієнта. Серед таких осіб можуть бути члени сім'ї та друзі пацієнта, але також інші лікарі, інші працівники в галузі медицини та психіатрії, вчителі та інший шкільний персонал, члени військового командування пацієнта, співробітники програм забезпечення житлом під наглядом або інших установ, де проживає пацієнт.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.***

Самогубство, надзвичайно рідкісне до статевого дозрівання, стає дедалі частішим у підлітковому віці. Приблизно 2000 підлітків у США щороку вчиняють самогубство.

До самогубства призводять різні фактори, що включають уже існуючі психічні розлади, а також біологічні та соціально-психологічні фактори. У переважної частки підлітків, які вчинили самогубство (більше 90 %), на момент смерті спостерігався певний психічний розлад. Більше ніж у половини осіб психічний розлад спостерігався протягом принаймні 2 років.

Часто до самогубств підлітків ведуть стресові події, наприклад, втрата романтичних стосунків, дисциплінарні проблеми в школі або правопорушення, або академічні або сімейні проблеми. Ці події можуть бути наслідком основного психічного порушення (наприклад, проблеми із законом) або вони можуть бути результатом неконтрольованих подій (наприклад, смерть у родині), з якими підліток із психічним порушенням може не впоратись. Підліток із психічним порушенням може стикатись з більшою кількістю стресових подій, ніж середньостатистичний підліток. Або він може сприймати події які відбуваються, як більш стресові.

Самогубство є набагато більш поширеним явищем серед підлітків та молодих осіб чоловічої статі, ніж у осіб жіночої статі (співвідношення зростає від 3:1 у разі рідкісних випадків самогубства в період до статевого дозрівання до приблизно 5,5:1 у 15-24-річних осіб), хоча багато факторів ризику є однаковими для осіб чоловічої та жіночої статі. Розлади настрою, погана комунікація між батьками та дитиною та наявність в анамнезі спроби самогубства є факторами ризику самогубства серед хлопців та дівчат, не дивлячись на те, що наявність в анамнезі спроби самогубства є більш передбачуваним явищем для осіб чоловічої статі. Зловживання психоактивними речовинами та/або алкоголем суттєво підвищує ризик самогубства серед підлітків у віці від 16 років. Наявність в сімейному анамнезі психічних розладів та суїцидальної поведінки також може підвищити ризик самогубства та досліджуватись.

СУЇЦИДАЛЬНІ ДУМКИ

Суїцидальні думки є поширеним явищем серед дітей та підлітків обох статей та не завжди пов’язані з іншими психічними розладами. Як правило, вони привертають увагу лікарів, коли їх озвучують, як погрози.

Антисоціальна поведінка підвищує ризик суїцидальної ідеації серед дітей у віці до 12 років, а вживання психоактивних речовин або тривога через розлуку можуть спровокувати підлітків обох статей на суїцидальні думки та призвести до спроб самогубства. Розлади настрою та тривожні розлади підвищують ризик суїцидальних думок. Панічні атаки є фактором ризику суїцидальної ідеації або спроб самогубства серед осіб жіночої статі, тоді як агресивність підвищує ризик суїцидальної ідеації або спроб самогубства серед

осіб чоловічої статі. Поведінка підлітків, які намагаються вчинити самогубство, може відрізнятись від поведінки осіб, які думають про самогубство, більш серйозним або довготривалим відчаєм, ізоляцією, суїцидальною ідеацією та небажанням їх обговорювати.

СПРОБА САМОГУБСТВА

Розлади настрою (зокрема великий депресивний розлад із раннім початком), тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами та неконтрольована поведінка незалежно підвищують ризик спроб самогубства в осіб чоловічої та жіночої статі. Спроби самогубства частіше спостерігаються серед дівчат, ніж серед хлопців (приблизно 1,6:1).

Спроби самогубства спостерігаються значно рідше, ніж суїцидальні думки, але вони є основною скаргою серед значної частки підлітків, які звертаються до психотерапевтів. За оцінками, щороку приблизно 2 мільйони підлітків у США намагаються вчинити самогубство, а майже 700 000 з них отримують медичну допомогу через цю спробу.

Наявність в анамнезі попередньої спроби самогубства суттєво підвищує ризик самогубства серед хлопців, але прогностичний ефект серед дівчат є менш суттєвим. Лише половина осіб, які вчинили самогубство, вчиняли відомі спроби самогубства перед смертю; однак наша інформація про попередні спроби залишається неповною, оскільки про багато випадків не були зареєстровані. У молодих геїв, лесбіянок та бісексуалів спостерігається підвищений ризик спроб самогубства; їх фактори ризику (депресія, наявність в анамнезі спроб самогубства, зловживання психоактивними речовинами, віктимізація за статтю, сімейні конфлікти та бойкот у школі), подібно до підлітків, які в дитинстві стали жертвами сексуального або фізичного насильства.

Навіть професійному клініцисту може бути важко відрізнити відносно безпечну суїцидальну поведінку від загрозливої. Багато підлітків, які вчинили серйозну з медичної точки зору спробу самогубства, цього не повторять у майбутньому, в той час, як інші особи, які вчинили лише легкий «акт», можуть зрештою вчинити самогубство. Термін «акт», що використовується деякими клініцистами для позначення несмертельної, саморуйнівної дії, що вважається криком про допомогу або маніпуляцією без серйозного наміру, тому вводить в оману, оскільки він мінімізує потенційний ризик суїцидальної поведінки у майбутньої. Неможливо оцінити майбутню суїцидальну поведінку. Однак, дослідження продемонстрували деякі загальні показники щодо факторів ризику та оцінки осіб, які вчинили спробу самогубства (Таблиці 1 та 2), що повинні враховуватись клініцистами [МС].

ТАБЛИЦЯ 1

Фактори високого ризику самогубства серед підлітків

У осіб чоловічої статі набагато вищий ризик, ніж у осіб жіночої статі

Серед осіб чоловічої статі

Наявність в анамнезі спроб самогубства

Вік від 16 років

Супутній розлад настрою
Супутнє зловживання психоактивними речовинами
Серед осіб жіночої статі
Розлади настрою
Наявність в анамнезі спроб самогубства
Безпосередній ризик, пов'язаний зі збудженням та великим депресивним розладом

ТАБЛИЦЯ 2

Контрольний список для оцінки дітей або підлітків, які намагались вчинити спробу самогубства, у відділенні екстреної медичної допомоги або центрі допомоги при психоемоційних критичних ситуаціях

Особи з високим ризиком самогубства
Наявність в анамнезі суїцидальної поведінки
Поточні суїцидальні думки
Здійснювали попередні спроби самогубства
Демографічні дані
Особи чоловічої статі
Проживає сам
Психічний стан

Депресія, манія, гіпоманія, тяжкий тривожний розлад або комбінація цих станів

Зловживання психоактивними речовинами окремо або у комбінації з розладом настрою

Нервозність, збудження, загроза насильства для інших, марення або галюцинації

Не виписуйте таких пацієнтів без психіатричного огляду.

Виявлення ознак клінічної депресії
Пригнічений настрій більшу частину часу
Втрата інтересу або задоволення від повсякденної активності
Втрата або набір ваги
Не може заснути або спить забагато
Неспокій або уповільнені реакції
Втома, втрата енергії
Відчуття нікчемності або провини
Низька самооцінка, розчарування в собі
Відчуття невизначеності щодо майбутнього
Відсутність концентрації уваги, нерішучість
Повторювані думки про смерть
Дратівливість, засмученість через дрібниці
Виявлення ознак манії або гіпоманії
Пригнічений настрій протягом більшої частини дня
Гіпоманіакальний, піднесений або збуджений настрій
Завищена самооцінка, грандіозність

Зниження потреби у сні
Незвична балакучість, говорить з натиском
«Стрибки» ідей
Різка зміна теми розмови
Відволікання
Надмірна участь у кількох видах діяльності
Збудження або неспокій
Гіперсексуальність, безглузде витрачання грошей, нестримана критика
Джерело: American Foundation for Suicide Prevention (1999), Today's suicide attempter could be tomorrow's suicide (poster). New York: American Foundation for Suicide Prevention, 1-888-333-AFSP.

ОЦІНКА

Оцінка стану пацієнтів із суїцидальною поведінкою передбачає оцінку суїцидальної поведінки та визначення ризику смерті або повторення суїцидальної спроби, а також оцінку основних діагнозів або провокуючих факторів.

Визначення ризику

Клініцисти повинні визначати підлітків, які вчинили спробу самогубства та мають найвищий ризик самогубства у майбутньому (Таблиця 2) [MC]. Це підлітки чоловічої статі старшого віку (16-19 років) або підлітки будь-якої статі, незалежно від віку, з поточним психічним порушенням або розладом, таким як депресія, манія або гіпоманія, або комбінацією станів, особливо якщо вони ускладнені супутніми захворюваннями, зловживанням психоактивними речовинами, нервозністю, збудженням або психозом. Особи, які вчиняли спроби самогубства у минулому, особи, які робили щось інше, відмінне від прийому ліків або поверхневого порізу, та особи, які все ще бажають померти, також входять до групи високого ризику.

Клініцисти повинні з'ясувати суїцидальні схильності у підлітків із депресією (тобто чи думають вони про самогубство, як часто та чи вчиняли вони спроби самогубства у минулому). Якщо у підлітка із депресією присутні суїцидальні думки або була нещодавня суїцидальна поведінка, за ним чи за нею необхідно спостерігати [MC].

Інформацію для оцінки завжди необхідно брати з кількох джерел, включаючи дитину або підлітка, батьків чи опікунів, звіти про успішність учнів та у будь-яких інших осіб, близьких дитині. Структуровані або напівструктуровані опитувальники щодо оцінки ризику самогубства, незалежно від того, чи їх надає клініцист, чи заповнює дитина або підліток особисто, мають обмежену прогностичну цінність. Вони можуть доповнювати, але ніколи не повинні замінювати ретельну оцінку або будь-який її аспект.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

B. Проведення ретельного психіатричного обстеження

Психіатричне обстеження є основним елементом оцінки суїцидальних ризиків. У цьому розділі представлено огляд ключових аспектів психіатричного обстеження, які стосуються оцінки пацієнтів із суїцидальною поведінкою. Хоча фактори, пов'язані з підвищеними або зниженими ризиками суїциду, відрізняються від чинників, пов'язаних з підвищеними або зниженими ризиками суїцидальних спроб, важливо визначити фактори, що модулюють ризики будь-якої суїцидальної поведінки.

Додаткова інформація щодо конкретних факторів ризику, які слід виявити під час обстеження, обговорюється в розділах II.E «Оцінка ризиків суїциду» та III.H «Повторна оцінка безпеки та ризиків суїциду». Для подальшого обговорення інших аспектів психіатричного обстеження лікарю-психіатру слід звернутися до Практичних рекомендацій Американської психіатричної асоціації з психіатричного обстеження дорослих (5). Додаткова інформація про деталі процесу оцінки суїциду розглядається в інших джерелах (6, 7).

1. Визначити конкретні психічні ознаки та симптоми

Важливо визначити конкретні психічні ознаки та симптоми, що корелюються з підвищеними ризиками самогубства або іншої суїцидальної поведінки. Симптоми пов'язані зі спробами самогубства чи самогубством, включають агресію, насильство по відношенню до інших, імпульсивність, стан безнадійності та збудження. Психічна тривожність яка визначається, як суб'єктивне відчуття неспокою, страху або занепокоєння, незалежно від того, зосереджені вони на конкретних проблемах чи ні, також пов'язана з підвищеними ризиками суїциду, як і ангедонія, загальне безсоння та панічні атаки. Крім того, виявлення інших психічних ознак і симптомів (наприклад, психозу, депресії) допоможе визначити, чи є у пацієнта психічний розлад, на якому також слід зосередити увагу під час лікування.

2. Оцінити суїцидальну поведінку в минулому, включаючи наміри заподіяти собі шкоду чи біль

Наявність суїцидальних спроб в минулому є одним з найбільш значущих факторів ризиків самогубства, і рівень цих ризиків може підвищитися з реалізацією більш серйозних, частіших або нещодавніх спроб. Тому для психіатра важливо розпитати про попередні спроби самогубства та саморуйнівну поведінку, в тому числі про перервані спроби самогубства. Прикладами останніх можуть бути спроби приставити пістолет до голови, але не здійснити постріл, під'їхати до мосту, але не здійснити стрибок, або зробити зашморг, але не використати його.

Для кожної спроби чи перерваної спроби суїциду психіатр повинен спробувати отримати подробиці щодо передумов, часу, намірів та наслідків, а також щодо ступеня тяжкості спроби з медичної точки зору. Слід також з'ясувати, чи вживав пацієнт алкоголь та наркотики перед спробою, оскільки інтоксикація може сприяти імпульсивним спробам самогубства, проте також може бути компонентом більш серйозного плану самогубства. При з'ясуванні

проблем, що призвели до спроби самогубства, слід також окреслити міжособистісні аспекти такої спроби. Приклади можуть включати: психодинамічні або міжособистісні проблеми, що призвели до спроби самогубства; присутність значущих людей під час спроби; осіб, яким було повідомлено про спробу, а також те, як вдалося запобігти спробі вчинити самогубство. Важливо також з'ясувати, чи мав пацієнт думки про спробу самогубства, наприклад, його власне сприйняття летальності обраного способу піти з життя, амбівалентність почуттів до життя, візуалізацію смерті, ступінь навмисності, стійкість суїцидальних думок і реакцію на спробу. Також корисно запитати про ризиковану поведінку в минулому, наприклад, про небезпечні сексуальні практики та необережне керування транспортним засобом.

3. Аналіз попередньої історії лікування та взаємовідносин з лікарем

Аналіз історії лікування пацієнта є ще одним важливим елементом оцінки суїцидальних ризиків. Ретельний аналіз історії лікування може слугувати систематичним методом отримання інформації про супутні діагнози, попередні госпіталізації, суїцидальні думки або попередні спроби самогубства. Отримання історії медичного лікування може допомогти виявленню серйозних з медичної точки зору суїцидальних спроб, а також у визначенні минулих або поточних медичних діагнозів, які можуть бути пов'язані з підвищеним суїцидальним ризиком.

Багато пацієнтів, які проходять обстеження на предмет суїцидальності, уже перебувають на лікуванні в інших психіатрів або фахівців із психічного здоров'я, або лікарів первинної медичної допомоги чи медичних спеціалістів. Контакти з такими фахівцями можуть надати багато важливої інформації та допомогти у визначенні умов та/або плану лікування. Для пацієнтів, які наразі перебувають на лікуванні, також важливо оцінити ефективність і стабільність терапевтичних взаємовідносин, оскільки вважається, що позитивний терапевтичний альянс захищає від суїцидальної поведінки. З іншого боку, пацієнт зі спробою вчинити самогубство або суїцидальними думками, за відсутності надійного терапевтичного альянсу, може становити підвищений ризик суїциду, що потребує належного реагування.

Коментар робочої групи: *вважаємо за доцільне проводити опитування пацієнта із суїцидальною поведінкою, використовуючи також шкалу «Причин для життя» (Reasons for Living Scale), розроблену Університетом штату Вашингтон у Клініці поведінкових досліджень та терапії Лійнехан і співавт., 1983, Український переклад – Український інститут когнітивно-поведінкової терапії.*

4. З'ясувати сімейну історію суїцидів, психічних захворювань та дисфункцій

З'ясування сімейного анамнезу є особливо важливим під час оцінки психіатричного обстеження. Психіатр повинен спеціально запитати щодо наявності випадків суїциду та спроб самогубства, а також дізнатися про

сімейну історію будь-яких, пов'язаних із психічним станом, госпіталізацій, чи анамнез психічних захворювань, у тому числі розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Якщо самогубство сталося серед родичів першого ступеня спорідненості, часто корисно дізнатися більше про обставини, включаючи вік пацієнта та родича на момент скоєння самогубства.

Дитинство пацієнта та його теперішнє сімейне оточення також мають значення, оскільки багато аспектів сімейного неблагополуччя можуть бути пов'язані з саморуйнівною поведінкою. До таких факторів належать сімейні конфлікти або розлучення, юридичні проблеми батьків, вживання психоактивних речовин у сім'ї, домашнє насильство, фізичне та/або сексуальне насильство.

5. З'ясувати поточну психосоціальну ситуацію та природу кризи

Оцінка поточної психосоціальної ситуації пацієнта важлива для виявлення гострих психосоціальних криз або хронічних психосоціальних стресорів, які можуть підвищити ризики вчинення самогубства (наприклад, фінансові або юридичні труднощі; міжособистісні конфлікти або втрати; стресові фактори у гомосексуальних чоловіків та жінок або бісексуальних людей молодого віку; житлові проблеми; втрата роботи; невдачі в навчанні). Іншими суттєвими провокуючими факторами може бути усвідомлення втрати, нещодавнє або неминуче приниження. Розуміння психосоціальної ситуації пацієнта також є важливим для того, щоб допомогти йому/їй мобілізувати зовнішню підтримку, яка може мати захисний вплив на ризики суїциду.

6. Оцінити психологічні сильні та вразливі сторони кожного окремого пацієнта

Оцінюючи ризики суїциду та формулюючи план лікування, лікар повинен враховувати сильні та вразливі сторони кожного пацієнта. До сильних і вразливих сторін можуть належати такі чинники, як навички подолання труднощів, особистісні риси, стиль мислення, а також потреби в розвитку та психологічні потреби. Наприклад, відчуття безнадійності, агресії та імпульсивності можуть бути не лише симптомами, що залежать від стану, але й рисами характеру, виразність яких може бути пов'язана з підвищеними ризиками суїцидальної поведінки. Підвищені ризики самогубства також спостерігаються в осіб, які демонструють обмеженість мислення або поляризоване (або-або) мислення, а також в осіб зі звуженим мисленням (тобто звужене коло мислення та інтенсивність інтересів). Перфекціонізм з надмірно високою самооцінкою - ще один фактор, який, як було відзначено в клінічній практиці, може сприяти підвищенню ризиків суїциду. Зважуючи сильні та вразливі сторони конкретного пацієнта також корисно визначити схильність пацієнта до ризикованої поведінки, а також його/її минулі реакції на стрес, включаючи здатність сприйняття реальності та здатність пережити відторгнення, суб'єктивну самотність або психологічний біль, коли його/її унікальні психологічні потреби не задовольняються.

Клінічна настанова ***PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003***

С. КОНКРЕТНО РОЗПИТАТИ ПРО СУЇЦИДАЛЬНІ ДУМКИ, ПЛАНИ ТА ПОВЕДІНКУ

Загалом, чим більше людина думала про самогубство, розробляла конкретні плани щодо вчинення самогубства та має намір діяти згідно з цими планами, тим більшим буде його/її ризик. Таким чином, в рамках оцінки суїцидальної поведінки важливо запитати пацієнта щодо його думок, планів, поведінки та намірів вчинити самогубство. Хоча такі запитання часто природно випливають під час обговорення поточної ситуації пацієнта, проте це не завжди відбувається таким чином. Точне формулювання запитань і обсяг розпитування також будуть відрізнятися залежно від клінічної ситуації. Приклади питань, які психіатр може розглянути в цій частині процесу оцінки суїциду, наведені в Таблиці 3.

1. З'ясувати наявність або відсутність суїцидальних думок

Розпитування про суїцидальні думки є важливим компонентом оцінки самогубства. Хоча дехто побоюється, що порушення теми суїциду «закарбує» її у свідомості пацієнта, проте це не так. Насправді, порушення питання про суїцидальні думки може принести пацієнтові полегшення, відкриваючи шлях до обговорення і даючи їм можливість відчути, що їх розуміють. Розпитуючи про суїцидальні думки, часто корисно розпочинати з питань, які стосуються почуттів пацієнта щодо життя, наприклад: «Яким вам здається життя в даний момент?» або “Чи відчували ви коли-небудь, що життя не варте того, щоб його проживати?» або «Чи хотіли ви коли-небудь заснути і просто не прокинутися?». Якщо відповідь пацієнта відображає незадоволеність життям або бажання втекти від нього, така відповідь може природним чином привести до більш конкретних питань про те, чи були у пацієнта думки про смерть або самогубство. Якщо такі думки виникають, важливо зосередитися на їх характері, частоті та часі виникнення, ступені серйозності, а також зрозуміти міжособистісний, ситуативний та симптоматичний контекст, в якому вони виникають.

Навіть якщо пацієнт спочатку заперечує думки про смерть або самогубство, психіатр повинен поставити додаткові запитання. Наприклад, можна запитати про плани на майбутнє або про нещодавні дії чи думки заподіяти собі шкоду чи біль. Незалежно від підходу до інтерв'ю, не всі люди повідомлятимуть про наявність суїцидальних намірів, навіть за присутності таких думок. Таким чином, залежно від клінічних обставин, психіатру може бути важливо поговорити з членами сім'ї або друзями, щоб з'ясувати, чи спостерігали вони за поведінкою пацієнта (наприклад, нещодавнє придбання пістолета), або, чи були вони втаємничені в думки особи, які вказують на суїцидальні наміри (див. розділ V.C «Спілкування з іншими значущими людьми»). Крім того, пацієнтів, які були в стані алкогольного або іншого

сп'яніння під час початкового опитування, слід повторно оцінити на предмет суїцидальності після того, як мине стан інтоксикації.

2. З'ясувати наявність або відсутність плану самогубства

У разі наявності суїцидальних думок психіатр далі намагатиметься отримати детальну інформацію щодо конкретних планів самогубства та будь-яких кроків, які були зроблені для реалізації таких планів. Хоча пацієнт може імпульсивно здійснювати деякі суїцидальні дії, практично без планування, детальніші плани, як правило, пов'язані з більшим ризиком суїциду. Особливої уваги потребують насильницькі та незворотні способи, такі як застосування вогнепальної зброї, стрибки з висоти та автомобільні аварії. Однак переконання пацієнта щодо летальності методу самогубства може бути таким же важливим, як і фактична летальність самого методу.

ТАБЛИЦЯ 3. Запитання, які можуть бути корисними під час розпитування стосовно конкретних аспектів суїцидальних думок, планів та поведінки

Почніть із запитань, які стосуються почуттів пацієнта щодо життя:

- Чи відчували Ви коли-небудь, що життя не варте того, щоб його прожити?
- Чи хотіли Ви коли-небудь заснути і просто не прокинутися?

Далі поставте конкретні запитання, які стосуються думок про смерть, самоушкодження чи самогубство:

- Чи думали Ви про смерть останнім часом?
- Чи доходило коли-небудь до того, що Ви думали заподіяти собі шкоду?

Для осіб, які мають думки про те, щоб заподіяти собі шкоду, або про самогубство:

- Коли Ви вперше помітили такі думки?
- Що призвело до появи таких думок (наприклад, міжособистісні та психосоціальні передумови, включаючи реальні або уявні втрати; специфічні симптоми, такі як зміна настрою, ангедонія, стан безнадійності, тривоги, збудження, психоз)?
- Як часто у Вас виникали такі думки (включаючи частоту, нав'язливість, контрольованість)?
- Наскільки близько Ви підійшли до того, щоб діяти відповідно до цих думок?
- Наскільки ймовірно, на Вашу думку, що Ви будете діяти відповідно до цих думок у майбутньому?
- Чи були у Вас випадки, коли Ви починали завдавати собі шкоди (або хотіли вбити себе), але зупинялися перед тим, як щось зробити (наприклад, тримали ніж або приставляли пістолет до тіла, але зупинялися перед тим, як почати діяти, підходили до краю мосту, але не стрибали)?

- Що, за Вашим уявленням, станеться, якщо Ви насправді вб'єте себе (наприклад, втеча від реалій, возз'єднання з другою половинкою, переродження, реакція оточуючих)?
- Чи маєте Ви конкретний план, як заподіяти собі шкоду чи вбити себе? (Якщо так, то що саме цей план включає?)
- Чи є у Вас вогнепальна або інша зброя?
- Чи проводили Ви яку-небудь особливу підготовку (наприклад, купували певні предмети, писали записку або заповіт, укладали фінансові угоди, вживали заходів, щоб уникнути викриття, репетирували план)?
- Чи говорили Ви з ким-небудь про свої плани?
- Яким Ви бачите своє майбутнє?
- Що б змусило Вас почуватися більш (або менш) оптимістично налаштованими щодо майбутнього (наприклад, лікування, відновлення стосунків, вирішення стресових факторів)?
- Що б змусило вас спробувати покінчити життя самогубством (більш або менше)?
- Що у Вашому житті могло би призвести до того, що у Вас виникне бажання втекти від життя або померти?
- Що у Вашому житті викликає у Вас бажання жити далі?
- Якби у Вас знову з'явилися думки заподіяти собі шкоду або вбити себе, що б Ви зробили?

Для осіб, які намагалися покінчити життя самогубством або вдавалися до дій заподіяти собі шкоду чи біль, можна паралельно поставити питання про попередні спроби, наведені в попередньому розділі. Додаткові запитання можуть бути поставлені в загальних рисах або стосуватися конкретного методу, який використовувався, і можуть включати такі питання:

- Чи можете ви описати те, що сталося (наприклад, обставини, передумови, бачення майбутнього, вживання алкоголю або інших речовин, спосіб, наміри, серйозність травми)?
- Які думки були у вас перед тим, як здійснити спробу?
- Що, на вашу думку, мало б статися (наприклад, заснути чи отримати травму, чи померти, добитися реакції конкретної людини)?
- Чи були присутні інші люди в той час?
- Чи зверталися ви особисто за допомогою після цього, чи хтось інший намагався отримати допомогу для вас?
- Ви планували, що вас знайдуть, чи вас знайшли випадково?
- Що ви відчули після цього (наприклад, полегшення чи жаль, що залишилися живі)?
- Чи отримували ви лікування після цього (наприклад, медичне чи психіатричне, надання допомоги у відділенні невідкладної допомоги, стаціонарне чи амбулаторне лікування)?

- Чи змінився Ваш погляд на життя, чи щось змінилося для Вас після спроби?
- Чи були інші випадки в минулому, коли Ви намагалися завдати собі шкоди (або вбити себе)?

Для осіб з повторюваними суїцидальними думками або спробами

- Як часто ви намагалися заподіяти собі шкоду (або вбити себе)?
- Коли це було востаннє?
- Чи можете Ви описати свої думки в той час, коли Ви дуже серйозно думали про самогубство?
- Коли ви намагалися зробити найсерйознішу спробу заподіяти собі шкоду чи вбити себе?
- Що призвело до цього і що сталося потім?

У людей з психозом запитайте конкретно про галюцинації та марення.

- Чи можете ви описати голоси (наприклад, один чи кілька, чоловічий чи жіночий, внутрішній чи зовнішній, впізнаваний чи невпізнаваний)?
- Про що говорять ці голоси (наприклад, позитивні зауваження, негативні зауваження чи погрози)? (Якщо зауваження є командами, визначте, чи стосуються вони дій, спрямованих на заподіяння шкоди чи ні; попросіть навести приклади)?
- Як ви справляєтеся з голосами (або реагуєте на них)?
- Чи робили Ви коли-небудь те, про що вас просили голоси? (Що спонукало вас підкоритися голосам? Якщо ви намагалися чинити опір, то що вам заважало?)
- Чи були випадки, коли голоси наказували вам заподіяти собі шкоду або вбити себе? (Як часто? Що сталося?)
- Чи хвилюєтеся ви через серйозну хворобу або через те, що ваше тіло руйнується?
- Чи турбує вас ваше фінансове становище, навіть коли *інші* кажуть, що вам нема про що хвилюватися?
- Чи є речі, за які ви відчували провину або звинувачували себе?

Розгляньте потенційну можливість пацієнта завдати шкоди не лише собі, але й іншим.

- Чи є, на вашу думку, інші люди, які можуть бути відповідальними за те, що ви відчуваєте (наприклад, думки про переслідування, досвід пасивності)? Чи виникають у вас думки про те, щоб завдати їм шкоди?
- Чи хотіли б Ви, щоб з вами померли інші люди, хто вони?
- Чи є інші люди, які, на Вашу думку, не змогли б жити без Вас?

Якщо пацієнт не повідомляє про план, психіатр може запитати, чи існують певні умови, за яких пацієнт міг би подумати про самогубство (наприклад, розлучення, потрапляння до в'язниці, втрата житла), або чи є ймовірність того, що такий план буде сформовано або реалізовано в найближчому майбутньому. Якщо пацієнт повідомляє, що він/вона навряд чи буде діяти відповідно до суїцидальних думок, лікар-психіатр повинен визначити, які фактори сприяють такому очікуванню, оскільки таке опитування може визначити захисні фактори.

Незалежно від наявності чи відсутності плану, якщо пацієнт визнав наявність суїцидальних думок, слід провести спеціальне опитування стосовно наявності чи відсутності вогнепальної зброї вдома або на роботі. Також корисно запитати, чи були останнім часом зміни в доступі до вогнепальної або іншої зброї, включаючи нещодавні покупки або зміну способу зберігання. Якщо пацієнт має доступ до вогнепальної зброї, лікарю-психіатру рекомендується обговорити з пацієнтом або близькими особами важливість обмеження доступу до цієї та іншої зброї, убезпечити її зберігання або вилучення зброї. Такі обговорення повинні бути задокументовані в медичній картці, включаючи будь-які інструкції, які були надані пацієнту та значущим для пацієнта особам щодо вогнепальної або іншої зброї.

3. Оцінити ступінь суїцидальності, в тому числі суїцидальні наміри та летальні наслідки плану

Незалежно від того, чи розробив пацієнт план самогубства, слід дослідити рівень суїцидальних намірів пацієнта. Суїцидальні наміри відображають інтенсивність бажання пацієнта померти і їх можна оцінити шляхом визначення мотивації пацієнта до вчинення самогубства, а також серйозності і ступеня його/її бажання померти, включаючи будь-яку пов'язану з цим поведінку або планування суїциду. Якщо пацієнт розробив план самогубства, важливо оцінити летальні наслідки такого плану. Летальні наслідки плану можна з'ясувати за допомогою запитань про метод, знання та навички пацієнта щодо його використання, а також відсутність втручання сторонніх осіб або обставин безпеки. Загалом, чим більший і чіткіший намір, тим вищим є ризик вчинення самогубства. Таким чином, навіть пацієнт із планом або спробою самогубства з низьким летальним результатом може наражатися на високий ризик у майбутньому, якщо наміри сильні та пацієнт вірить, що обраний ним/нею метод буде фатальним. У той же час, пацієнт з низьким рівнем суїцидальних намірів все одно може померти внаслідок самогубства, помилково вважаючи, що певний спосіб не є смертельним.

4. Зрозуміти актуальність та обмеження шкал оцінки самогубства

Хоча низка шкал оцінювання суїциду були розроблені для використання в дослідженнях і більш детально описані в Частині В настанови, їхнє клінічне застосування є обмеженим. Шкали самооцінки іноді можуть допомогти розпочати спілкування з пацієнтом про певні почуття чи переживання. Крім того, зміст шкал оцінювання суїцидальних намірів, таких як Шкала суїцидальних думок (8) та Шкала суїцидальних намірів (9), може бути корисним для психіатрів під час розробки ретельної лінії опитування про

самогубство та суїцидальну поведінку. Однак, існуючі шкали оцінки суїцидальних намірів мають високий рівень хибнопозитивних і хибно негативних результатів і дуже низьку позитивну прогностичну цінність (10). Як результат, такі рейтингові шкали не можуть замінити ретельне та клінічне адекватне обстеження та не рекомендуються для клінічної оцінки ризиків суїциду.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.***

ОЦІНКА ОСОБИ, ЩО МАЄ СУЇЦИДАЛЬНУ ІДЕАЦІЮ

Ключове питання полягає в тому, чи дитина або підліток думає про самогубство, чи вже намагалася його вчинити без відома інших.

Дітям та підліткам можна поставити такі діагностичні запитання (Jacobsen та співавт., 1994 р.):

- «Чи коли-небудь ви відчували таке засмучення, що бажали, щоб вас не було в живих, або хотіли померти?»
- «Чи коли-небудь ви робили щось, що було настільки небезпечним, що могло призвести до шкоди або смерті?»
- «Чи коли-небудь ви шкодили собі або намагались завдати собі шкоди?»
- «Чи коли-небудь ви намагались вбити себе?»
- «Чи коли-небудь ви думали про самогубство або намагались йогог вчинити?»

Оцінка наявності та ступеня суїцидальних намірів є складною. Суїцидальний намір передбачає баланс між бажанням померти та бажанням жити (Beck та співавт., 1974a). Деякі аспекти цього стосуються тяжкості поведінки, зусиль, докладених з метою приховування поведінки та уникнення розкриття, а також підготовки конкретних планів (наприклад, «Чи робили ви щось, щоб підготуватись до самогубства? Ви думали про те, що ваша дія вас вб’є?»). Однак діти та підлітки систематично переоцінюють смертельність різних способів самогубства, тому дитина або підліток із серйозними суїцидальними намірами може не вчинити самогубство.

Інший підхід до оцінки суїцидальних намірів полягає в оцінці мотивуючих факторів, наприклад, бажання привернути увагу, змінити міжособистісні стосунки, повернутись до померлого родича, уникнути нестерпної ситуації або помститись. Якщо ці мотиви не були здійснені до оцінки, серйозні суїцидальні наміри все ще можуть спостерігатись.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОВТОРНОЇ СПРОБИ САМОГУБСТВА АБО САМОГУБСТВА

Фактори, що підвищують ризик подальших спроб самогубства та/або самогубства після недавньої спроби самогубства, наведені у Таблиці 1 та

включають чоловічу стать, старший вік, проживання на самоті (тобто втеча, безпритульність або ізоляція), наявність в анамнезі спроб самогубства, спроби самогубства іншим способом, відмінним від прийому ліків або поверхневого порізу, та заходи, вжиті для уникнення виявлення. Спостерігається вищий короткочасний ризик самогубства, якщо поточний психічний стан порушений.

ОЦІНКА ПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ

Стани, що призводять до суїцидальної поведінки, включають психічний розлад; соціальні фактори, такі як ізоляція, гнів та стрес; когнітивні викривлення, що супроводжують депресію, особливо відчай (Brent та співавт., 1997 р.); та неефективні копінг-стратегії (наприклад, імпульсивність або катастрофізація). Наявність в сімейному анамнезі психопатології, особливо суїцидальної поведінки, біполярного афективного розладу, фізичного або сексуального насильства або зловживання психоактивними речовинами, може вказувати на ризик та сфери, що потребуватимуть втручання (Fergusson та Lynskey, 1995a,b; Pfeffer та співавт., 1994 р.). Сімейні конфлікти та інші стресові події, пов’язані з міжособистісними проблемами, також вимагають оцінки.

Психічні розлади, що, як правило, пов’язані із суїцидальною поведінкою, включають депресію, манію або гіпоманію, змішані стани або швидку циклічність або зловживання психоактивними речовинами. Пацієнти з нервозністю, збудженням, маренням, погрозами, насильницькою поведінкою, оманою, галюцинаціями, які постійно виражають бажання померти, знаходяться у групі короткочасного ризику.

Наявність в анамнезі перепадів настрою, від коротких періодів депресії, тривожності та люті до еутимії та/або манії, що можуть бути пов’язані з транзиторними психотичними епізодами, включаючи параноїдальні ідеї та слухові або зорові галюцинації, вважаються пов’язаними з ризиком спроб самогубства у майбутньому. Діагностика таких підлітків є складною, а клініцисти часто вдаються до різних діагнозів, включаючи великий депресивний розлад із психотичними епізодами, біполярний афективний розлад, шизоафективний розлад та прикордонний розлад особистості, щоб охарактеризувати підлітків із цими симптомами.

Рецидивуюча суїцидальна поведінка була пов’язана з гіпоманіакальними рисами особистості (Klein та співавт., 1996 р.) та розладами особистості кластера B (Brent та співавт., 1993a, 1994a). Найпоширенішим розладом особистості є межовий розлад особистості (Corbitt та співавт., 1996 р.). Критерії DSM-IV (керівництво щодо діагностики та статистичного обліку психічних захворювань, IV перегляд) щодо цього розладу включають початок у ранньому дорослому віці, повторні спроби самогубства, несмертельні форми самоушкодження та поширену модель імпульсивності, що, після контролю депресії та зловживання психоактивними речовинами протягом усього життя, може бути пов’язана з суїцидальними схильностями (Brodsky та співавт., 1997 р.). Інші критерії включають емоційну нестабільність, нестабільні міжособистісні стосунки (між ідеалізацією та приниженням), полярні

уявлення про себе (між грандіозністю та нікчемністю), симптоми дисоціативних розладів, нервозність та поведінку, що, незважаючи на задоволення, можуть завдати шкоди самому собі (наприклад, надмірні витрати, імпульсивна сексуальна активність, небезпечне водіння).

Багато з цих симптомів також є ознаками біполярного афективного розладу та інших розладів настрою, а питання про те, чи є межовий розлад особистості формою біполярного афективного розладу або іншого розладу настрою, залишається відкритим.

Збір інформації з багатьох джерел та за допомогою різних методів, що залежать від розвитку, є важливим для оцінки показників ризику самогубства. Сюди можуть входити опитування, спостереження за іграми та поведінкою, а також використання стандартних, надійних валідних шкал оцінювання. На достовірність результатів опитування дітей та підлітків може вплинути рівень їхнього когнітивного розвитку, що може вплинути на їхні повідомлення про час та причину, а також тип та інтенсивність емоцій, та серйозність психологічного стресу під час опитування, що може вплинути на їхню пам'ять про суїцидальні наміри та розуміння взаємозв'язку між їхніми емоціями та поведінкою (Carlson та співавт., 1994 р.; Jacobsen та співавт., 1994 р.).

Підтвердження суїцидальної поведінки дитини або підлітка можна отримати з інформації, зібраної шляхом опитування осіб, які знають дитину або підлітка. Однак часто існує розбіжність між повідомленнями дітей та батьків, де діти та підлітки частіше розповідають про випадки суїцидальної ідеації та суїцидальних дій, ніж їхні батьки (Brent та співавт., 1986 р.).

Спеціалізована шкала оцінки ризику самогубства та інші інструменти

Шкали оцінки ризику самогубства є корисними для скринінгу популяцій здорових людей, та пацієнтів групи високого ризику. Вони не можуть замінити клінічний огляд, і як правило є надчутливими та недостатньо конкретними. Наразі шкала оцінки ризику самогубства сама по собі не має прогностичної цінності.

Дитина або підліток з позитивним результатом за шкалою оцінки ризику самогубства має пройти клінічне обстеження. Більшість шкал не були належним чином перевірені на популяції дітей або підлітків (для отримання більш детальної інформації щодо окремих шкал див. роботи Garrison та співавт., 1991 р. та Goldston, 2000 р.). У Таблиці 3 перераховані шкали оцінки суїцидальних схильностей, намірів або потенціалу суїцидальності.

Таблиця 3 інструменти для оцінки суїцидальних схильностей дітей та підлітків

Шкала	*Автор*	*Вік*	*Мета*	*Довжина*	*Області*	*Примітки*
Самозаповнення дитиною або підлітком						
Шкала оцінки відчаю Бека (BHS)	*Beck та співавт., 1974b*	*Підлітки*	*Оцінює відчай*	*20 альтернативних тестових завдань*	*Клінічна, дослідницька, скринінгова*	
Шкала оцінки відчаю для дітей (HSC)	*Kazdin та співавт., 1986 р*	*Діти та підлітки*	*Оцінює відчай*	*17 альтернативних тестових завдань*	*Клінічна, дослідницька, скринінгова*	*Граничні точки та обґрунтованість перевіряються (див. роботу Spirito та співавт., 1988b)*
Програма TeenScreen Колумбійського університету (CTS)	*Shaffer та співавт., 1996b*	*Підлітки*	*Перевіряє учнів у віці 11-18 років на наявність суїцидальної поведінки,*	*26 завдань*	*Клінічна, скринінгова, дослідницька*	*Висока чутливість та специфічність*

			ідеації та факторів ризику самогубства			
Опитувальник щодо суїцидальної ідеації (SIQ)	*Reynolds, 1987 р*	*Підлітки*	*Оцінює частоту та тяжкість суїцидальної ідеації у учнів у віці 11-18 років*	*30 завдань (старші класи) або 15 завдань (середня школа)*	*Дослідницька, скринінгова*	
Шкала оцінки імовірності самогубства (SPS)	*Tatman та співавт., 1993 р.*	*Вік від 14 років*	*Клінічний індекс ризику самогубства*	*1 сторінка*	*Клінічна*	*Чинність у підлітків відсутня*
Шкала «Причини для життя» для підлітків (RFL-A	*Osman та співавт., 1998 р.*	*Підлітки (адаптація для шкали «Причини для життя» [RFL] Linehan 1985 року)*	*Оцінює життєстверджуючі, адаптивні думки, що можуть відрізнити суїцидальну поведінку від нормальної*	*14 завдань*	*Клінічна, дослідницька, скринінгова*	*Дає клініцисту план початку лікування*

Шкала оцінки ризику самогубства у дітей та підлітків (CASPI)	*Pfeffer та співавт., 2000 р*	*6-17 років*	*Оцінює ризик суїцидальної поведінки*	*30 тестових завдань із закритими питаннями*	*Клінічна, дослідницька, скринінгова*	*Відмінна надійність та чинність*
Інструменти, визначені клініцистом						
Шкала оцінки ризику самогубства у дітей (CSPS)	*Pfeffer та співавт., 1979 р*	*6-12 років*	*Оцінює суїцидальну поведінку та фактори ризику самогубства*	*17 сторінок (батарея з 8 шкал)*	*Клінічна, дослідницька*	*Надано дитині та батькам*
Опитування щодо ризику самогубства (SPI)	*Reynolds, 1991 р*	*11-18 років*	*Оцінює ризик самогубства*	*4 сторінки 22 завдання*	*Діагностична, дослідницька, скринінгова*	
Шкала оцінки суїцидальної ідеації (SSI)	*Beck та співавт., 1979a*	*Обмежені дослідження за участю підлітків*	*Оцінює частоту, інтенсивність та тривалість суїцидальної ідеації*	*4 сторінки 19 завдань*	*Клінічна, діагностична, дослідницька, скринінгова*	
Шкала	*Beck та*	*Ще не*	*Оцінює*	*15 завдань*	*Клінічна,*	

оцінки суїцидальних намірів (SIS)	*співавт., 1974a*	*проводилися дослідження за участю підлітків або дітей*	*суїцидальні наміри у осіб, які вчиняють спроби самогубства*		*дослідницька*	

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

D. ВСТАНОВИТИ БАГАТООСЬОВИЙ ДІАГНОЗ

При концептуалізації суїцидальних ризиків для психіатра важливо розробити багатоосьову диференційну діагностику в ході психіатричного обстеження. Дослідження показали, що понад 90% осіб, які вчинили самогубство, відповідають критеріям одного або декількох психіатричних розладів. Таким чином, психіатр повинен визначити, чи має пацієнт первинний діагноз за віссю I або віссю II. Самогубство та інші види суїцидальної поведінки також найімовірніше трапляються в осіб, яким поставили більш ніж один психіатричний діагноз. Тому важливо звернути увагу на інші поточні або минулі діагнози за віссю I або віссю II, в тому числі ті, що можуть перебувати в стадії ремісії.

Виявлення фізичних захворювань (вісь III) має важливе значення, оскільки деякі діагнози також можуть бути пов'язані з підвищеними ризиками самогубства, а також з підвищеними ризиками інших видів суїцидальної поведінки. Для деяких людей таке підвищення ризиків може бути наслідком збільшення частоти супутніх психіатричних захворювань або прямого фізіологічного впливу фізичної хвороби чи її лікування. Фізичні захворювання також можуть бути джерелом соціального та/або психологічного стресу, що, в свою чергу, може підвищувати ризики.

Також важливим у визначенні ризику самогубства є здатність розпізнавати психосоціальні стресори (вісь IV), які можуть бути як гострими, так і хронічними. Певні стресори, наприклад, раптове безробіття, втрата близьких, соціальна ізоляція та дисфункціональні стосунки, можуть підвищити ймовірність суїцидальних спроб, а також збільшити ризики самогубства. Водночас важливо зазначити, що життєві події мають різне значення для різних людей. Таким чином, при визначенні того, чи може певний стресовий фактор підвищувати ризики суїцидальної поведінки, необхідно враховувати рівень сприйняття важливості та значення життєвої події для конкретного пацієнта.

Як заключний компонент багатоосьової діагностики, важливо оцінити базовий і поточний рівні функціонування пацієнта (вісь V). Крім того, лікар повинен оцінити відносну зміну рівня функціонування пацієнта, а також погляд пацієнта на своє функціонування та його/її відчуття щодо нього. Незважаючи на те, що суїцидальні думки та/або суїцидальні спроби відображені в рекомендаціях щодо оцінки за Глобальною оцінкою функціонування (GAF), слід зазначити, що не існує узгодженої кореляції між оцінкою за GAF та рівнем суїцидального ризику.

Коментар робочої групи: *у DSM-5 замість GAF використовується WHODAS 2.0 (Таблиця оцінювання обмеження життєдіяльності ВООЗ).*

Е. ОЦІНКА РИЗИКУ САМОГУБСТВА

Мета оцінки суїцидальних ризиків полягає в тому, щоб виявити фактори, які можуть підвищити або знизити суїцидальні ризики для пацієнта, оцінити загальний рівень суїцидальних ризиків та розробити план лікування, що враховує безпеку пацієнта та модифіковані фактори суїцидальних ризиків. Оцінка є комплексною за обсягом, яка об’єднує знання конкретних факторів ризику пацієнта; клінічної історії, включаючи психопатологічний розвиток; та взаємодію з лікарем. Оцінка ризиків самогубства, що є кульмінацією оцінки суїциду, є квінтесенцією клінічного судження, оскільки жодне дослідження не виявило одного певного фактора ризику або набору факторів ризику, які б конкретно прогнозували самогубство або іншу суїцидальну поведінку.

У Таблиці 4 наведено список факторів, пов’язаних з підвищеними ризиками суїциду, а в Таблиці 5 – фактори, пов’язані із ефектами захисту. Хоча фактори ризику, як правило, є адитивними (тобто рівень ризиків пацієнта зростає зі збільшенням кількості факторів ризику), вони також можуть взаємодіяти синергічно. Наприклад, комбіновані ризики, пов'язані із супутніми депресією та фізичним захворюванням, можуть бути вищими, ніж сума ризиків, пов'язаних із кожним окремо. Водночас, певні фактори ризику, такі як нещодавня спроба самогубства (особливо з високим рівнем летального результату), доступ до вогнепальної зброї та наявність передсмертної записки, слід вважати серйозними самі по собі, незалежно від того, чи присутні інші фактори ризику.

Вплив на ризики самогубства деяких факторів ризику, таких як певні життєві події або психологічні сильні та вразливі сторони, буде відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей. Фактори ризику також необхідно оцінювати в контексті, оскільки певні чинники ризику є більш застосовними до певних діагностичних груп, тоді як інші несуть більш загальний ризик. Нарешті, слід пам'ятати, що через низький рівень самогубств серед населення лише невелика частина осіб з певним фактором ризику помре внаслідок самогубства.

Фактори ризику суїцидальних спроб, які перетинаються з факторами ризику самогубства, але не є ідентичними їм, також будуть визначені в процесі оцінки. Ці фактори також слід враховувати в процесі планування лікування, оскільки спроби суїциду самі по собі пов'язані із захворюваністю на додаток до додаткових ризиків суїциду, який вони створюють для вчинення самогубства.

1. Демографічні фактори

В епідеміологічних дослідженнях низка демографічних факторів була пов'язана з підвищеним рівнем самогубств. Однак ці демографічні характеристики стосуються дуже широкої популяції людей і не можуть розглядатися окремо. Замість цього, такі демографічні параметри повинні розглядатися в контексті інших взаємодіючих факторів, що можуть впливати на індивідуальний ризик.

ТАБЛИЦЯ 4. Фактори, пов'язані з підвищеним ризиком самогубства

Суїцидальні думки/поведінка

Суїцидальні думки (поточні або попередні)

Суїцидальні плани (поточні або попередні)

Суїцидальні спроби (в тому числі відмінені чи перервані спроби)

Летальний результат суїцидальних планів або спроб

Суїцидальні наміри

Психіатричні діагнози

Великий депресивний розлад

Біполярний розлад (переважно під час депресивних або змішаних епізодів)

Шизофренія

Нервова анорексія

Розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю

Інші розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин

Розлади особистості кластеру B (зокрема, межовий розлад особистості)

Супутні розлади вісі I та/або вісі II

Фізичні хвороби

Захворювання нервової системи

Розсіяний склероз

Хвороба Хантінгтона

Травми головного та спинного мозку

Судомні синдроми

Злоякісні новоутворення

ВІЛ/СНІД

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

Хронічне обструктивне захворювання легень, особливо у чоловіків

Хронічна ниркова недостатність, що лікується гемодіалізом

Системний червоний вовчак

Больові синдроми

Функціональні порушення

Психосоціальні особливості

Відсутність соціальної підтримки останнім часом (в тому числі проживання на самоті)

Безробіття

Погіршення соціально-економічного статусу

Погані стосунки з членами родини (a)

Домашнє насильство з боку партнера (b)

Нещодавня стресова подія в житті

Перенесені травми в дитинстві

Сексуальне насильство

Фізичне насильство

Генетичні та сімейні наслідки

Сімейна історія суїциду (особливо у родичів першого ступеня спорідненості)

Сімейний анамнез психічних захворювань, у тому числі розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Психологічні особливості

Стан безнадійності

Психічний біль (a)

Сильна або безперервна тривога

Панічні атаки

Сором або приниження (a)

Психологічні потрясіння (a)

Зниження самооцінки (a)

Надзвичайна нарцисична вразливість (a)

Особливості поведінки

Імпульсивність

Агресія, в тому числі насильство над іншими

Збудження

Когнітивні особливості

Втрата здатності до цілеспрямованої діяльності (b)

Когнітивне обмеження (тунельне бачення ситуації)

Поляризоване мислення

Вузькість мислення

Демографічні особливості

Чоловіча стать (c)

Вдівці/вдови, розлучені або неодружені, особливо серед чоловіків

Старша вікова група (вікова група з найбільшим пропорційним ризиком самогубств)

Підлітки та молодь (вікові групи з найбільшою кількістю самогубств)

Біла раса

Гомосексуальна ідентичність або бісексуальна орієнтація (b

)

Додаткові фактори

Доступ до вогнепальної зброї

Інтоксикація психоактивними речовинами (за відсутності офіційного діагнозу розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин)

Нестабільні або погані терапевтичні відносини *(a)*

a Асоціація з підвищеним рівнем вчинення самогубства ґрунтується на клінічному досвіді, а не на офіційних даних досліджень.

b Пов'язано зі збільшенням кількості суїцидальних спроб, але немає доказів щодо рівня самогубств як такого.

c Підвищені ризики суїцидальних спроб у жінок порівняно з чоловіками.

а) Вік

Рівень самогубства суттєво відрізняються залежно від віку. Крім того, на ризики суїциду можуть впливати вікові психосоціальні стресори, сімейні проблеми або проблеми розвитку. Вік пацієнта також може мати значення для встановлення психіатричного діагнозу, оскільки конкретні розлади відрізняються за типовим віком початку їх розвитку.

У віці від 10 до 24 років рівень вчинення самогубств серед населення США різко зростає до приблизно 13 випадків на 100 000 населення у віковій групі від 20 до 24 років, а потім, по суті, стабілізується у середньому віці. Після 70 років рівень самогубств знову зростає до максимуму – майже 20 випадків на 100 000 у людей старше 80 років (рис. 1).

Однак, ці загальні цифри можуть вводити в оману, оскільки розподіл рівня самогубств за віком залежить від статі, а також від раси та етнічного походження. Наприклад, серед чоловіків-афроамериканців та американських індіанців/корінних жителів Аляски рівень самогубств різко зростає в підлітковому віці, досягає піку в молодому віці, а потім знижується в середньому та старшому віці. Так, у підлітковому та молодому віці рівень самогубств серед афроамериканських чоловіків можна порівняти з рівнем самогубств серед білих чоловіків, хоча загалом афроамериканські чоловіки вдвічі рідше помирають від самогубства, ніж білі чоловіки.

ТАБЛИЦЯ 5. Фактори захисту при самогубстві

- Присутність дітей в домі (a)
- Почуття відповідальності перед сім'єю (b)
- Вагітність
- Релігійність
- Задоволеність життям
- Здатність тестувати реальність (b)
- Позитивні навички подолання труднощів (b)
- Позитивні навички вирішення проблем (b)
- Позитивна соціальна підтримка
- Позитивні терапевтичні відносини (b)

a За винятком тих, хто страждає на післяпологовий психоз або афективні розлади

b Асоціація зі зниженням рівня самогубств ґрунтується на клінічному досвіді, а не на офіційних доказових даних досліджень.

Хоча рівень самогубств у багатьох вікових групах залишався відносно стабільним протягом останніх 50 років, показники самогубств серед підлітків та молодих людей різко зросли, а серед людей похилого віку знизилися. У віковій групі 14-25 років самогубство зараз є третьою основною причиною смерті, причому рівень самогубств втричі вищий, ніж у 1950-х роках (12).

Рівень самогубств у старшому віці вищий, ніж у будь-який інший період життя. У 2000 році в Сполучених Штатах Америки (США) було зафіксовано приблизно 5300 випадків самогубства серед осіб старше 65 років, що становить 15,3 випадків на 100 000 населення. У той час як літні люди становили 12,6% населення, на них припадало 18,1% самогубств. Крім того, високий рівень самогубств серед осіб старше 65 років у значній мірі є відображенням високого рівня самогубств серед білих чоловіків, який досягає майже 60 випадків на 100 000 населення віком 85 років. Хоча рівень самогубств серед азійських чоловіків також зростає після 65 років, а рівень самогубств серед жінок-азіаток різко зростає після 80 років, показники серед усіх інших жінок у пізньому віці в цілому залишаються незмінним.

Думки про смерть також частіше виникають у людей старшого віку, ніж у молодих, але, як не парадоксально, з віком люди стають менш схильними до суїцидальних думок як таких (13). Спроби самогубства також рідше трапляються серед людей більш старшого віку, ніж серед молодших вікових груп (14). Якщо у підлітковому віці співвідношення кількості спроб самогубства до кількості самогубств може сягати 200:1, то в більш зрілому віці на кожне самогубство припадає від однієї до чотирьох спроб суїциду (15). Однак саморуйнівні дії, які трапляються у людей старшого віку, мають більш високий рівень летального результату. Такий вищий рівень летальності обумовлений декількома факторами, включаючи знижену фізичну стійкість (більший тягар фізичних хвороб), більшу соціальну ізоляцію (зменшення ймовірності порятунку) і більшу рішучість померти (15). Самогубці старшого віку рідше попереджають інших про свої плани, використовують більш насильницькі та потенційно смертельні методи і застосовують їх з більшим плануванням і рішучістю (15, 16). Таким чином, порівняно зі спробою самогубства у молодих людей, спроба самогубства у старшому віці пов'язана з більш високим рівнем суїцидальних ризиків в майбутньому.

b) Гендерна приналежність/стать

Практично в усіх країнах, які подають статистичні дані щодо випадків самогубства до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ризики самогубства зростають з віком в обох гендерних групах, причому показники для чоловіків у старшому дорослому віці, як правило, є вищими, ніж для жінок (17). Винятком є Китай, де рівень самогубств серед жінок набагато вищий, ніж серед чоловіків (18). У США смерть внаслідок самогубства частіше трапляється серед чоловіків, ніж серед жінок, причому рівень самогубств серед

чоловіків приблизно в чотири рази вищий, ніж серед жінок (Рис. 1). У психіатричній популяції ці гендерні відмінності також присутні, але є менш помітними.

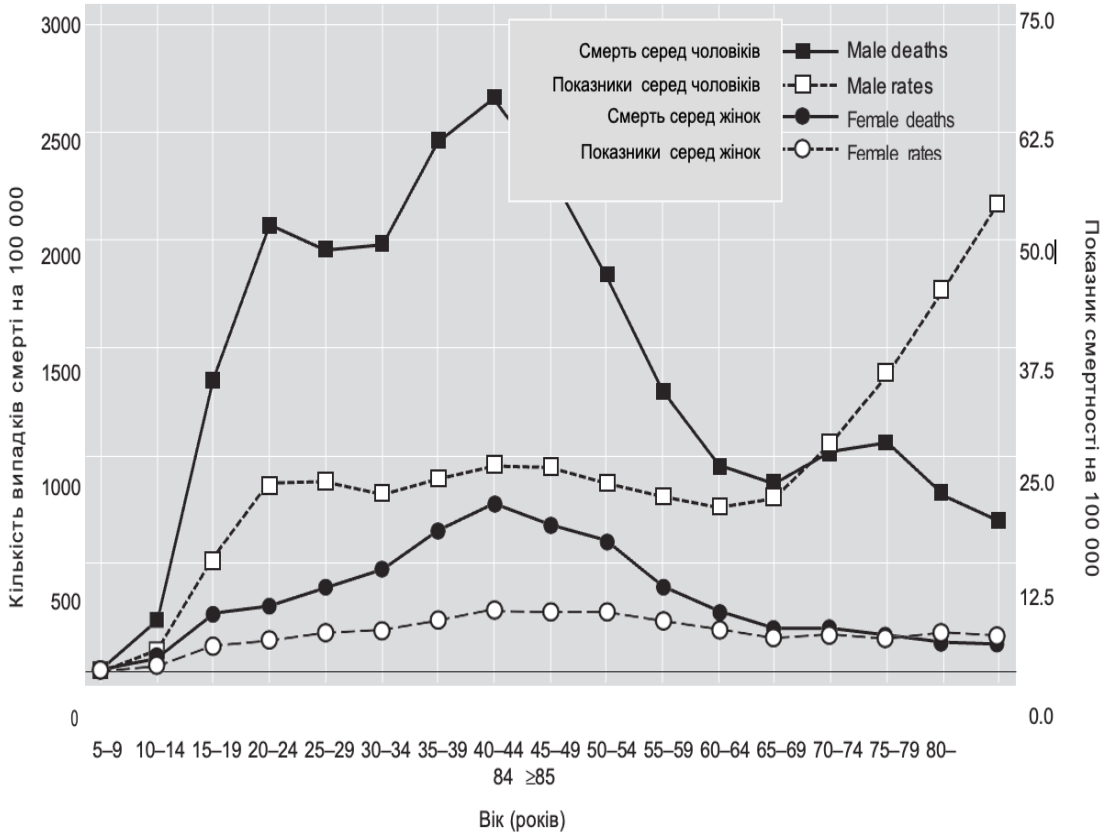

Рисунок 1. Кількість випадків та рівень смертей внаслідок самогубства серед чоловіків і жінок у США у 2000 році, з розбивкою за віковими групами (а)

(а) Включає випадки смерті внаслідок травмувань, спричинених самогубством (коди за МКХ-10 X60-X84, Y87.0). Інформація, отримана через інтернет-систему запитів та звітності щодо статистичних даних травматизму, Національний центр з профілактики та контролю травматизму, Центри з контролю та профілактики захворювань (11).

Що стосується вбивств-самогубств, перевага чоловіків є більш вираженою, з визначеними типологіями, включаючи молодих чоловіків з вираженими ревнощами на сексуальному грунті та літніх чоловіків, які мають хвору дружину (19,20). Починаючи з 65 років, спостерігається прогресивне зростання рівня самогубств серед білих чоловіків, чоловіків-азіатів, а також серед чоловіків загалом. За винятком високого рівня самогубств серед жінок-азіаток віком старше 80 років, жінки в США мають найвищий рівень ризику суїциду в середньому віці (11).

Такі гендерні відмінності щодо ризиків скоєння самогубства можуть бути зумовлені низкою факторів (21). Чоловіки, які страждають на депресію, частіше, ніж жінки, мають супутні проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем та/або психоактивними речовинами, що підвищує ризики самогубства. Чоловіки також менш схильні звертатися за допомогою чи

лікуванням та приймати їх. Натомість жінкам притаманні фактори, які захищають їх від вчинення самогубства. Окрім нижчого рівня зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, жінки є менш імпульсивними, більш соціально інтегровані та виражають більшу готовність звертатися за допомогою. Серед афроамериканських жінок рівень самогубств є помітно нижчим, що пояснюється захисними факторами релігії та розширеними родинними зв'язками (22). Водночас жінки мають вищі показники стану депресії (23) та реагують на безробіття більшим і тривалішим зростанням рівня самогубств, ніж чоловіки (24).

Загалом, для жінок у загальній популяції вагітність - це час, коли ризик самогубства значно знижується (25). Жінки, які мають вдома маленьких дітей, також менш схильні до скоєння самогубства (26). Тим не менш, жінки з депресією або спробами самогубства в анамнезі наражаються на більший ризик несприятливих наслідків у післяпологовий період. Хоча самогубство найімовірніше трапляється в перший місяць після пологів, ризики зберігаються протягом усього післяпологового періоду. Підлітки, жінки з низьким соціально-економічним статусом та жінки, госпіталізовані з післяпологовими психічними розладами, можуть бути особливо схильні до підвищеного ризику після пологів (27, 28).

Жінки, як правило, обирають менш летальні способи самогубства, ніж чоловіки (наприклад, передозування або перерізання зап'ястя замість використання вогнепальної зброї чи повішення).

Такі відмінності можуть частково пояснювати зміну гендерного співвідношення серед осіб, які намагаються покінчити життя самогубством: жінки намагаються покінчити життя самогубством втричі частіше, ніж чоловіки (29). Однак такий показник переважної більшості жінок серед осіб, які вчиняли самогубство, змінюється з віком, і у людей похилого віку співвідношення жінок і чоловіків серед осіб, які намагалися вчинити самогубство, наближається до 1:1 (11, 30). Частота суїцидальних думок і спроб самогубства також є вищою серед осіб з межовими розладами особистості, а також у тих, хто мав в анамнезі домашнє, фізичне та/або сексуальне насильство, що частіше трапляється серед жінок (31-36). Крім того, ймовірність спроб суїциду може змінюватися залежно від фази менструального циклу (37, 38).

c) Раса, етнічна приналежність і культура

Різниця у рівні випадків самогубств серед расових та етнічних груп згадувалися раніше під час обговорення впливу віку та гендерної приналежності на ризики самогубства. Однак, загалом у США скориговані за віком показники самогубств серед білих та неіспаномовних корінних американців приблизно вдвічі вищі, ніж серед іспаномовних, неіспаномовних афроамериканців та мешканців островів Азіатсько-Тихоокеанського регіону (12,1 та 13,6 на 100 000 проти 6,1, 5,8 і 6,0 на 100 000, відповідно) (11). Для груп іммігрантів загалом рівень самогубств, як правило, відображає показники випадків самогубства у країні походження, та з часом наближається до рівня у країні перебування (39-41).

У США расові та етнічні відмінності також простежуються в показниках самогубств впродовж життя, причому найвищі показники самогубств спостерігаються серед білих неіспаномовних, іспаномовних та мешканців островів Азіатсько-Тихоокеанського регіону у віці старше 65 років (11). На противагу цьому, серед корінних американців і афроамериканців найвищий рівень самогубств припадає на людей підліткового та молодого віку (11). Однак такі цифри можуть бути оманливими, оскільки кожна з цих груп демонструє разючий ступінь неоднорідності, який рідко враховується під час збору даних щодо показників самогубств.

Расові та етнічні відмінності в культурі, релігійних переконаннях та соціальному становищі можуть впливати не лише на фактичні показники самогубств, але й на погляди на смерть і самогубство, яких дотримуються члени певної групи. Для деяких груп самогубство може вважатися традиційно прийнятим способом впоратися із соромом, дистрессом та/або фізичною хворобою (42). Крім того, культурні цінності щодо сприйняття суїцидальних думок можуть відрізнятися; наприклад, у деяких культурах суїцидальні думки можуть вважатися ганебною або приватною справою, від якої слід відмовитися. Культурні відмінності, особливо серед іммігрантів, корінних американців та мешканців Аляски, можуть породжувати стрес від акультурації, який, у свою чергу, може сприяти суїцидальній поведінці (43, 44). Таким чином, знання та чутливість до чинників, що сприяють самогубствам у різних расових та етнічних групах, а також культурні відмінності в поглядах на смерть та самогубство є важливими під час клінічного оцінювання ризиків скоєння самогубства та реалізації планів щодо усунення суїцидальних ризиків.

d) Сімейний стан

Ризики самогубства також залежать від сімейного стану, причому рівень самогубств серед самотніх осіб удвічі вищий, ніж серед одружених. Серед розлучених, тих, які живуть окремо, чи овдовілих людей цей показник у чотири-п'ять разів є вищим, ніж серед одружених (45, 46). Відмінності в показниках самогубств залежно від сімейного стану можуть відображати різні рівні базових психічних захворювань, але також можуть бути пов'язані зі змінами психічного стану чи стану здоров’я. Присутність іншої людини в сім’ї також може слугувати захисним фактором, зменшуючи соціальну ізоляцію, породжуючи почуття відповідальності перед іншими та підвищуючи ймовірність виявлення особи після спроби самогубства. Для жінок присутність дітей в сім’ї може мати додатковий захисний ефект (26, 47). Важливо також зазначити, що хоча серед дорослих людей, які перебувають у шлюбі, рівень самогубств загалом є нижчим, молоді подружні пари можуть мати підвищені ризики, а наявність конфліктних або насильницьких ситуацій в шлюбі може бути радше провокуючим, ніж захисним фактором для вчинення самогубства.

e) Сексуальна орієнтація

Хоча жодне дослідження не вивчало рівень самогубств серед гомосексуальних та бісексуальних людей, наявні дані свідчать про те, що вони можуть мати підвищені ризики суїцидальної поведінки. Багато недавніх

досліджень із використанням різноманітних вибіркових популяцій та методів дослідження переконливо свідчать про те, що ризики суїцидальних спроб у гомосексуальних та бісексуальних людей молодого віку є вищими, ніж у порівнюваних гетеросексуальних групах (48-53). Співвідношення кількості зареєстрованих спроб самогубства у жінок та чоловіків (у порівнянні) у загальній популяції є протилежним тому, що спостерігається серед молодих гомосексуальних людей: серед них більше чоловіків, ніж жінок, які намагаються покінчити життя самогубством (48).

Хоча деякі фактори ризику, що призводять до самогубства, наприклад, психічні розлади та вживання психоактивних речовин, є спільними. як для гомосексуальних та бісексуальних, так і для гетеросексуальних молодих людей, інші фактори - є унікальними для гомосексуальних та бісексуальних людей (наприклад, розкриття сексуальної орієнтації друзям та родині, досвід гомофобії та утисків, а також гендерна невідповідність).

Агресивне лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, відкрита та неупереджена психологічна підтримка, а також сприяння здоровій психосоціальній адаптації можуть допомогти знизити ризики самогубства серед гомосексуальних та бісексуальних молодих людей та дорослих.

f) Сфера діяльності

Групи за родом діяльності відрізняються низкою факторів, що впливають на ризики скоєння самогубства. Ці фактори включають демографічні показники (наприклад, раса, гендерна приналежність, соціально-економічний клас, сімейний стан), професійний стрес (54, 55), психічна захворюваність (56) та пов'язані з професійною діяльністю можливості самогубства (56, 57). Встановлено, що лікарі постійно наражаються на вищий ризик самогубства, ніж представники інших професій, включаючи фахівців (57, 58). Після контролю основних демографічних корелятів самогубств за 32 професіями було виявлено, що ризики є найвищими серед стоматологів і лікарів (співвідношення шансів багатовимірної логістичної регресії становить 5,43 та 2,31 відповідно), а також підвищені ризики спостерігаються серед медсестер, соціальних працівників, художників, математиків і науковців (54). Хоча докази є більш різноманітними, фермери можуть мати дещо вищі ризики, тоді як рівень ризиків серед поліцейських в цілому не відрізняється від ризиків порівнюваних за віком та статтю групах досліджуваних людей (54, 57).

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з **Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.**

КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ВЧИНЯЮТЬ САМОГУБСТВО

Завершене самогубство найчастіше відбувається серед підлітків старшого віку, але можливе і у дітей у віці від 6 років (рис. 1). Дослідження психологічної аутопсії (Brent та співавт., 1999 р.; Marttunen та співавт., 1991

р.; Shaffer та співавт., 1996a) демонструють, що приблизно 90 % випадків підліткових самогубств вчиняються особами з психічним розладом. Приблизно у половини з них психічний розлад розвивається протягом більше 2 років. Найпоширенішими формами психічного розладу на момент вчинення завершеного самогубства є (1) певна форма розладу настрою, що у хлопців часто супроводжується розладом поведінки або зловживанням психоактивними речовинами, та (2) зловживання психоактивними речовинами та/або алкоголем, особливо у хлопців у віці від 15 років. Супутні захворювання є поширеним явищем. Багато дітей та підлітків, які вчинили самогубство, були особливо нервозними, імпульсивними, нестабільними та схильними до спалахів агресії. Однак ця модель поведінки аж ніяк не є універсальною. У дітей з тривожністю, але без супутньої патології, не спостерігалось явних ознак порушення, вони часто були відмінниками та мали хороші стосунки з однолітками. Смерть таких підлітків часто стає великою несподіванкою для їхніх родичів та друзів, адже вони справляли хороше враження. Хоча перфекціонізм був запропонований фактором ризику суїцидальної ідеації (Hewitt та співавт., 1997 р.), нещодавні дослідження не продемонстрували, що перфекціонізм, на відміну від тривожності, пов’язаної з очікуваннями, є незалежним предиктором самогубства.

Не дивлячись на те, що деякі підлітки – переважно дівчата з великим депресивним розладом – могли думати про самогубство протягом деякого часу та часто готувались до своєї смерті, більшість випадків самогубств є імпульсивними (Lucas та співавт., 1995 р.). Самогубству часто передує стресова подія, наприклад, проблеми у школі або з законом, завершення романтичних стосунків або сварка з друзями. У багатьох випадках ці стресові події можна розглядати, як побічну реакцію основного психічного розладу.

Самогубство можуть провокувати (зокрема серед молоді з суїцидальною поведінкою) новини про самогубство іншої особи або читання або перегляд інформації про самогубство, зображене у романтичному світлі в книзі, журналі або газеті (Bollen та Philips, 1982 р.; Gould та Shaffer, 1986 р.; Hafner та Schmidtke, 1989 р.).

Приблизно третина осіб із суїцидальною поведінкою вже вчиняла спроби самогубства (Brent та співавт., 1999 р.; Shaffer та співавт., 1996a). Наявність в анамнезі спроб самогубства частіше спостерігалась серед дівчат та осіб із розладом настрою на момент смерті. Самогубство необхідно відрізняти від аутоеротичної смерті, що спричинена дефіцитом кисню з метою стимулювання сексуального збудження та оргазму (Johnstone та Huws, 1997 р.). Однак, випадки аутоеротичної смерті серед підлітків є рідкісними явищами (Shaffer та співавт., 1996a). У разі аутоеротичної смерті у жертв часто спостерігаються інші форми психопатології, наприклад, депресія та зловживання психоактивними речовинами (Sheehan та Garfinkel, 1988 р.). Тому деякі випадки аутоеротичної смерті можуть бути неправильно класифікованими самогубством.

Більшість домовленостей про спільне вчинення самогубства відбувається між подружніми парами та/або іншими членами родини. Вони

найчастіше укладаються людьми середнього та похилого віку (Brown та співавт., 1995 р.) та дуже рідко спостерігаються серед людей молодого віку. Shaffer та співавт. (1996a) встановили лише одну домовленість про спільне вчинення самогубства з 140 послідовних самогубств, що відбулись в районі Нью-Йорка/Нью-Джерсі/західного району Коннектикуту протягом 2 років.

ФАКТОРИ РИЗИКУ САМОГУБСТВА

Психічні розлади

Контрольовані дослідження завершеного самогубства демонструють подібні фактори ризику для хлопців та дівчат (Brent та співавт., 1999 р.; Shaffer та співавт., 1996a), але з помітними відмінностями у відносній важливості (Shaffer та співавт., 1996a).

Дівчата. Найбільш значущим фактором ризику є великий депресивний розлад, що, відповідно до деяких досліджень, підвищує ризик самогубства у 20 разів (Shaffer та співавт., 1996a). Наступним за значущістю фактором ризику є наявність в анамнезі спроби самогубства, що суттєво підвищує ризик.

Хлопці. Наявність в анамнезі спроби самогубства є найпотужнішим прогностичним фактором, що підвищує частоту більш ніж у 30 разів (Brent та співавт., 1999 р.; Shaffer та Craft, 1999 р.). За нею слідують депресія, зловживання психоактивними речовинами (алкоголь або наркотики) та деструктивна поведінка (Brent та співавт., 1993b; Shaffer та співавт., 1996a).

Деструктивна поведінка поширена серед хлопців підліткового віку, які вчиняють самогубство. У дослідженнях у Нью-Йорку (Shaffer та співавт., 1996a) та Пітсбурзі (Brent та співавт., 1999 р.) у третини хлопців, які вчинили самогубство, спостерігались ознаки розладу поведінки. Деструктивна поведінка, як правило, супроводжувалась поганим настроєм, тривожністю або зловживанням психоактивними речовинами. Ці зв'язки можуть бути пояснені низкою механізмів, включаючи ранню депривацію або інший досвід дитинства, що призводить до депресії та антисоціальної поведінки, схильність до агресивної або імпульсивної поведінки або вторинні наслідки стресів, що часто спостерігаються у житті молоді з деструктивним розладом.

Не дивлячись на те, що рівень самогубств суттєво підвищується при шизофренії, через рідкість захворювання на нього припадає дуже мало випадків самогубств у віковій групі дітей та підлітків. Однак психотерапевти, які лікують пацієнтів з шизофренією, повинні знати про вищий ризик самогубства.

Психосоціальні стрес-фактори

Стресові події часто передують самогубству та/або спробі самогубства (de Wilde та співавт., 1992 р.; Gould та співавт., 1996 р.). Вони рідко стають достатньою причиною самогубства, а їхня значущість полягає в тому, що вони є провокуючим фактором для молоді групи ризику через свій психічний стан.

Контрольовані дослідження (Gould та співавт., 1996 р.; Hollis, 1996 р.) демонструють, що низький рівень комунікації між батьками та дітьми може бути суттєвим фактором ризику. У той час як сімейні конфлікти, відсутність

злагоди у родині та порушення взаємовідносин між батьками та дитиною, як правило, пов’язані з дитячою та підлітковою психопатологією (агресивна поведінка, розлади настрою, зловживання алкоголем та психоактивними речовинами) (Brent та співавт., 1994b; Pfeffer та співавт., 1994 р.), ці фактори не відіграють важливої ролі у самогубстві (Gould та співавт., 1996 р.).

Сприяючі фактори

Чому самогубство стає вибором для одних молодих осіб, а для інших – ні, залишається загадкою. Деякі з факторів, що можуть сприяти самогубству включають наступне:

Недостатньо адаптований атрибутивний стиль та стиль подолання. Відчуття відчаю, негативні думки про власну значущість, низька самооцінка, почуття провини за негативні події та незмінність цих спотворених атрибуцій можуть сприяти «безнадії», яка, як неодноразово виявлялося, пов'язана з суїцидальністю.

Біологічні фактори, зокрема порушення регуляції серотонінергічної системи, є поширеними серед дорослих осіб, які вчинили самогубство (Greenhill та співавт., 1995 р.; Halperin та співавт., 1994 р.; Kruesi та співавт., 1992 р.; Mann, 1998; Mann та Stoff, 1997 р.; Pfeffer та співавт., 1998 р.; Pine та співавт., 1995 р.). Дисрегуляція проявляється низькими рівнями метаболітів серотоніну в рідинах центральної нервовоїсистеми (ЦНС), низькими концентраціями пресинаптичних серотонінергічних рецепторів та високими концентраціями постсинаптичних рецепторів. Ці зміни рівня серотоніну спостерігались у вентролатеральній префронтальній корі та стовбурі головного мозку жертв самогубства та тих, хто вчиняв спроби самогубства (у дослідженнях позитронно-емісійної томографії після смерті, а також у біологічних дослідженнях in vivo) (Arango та співавт., 1997 р.). Це може бути пов’язано з поліморфізмом гена триптофангідроксилази (Amsel та Mann, 2001 р.). Якщо це відкриття підтвердиться, це може призвести до розробки рутинних аналізів крові на предмет суїцидальних схильностей. Серотонін може пригнічувати коливання настрою та реактивності. Суїцидальні схильності осіб із цими генетичними хворобами можуть бути опосередковані імпульсивністю та емоційною нестабільністю.

Оскільки вентральна префронтальна кора головного мозку відіграє певну роль у у гальмуванні поведінки, можна припустити, що зміна рівня серотоніну у цій ділянціі ускладнює контроль над суїцидальними схильностями у осіб із суїцидальною поведінкою (Arango та співавт., 1997 р.). Досліджень, які б продемонстрували точні поведінкові кореляти профілів дисрегуляції серотоніну, досі бракує.

Підлітки не є точними біологічними аналогами дорослих. Попередні дослідження невеликої вибірки продемонстрували, що у 3/4 підлітків, які намагалися вчинили спробу самогубства, концентрації 5-гідроксиіндолоцтової кислоти (5-HIAA) у спинномозковій рідині (CMP) була б достатньо високою, щоб вказували на серйозний ризик самогубства у дорослих (Kruesi та співавт., 1988 р.). Крім того, ці дослідження демонструють, що низькі концентрації

гомованілінової кислоти у СМР можуть бути більш значущими прогностичними факторами у підлітків (Greenhill та співавт., 1995 р.; Kruesi та співавт., 1988 р.). Nordstrom та колеги (1994) висунули припущення, що знання біологічного статусу осіб, які намагаються вчиняти самогубство, може мати практичне значення та що низькі концентрації 5-HIAA у СМР, оцінені одразу після спроби самогубства, можуть відрізнити осіб, які вчиняють самогубство або повторюють спробу самогубства протягом року, від осіб, які цього не роблять.

Психопатологія у батьків. Наявність в сімейному анамнезі суїцидальної поведінки (Brent та співавт., 1996a; Gould та співавт., 1996 р.), психопатологія у батьків, депресія у батьків та зловживання батьками психоактивними речовинами (Brent та співавт., 1994b; Gould та співавт., 1996 р.) є додатковими факторами ризику підліткового самогубства. Чи вказує цей сімейний анамнез на генетичну вразливість чи стресові фактори навколишнього середовища, чи на поєднання того й іншого, ще вивчається. Наявність в сімейному анамнезі суїцидальної поведінки залишається суттєвим фактором ризику у разі статистичного контролю наслідків психопатології у батьків (Brent та співавт., 1996a).

Соціально-психологічні фактори. Існує багато доказів, що підтверджують твердження про те, що самогубство може вчиняти вразливий підліток через ознайомлення з реальними або вигаданими розповідями про самогубство (Gould, 2001a; Velting та Gould, 1997 р.), включаючи висвітлення випадку самогубства в ЗМІ, наприклад, репортаж про самогубство знаменитості або представлення самогубства у популярному фільмі або телешоу. Ризик є особливо високим у молодих осіб (Gould, 1990 р.; Gould та співавт., 1988 р.; Gould та Shaffer, 1986 р.) та триває приблизно 2 тижні (Bollen та Philips, 1982 р.).

Феномен кластерів самогубств, надмірна кількість самогубств, що відбуваються в тісній часовій та географічній близькості, пов’язаний із симуляцією (Gould та Davidson, 1988 р.). Кластери самогубств часто вчиняються психічно неврівноваженими у минулому молодими особами, які знали про смерть іншого, але не знали жертву особисто (Gould, 2001b). Кластерні самогубства, як правило, вчиняються підлітками або молодими особами та становлять лише 1-5 % випадків самогубств серед підлітків у США (Gould та співавт., 1990a,b).

ВІЛ-позитивний статус та СНІД. Існує припущення, що вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) підвищує ризик самогубства та суїцидальної поведінки серед підлітків та молодих осіб (Cote та співавт., 1992 р.; Kizer та співавт., 1988 р.). Однак Dannenberg та співавт. (1996) не встановили підвищення ризику самогубства під час періоду подальшого спостереження в середньому 17 місяців серед ВІЛ-позитивних кандидатів на військову службу США. Marzuk та співавт. (1997) встановили, що частка ВІЛ-позитивних осіб, які вчинили самогубство, у Нью-Йорку (з поправкою на демографічні змінні) була вищою, ніж оцінена частка ВІЛ-позитивних жителів Нью-Йорку. Однак, оскільки інформацію було отримано під час психологічної аутопсії було

невідомо, чи всі особи, які вчиняли самогубство, знали про свій ВІЛ-статус та чи мали вони інші фактори ризику самогубства. Більше 2/3 ВІЛ-позитивних жертв самогубства не мали патології, пов'язаної з ВІЛ, на момент розтину, а дослідники прийшли до висновку, що високий рівень ВІЛ-позитивних серед осіб, які вчинили самогубство, пов'язаний з іншими поширеними факторами ризику, такими як зловживання психоактивними речовинами або алкоголізм.

Одна гіпотетична модель комбінації різних факторів ризику зображена на рис. 3.

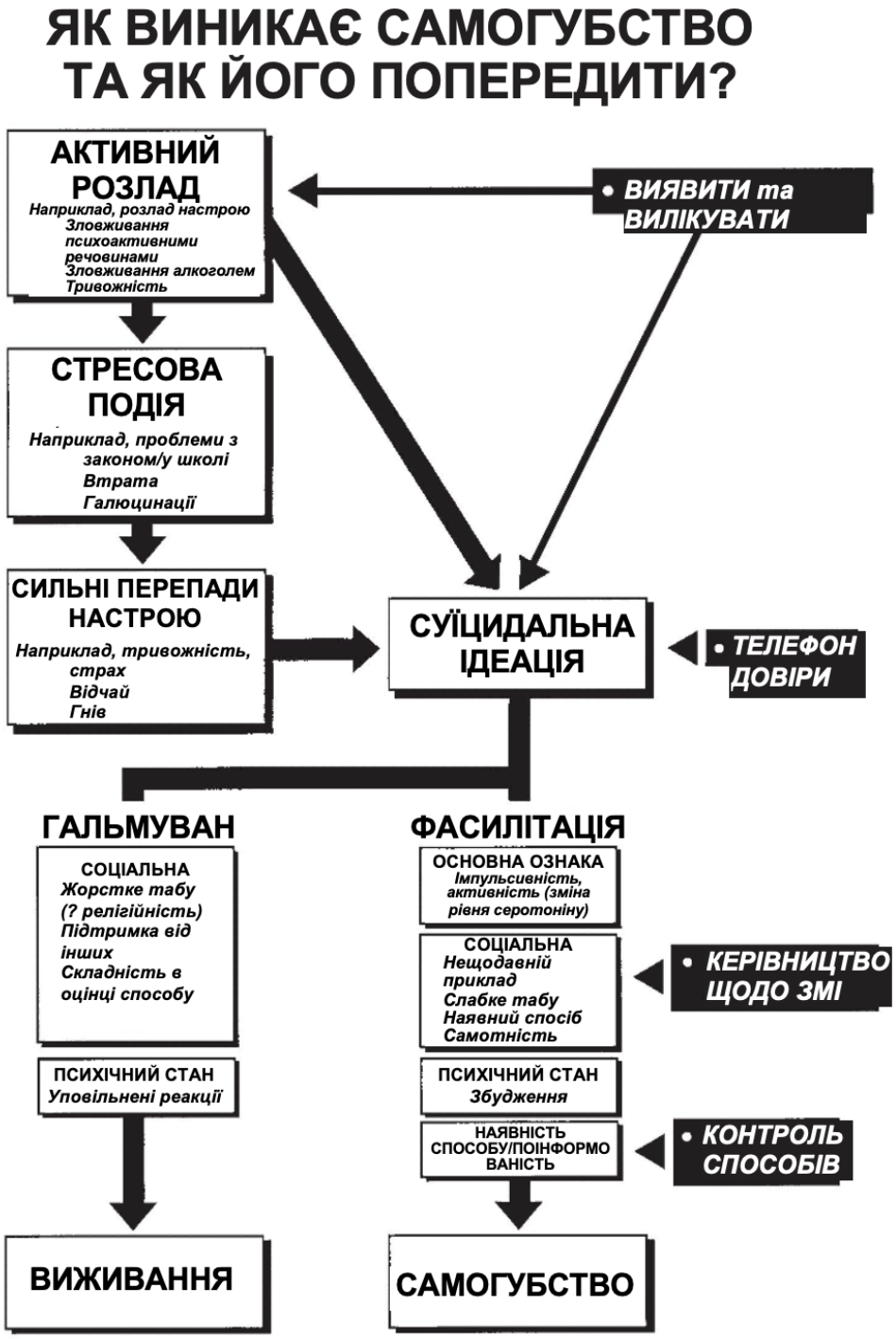

Рис. 3 Ця модель демонструє спосіб вчинення самогубства та типи цільових заходів профілактики.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

2. Основні психіатричні синдроми

Наявність психічного розладу є, ймовірно, найбільш значущим фактором ризику самогубства. Дослідження методом «психологічної аутопсії» постійно показують, що понад 90% людей, які вмирають внаслідок самогубства, відповідають критеріям одного або декількох психічних розладів (59, 60). Метод «психологічної аутопсії» передбачає ретроспективне дослідження померлої людини протягом декількох місяців після смерті і використовує психологічну інформацію, зібрану з особистих документів; поліцейських, медичних і судово-медичних записів; а також інтерв'ю з членами сім'ї, друзями, колегами, однокласниками та медичними працівниками для класифікації неоднозначних випадків смерті або встановлення діагнозів, які, ймовірно, були наявні на момент скоєння самогубства (61-63).

Окрім того, що серед людей, які померли внаслідок самогубства, спостерігався високий рівень психічних розладів та було виявлено, що майже всі психічні розлади, за винятком розумової відсталості, підвищують ризики самогубства, що вимірюються за допомогою стандартизованого коефіцієнту смертності (SMR, СКС) (64) (Таблиця 6). SMR віддзеркалює відносну смертність від самогубства у осіб з певним фактором ризику порівняно із загальною популяцією. Таким чином, СКС дорівнюватиме 1,0, якщо кількість спостережуваних випадків смерті внаслідок самогубства дорівнює кількості очікуваних смертей, пов’язаних із самогубством, у віковій та статевій групі в загальній популяції. Значення СКС для самогубств, що перевищують значення 1,0, вказують на підвищений ризик самогубства, тоді як значення, менші за 1,0, свідчать про знижений ризик (тобто захисний ефект). Важливо також зазначити, що SMR не є точним показником частоти або поширеності випадків самогубства і може варіюватися залежно від кількості випадків самогубства у вибірці, часового періоду дослідження та репрезентативності досліджуваної популяції. Таким чином, СКС слід розглядати як оцінку відносного ризику, а не як відображення абсолютного ризику для осіб з певним розладом. Не менш важливо враховувати відмінності ризиків при різних розладах і варіації ризиків на різних етапах перебігу хвороби, щоби спробувати диференціювати пацієнтів з високими ризиками в загальній групі ризику, визначеній з точки зору стандартизованої смертності.

а) Розлади настрою

Кожне нове дослідження підтверджує, що наявність серйозного розладу настрою є значним фактором ризику самогубства. Не дивно, що розлади настрою, в першу чергу в депресивній фазі, є діагнозом, який найчастіше зустрічається під час випадків самогубства (59, 65-67). Хоча більшість випадків самогубства у людей з біполярним розладом трапляються під час депресивних епізодів, змішані епізоди також пов'язані з підвищеними

ризиками (68-70). Суїцидальні думки та спроби також частіше зустрічаються під час змішаних епізодів, ніж під час маніакального стану (71).

ТАБЛИЦЯ 6. Ризик самогубства у осіб з попередніми спробами самогубства та психічними розладами [(a)]

Стан	Кількість досліджень	Стандартизований коефіцієнт смертності (SMR)[b]	Щорічний показник самогубств (%)	Орієнтовний рівень випадків самогубства протягом життя (%)
Попередні спроби суїциду	9	38.4	0.549	27.5
Психічні розлади				
Розлади харчової поведінки	15	23.1		
Великий депресивний розлад	23	20.4	0.292	14.6
Зловживання седативними засобами	3	20.3		
Зловживання змішаними наркотиками	4	19.2	0.275	14.7
Біполярний розлад	15	15.0	0.310	15.5
Зловживання опіоїдами	10	14.0		
Дистимія	9	12.1	0.173	8.6
Обсесивно-компульсивний розлад	3	11.5	0.143	8.2
Панічний розлад	9	10.0	0.160	7.2
Шизофренія	38	8.45	0.121	6.0
Розлади особистості	5	7.08	0.101	5.1
Зловживання алкоголем	35	5.86	0.084	4.2
Педіатричні психічні розлади	11	4.73		
Зловживання канабісом	1	3.85		
Неврози	8	3.72		
Розумова відсталість	5	0.88		

a На основі мета-аналізу, проведеного Harris і Barraclough (64), було опубліковано 249 звітів протягом 1966-1993 років. Таблицю адаптовано з дозволу авторів.

b Стандартизований коефіцієнт смертності (SMR) - це відношення спостережуваної смертності до очікуваної смертності що приблизно відображає ризики смертності внаслідок самогубства за наявності певного стану. Для загальної популяції значення SMR становить 1,0, при цьому щорічний рівень самогубств становить 0,014% на рік, а рівень протягом життя - 0,72%.

Якщо розглядати з точки зору ризиків для життя, то розлади настрою пов'язані з підвищеним ризиком смертності, який, за оцінками, коливається від 12-кратного збільшення ризику при дистимії до 20-кратного збільшення ризику під час великої депресії (64). Встановлено, що ризики самогубства впродовж життя при біполярному розладі загалом є подібними до того, який спостерігаються при великому депресивному розладі (69, 72). Однак, кілька повздовшніх досліджень пацієнтів, за якими спостерігали після індексної госпіталізації, продемонстрували, що ризики суїциду у пацієнтів з великим депресивним розладом є вищими, ніж у пацієнтів з біполярним розладом I або біполярним розладом II типу (73-75).

Особливо у молодих пацієнтів самогубства частіше трапляються на ранніх стадіях хвороби (68, 73, 75, 76). Утім, ризики зберігаються впродовж усього життя при великому депресивному розладі, а також при біполярному розладі (73, 74). Ризики самогубства також поступово зростають з розвитком тяжкості захворювання, що відображається рівнем необхідного лікування. Рівень самогубств впродовж життя серед пацієнтів психіатричних лікарень коливається від 0,7% серед осіб без афективних розладів та до 2,2% серед осіб з афективними розладами, тоді як рівень самогубств впродовж життя серед осіб, які потребують госпіталізації, коливається від 4% серед тих, чия госпіталізація з приводу депресії не була спричинена суїцидальною поведінкою або ризиком, до 8,6% серед тих, чия госпіталізація була результатом суїцидальної поведінки (77). Тяжкість захворювання також може бути показником ризиків суїцидальних спроб (75, 78).

Серед пацієнтів з розладами настрою, ризики впродовж життя також залежать від наявності інших психіатричних симптомів або поведінки, деякі з яких можна змінити з допомогою лікування. Наприклад, пацієнти з розладами настрою, які покінчили життя самогубством протягом 1 року після первинного обстеження, мали більшу ймовірність панічних атак, сильної психічної тривоги, зниження концентрації уваги, глобальне безсоння, помірне зловживання алкоголем та серйозну втрату задоволення чи інтересу до діяльності (79). На більш пізніх стадіях стан безнадійності асоціюється з підвищеним ризиком самогубства у пацієнтів з розладами настрою (78, 79).

Суїцидальні думки та суїцидальні спроби в анамнезі також підвищують ризики (74, 79). Супутні тривожні розлади, вживання алкоголю та психоактивних речовин є поширеними у пацієнтів із розладами настрою та можуть також підвищувати ризик суїциду та спроб самогубства (див. Розділи II.E.2.f «Розлади, пов’язані з вживанням алкоголю» та II.E .2.g, «Інші розлади, пов’язані з вживання психоактивних речовин»). Хоча в деяких дослідженнях

спостерігали вищі ризики суїциду або суїцидальної поведінки серед пацієнтів з психотичними розладами настрою (80-83), у інших дослідженнях такого зв'язку не було виявлено (84-88).

b) Шизофренія

Порівняно з ризиками в загальній популяції, ризики самогубства у пацієнтів з шизофренією, за оцінками, приблизно у 8,5 разів вищий (64), причому ризики ще більше зростають у пацієнтів, які були госпіталізовані (89). Хоча під час більш ранніх досліджень робили припущення, що показник ризиків суїциду впродовж життя серед пацієнтів з шизофренією становить 10-15% (90-93), такі оцінки, ймовірно, були завищені через систематичну похибку у групах пацієнтів і тривалість спостережень. За останніми даними, показник ризику самогубства при шизофренії впродовж життя становить близько 4% (94).

Суїцид може траплятися частіше в перші роки хвороби, причому час одразу після виписки з лікарні є періодом підвищеного ризику (83, 89, 90, 95-98). Однак ризики зберігаються протягом усього життя (99, 100) і, як видається, підвищуються для осіб з хронічним перебігом хвороби (83,89,101), багаторазовими психіатричними госпіталізаціями (89, 95) або попередніми суїцидальними спробами (89, 90, 95, 100). Серед інших факторів, які постійно виявляються та підвищують ризики самогубства у пацієнтів з шизофренією, можна зазначити такі, як: чоловіча стать (83,89,90,95,102,103), молодший вік (<30 років) (83,90,102) і соціальна ізоляція (97,104).

У осіб з шизофренією або шизоафективним розладом психотичні симптоми часто присутні під час суїцидальної спроби або самогубства (105-107). Однак, як видається, на імперативні галюцинації припадає відносно невеликий відсоток випадків самогубства, а також є обмежені доказові дані того, що вони підвищують ризики суїциду. Тим не менш, вони можуть діяти як стимулююча причина суїцидальної спроби або самогубства у деяких осіб (106,108) (див. Розділ II.E.3.c, «Імперативні галюцинації»). Суїцид у пацієнтів з шизофренією може бути більш імовірним у періоди поліпшення стану після рецидиву чи протягом періодів пригніченого настрою (83,89,90,95,100,109-111), включаючи те, що називають постпсихотичною депресією (112,113). Крім того, пацієнти з шизоафективним розладом мають більший ризик суїциду, ніж пацієнти з шизофренією (114).

Ризики суїциду можуть парадоксальним чином підвищуватися у тих, хто усвідомлює наслідки захворювання на шизофренію, особливо якщо це усвідомлення поєднується з відчуттям безнадійності. Ризики самогубства також підвищуються у тих, хто визнає втрату попередніх здібностей та песимістично налаштований щодо переваг лікування для відновлення цих здібностей (93,101,115). Ця закономірність узгоджується з підвищеними ризиками суїциду, що спостерігаються в осіб з шизофренією, які мали в анамнезі хороший преморбідний та інтелектуальний стан (83,89,103), а також зі зниженим ризиком суїциду у пацієнтів із вираженою негативною симптоматикою (83,89,103,116).

Суїцидальні думки та спроби самогубства є поширеними серед осіб з шизофренією, і їх необхідно виявляти та враховувати в процесі обстеження. У серіях госпіталізованих або довгостроково спостережуваних пацієнтів з шизофренією 40%-53% повідомили, що мали суїцидальні думки в певний момент свого життя, а 23%-55% повідомили про попередні спроби суїциду (80,93,108,117). Для осіб з шизоафективним розладом ці цифри, ймовірно, будуть ще вищими (80). Пацієнти часто повідомляли, що спроби самогубства були спровоковані депресією, стресами або психотичними симптомами (108). Крім того, спроби самогубства серед осіб з шизофренією або шизоафективним розладом часто були серйозними з медичної точки зору і пов'язані з високим ступенем наміру (108), що призводило до більшого ризику самогубства в майбутньому.

c) Тривожні розлади

Хоча дослідження ризиків самогубства протягом життя під час тривожних розладів є більш обмеженими, ніж при розладах настрою, дані свідчать про те, що тривожні розлади пов'язані з 6-10-кратним збільшенням ризиків самогубства (64,118,119). Серед осіб, які померли внаслідок самогубства, частота тривожних розладів виявляється нижчою за частоту розладів настрою: одне дослідження психологічної аутопсії виявило тривожний розлад лише в 11% осіб, які померли внаслідок самогубства (120). Однак, поширеність тривожних розладів може бути недооцінена через маскування тривоги афективними розладами та вживанням алкоголю (121).

З усіх тривожних розладів найбільш детально було досліджено панічний розлад. За даними досліджень психологічної аутопсії, панічний розлад присутній приблизно в 1% осіб, які померли внаслідок самогубства (120), тоді як інші дослідження панічного розладу показують, що СКС для випадків самогубств приблизно в 10 разів перевищує показники в загальній популяції (64). Як і у випадку з тривожними розладами загалом, супутні депресія, вживання алкоголю або розлади за віссю II часто присутні у людей з панічними розладами, які померли внаслідок самогубства (122, 123).

Суїцидальні думки та суїцидальні спроби є поширеними серед людей з тривожними розладами, але їх частота варіюється залежно від популяції пацієнтів та наявності супутніх діагнозів. Наприклад, при панічному розладі частота попередніх суїцидальних спроб коливається від 0% до 42% (124-129). При інших тривожних розладах відносні ризики суїцидальних думок та суїцидальних спроб також виявляються підвищеними (118,130). Крім того, у пацієнтів з великою депресією наявність супутнього тривожного розладу підвищує ризик суїцидальних думок або суїцидальних спроб (131,132). Однак, менш зрозумілим є те, чи пов'язані тривожні розлади з підвищеним ризиком суїциду та іншими формами суїцидальної поведінки за відсутності супутніх діагнозів (130,132-136), або, чи можна пояснити спостережуване підвищення ризику виключно наявністю супутніх розладів (127,137). Тим не менш, ризики самогубства можна зменшити шляхом виявлення прихованих симптомів тривоги та тривожних розладів, які помилково діагностують, як медичні

захворювання, а також з допомогою ретельної оцінки та лікування коморбідних психіатричних діагнозів у людей з тривожними розладами.

d) Розлади харчової поведінки

Розлади харчової поведінки, зокрема нервова анорексія, є ймовірним фактором ризику самогубства, і також пов'язані з підвищеним ризиком смертності в цілому (64,138,139). Однак точний ризик важко визначити, оскільки дані про кількість випадків самогубства при розладах харчової поведінки можуть бути заниженими (140). Спроби самогубства також є поширеним явищем, особливо серед людей з розладами харчової поведінки, що характеризується циклом переїдання та очищення організму, а також у тих, хто має супутні розлади настрою, агресію або імпульсивність (141,142). І навпаки, особи, які намагалися вчинити самогубство, можуть мати підвищений рівень аномальної харчової поведінки (142). Роль супутніх діагнозів у підвищенні ризику суїцидальної поведінки ще належить з'ясувати. Також незрозуміло, чи слід розглядати самонав'язану захворюваність і смертність, пов'язану із суворим обмеженням споживання калорій чи переїданням і очищенням організму, як самоушкодження або суїцидальну поведінку. Незважаючи на це, лікарі, які проводять оцінку ризиків суїциду, повинні бути уважними до наявності розладів харчової поведінки і особливо до поєднання розладів харчової поведінки з такими поведінковими проявами або симптомами, як навмисне заподіяння собі шкоди або депресія.

e) Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю

Зв'язок між синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) та суїцидальною поведінкою не зовсім зрозумілий: деякі дослідження вказують на зв'язок між діагнозом РДУГ і спробами чи реалізацією акту самогубства (143, 144), а інші дослідження вказують на відсутність такого зв'язку (145,146). Однак особи, які мають РДУГ комбінованого типу можуть мати більший ризик, ніж особи з типом, що проявляється переважно у проблемах з увагою, можливо, через підвищений рівень імпульсивності при комбінованому типі розладу (144). Крім того, наявність РДУГ може підвищувати ризики суїциду через коморбідність з розладом поведінки, зловживанням психоактивними речовинами та/або депресивним розладом (143).

f) Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю

Алкоголізм пов'язаний з підвищеним ризиком самогубства. причому рівень смертності внаслідок самогубства серед алкозалежних приблизно в шість разів вищий, ніж у загальній популяції (64,94). Насправді, зловживання психоактивними речовинами, включаючи алкоголь, може бути другим за частотою психіатричним чинником, що передує самогубству (147). Хоча рівень випадків самогубства серед людей із розладом вживання алкоголю є вищим у Європі, а в більш ранніх літературних джерелах вказується, що ризик самогубства протягом життя становить 11%-15%, останні дані свідчать про те, що показник ризиків самогубства серед людей, які зловживають алкоголем, у США становить лише 3,4% (148). Крім того, в дослідженнях методом «психологічної аутопсії» зловживання алкоголем або залежність від нього присутні в 25%-50% тих, хто помер внаслідок самогубства (59,149-151).

Кілька факторів, в тому числі нещодавні або потенційні втрати міжособистісних стосунків та коморбідні психічні розлади, безпосередньо пов'язані з суїцидом серед осіб, які вживають алкоголь. Втрата або розрив близьких міжособистісних стосунків або загроза втрати таких стосунків може бути як наслідком поведінки, пов'язаної з алкоголем, так і чинником, що прискорює самогубство (110,152-154). Самогубство також частіше трапляється серед людей, які зловживають алкоголем та страждають від депресивних епізодів, ніж серед осіб, які страждають лише на депресію чи розлад вживання алкоголю. Крім того, дослідження виявили великі депресивні епізоди у половини - трьох чвертей алкозалежних, які покінчили життя самогубством (67,120,149,152,155-157). Як наслідок, психіатри повинні систематично виключати наявність коморбідного депресивного розладу, а не просто припускати, що депресивні симптоми є результатом вживання алкоголю чи його психосоціальних наслідків.

У той час, як повна зайнятість є захисним фактором для людей з алкогольною залежністю, фактори, що підвищують ризик самогубства, включають повідомлення про суїцидальні наміри, попередні спроби самогубства, продовження або посилення вживання алкогольних напоїв, нещодавнє безробіття, самотнє проживання, погану соціальну підтримку, юридичні та фінансові труднощі, серйозні медичні захворювання, інші психічні розлади, розлади особистості та вживання інших психоактивних речовин (64,149,152,154,156,158,159). З гендерної точки зору, алкозалежні чоловіки частіше помирають внаслідок самогубства, але СКС від самогубств серед алкозалежних жінок є вищою, ніж серед чоловіків (64), що вказує на підвищений ризик суїциду серед алкозалежних людей незалежно від статі. Хоча ймовірність суїцидального результату зростає зі збільшенням загальної кількості факторів ризику (149, 160), не всі ці чинники вказують на безпосередній ризик. Насправді, на відміну від самогубств у пацієнтів з депресією та шизофренією, самогубство серед алкозалежних осіб є відносно пізнім наслідком захворювання (161), причому повідомлення про суїцидальні наміри зазвичай тривають кілька років, а стан здоров'я, економічне та соціальне функціонування поступово погіршуються (149).

Крім того, що пов'язані зі вживанням алкоголю розлади асоціюються з підвищеним ризиком суїциду, вони також асоціюються з більшою ймовірністю суїцидальних спроб (162,163). Щодо спроб самогубства серед алкозалежних людей, то вищі показники асоціюються з жіночою статтю, молодшим віком, нижчим економічним статусом, раннім початком зловживання алкогольними напоями та пов'язаних з цим проблем, вживанням більшої кількості алкоголю, а також наявністю родичів першого або другого ступеня спорідненості, які зловживали алкоголем (164-167). Ризик суїцидальних спроб серед алкозалежних також підвищується за наявності супутнього психіатричного діагнозу, зокрема великої депресії, інших розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, антисоціального розладу особистості або тривожного розладу (165-171).

Таким чином, особи з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, мають підвищений ризик суїцидальних спроб та самогубств. Сімейні історії розладу вживання алкоголю та супутніх психічних розладів, зокрема розладів настрою та інших розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, часто спостерігаються в алкозалежних людей, які вмирають через самогубство, а також у тих, хто намагався вчинити самогубство. Міжособистісні втрати та інші несприятливі життєві події, зазвичай, передують суїциду серед алкозалежних. Ці фактори можуть діяти в якості провокуючого чинника, чи, навпаки, пов’язані з вживанням алкоголю розлади можуть погіршувати життя алкозалежних і призводити до суїциду. Однак. разом ці дані вказують на необхідність виявлення та врахування коморбідних психіатричних діагнозів, сімейного анамнезу та психосоціальних факторів, включаючи нещодавні міжособистісні втрати, в рамках оцінки суїцидальних намірів осіб з розладами, пов’язаними з вживанням алкогольних напоїв.

g) Інші розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин

Хоча роль розладу вживання алкоголю при скоєнні самогубств широко вивчена і визнана, зловживання іншими психоактивними речовинами також пов'язане з підвищеним рівнем самогубств (172). Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, особливо поширені серед підлітків та молодих людей, які покінчили життя самогубством (110,145,173,174). Більше того, було висловлено припущення, що поширення зловживання психоактивними речовинами могло сприяти збільшенню кількості випадків самогубства серед молоді у два-чотири рази з 1970 року (147). У багатьох людей зловживання психоактивними речовинами та розлад вживання алкоголю виникають одночасно, що ускладнює визначення того, що саме з цього найбільш впливає на рівень самогубств (153,172,173). Крім того, інші супутні психічні розлади, зокрема розлади настрою та розлади особистості, можуть підвищувати ризики самогубства у пацієнтів із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин (145,173-175).

Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, також, здається, сприяють ймовірності здійснення суїцидальної спроби (176, 177). Крім того, серед осіб із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, часто трапляються суїцидальні спроби в анамнезі (31, 178-180). Навіть після контролю інших факторів, включаючи коморбідні психічні розлади та демографічні характеристики, важливе значення має кількість вживаних речовин, а не їх тип (176). Як і у випадках самогубства в осіб з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, втрата значущих особистих стосунків є поширеним фактором, що призводить до спроби самогубства (179). Спроби самогубства також є більш ймовірними серед осіб з проблемою зловживання психоактивними речовинами, які також мають вищі показники травмування в дитинстві, що пов'язано з емоційною зневагою з боку значущих людей (180, 181). Крім того, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, можуть ускладнити розлади настрою (182), підвищуючи вірогідність резистентності до сприйняття лікування, посилюючи психологічні розлади та сприяючи підвищеному ризику суїцидальних спроб. Таким чином, під час

психіатричного обстеження важливо виявити моделі вживання психоактивних речовин і звернути увагу на супутні психіатричні діагнози чи психосоціальні фактори, які також можуть впливати на ймовірність суїцидальної поведінки серед осіб з розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин.

h) Розлади особистості

Діагноз «розлад особистості» асоціюється з підвищеним ризиком самогубства: за оцінками, рівень самогубств протягом життя коливається від 3% до 9% (183-185). Порівняно із загальною популяцією, рівень ризику самогубства для людей з розладами особистості є вищим приблизно у сім разів (64). Специфічне підвищення ризику самогубства пов'язане з межовими та антисоціальними розладами особистості, з можливим підвищенням ризику, пов'язаним з тривожними розладами та шизоїдними розладами особистості (186). Дослідження психологічної аутопсії показали, що розлади особистості присутні приблизно у третини осіб, які вчинили самогубство (174, 183, 186, 187). Серед амбулаторних пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря-психіатра, розлади особистості присутні приблизно у половини пацієнтів, які вчинили самогубство (78, 188).

У людей з розладами особистості ризик самогубства також може бути підвищений низкою інших факторів, включаючи безробіття, фінансові труднощі, розбіжності в сімейних стосунках та інші міжособистісні конфлікти або втрати (189, 190). У людей з межовим розладом особистості, зокрема, імпульсивність, також може підвищувати ризик суїциду (185).

Хоча супутні діагнози не пояснюють повністю підвищення рівня ризику суїциду при розладах особистості (184, 185), вони часто зустрічаються і збільшують ризик суїциду. Насправді, у людей з розладами особистості супутні депресивні симптоми або розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, спостерігалися майже в усіх людей, які помирають внаслідок самогубства (187).

Серед осіб, які намагаються покінчити життя самогубством, також поширені діагнози розладів особистості, загальний показник яких становить близько 40% (31, 177, 184). Особи з розладами особистості схильні до спроб самогубства частіше, ніж особи з іншими діагнозами (191-193), причому 40-90% осіб з розладами особистості здійснюють спробу самогубства впродовж життя (184). Супутні психіатричні діагнози (в тому числі розлади настрою та розлади пов'язані з вживанням психоактивних речовин) є досить поширеними серед самогубців із розладами особистості та безпосередньо сприяють підвищенню ризику (131, 184, 191, 192, 194, 195). Імпульсивність також підвищує ризик суїцидальних спроб у деяких (196, 197), але не в усіх досліджуваних (191).

Рівень спроб самогубства у осіб з розладами особистості також можуть відрізнятися залежно від умов лікування, з більшим ризиком для осіб, які отримують термінове/інтенсивне стаціонарне лікування (198).

Серед діагнозів «розлад особистості» додатковий ризик суїцидальних спроб мають межові розлади особистості та антисоціальні розлади особистості (31, 177, 191, 193). Є певні докази підвищеного ризику, пов’язаного з кількістю

та тяжкістю симптомів, у людей з межовими розладами особистості (195). Серед жінок, які намагалися покінчити життя самогубством, показники межових розладів особистості є вищими, ніж серед чоловіків (199, 200). Ці дані свідчать про те, що розлади особистості, особливо межові розлади особистості та антисоціальні розлади особистості, необхідно виявляти та розглядати як частину процесу діагностики суїциду.

і) Супутня патологія

Як уже говорили в попередніх розділах, супутні психіатричні діагнози (найчастіше - великий депресивний розлад, межові та антисоціальні розлади особистості, а також розлади, пов'язані з вживанням алкогольних напоїв та інших психоактивних речовин) підвищують ризики самогубства і часто наявні у осіб, які вчинили самогубство (13, 59, 120, 174, 201). Супутні клінічні діагнози також можуть підвищувати ризики самогубства, як це буде розглянуто в Розділі II.E.5 «Фізичні хвороби». Загалом, що більшою є кількість наявних супутніх клінічних діагнозів, то більшим буде зростання ризиків. Крім того, навіть за відсутності офіційного супутнього клінічного діагнозу, ймовірність суїциду зростає за наявності високого рівня додаткових психічних симптомів (67, 185, 202-204).

У пацієнтів із розладами настрою (біполярними розладами чи великим депресивним розладом), ризики самогубства особливо зростають за наявності супутнього вживання алкоголю або психоактивних речовин (68, 205-207), причому деякі дослідження свідчать про те, що чоловіки перебувають у групі додаткового ризику (68, 205). Супутнє вживання алкогольних напоїв також може підвищувати суїцидальний ризик у пацієнтів з шизофренією (107). Крім того, самогубство при шизофренії може бути більш ймовірним в періоди депресії (83, 90, 109-113). При тривожних розладах, особливо при панічному розладі, особи, які померли внаслідок самогубства, часто страждали від супутньої депресії, вживання алкоголю або розладів осі II (122, 123). Подібним чином, коли особи з розладами харчової поведінки вчиняють самогубство - це часто пов'язано з супутнім розладом настрою або розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин (138).

Для осіб з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, великий депресивний розлад спостерігається у половини з трьох чвертей осіб, які вчинили самогубство (67, 120, 149, 152, 155-157). Особи, які вживають алкоголь та страждають від депресивних епізодів, мають більше шансів померти від самогубства, ніж особи з великим депресивним розладом або розладом вживання алкоголю. Серйозні захворювання та інші психічні розлади, включаючи розлади особистості та інші розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, також підвищують ризики суїциду серед алкозалежних (64,149,152,154,156,158,159). Для багатьох людей, зловживання психоактивними речовинами та розлад вживання алкоголю виникають одночасно, що ускладнює визначення впливу кожного з них на рівень самогубств (153,172,173,208). Крім того, схоже, що ризик визначається кількістю вживаних речовин, а не конкретною речовиною (176).

Особи, які померли в результаті самогубства та які зловживали іншими речовинами, окрім алкоголю, або мали залежність від них, зазвичай, були підлітками або молодими людьми. Супутні розлади настрою часто спостерігаються, як у чоловіків так і у жінок (66, 145, 204). Крім того, у жінок із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, відносно часто зустрічається межовий розлад особистості (175), тоді як у молодих чоловіків із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, які покінчили життя самогубством, частіше спостерігали супутній антисоціальний розлад особистості (120, 159, 173, 204). Наявність РДУГ може підвищувати ризики самогубства через супутню патологію з розладом поведінки, зловживанням психоактивними речовинами та/або депресивним розладом (143). Для осіб з розладами особистості супутні депресивні симптоми або розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, підвищують ризики вчинення самогубства (184, 185, 209, 210) і спостерігаються майже в усіх випадках самогубства (187).

Супутні клінічні діагнози важливо виявляти та лікувати через їхню роль у підвищенні ризику суїцидальних спроб (199). Більше того, ймовірність суїцидальної спроби зростає зі збільшенням кількості супутніх клінічних діагнозів (166,176,177,211). Крім того, кількість і тяжкість симптомів можуть відігравати певну роль у підвищенні ризику, незалежно від того, чи виконуються всі критерії для окремого діагнозу.

Специфічні супутні розлади, які підвищують ризики скоєння суїцидальних спроб, подібні до тих, які зазвичай підвищують ризики самогубства, і включають: супутню депресію (129,131,193,195,197,211); розлади, пов'язані з вживанням алкогольних напоїв та інших психоактивних речовин (31,129,167,168,170,180,182,191,199,211-214); тривожні розлади (127, 130-135,137,211,215) та розлади особистості (184,191), зокрема межовий розлад особистості (31,195,200) та антисоціальний розлад особистості (165,204,216). Таким чином, враховуючи докази того, що супутні клінічні стани підвищують ризики суїциду та суїцидальних спроб, при оцінюванні суїцидальних ризиків необхідно приділяти серйозну увагу всім поточним і попереднім психіатричним діагнозам.

3. Специфічніні психіатричні симптоми

а) Тривога

Існує припущення, що тривога підвищує ризики самогубства (79, 217, 218). Зокрема, мова йде про тривожність, що включає суб’єктивні почуття страху чи побоювання, незалежно від того, зосереджені ці почуття на конкретних проблемах чи ні. Клінічні спостереження свідчать про те, що пацієнти з тривожним розладом можуть бути більш схильні діяти за суїцидальними імпульсами, ніж особи, чиї депресивні симптоми включають психомоторну сповільненість/загальмованість. Дослідження випадків суїциду серед пацієнтів з афективними розладами показали, що в тих, хто помер внаслідок самогубства протягом першого року після контакту, частіше всього спостерігалась сильна психічна тривога або панічні атаки (79, 219). У вибірці

стаціонарних пацієнтів стан сильної тривоги, збудження або і те й інше виявляли в чотирьох п'ятих пацієнтів протягом тижня, що передував суїциду (218). Подібні асоціації тривоги зі спробами самогубства відзначали під час деяких (212), але не в усіх (220) дослідженнях. Оскільки сильна тривога, здається, дійсно підвищує ризик суїциду, принаймні в деяких підгрупах пацієнтів, стан тривоги слід розглядати як часто прихований, але потенційно модифікований фактор ризику суїциду (109). Після виявлення, симптоми тривоги можна усунути за допомогою психотерапевтичних підходів, а також ці симптоми можуть швидко відповідати на інтенсивне короткострокове лікування бензодіазепінами, антипсихотичними препаратами другого покоління і, можливо, протисудомними препаратами.

b) Безнадія

Відчуття безнадії добре відоме як психологічний вимір, який асоціюється з підвищеним ризиком самогубства (10, 78, 79, 217, 221-223). Безнадія може варіюватися за ступенем виразності: від негативних очікувань до відсутності надії та відчаю щодо майбутнього. Загалом, пацієнти з високим рівнем безнадії мають підвищений ризик суїциду в майбутньому (78, 221-225). Однак, серед пацієнтів з розладами, пов'язаними із вживанням алкогольних напоїв, наявність відчуття безнадії може не створювати додаткових ризиків (226, 227). Припускають, що для пацієнтів з депресією, безнадія є фактором, який пояснює, чому одні пацієнти обирають самогубство, а інші - ні (222). Безнадія також сприяє, як підвищенню ймовірності суїцидальних думок (192, 228) і спроб самогубства (197, 212, 229-231), так і підвищенню рівня суїцидальних намірів (197, 232, 233).

Безнадія часто виникає разом з депресією як «залежна від стану» характеристика, але деякі люди відчувають безнадію, як первинний та більш стійкий стан (221). Високий базовий рівень безнадії також асоціювалися з підвищеною ймовірністю суїцидальної поведінки (234). Однак, пацієнти з однаковими рівнями депресії можуть мати різні рівні безнадії (222), а ця різниця, в свою чергу, може впливати на ймовірність розвитку суїцидальних думок (228). Яким би не було джерело або концептуалізація безнадії, інтервенції, які послаблюють відчуття безнадії, можуть зменшити ймовірність самогубства (10, 222, 235–237).

c) Імперативні галюцинації

Імперативні галюцинації, які наказують пацієнтам виконувати завдання або дії, можуть виникати в осіб з психотичними розладами, насамперед шизофренією (238). Докази щодо зв'язку імперативних галюцинацій з суїцидом є вкрай обмеженими (102, 239). Наявність слухових імперативних галюцинацій у стаціонарних пацієнтів не збільшує ймовірність суїцидальних думок або поведінки порівняно з тими, що пов'язані лише зі слуховими галюцинаціями (240). Крім того, у пацієнтів, які переживають слухові імперативні галюцинації, зареєстровані показники виконання команд широко варіюються в межах від 40% до 84% (106, 241-244).

Змінні, що асоціюються із схильністю підкорятися імперативним галюцинаціям, включають: здатність ідентифікувати галюцинаторний голос,

наявність більш тяжких психотичних розладів, наявність менш небезпечної команди, а також сприйняття команди вперше або поза межами лікарняних умов (241, 242, 245). Таким чином, принаймні у деяких осіб суїцидальна поведінка може виникати у відповідь на галюцинації, а особи з попередніми спробами самогубства можуть бути особливо сприйнятливими до таких команд (106). Отже, при психіатричному обстеженні важливо виявити слухові імперативні галюцинації, оцінити їх в контексті інших клінічних ознак і розглядати їх в рамках процесу планування лікування.

d) Імпульсивність та агресивність

Імпульсивність, ворожість та агресія можуть діяти як окремо, так і проявлятися одночасно, підвищуючи ризики самогубства. Наприклад, багато досліджень надають помірно переконливі доказові дані щодо ролі імпульсивності та пов’язаних з ворожістю афектів і поведінки під час вчинення суїциду в різних діагностичних групах (89, 217, 246-248). Інші численні дослідження також продемонстрували підвищений рівень імпульсивності та агресії в осіб з історією суїцидальних спроб (31, 193, 197, 212, 220, 249-252).

Багато пацієнтів з межовим розладом особистості демонструють поведінку навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень, і в цілому така поведінка пов'язана з підвищеною імпульсивністю (251). Однак для багатьох пацієнтів, які завдають собі тілесних ушкоджень, така поведінка є радше навмисною, ніж імпульсивною (253). Отже, поведінку, пов’язану з навмисним заподіянням собі тілесних ушкоджень, не слід розглядати, як показник високої імпульсивності, оскільки така поведінка самі по собі не може бути індикатором високої імпульсивності. Більше того, показники рівня агресії та імпульсивності не мають високої кореляції (253), що робить агресію також поганим маркером імпульсивності. Таким чином, чинники імпульсивності, ворожості, агресії та поведінки, пов’язаної з нанесенням собі тілесних ушкоджень, необхідно розглядати незалежно один від одного при психіатричному обстеженні, а також під час оцінювання ризиків суїциду.

4. ІНШІ АСПЕКТИ ПСИХІАТРИЧНОГО АНАМНЕЗУ

a) Алкогольна інтоксикація

На додаток до підвищеного ризику самогубства, спричиненого зловживанням алкогольними напоями або алкогольною залежністю, інтоксикація сама по собі відіграє певну роль як у популяції, яка вживає алкогольні напої, так і у групі людей, які не вживають алкоголю (254). Розтини показали, що алкоголь присутній у 20-50% усіх осіб, які вчинили самогубство (121, 255). Ті, хто вживав алкоголь перед самогубством, з більшою ймовірністю пережили нещодавній розрив міжособистісних стосунків, але ймовірно рідше зверталися за допомогою перед смертю (255). Вони також частіше обирали вогнепальну зброю як спосіб вчинення акту самогубства (151, 256, 257). Алкогольна інтоксикація на момент самогубства також може бути більш поширеною серед осіб молодшого віку (154, 255, 258), чоловіків (121, 255) та осіб, які не перебували на психіатричному лікуванні впродовж життя

(154). Серед осіб, які намагались вчинити самогубства та згодом померли внаслідок суїциду, алкоголь, здається, сприяв смерті більш ніж у третині випадків (259). Крім того, під час дослідження взаємодії зайнятості та щотижневих моделей самогубств було підкреслено роль інтоксикації при самогубствах, і було зазначено, що зайнятість може бути стабілізуючим фактором, який стримує надмірне вживання алкоголю протягом робочого тижня (260), тим самим знижуючи рівень самогубств. Отже, у деяких підгрупах пацієнтів вживання алкоголю, очевидно, сприяє прийняттю рішення щодо вчинення самогубств (255).

Вживання алкогольних напоїв також часто передує спробам самогубства (258). За деякими оцінками, понад 50% людей вживали алкоголь безпосередньо перед спробою самогубства. Серед алкозалежних, надмірне вживання алкогольних напоїв підвищує ризики (64, 149, 165). Спроби самогубства, пов'язані з вживанням алкоголю, частіше є імпульсивними (258). Дійсно, більшість алкозалежних у стані гострої інтоксикації або не пам'ятають причини своєї спроби, чи роблять це під впливом раптового імпульсу (258). Таким чином, вживання алкоголю може ускладнити інтервенції, одночасно обмежуючи комунікацію про наміри (255, 261), підвищуючи імпульсивність, послаблюючи стримування та погіршуючи судження (262).

Вживання алкогольних напоїв під час спроби вчинити самогубство частіше зустрічається серед чоловіків, ніж серед жінок (258). Хоча серед молодих людей, які намагаються покінчити життя самогубством, жінки можуть бути більш схильними до вживання алкоголю, ніж чоловіки (258).

Вживання алкоголю під час спроби вчинити самогубство також пов'язане з повторними спробами суїциду та майбутнім самогубством (263). У деяких людей навмисне вживання алкогольних напоїв для подолання амбівалентності щодо самогубства може свідчити про серйозні суїцидальні наміри. Таким чином, оскільки інтоксикація є фактором ризику як для суїцидальних спроб, так і для самогубства, лікар повинен поцікавитися звичками пацієнта щодо вживання алкогольних напоїв і враховувати вплив алкогольної інтоксикації під час оцінки ризиків суїциду.

b) Спроби самогубства в минулому

Особи, які вчиняли спробу самогубства, становлять окрему популяцію, але яка пересікається з групою людей, які померли внаслідок самогубства. Як і у випадку з особами, які вмирають внаслідок самогубства, значна частина людей, які намагаються вчинити самогубство, мають один або кілька діагнозів за віссю I або II, причому великий депресивний розлад та алкогольна залежність найчастіше спостерігаються за віссю I, а межовий розлад особистості – за віссю II (199, 200, 264). Однак, спроби самогубства приблизно в 10-20 разів є більш поширеними, ніж випадки самогубства (265), та їхня поширеність протягом життя варіюється в діапазоні від 0,7% до 6% на 100 000 при випадковій вибірці дорослого населення США (2). Хоча значний відсоток людей помирає під час першої спроби самогубства (266), минула спроба самогубства є одним із основних факторів ризику для майбутніх спроб

суїциду(164, 267) та для здійснення самогубства в майбутньому (64, 78, 79, 266, 268-271).

Після спроби вчинення самогубства може спостерігатися значний показник смертності як внаслідок природних, так і неприродних причин (259, 272). Спроба самогубства будь-яким методом асоціюється з 38-кратним збільшенням ризиків суїциду, що є вищим, ніж при будь-якому психічному розладі (64). Залежно від тривалості спостереження, від 6% до 27,5% тих, хто намагається вчинити самогубство, зрештою помирають внаслідок суїциду (64, 273), подібні результати також отримали стосовно актів навмисного самоушкодження (274). Під час деяких досліджень виявили, що ризики суїциду є особливо високими протягом першого року після спроби самогубства (259, 275). Додатковий чинник зростання ризику може бути пов'язаний з невдалими (276, 277) або повторними спробами самогубства (64, 259, 263, 272, 274, 278). Таким чином, збільшення показників смертності внаслідок суїциду після спроб самогубства підкреслює необхідність планування подальшої допомоги в цій неоднорідній популяції.

У контексті суїцидальної спроби існує низка інших факторів, які пов'язані з підвищенням суїцидальних ризиків. Наприклад, ризики підвищуються через наявність медичних та психіатричних супутніх станів, зокрема внаслідок супутньої депресії, зловживання алкогольними напоями чи тривалого захворювання (64). Низький рівень соціальної згуртованості також може підвищувати ризики (64). Ризики подальшого вчинення самогубства у чоловіків, особливо молодих, у два-чотири рази є вищими, ніж у жінок після спроби самогубства (275). Крім того, серйозні спроби самогубства пов'язані з вищим ризиком потенційного суїциду, як і наявність серйозних намірів (164), вжиття заходів, щоб уникнути викриття, та використання більш летальних методів, які призвели до фізичних травм (263).

Враховуючи таку підвищену ймовірність повторних спроб самогубства та випадків смерті внаслідок суїциду після спроби або перерваної спроби самогубства, психіатричне обстеження необхідно включити до екстреної медичної оцінки осіб, які здійснили спробу суїциду (279). Також слід підкреслити важливість подальшого спостереження (2, 280).

c) Історія фізичного та/або сексуального насильства в дитинстві

Під час численних досліджень було доведено, що історія жорстокого поводження в дитинстві була пов'язана з підвищеним рівнем суїцидальної поведінки. Рівень самогубств серед осіб, які зазнали насильства в дитинстві, широко не вивчався, однак існуючі дані свідчать про те, що показники випадків самогубства зростають принаймні в 10 разів серед людей з історією жорстокого поводження в дитинстві (36). Крім того, низка досліджень продемонструвала, що особи з історією жорстокого поводження в дитинстві мають підвищений ризик спроб вчинення самогубства (230, 281-283), що дозволяє зробити припущення, що ризик суїциду в подальшому також буде підвищеним. Частота суїцидальних спроб зростає серед осіб, які повідомляють про фізичне насильство в дитинстві (196, 250, 284-290), а також серед тих, хто повідомляв про сексуальне насильство в дитинстві (33, 35, 36, 164, 196, 250,

284, 285, 288-294). Рівні суїцидальних думок аналогічно зростають у осіб, які мають історію жорстокого поводження в дитинстві (284).

Оскільки багато травмованих осіб зазнали в дитинстві як сексуального, так і фізичного насильства, часто важко визначити конкретний внесок кожної форми насильства в ризик самогубства та інших суїцидальних дій. Крім того, тривалість та тяжкість жорстокого поводження в дитинстві варіюються у різних людей і також можуть впливати на ризики. Проте виявляється, що ризики суїцидальних спроб є вищими в осіб, які зазнали як фізичного, так і сексуального насильства в дитинстві (288), і що вищий рівень ризиків пов'язаний зі збільшенням тяжкості насильства (285, 286, 291).

Дитяча травма також може бути пов'язана з підвищеною схильністю до самоушкодження, включаючи нанесення самопорізів та тілесних ушкоджень, без суїцидальних намірів. Сексуальне насильство може бути особливим фактор ризику такої поведінки, яка може часто повторюватися (164). Дійсно, навмисне самоушкодження є поширеним явищем серед пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та іншими травматичними розладами, а також слугує для зменшення внутрішнього напруження та невербальної комунікації щодо їхньої ненависті до себе та сильного дистресу (295). Як наслідок, з'ясування мотивації поведінки, пов'язаної з самоушкодженнями, може допомогти під час оцінки ризиків суїциду.

Гендерна приналежність також може впливати на ризики суїцидальної поведінки в осіб, які зазнали насильства в дитинстві. Цей вплив частково пов'язаний з відмінностями в поширеності випадків насильства в дитинстві серед чоловіків і жінок: показники фізичного насильства в дитинстві вищі серед чоловіків, а показники сексуального насильства в дитинстві є вищими серед жінок (288). Однак у осіб, які мали історію сексуального насильства в дитинстві, ризики спроб суїциду можуть бути вищими серед чоловіків, ніж у жінок (33). Враховуючи значні показники фізичного та/або сексуального насильства в дитинстві, особливо серед психіатричних пацієнтів (35, 284, 288, 292), а також підвищені ризики суїцидальної поведінки, пов'язані з таким насильством, важливо оцінити наявність в анамнезі фізичного та сексуального насильства, в рамках психіатричного обстеження. Крім того, слід визначити тривалість і тяжкість пережитого насильства в дитинстві, оскільки ці фактори також впливатимуть на ризики.

d) Історія домашнього насильства з боку партнера

Домашнє насильство з боку партнера пов'язують зі збільшенням кількості спроб самогубства та суїцидальних думок, однак немає інформації про вплив такого насильства на ризики самогубства, як такого. Ризик суїцидальних спроб в осіб, які нещодавно зазнали насильства в сім’ї з боку партнера, за оцінками, у чотири-вісім разів є вищим, ніж у осіб, які не мали такого досвіду (34, 296-300). І навпаки, серед жінок, які здійснювали спроби вчинити самогубство, їхній ризик зазнати насильства з боку партнера збільшується в кілька разів (230, 301).

Незважаючи на те, що жінки набагато частіше зазнають домашнього насильства з боку партнера, чоловіки також зазнають насильства, що може

підвищити ризик спроб самогубства (302). Чоловіки з історією домашнього насильства по відношенню до своїх партнерів, також можуть мати підвищений ризик самогубства (303). Крім того, домашнє насильство в сім'ї може підвищувати ризики суїцидальних спроб серед дітей, які є свідками такого насильства (281).

З огляду на очевидне підвищення ризику суїцидальних спроб у осіб, які зазнають домашнього насильства з боку партнера, та ймовірний зв'язок суїцидальних спроб з підвищеним ризиком самогубства, важливо спеціально розпитувати про випадки насильства з боку партнера в рамках оцінки суїцидальної поведінки. Таке опитування може також допомогти виявити осіб, які, окрім виявленого пацієнта, можуть наражатися на підвищений ризик суїцидальної поведінки.

e) Історія лікування

Численні дослідження показали, що інтенсивніше лікування асоціюється з вищим рівнем самогубств (64, 77, 198). Хоча госпіталізація. Зазвичай, відбувається через те, що пацієнт має більш важку хворобу і вважається схильним до підвищеного ризику самогубства, для деяких пацієнтів госпіталізація може призвести до посилення дистресу, а отже, і до підвищення ризику самогубства. Таким чином, як правило, історія лікування в минулому, включаючи історію госпіталізації, слід розглядати в якості маркера, який попереджає клініциста про підвищений ризик суїциду.

Що стосується часових рамок, ризик вчинення самогубства, здається, є найвищим після зміни умов або інтенсивності лікування (304), причому нещодавно госпіталізовані та нещодавно виписані пацієнти демонструють підвищений ризик (64, 72, 91, 95, 305-308). Таке підвищення рівня самогубств після виписки зі стаціонару спостерігається в усіх діагностичних категоріях, а також у осіб з великим депресивним розладом, біполярним розладом, шизофренією та межовим розладом особистості.

Показники знижуються з часом після виписки, але можуть залишатися високими протягом декількох років (91, 306, 309). Подібні результати спостерігаються при спробах самогубства, які також частіше відбуваються у період після госпіталізації (267, 305, 308). Ці спостереження вказують на необхідність ретельного спостереження протягом періоду відразу після виписки.

f) Перебіг і тяжкість захворювання

У випадку деяких психічних розлададів ризики суїциду є вищими на певних етапах перебігу чи епізоду захворювання. Наприклад, при великому депресивному розладі суїцидальність, як правило, виникає на ранніх стадіях, часто ще до встановлення діагнозу чи початку лікування (304, 310-312). У пацієнтів з великим депресивним розладом (73, 313), а також з біполярним розладом (73, 74, 305) або шизофренією (83), було відмічено, що суїцид є більш імовірним під час перших кількох епізодів, на ранній стадії хвороби (314, 315). Після спроби самогубства ризики суїциду також є найвищим на початковому етапі, причому більшість випадків самогубства відбувається впродовж першого року після вчинення спроби (275). Хоча ризик суїциду та спроб

самогубства на пізніх стадіях захворювання є меншим, ніж на ранніх стадіях, він залишається вищим, ніж у загальній популяції (74, 100, 316-318). Ці дані підкреслюють необхідність раннього виявлення таких розладів і застосування терапевтичних підходів, які дозволять лікувати хворобу, одночасно сприяючи більш довготривалій прихильності дотримуватися режиму лікування.

Ризик також може змінюватися залежно від тяжкості симптомів. Наприклад, вищий рівень депресії був пов'язаний з підвищеним ризиком самогубства принаймні в одному дослідженні (319), тоді як більша кількість симптомів межового розладу особистості була пов'язана з підвищеним ризиком спроб суїциду (195). Крім того, вищі рівні суїцидальних думок і суб'єктивної безнадії також підвищують ризики самогубства (78) та спроб самогубства (31). І навпаки, вищі рівні негативних симптомів асоціювалися зі зниженими ризиками суїциду у осіб із шизофренією (320). Важливо також визнати, що інші фактори, наприклад, вік особи, можуть модулювати вплив тяжкості симптомів на ризики. Наприклад, у літніх людей легкі симптоми можуть бути пов'язані з більшим ризиком, ніж помірні симптоми у молодих людей (207, 321). Отже, при оцінюванні ризиків вчинення суїциду клініцисти повинні враховувати тяжкість захворювання та психічних симптомів пацієнта в контексті інших специфічних для пацієнта чинників.

5. Соматичне захворювання

Виявлення соматичних захворювань (вісь III) також є важливою частиною процесу діагностики. Такі діагнози необхідно враховувати під час розробки плану лікування, і вони можуть впливати на ризики вчинення самогубства кількома способами. По-перше, певні медичні розлади самі по собі можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком самогубства. З іншого боку, фізіологічні наслідки хвороби або її лікування можуть призвести до порушення психіки, таких як депресія, що також може підвищити ризики самогубства. Соматичні захворювання також є джерелом соціального та/або психологічного стресу, який, у свою чергу, збільшує ризики. Соматичні захворювання, наприклад, гепатит С або захворювання, що передаються статевим шляхом, можуть сигналізувати про підвищену ймовірність імпульсивної поведінки або розвитку супутніх розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, що, в свою чергу, можуть асоціюватися з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Нарешті, за наявності соматичного захворювання психіатричні ознаки та симптоми можна віднести до супутніх захворювань, що затримує розпізнавання та лікування психічного розладу.

Дані клінічних когортних досліджень щодо зв'язку з історією хвороби чітко вказують на те, що соматичні захворювання пов'язані з підвищеною ймовірністю самогубства (Таблиця 7). Не дивно, що розлади нервової системи пов'язані з підвищеним ризиком суїциду. Особливо сильним і стійким є зв'язок між розладами, що спричиняють судомні напади, та підвищеним ризиком самогубства (64, 322-328). Імовірно, через тісний зв'язок з імпульсивністю, розладами настрою та психозами скронева епілепсія пов'язана з підвищеним

ризиком у більшості (322, 327, 328), але не в усіх (325) дослідженнях. Спроби самогубства також більш поширені серед людей з епілепсією (329-331). Інші неврологічні розлади, які асоціюються з підвищеним ризиком самогубства, включають розсіяний склероз, хворобу Гантінгтона, травми головного та спинного мозку (25, 323, 332-334).

Інші медичні розлади, які також були пов'язані з підвищеним ризиком самогубства, включають зараження вірусом імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД) (25, 335, 336), злоякісні новоутворення (особливо голови та шиї) (25, 333, 337, 338), виразкову хворобу (25), системний червоний вовчак (25), хронічну ниркову недостатність, що лікується гемодіалізом (339), серцеві захворювання (337), а у чоловіків - хронічну обструктивну хворобу легень і захворювання простати (337).

ТАБЛИЦЯ 7. Ризики суїциду в осіб із фізичними розладами[a]

Розлад	Кількість досліджень	Стандартизований коефіцієнт смертності (SMR)b
СНІД	1	6.58
Епілепсія	12	5.11
Травма спинного мозку	1	3.82
Черепно-мозкова травма	5	3.50
Хвороба Гантінгтона	4	2.90
Ракові захворювання	1	1.80

[a] Ризик, грунтуються на даних мета-аналізу підготовлених Harris і Barraclough (64), 249 звітів, опублікованих протягом 1966-1993 років. Таблицю адаптовано з дозволу автора.

[b] SMR – це відношення спостережуваної смертності до очікуваної смертності та приблизно оцінює ризики смертності внаслідок самогубства за наявності певного розладу.

Інші медичні розлади, які також були пов'язані з підвищеним ризиком самогубства, включають ВІЛ/СНІД (25, 335, 336), злоякісні новоутворення (особливо голови та шиї) (25, 333, 337, 338), виразкову хворобу (25), системний червоний вовчак (25), хронічну ниркову недостатність, що лікується гемодіалізом (339), серцеві захворювання (337), а у чоловіків - хронічну обструктивну хворобу легень і захворювання простати (337). На противагу цьому, дослідження не продемонстрували підвищеного ризику самогубства у пацієнтів з бічним аміотрофічним склерозом (БАС), сліпотою, цереброваскулярними захворюваннями, гіпертонією, ревматоїдним артритом або цукровим діабетом (25, 337).

Окрім власне соматичної хвороби, функціональні порушення (321, 333, 338), біль (340-342), каліцтво, підвищена залежність від інших людей, а також погіршення зору (333) і слуху підвищують ризики самогубства. Крім того, у багатьох випадках ризики самогубства, пов'язані з медичними розладами, опосередковуються психіатричними симптомами або захворюваннями (321,

342, 343). Дійсно, суїцидальність рідко спостерігається в осіб з серйозними фізичними захворюваннями за відсутності клінічно значущих розладів настрою. Нарешті, на ризик суїциду або суїцидальних спроб також можуть впливати особистісні характеристики пацієнта, зокрема гендерна приналежність, стиль подолання проблем, наявність соціальної підтримки, наявність психосоціальних стресів, попередня історія суїцидальної поведінки, а також сприйняття та значення самої хвороби для людини.

6. Сімейний анамнез

У осіб з історією самогубства серед родичів ризик суїцидальної поведінки підвищується, очевидно, через генетичні фактори, а також вплив навколишнього середовища. Підвищений відносний ризик суїциду або суїцидальних спроб у близьких родичів суб'єктів, схильних до суїциду, був продемонстрований неодноразово (31, 82, 202, 214, 312, 344-364). Загалом, виявляється, що ризик суїцидальної поведінки серед членів сім'ї осіб, схильних до суїциду, приблизно в 4,5 рази вищий, ніж у родичів суб’єктів, не схильних до суїциду (365-368; R. Baldessarini, особиста комунікація, 2002). Крім того, таке підвищення рівня ризику суїцидальної поведінки серед членів сім'ї, здається, принаймні частково, не залежить від ступеню генетичного впливу супутніх психіатричних діагнозів (355, 361, 367, 368).

Дослідження близнюків також підтверджують роль специфічного генетичного фактору в суїцидальній поведінці (365, 368, 369), оскільки в одноyайцевих близнюків спостерігається значно вища частота самогубств і суїцидальних спроб порівняно з парами двоyайцевих (неідентичних) близнюків (370-375). Дослідження усиновлення обґрунтовують генетичний аспект ризику суїциду тим, що існує більший ризик суїцидальної поведінки серед біологічних, ніж серед усиновлених родичів осіб із суїцидальною поведінкою або депресією (376-378).

Незважаючи на той факт, що методи дослідження сім'ї, близнюків та усиновленних дітей дають дуже переконливі докази спадкових факторів ризику самогубства, а також деякі докази нелетальної суїцидальної поведінки, спосіб передачі цього генетичного ризику залишається незрозумілим.

Дотепер молекулярно-генетичні підходи не дали послідовних або однозначних доказів конкретного генетичного підґрунтя для ризиків самогубства (16). Крім того, генетичні асоціації з ризиком самогубства можуть бути скомпрометовані спадковістю інших факторів, таких як розлади настрою чи розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, які також асоціюються з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки.

7. Психосоціальні фактори

а) Працевлаштування

Безробіття вже протягом тривалого часу асоціюється з підвищеним рівнем самогубств (379, 380). У нещодавніх дослідженнях типу «випадок-контроль» та поздовжніх дослідженнях постійно відзначали вищий рівень безробіття серед осіб, які намагалися вчинити самогубство (78, 149, 361, 381-

383), а також серед тих, хто помер внаслідок самогубства (24, 190, 384, 385). Порівняно з особами в контрольних групах, безробітні мають у два-чотири рази вищий рівень ризику самогубства. Спостерігається більш підвищений ризик особливо серед людей віком до 45 років та в роки, що передують втраті роботи, причому ще більший і довготриваліший вплив спостерігається у жінок (24). Паралельне збільшення кількості випадків самогубства та суїцидальних спроб також спостерігається в соціально-економічно неблагополучних географічних регіонах, де проживає більша кількість безробітних (386).

Для багатьох людей безробіття супроводжується одночасно з іншими факторами, які впливають на ризик суїцидальної поведінки. Наприклад, внаслідок втрати роботи можуть посилюватися фінансові та сімейні труднощі. З іншого боку, такі фактори, як психічні захворювання (380) або несприятливий досвід у дитинстві (361), можуть впливати на рівень суїцидальної поведінки, але також на ймовірність отримання та збереження роботи. Таким чином, хоча безробіття, як видається, пов'язане з деяким незалежним підвищенням ризику, значна частка випадків підвищення ризику суїцидальної поведінки серед безробітних може пояснюватися супутніми факторами (361, 381, 384, 385).

Серед людей з розладами пов’язаними зі зловживанням алкоголем, особливо у віці до 45 років, безробіття є одним з низки стресових факторів, які часто передують самогубству (149, 382, 387). Навіть у людей без розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, безробіття може призвести до збільшення вживання алкоголю, що, в свою чергу, може прискорити саморуйнівну поведінку (154). І навпаки, у людей з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, зайнятість на повний робочий день захищає їх від суїцидальної поведінки, що частково може бути пов'язано зі зменшенням вживання алкоголю або інших психоактивних речовин протягом робочого тижня (260). Таким чином, безробіття може слугувати фактором ризику вчинення самогубства, тоді як зайнятість може впливати на ризики самогубства як захисний фактор.

b) Релігійні переконання/погляди

Ймовірність вчинення самогубства може також залежати від релігійних переконань а також ступеня залучення до релігійної діяльності. Загалом, люди менш схильні діяти на основі суїцидальних думок, якщо вони мають сильну релігійну віру та вважають, що самогубство є морально неправильним або гріховним вчинком. Подібні дані щодо низьких показників випадків самогубства спостерігаються в культурах із сильними релігійними переконаннями в тому, що тіло є священним і не підлягає навмисному ушкодженню. У США католики мають найнижчий рівень самогубств, за ними йдуть євреї, а потім протестанти (388). Серед інших релігійних груп ісламська традиція послідовно розглядає самогубство як морально неправильний вчинок, і в деяких ісламських країнах існують юридичні санкції за спробу вчинити самогубство (389, 390). У деяких країнах рівень самогубств серед мусульман виявляється вищим, ніж серед індуїстів (391, 392), хоча рівень

самогубств у різних країнах не залежить від частки мусульман серед населення (393).

Додаткові дані свідчать про те, що саме сила релігійних переконань, а не конкретна релігія як така, змінює рівень самогубств (43, 394-398). В афроамериканській спільноті, наприклад, релігія розглядається як джерело соціальної солідарності та надії (22). Залучення до релігії також може допомогти пом'якшити акультуративний стрес, який пов'язаний з депресією і суїцидальними думками (43). Сама система релігійних переконань і практика духовних технік також може зменшити ризики самогубства, діючи як механізм подолання труднощів і надаючи джерело надії та мети.

Хоча релігійні переконання можуть мати захисний ефект, це не завжди так. Наприклад, вчинення самогубства може бути більш вірогідним у культурах, в яких смерть через самогубство є традиційно прийнятим способом вирішення проблем, або в релігіях, які применшують межу між живими і мертвими. Особливо для підлітків віра в потойбічне життя може призвести до самогубства у спробі возз'єднатися з померлою коханою людиною. Таким чином, важливо зрозуміти конкретні релігійні переконання і релігійну причетність окремих людей, а також з'ясувати, як ці релігійні переконання пов'язані з думками і уявленнями про самогубство.

c) Психосоціальна підтримка

Наявність системи соціальної підтримки є ще одним фактором, який може зменшити ризики суїциду (399, 400). Отже, спілкування з членами мережі підтримки пацієнта може бути важливим для оцінки та сприяння зміцненню соціальної підтримки (див. Розділ V.C, «Комунікування з іншими значущими людьми»). Хоча соціальна підтримка, як правило, передбачає залучення членів сім'ї або друзів, пацієнти також можуть отримувати підтримку з інших джерел. Наприклад, ті, хто служить в армії, входить до релігійних, громадських організацій або організацій самодопомоги, можуть отримувати підтримку через ці організації.

Окрім визначення наявності системи підтримки, лікар повинен оцінити сприйняття пацієнтом доступної соціальної підтримки. Особи, які повідомляють, що мають більше друзів і є менш суб'єктивно самотніми, меншою мірою схильні до суїцидальних думок або суїцидальної поведінки (401). З іншого боку, якщо інші види соціальної підтримки недоступні, самотнє життя може підвищити ризики вчинення самогубства (149, 385, 402), хоча це не завжди так (343, 403, 404). Сімейні розлади, інші проблеми у стосунках та соціальна ізоляція також можуть підвищувати ризики (403, 405, 406). Ризики суїцидальної поведінки також можуть зростати, коли людина насправді чи помилково боїться, що відбудеться міжособистісна втрата (149). Таким чином, оцінюючи ризики суїциду, лікар повинен оцінити мережу підтримки пацієнта, а також сприйняття пацієнтом доступної соціальної підтримки.

d) Причини продовжувати жити, в тому числі присутність дітей вдома

Додатковим захисним фактором від суїцидальної поведінки є здатність навести причини, щоби продовжувати жити (231, 407), що відображає ступінь

оптимізму пацієнта щодо життя. Почуття відповідальності перед сім'єю, особливо перед дітьми, є однією з найпоширеніших причин продовжувати жити, яка робить самогубство менш здійсненним варіантом порятунку від болю. Присутність дітей у сім'ї, а також кількість дітей, здається, знижує ризики самогубства у жінок (26, 47). Хоча це ще недостатньо добре досліджено, менший вплив на потенціал скоєння суїциду може бути притаманний і чоловікам, які мають у сім'ї дітей віком до 18 років (408). Таким чином, знання конкретних причин пацієнта продовжувати жити, включаючи інформацію про те, чи є в сім'ї діти, може допомогти під час оцінки ризиків скоєння самогубства.

е) Індивідуальні психологічні сильні та вразливі сторони

Оцінка ризиків скоєння самогубства повинна також включати оцінювання сильних і слабких сторін пацієнта як особистості. Наприклад, здорові та добре розвинені навички подолання труднощів можуть створювати захисний бар'єр від стресових життєвих подій, зменшуючи ймовірність суїцидальних дій (409). І навпаки, серед тих, хто помер внаслідок самогубства, часто зустрічаються моделі проблемних навичок подолання труднощів протягом усього життя (410). Такі фактори можуть бути особливо важливими для пацієнтів, які вживають психоактивні речовини чи мають розлади особистості, для яких підвищений ризик самогубства може бути пов'язаний із життєвими стресами або міжособистісними втратами.

На додаток до діагностики розладів за категоріальною віссю II, про які йшлося в іншому розділі, підходи до особистості як до набору вимірюваних і визначених рис особистості також можуть бути використані для оцінки ризиків самогубства. Хоча позитивна кореляція між окремими рисами особистості та суїцидом є низькою, підвищений ризик самогубства може бути пов'язаний з антисоціальними характеристиками (411), а також з ворожістю, безпорадністю/залежністю та соціальною відстороненістю/сором'язливістю (246).

Велика кількість клінічної літератури та клінічний консенсус підтримують роль психодинаміки для оцінки ризиків суїцидальної поведінки пацієнта (409, 410, 412-419). Самогубство може мати безліч мотивів, наприклад, гнів, спрямований всередину, або бажання смерті іншим, яке перенаправляється на себе.

Інші мотиви включають помсту, возз'єднання або відродження. Ще однією ключовою психодинамічною концепцією є тлумачення самогубства як такого, що ґрунтується на тріаді мотивів: бажання померти, бажання вбити і бажання бути вбитим (415). Інші клініцисти концептуалізували ці мотиви як втечу (бажання померти), гнів або помсту (бажання вбити) і провину (бажання бути вбитим). Наявність однієї чи кількох з цих мотивацій може надати психіатру інформацію про ризик вчинення самогубства пацієнтом.

Теорії об'єктних стосунків пропонують важливі концепції для психодинамічних формулювань самогубства. Суїцидальну поведінку пов'язують з поганими стосунками особи, нездатністю підтримувати стабільну, точну та емоційно врівноважену пам'ять про людей у своєму житті

(413). У деяких випадках потужним мотиватором є бажання зруйнувати життя тих, хто вижив (415, 420). Для інших людей садистський внутрішній об'єкт є настільки нестерпним, що єдиним можливим виходом із ситуації - це підкоритися мучителю через самогубство (416, 417).

Іншими важливими психодинамічними поняттями, які повинен оцінити лікар, є відчуття сорому, нікчемності та занижена самооцінка. Розлад у стосунках між батьками та дитиною на ранньому етапі, викликані нездатністю до емпатії або травматичною втратою, може бути результатом підвищеної вразливості та завдати шкоди самооцінці пізніше. Ці пацієнти є вразливими до нарцисичних травм, які можуть викликати душевний біль або неконтрольовані негативні афекти. У таких ситуаціях деякі пацієнти можуть сприймати думки про смерть як миролюбиві, вважаючи, що їхня особиста реальність є емоційно нестерпною і що можна припинити біль, припинивши існування свідомості.

Суїцидальні особи часто неоднозначно ставляться до суїцидальних дій. Як наслідок, самогубство є менш імовірним, якщо людина бачить альтернативні стратегії подолання психологічного болю (410). Однак певні риси та когнітивні стилі обмежують цю здатність розпізнавати інші варіанти. Наприклад, звужене мислення і поляризоване мислення накшталт «все або нічого» характеризуються негнучкістю (ригідністю) мислення та нездатністю розглядати різні варіанти, що може збільшити ймовірність самогубства (410, 421-423). Особи з високим рівнем невротизму та низькою «відкритістю до досвіду» (афективно притуплені та віддають перевагу звичному, практичному та конкретному) також можуть бути схильні до більшого ризику самогубства (424). Перфекціонізм із надмірно високими очікуваннями від себе є ще одним чинником, який, як було відзначено в клінічній практиці, може сприяти підвищенню ризику суїциду (425). Як уже зазначалося, песимізм і безнадійність також можуть залежати від певних характерних рис і додатково впливати на індивідуальний ризик.

Тому під час оцінювання ризиків суїциду клініцисту важливо оцінити роль індивідуальних характерних рис пацієнта, раннього або травматичного анамнезу, здатності керувати афектами (включаючи психологічний біль), реакції на стрес у минулому, поточних об'єктних стосунків і здатності використовувати зовнішні ресурси під час кризових ситуацій. Виявлення зазначених проблем може допомогти психіатру в оцінюванні ризиків скоєння суїциду. Крім того, емпатійне розуміння унікальних мотивацій пацієнта до самогубства в контексті його/її минулого досвіду допоможе налагодити взаєморозуміння, а також сформулювати та реалізувати психотерапевтичний план, спрямований на зниження ризиків самогубства (410, 412, 421, 426).

8. Ступінь суїцидальності

а) Наявність, ступінь і стійкість суїцидальних думок

Суїцидальні думки є важливим фактором ризику, оскільки вони передують самогубству. Більше того, суїцидальні думки є поширеним явищем; за оцінками, щорічна поширеність становить 5,6% (2), а поширеність протягом життя – 13,5% (427). Оскільки більшість осіб з суїцидальними думками не

вмирають у результаті самогубства, лікар повинен враховувати фактори, які можуть підвищити ризики серед осіб із суїцидальними думками. Хоча поточні суїцидальні думки підвищують ризик суїциду (78, 79), смерть внаслідок самогубства ще сильніше корелює з попередніми глибокими роздумами та серйозними міркуваннями про самогубство (273, 428). Таким чином, під час оцінки суїциду важливо визначити наявність, вираженість і стійкість поточних, а також минулих суїцидальних думок.

Окрім, власне, повідомлень про суїцидальні думки, пацієнти можуть повідомляти про думки щодо смерті, які можуть бути неконкретними («життя не варте того, щоб жити») або конкретними («Я би хотів померти»). Ці повідомлення також слід оцінювати шляхом подальшого розпитування, оскільки вони можуть з'являтися перед подальшим розвитком суїцидальних думок або відображати почуття песимізму та безнадії стосовно майбутнього (див. розділ II.E.3.b «Безнадія» [стор. 870]). У той же час, особи з суїцидальними думками часто заперечують наявність таких думок, навіть коли їх прямо запитують про це (218, 429-431). Враховуючи цей зв'язок самогубства з суїцидальними думками, наявність суїцидальних думок вказує на необхідність невідкладних втручань. Водночас, оскільки одна четверта частина спроб самогубства відбувається імпульсивно (432), відсутність суїцидальних думок не усуває ризики суїцидальної поведінки.

b) Наявність плану самогубства та доступність до знаряддя його здійснення

З'ясування того, чи розробив пацієнт план самогубства, є ключовою частиною оцінки ризику самогубства. Для багатьох пацієнтів формування плану самогубства передує суїцидальному акту, як правило, протягом 1 року з моменту появи суїцидальних думок (427). План самогубства передбачає більше, ніж просто зазначення конкретного способу заподіяння шкоди, а також включає принаймні кілька з наступних елементів: час, доступність способу, місце і дії, спрямовані на реалізацію плану (забезпечення способу, «вивчення» обстановки, відпрацювання плану в будь-який спосіб). Чим детальнішим і конкретнішим буде план самогубства, тим вищим буде рівень ризику. Плани, що передбачають застосування летальних методів, або розроблені таким чином, щоб уникнути виявлення, особливо свідчать про високий ризик (433). Доступ до методів самогубства, особливо з летальним результатом, також підвищує ризик самогубства. Навіть за відсутності спеціального плану самогубства, імпульсивні дії можуть закінчитися самогубством, якщо летальні методи є легкодоступними. Таким чином, важливо визначити доступ до методів для будь-якого пацієнта, який схильний до ризику скоєння самогубства або демонструє суїцидальні думки.

У США географічні відмінності у показниках випадків самогубства із застосуванням вогнепальної зброї співпадають із відмінностями у показниках володіння зброєю (434). Хоча люди можуть обрати інший спосіб самогубства за недоступності певного методу, дослідження показують, що загальний рівень самогубств дещо знижується завдяки обмеженню доступу до смертельних методів самогубства (наприклад, доступ до побутового газу і парацетамолу)

(435-437). Чоловіки найчастіше використовують вогнепальну зброю для здійснення суїцидальних дій, але серед інших груп підвищеного ризику застосування вогнепальної зброї є афроамериканці, люди похилого віку та заміжні жінки. У підлітків і, можливо, в інших вікових групах наявність вогнепальної зброї може бути незалежним фактором ризику самогубства (438). Отже, якщо пацієнт має доступ до вогнепальної зброї, психіатру рекомендується обговорити з пацієнтом або близькою людиною важливість обмеження доступу до цієї та іншої зброї, убезпечення її зберігання або вилучення.

Окрім вирішення проблеми доступу до вогнепальної зброї, лікарі повинні визнати потенційний летальний результат інших методів самогубства, до яких пацієнт може мати доступ. Як і у випадку з обмеженням доступу до вогнепальної зброї, психіатру важливо працювати з пацієнтом, членами сім'ї та іншими особами, які надають соціальну підтримку, над обмеженням доступу пацієнта до потенційно смертельних методів самогубства, особливо в періоди підвищеного ризику. Унеможливлення доступу пацієнта до таких методів не усуває ризик суїциду, але усуває потенційну можливість для пацієнта імпульсивно отримати доступ до засобів, за допомогою яких можна реалізувати суїцидальне бажання.

c) Летальний результат і намір саморуйнівної поведінки

Суїцидальний намір стосується суб'єктивного очікування і бажання пацієнта померти в результаті заподіяння собі шкоди. Це очікування може відповідати або не відповідати смертельному результату спроби, яка представляє медичну ймовірність того, що смерть настане в результаті використання певного методу. Наприклад, деякі пацієнти можуть здійснити несмертельну спробу з наміром врятуватися і отримати допомогу, тоді як інші можуть здійснити несмертельну спробу, думаючи, що вона вб'є їх. З точки зору оцінки суїцидального ризику, сила наміру пацієнта померти і його суб'єктивне переконання про смертельний результат того чи іншого методу є більш важливими, ніж об'єктивний смертельний наслідок обраного методу (439, 440). Наявність передсмертної записки також вказує на активацію суїцидальної ідеї та/або плану і, як правило, свідчить про навмисність і більш серйозні суїцидальні наміри. Незалежно від того, чи намагався пацієнт покінчити життя самогубством, чи демонструє суїцидальні думки, лікар повинен оцінити час і зміст будь-якої передсмертної записки та обговорити її значення з пацієнтом. Чим конкретніше в записці йдеться про фактичне самогубство чи кроки, які слід зробити після смерті, тим більше зростає суїцидальний намір і ризик. Фактори, що розділяють осіб, які намагалися здійснили спробу самогубства але не довели її до кінця, та які здійснюють наступні спроби зі смертельним і несмертельним результатом, включають початкову спробу з високим рівнем намірів (164, 441), вжиття заходів для уникнення викриття (224), а також використання більш смертельних методів, які призвели до фізичних травм (263), що свідчить про більш високий ступінь суїцидальних намірів. Отже, суїцидальні наміри слід оцінювати у будь-якого пацієнта з суїцидальними думками. Крім того, у кожного пацієнта, який раніше намагався покінчити

життя самогубством, слід визначити рівень намірів на момент суїцидальної спроби.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з **Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.**

КЛІНІЧНА КАРТИНА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Ступінь тяжкості суїцидальної поведінки коливається від суїцидальної ідеації, через суїцидальний шантаж та спроби самогубства, до завершеного самогубства.

Суїцидальна ідеація

Суїцидальна ідеація включає бажання вкоротити собі віку; складання планів щодо часу, місця та способу вчинення самогубства; та думки щодо впливу власного самогубства на інших. Не усі діти молодшого віку розуміють, що самогубство може призвести до незворотної смерті. Відсутнє чітке розуміння незворотності смерті, що значною мірою залежить від знань дитини, отриманих вдома, та від власного досвіду смерті та захворювання дитини. Розуміння дитиною незворотності смерті не обов'язково повинно впливати на оцінку клініцистом серйозності суїцидальної ідеації. Наприклад, дитина, яка вірить, що померла особа повертається до життя через кілька годин, може бути схильна до заподіяння собі шкоди, не розуміючи довгострокових наслідків такої поведінки.

Суїцидальний шантаж

Суїцидальний шантаж – це висловлювання, адресовані іншим що вказують на намір вчинити самогубство. Він може супроводжуватись складанням плану самогубства. Діти та підлітки молодшого віку найчастіше погрожують вистрибнути з вікна (як правило, коли дитина знаходиться біля вікна), втекти з дому або вдарити себе ножем.

Спроби самогубства

Більшість відомих спроб самогубства у США включають прийом ліків, найчастіше безрецептурних анальгетиків, але випадки повішення, що у разі невдачі можуть не призвести до звернення за медичною допомогою, невідомі. Інші поширені способи спроб самогубства включають поверхневий поріз рук або шиї, але поширеність невідома. Менш поширеними способами є спроби повіситись, стрибнути з висоти, вдарити себе ножем, втопитись або самоспалитись. Вибір як спроби, так і способу самогубства значною мірою визначається можливістю, але місцеві звичаї можуть відігравати певну роль, оскільки існують досить помітні (та стабільні) національні відмінності у переважних способах.

При оцінці суїцидальної поведінки звертають увагу на незвичність способу спроби самогубства, її серйозність з медичної точки зору, частоту повторення та заходи, вжиті для запобігання або сприяння розкриттю. Повторні спроби самогубства, спроби самогубства незвичайними способами (тобто крім прийому ліків або поверхневого порізу) та серйозні з медичної

точки зору спроби самогубства мають прогностичну значущість щодо подальшої суїцидальної поведінки, а також призводять до завершеного самогубства (Beck та співавт., 1974a) (Таблиця 1).

ТАБЛИЦЯ 1

Фактори високого ризику самогубства серед підлітків

У осіб чоловічої статі набагато вищий ризик, ніж у осіб жіночої статі

Серед осіб чоловічої статі

Наявність в анамнезі спроб самогубства

Вік від 16 років

Супутній розлад настрою

Супутнє зловживання психоактивними речовинами

Серед осіб жіночої статі

Розлади настрою

Наявність в анамнезі спроб самогубства

Безпосередній ризик, пов’язаний зі збудженням та великим депресивним розладом.

Фактори ризику

Факторами ризику спроб самогубства є розлади настрою, тривожність або зловживання психоактивними речовинами. Панічні атаки у дівчат та агресивна поведінка у хлопців підвищують ризик суїцидальної ідеації або спроб самогубства.

Цілком імовірно, що серйозні сімейні проблеми підвищують ризик спроби самогубства. Про це можна зробити висновок на основі високого рівня самогубств серед дітей, які зазнали жорсткого поводження (Brown та співавт., 1999 p.; Fergusson та співавт., 1996 p.; Molnar та співавт., 1998 p.; Silverman та співавт., 1996 p.). Суїцидальні схильності також поширені серед підлітків, які втікають з дому (Deykin та співавт., 1985 p.; Kaplan та співавт., 1997 p.; Molnar та співавт., 1998 p.; Shaffer та співавт., 1996b) та зазнавали жорстокого поводження у минулому. Жорстоке поводження з дітьми, як правило, пов’язано з різними типами психопатології та зловживанням психоактивними речовинами, але незрозуміло, чи є висока поширеність суїцидальних схильностей результатом цієї психопатології або вона пов’язана з жорстоким поводженням у минулому. Фізичне та сексуальне насильство може підвищувати ризик спроби самогубства, навіть у разі контролю інших факторів (Fergusson та співавт., 1996 p.; Statham та співавт., 1998 p.).

Незалежно від механізмів, клініцист, який підозрює факт жорстокого поводження з дитиною або підлітком, повинен оцінити наявності в анамнезі суїцидальної ідеації або поведінки. І навпаки, оскільки атрибутивний ризик є досить високим (15-20 % у дівчат, які вчинили спробу самогубства та зазнали жорстокого поводження у минулому), осіб, які вчинили спробу самогубства, необхідно розпитувати про попередній або поточний досвід фізичного та сексуального насильства.

Не дивлячись на відсутність доказів того, що нетрадиційна сексуальна орієнтація є більш поширеною причиною завершеного самогубства серед підлітків, ніж у контрольній групі, є переконливі докази того, що серед геїв, лесбіянок та бісексуалів частіше спостерігається суїцидальна ідеація та спроби самогубства. Дослідження у 5 великих вибірках з громади продемонстрували підвищений ризик (Faulkner та Cranston, 1998 р.; Fergusson та співавт., 1999 р.; Garofalo та співавт., 1998 р.; Lock та Steiner, 1999 р.; Remafedi та співавт., 1998 р.). Ризик суїцидальної ідеації та спроб самогубства підвищується від 2 (Faulkner та Cranston, 1998 р.) до 7 разів (Remafedi та співавт., 1998 р.). Молоді геї, лесбіянки та бісексуали також частіше вчиняли спроби самогубства, що потребували медичної допомоги. Ці дослідження продемонстрували, що у молодих геїв, лесбіянок та бісексуалів спостерігаються фактори ризику суїцидальної поведінки, включаючи високий рівень вживання наркотиків та алкоголю з раннього віку та з більшою частотою. Геї, лесбіянки та бісексуали також частіше стикались зі знущаннями у школі. Ступінь зв'язку між сексуальною орієнтацією та суїцидальною поведінкою серед молоді *потребує* подальшого вивчення, щоб визначити вплив, коли інші фактори ризику, такі як вживання алкоголю або психоактивних речовин та сімейні проблеми, контролюються статистично.

Відмінності між завершеним самогубством та спробою самогубства

Більшість інформації про клінічні особливості осіб, які вичинили спробу самогубства, та спроби самогубства отримано з випадків у відділеннях екстреної медичної допомоги та клініках. Найчастіший випадок – це дівчина у віці 15-17 років, яка прийняла невелику або середню дозу безрецептурних ліків, найчастіше безрецептурного анальгетика або ліків, які приймає інший член її родини. Поведінка є, як правило, імпульсивною та обумовленою суперечками з членами родини, хлопцем або дівчиною.

Ми не знаємо, наскільки типовим є цей профіль, тому що дослідники лише нещодавно почали збирати інформацію з досліджень серед населення в цілому. Ці дослідження демонструють, що рівень спроб самогубства серед хлопців значно вищий у громаді, ніж серед пацієнтів, які звертаються до відділення екстреної медичної допомоги. Одна з причин може включати те, що спосіб, якому віддають перевагу дівчата (прийом несмертельних ліків), не має негайного ефекту та піддається лікуванню. Якщо пацієнт передумає або зізнається у спробі самогубства, він/вона майже завжди звертатиметься за медичною допомогою щодо наслідків передозування. Однак багато хлопців вчиняють невдалу спробу повіситись, але звертаються за медичною допомогою дуже рідко. Наша інформація про відмінності між направленням та ненаправленням осіб, які вчинили самогубство, здебільшого обмежена демографічними даними, а клінічні відмінності все ще необхідно описати.

Дослідження порівняння завершеного самогубства зі спробами самогубства розглядали клінічні випадки, а після контролю за статтю не було виявлено суттєвих відмінностей. Однак не слід враховувати ці негативні результати, оскільки особи, які вчинили серйозні спроби самогубства та

потребують стаціонарної допомоги, не представляють осіб, які вчинили спробу самогубства, загалом.

Було проведено дуже мало порівнянь факторів ризику завершеного самогубства та спроб самогубства (Brent та співавт., 1988 p.; Gould та співавт., 1998 p.; Shaffer та співавт., 1996a). Brent та співавт. встановили, що у осіб, які вчинили спробу самогубства, рідше, ніж особи, які вчинили самогубство, спостерігається біполярний афективний розлад, є вогнепальна зброя, активні суїцидальні наміри або комбінація розладів настрою та інших розладів. При порівнянні осіб, які вчинили спробу самогубства, та осіб, які вчинили самогубство, інформацію про осіб, які вчинили спробу самогубства, необхідно взяті з географічно визначеної неклінічної вибірки, подібної до типу, що, як правило, використовується у дослідженнях психологічної аутопсії осіб, які вчинили самогубство. Два дослідження за участю осіб, які вчинили спробу самогубства (Andrews та Lewinsohn, 1992 p.; Gould та співавт., 1998 p.), продемонстрували діагностичні профілі, що є подібними до профілів осіб, які вчинили самогубство (Shaffer та співавт., 1996a; Brent та співавт., 1993a). Нездатність виявити серйозні відмінності між двома групами може відображати потребу в деяких дослідженнях, де у контрольних групах осіб, які вчинили спробу самогубства, були особи, які вчиняли серйозні спроби самогубства

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

F. ДОДАТКОВІ МІРКУВАННЯ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ПАЦІЄНТІВ В КОНКРЕТНИХ УСТАНОВАХ

1. Стаціонарні лікувальні заклади

Пацієнти часто поступають до стаціонару на піку гострої суїцидальної кризи або з явною суїцидальною поведінкою або інтенсивними суїцидальними думками. Навіть якщо пацієнт не перебуває в стані гострої суїцидальної кризи, симптоми та розлади, які зазвичай призводять до госпіталізації до психіатричного закладу, пов'язані з підвищеним суїцидальним ризиком. Схоже, немає специфічних факторів ризику, притаманних лише пацієнтам стаціонарних закладів, оскільки близько половини самогубств госпіталізовоаних пацієнтів, за даними нещодавнього дослідження, сталися серед осіб, які раніше намагалися покінчити життя самогубством, і близько половини – серед осіб, які страждали на психоз (218). Самогубства у стаціонарі також не можна передбачити з причини госпіталізації, оскільки менше половини пацієнтів, які вчинили самогубство в лікарні, були госпіталізовані з суїцидальними думками, і лише чверть з них була госпіталізована після спроби самогубства. Однак перед суїцидом часто спостерігається сильне збудження або тривога (218), або швидко мінливий стан (442). Таким чином, важливо проводити оцінку суїцидального ризику, як зазначалося вище, при госпіталізації на стаціонарне лікування, при зміні статусу спостереження або

умов лікування, при значних змінах клінічного стану пацієнта, чи у разі виявлення гострих психосоціальних стресорів під час госпіталізації. Для пацієнтів з повторними госпіталізаціями з приводу суїцидальних намірів кожна суїцидальна криза повинна розглядатися як нова при кожній госпіталізації і оцінюватися відповідним чином.

2. Амбулаторні умови лікування

Початкове обстеження пацієнта в умовах закладу має бути комплексним і включати оцінку суїцидальних намірів. Інтенсивність та глибина оцінки суїцидальних намірів залежатиме від клінічної картини пацієнта. При подальшому амбулаторному спостереженні за пацієнтом психіатр повинен пам'ятати, що схильність до суїциду може то посилюватися, то слабшати в процесі лікування. Раптові зміни клінічного стану, які можуть включати погіршення чи різке та несподіване покращення симптомів, про які повідомлялося, вимагають перегляду суїцидальної поведінки. Крім того, ризик може підвищуватися через відсутність надійного терапевтичного альянсу, небажання пацієнта брати участь у сеансах психотерапії або дотримуватися медикаментозного лікування, а також через недостатню сімейну або соціальну підтримку. Однак, знову ж таки, частота, інтенсивність і глибина оцінки суїцидальних намірів залежать від клінічного стану пацієнта, його анамнезу та інших факторів, включаючи індивідуальні сильні та вразливі сторони та стресори, які одночасно впливатимуть на ризики. Ці фактори також будуть важливими для визначення того, коли необхідно зв'язатися з членами сім'ї або іншими значущими для пацієнта людьми, які надають йому підтримку.

3. Заклади екстреної допомоги

Незалежно від наявної проблеми пацієнта, оцінка суїцидальних намірів є невід'ємною частиною психіатричного обстеження в закладах з надання екстреної допомоги. Як і в стаціонарних закладах, значна кількість пацієнтів з суїцидальними думками або після суїцидальних спроб надходить до відділень екстреної/невідкладної допомоги (443-447). Навіть якщо схильність до суїциду не є частиною первинної клінічної картини, більшість осіб, які звертаються до закладів невідкладної психіатричної допомоги, мають діагнози, пов'язані з підвищеним ризиком суїциду (268, 269, 271, 275, 448).

Під час оцінки суїциду психіатр повинен бути уважним до раніше нерозпізнаних симптомів травми або токсичності, що виникли внаслідок прийому отруйних речовин. Амбівалентність є ключовим елементом в осіб з суїцидальними намірами, і вони можуть одночасно звертатися за допомогою, але приховувати інформацію про нещодавні випадки вживання отруйних речовин (449) або самоушкодження. Таким чином, окрім первинної оцінки життєво важливих показників пацієнта, психіатр повинен дослідити будь-які зміни фізичного стану чи рівня свідомості пацієнта, які можуть розвинутися під час обстеження. Для пацієнтів, які отримують медичні препарати в закладі невідкладної допомоги або які одночасно вживають алкогольні напої, чи психоактивні речовини, важливо здійснювати періодичний моніторинг життєво важливих показників для виявлення небажаних подій чи ознак абстиненції.

Одночасне звернення до лікаря з інтоксикацією та суїцидальними намірами є поширеним явищем у закладах невідкладної допомоги (444, 450-454) і вимагає певних змін у процесі оцінки. Залежно від тяжкості інтоксикації може виникнути необхідність у застосуванні медичної інтервенції до початку психіатричної оцінки. Крім того, часто необхідно утримувати пацієнта в безпечних умовах, поки інтоксикація не пройде та можна буде провести ретельну оцінку суїцидальних намірів. У зв'язку з цим деякі установи вважають корисним визначення кількісного рівня інтоксикації (за рівнем алкоголю в сироватці крові або алкоголю під час видихання), оскільки деякі особи можуть не проявляти фізичних симптомів сп'яніння, незважаючи на суттєво підвищену концентрацію алкоголю в крові (455). У деяких закладах є ліжка для короткочасного спостереження у відділенні невідкладної допомоги або в інших місцях для моніторингу та періодичного обстеження осіб у стані алкогольного сп'яніння, які проявляють схильність до суїциду. В інших закладах таке спостереження, можливо, доведеться проводити в більш типових медичних або психіатричних стаціонарних закладах.

Хоча отримання додаткової інформації є корисним для всіх суїцидальних осіб, в умовах невідкладної допомоги таку інформацію особливо важливо отримати від залучених членів сім'ї, тих, хто живе з пацієнтом, та фахівців, які в даний час лікують пацієнта. Пацієнти в закладах невідкладної допомоги не завжди можуть поділитися всіма потенційно важливими аспектами своїх нещодавніх симптомів і минулого психіатричного анамнезу, включаючи прихильність до лікування. Крім того, більшість психіатрів, які проводять обстеження пацієнтів у закладах невідкладної допомоги, не мають можливості знати пацієнта та працювати з ними на довготривалій основі. Особливо важливу роль має підтвердження анамнезу, коли деякі аспекти клінічної картини не відповідають іншим аспектам анамнезу або психічного стану пацієнта. Прикладом можуть бути пацієнти, які заперечують існування суїцидальних думок і просять про виписку з медичної установи, але при цьому здійснили спробу самогубства з високим ступенем летальності та явними суїцидальними намірами, чи пацієнтів, які просять про госпіталізацію на підставі імперативних галюцинацій, при цьому виглядають розслабленими і веселими та не реагують на внутрішні подразники.

Процес, за допомогою якого пацієнт потрапив до відділення невідкладної допомоги, може дати корисну інформацію про його або її розуміння того, що він/вона мають розлад або потребує лікування. Як правило, люди, які звертаються самостійно, мають глибше уявлення про свій стан, ніж ті, кого привозять до лікарні поліцейські або ті, хто неохоче приїжджає до закладу із членами сім'ї. Для осіб, яких поліція доставляє до відділення невідкладної допомоги (або в результаті юридично оформленого процесу, наприклад, подання заяви про надання невідкладної допомоги), особливо важливо враховувати причини направлення при оцінці суїцидального ризику.

4. Заклади з надання довгострокового догляду

Під час обстеження пацієнтів у закладах із надання довготривалого догляду, психіатри та персонал повинні знати про різноманітні форми, яких

може набувати суїцидальність у таких закладах. Зокрема, важливо визнати, що непрямі саморуйнівні дії зустрічаються як серед чоловіків, так і серед жінок з хронічними захворюваннями (456-459) і є поширеним проявом суїциду в установах (460). Незважаючи на ці випадки, рівень самогубств у закладах довготривалого догляду загалом є нижчим, ніж очікувалося (460, 461), можливо, внаслідок посиленого нагляду та обмеженого доступу пацієнтів до потенційно смертельних засобів і фізичної неспроможності здійснити акт самогубства, а також заниження даних або помилкового визначення саморуйнівної поведінки як нещасного випадку або природної смерті (66).

Фактори ризику суїциду та інших видів саморуйнівної поведінки подібні до тих, що оцінюються в інших закладах із надання догляду. Наприклад, доведено, що 90% або більше випадково відібраних пацієнтів із закладів з надання довготривалого догляду мають психічні захворювання, які можна діагностувати (462, 463), причому поширеність випадків депресії в будинках для людей похилого віку, за оцінками, коливається в діапазоні від 15% до 50% (66). Фізичні хвороби, функціональні порушення та біль пов'язані з підвищеним ризиком самогубства і є поширеними факторами в закладах із надання довготривалого догляду. Безнадія (228) і стилі особистості, які перешкоджають адаптації до ролі залежної людини в умовах закладу, також відіграють певну роль (464).

Під час лікування осіб у закладах із надання довготривалого догляду психіатр повинен пам'ятати про необхідність подальшого обстеження, навіть якщо первинне обстеження не виявило ознак депресії або підвищеного ризику суїциду чи інших форм поведінки, пов’язаних із самоушкодженням. Для сприяння ранній інтервенції, необхідно повторно оцінити безпеку та ризики самогубства в разі значних змін поведінки, психіатричних симптомів, медичного статусу та/або рівнів функціональної недієздатності. Психіатри також можуть відігравати важливу роль у навчанні провайдерів послуг довготривалого догляду щодо факторів ризику та тривожних ознак суїциду у пацієнтів, які перебувають під їхнім наглядом.

Для доповнення Настанови МРГ надає додаткову інформацію з джерела **Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline, 2022.**

Оцінка й допомога на етапі первинної медичної допомоги

1.7.6 Коли особа звертається в заклад первинної медичної допомоги після епізоду самоушкодження, слід розглянути можливість скерування такої людини до служб охорони психічного здоров’я або соціальної допомоги для проведення психосоціальної оцінки або інформування наявної команди фахівців з охорони психічного здоров’я за згодою людини та членів її сім’ї або піклувальників (залежно від ситуації).

1.7.7 Скерування до фахівців з охорони психічного здоров’я має бути пріоритетним у таких випадках:

• рівень занепокоєння або дистресу особи зростає, є високим або довготривалим;

• частота або ступінь самоушкодження чи суїцидальних намірів підвищується;

• особа, яка проводить оцінку на етапі первинної медичної допомоги, занепокоєна;

• людина звертається за подальшою допомогою до служби з охорони психічного здоров'я;

• рівень дистресу в членів сім'ї або піклувальників дітей, молоді й дорослих зростає, є високим або стійким, попри спроби допомогти.

1.7.8 Якщо особа, яка заподіяла собі шкоду, отримує підтримку й допомогу в закладі первинної медичної допомоги, лікар, який надає первинну медичну допомогу, має простежити, щоб така людина:

• регулярно відвідувала лікаря, який надає первинну медичну допомогу, для аналізу випадків самоушкодження;

• огляд лікарських засобів;

• мала інформацію щодо доступної соціальної допомоги, підтримки з боку волонтерських і неурядових організацій, а також ресурси самодопомоги;

• отримувала допомогу у зв'язку із супутніми проблемами з психічним здоров'ям, включно зі скеруванням до служб охорони психічного здоров'я (за потреби).

Оцінка й допомога з боку працівників швидкої допомоги та парамедиків

1.7.9 Надаючи допомогу людині, яка заподіяла собі шкоду, але не потребує невідкладної медичної допомоги, працівники швидкої допомоги й парамедики мають:

• обговорити з пацієнтом оптимальний спосіб, у який служба швидкої допомоги може йому допомогти;

• дотримуватися плану допомоги за пацієнтом і плану безпеки (за наявності);

• проконсультуватися з фахівцями з охорони психічного здоров'я, якщо є така потреба;

• фіксувати наведені нижче дані й передавати їх персоналу, якщо людину перевозять до закладу, або ділитися ними з іншими особами, які забезпечують постійний догляд за людиною, якщо її не перевозять до закладу:

— особливості домашнього середовища;

— мережа соціальної і сімейної підтримки;

— історія, що призвела до самоушкодження;

— початковий емоційний стан і рівень дистресу;

— ліки, знайдені вдома.

1.7.10 Надаючи допомогу людині, яка заподіяла собі шкоду, але не потребує невідкладної медичної допомоги, працівники швидкої допомоги й парамедики мають обговорити з людиною (і відповідною службою), чи може вона пройти обстеження або отримати лікування в іншій відповідній службі,

наприклад у спеціалізованій службі охорони психічного здоров'я або сімейного лікаря.

1.7.11 Щоб вирішити, чи може людина отримати лікування в іншій відповідній службі, працівники швидкої допомоги й парамедики мають оцінити нагальні проблеми з безпекою, а також наявність і доступність таких служб.

Оцінка й допомога фахівцями відділення невідкладної медичної допомоги

1.7.12 Якщо людина звертається до відділення невідкладної допомоги або відділення легких травм після епізоду самоушкодження, персонал відділення, відповідальний за первинну оцінку або сортування, має якнайшвидше встановити:

• ступінь тяжкості травми й наскільки терміново потрібна медична допомога;

• емоційний і психічний стан людини та рівень її дистресу;

• чи є приводи для занепокоєння щодо безпеки людини;

• чи є занепокоєння щодо захисту;

• готовність людини погодитися на медичне лікування й психологічну допомогу;

• відповідний рівень медсестринського спостереження;

•чи має особа план догляду.

1.7.13 Якщо людина звертається до відділення невідкладної допомоги або відділення легких травм після епізоду самоушкодження, якомога швидше післяч прибуття запропонуйте скерувати її до консультативної психіатричної служби відповідно до віку, як-от для дітей і молодих людей, до служби кризового реагування (або еквівалентної спеціалізованої служби охорони психічного здоров'я чи кваліфікованого фахівця з охорони психічного здоров'я) для проведення психосоціальної оцінки (див. розділ «Психосоціальна оцінка й допомога з боку фахівців з охорони психічного здоров'я» і розділ «Інструменти та шкали оцінки ризиків»), а також для надання підтримки й допомоги поряд із медичною допомогою.

1.7.14 Працівник консультативної психіатричної служби, що відповідає віку пацієнта, або фахівець з охорони психічного здоров'я з відповідною кваліфікацією має бачитися й розмовляти з людиною під час кожного візиту після епізоду самоушкодження.

1.7.15 У відділенні невідкладної допомоги має бути окрема, спеціально призначена зона для проведення психосоціальної оцінки, де можна говорити цілком конфіденційно.

1.7.16 Переконайтесь, що зона очікування у відділенні невідкладної допомоги для людей, які заподіяли собі шкоду, має бути розташована поруч із персоналом, який може допомогти, підтримати й забезпечити спостереження.

1.7.17 Слід налаштувати механізми спільного управління, щоб у відділеннях невідкладної допомоги можна було одночасно надавати медичну й психологічну допомогу. Це має охоплювати:

• доступ до електронних систем обліку послуг з охорони психічного здоров'я і медичної допомоги в місці їх надання;

• спільно узгоджені підходи до скерування, щоб одночасно надавати фізичну й психологічну допомогу;

• спільно узгоджені підходи до первинної оцінки і сортування;

• моніторинг застосування законодавства про психічне здоров'я і психічну дієздатність;

• спільні заходи безпеки;

• спільно узгоджену політику медсестринського спостереження;

• підходи до скерування для отримання відповідних громадських послуг.

1.7.18 Не використовуйте механічні засоби обмеження у відділеннях невідкладної допомоги для запобігання самоушкодженню або для того, щоб не дати людині покинути відділення. Також див. рекомендації щодо механічного обмеження в настанові NICE щодо насильства й агресії.

1.7.19 Слід забезпечити наявність правил і процедур для людей, які заподіяли собі шкоду й бажають покинути або вже покинули відділення невідкладної допомоги, перш ніж було проведено фізичний огляд і оцінку психічного здоров'я та надано допомогу.

1.7.20 Слід забезпечити наявність правил і процедур для виявлення людей, які часто відвідують відділення невідкладної допомоги або відділення легких травм після епізоду самоушкодження, щоб можна було організувати комплексний огляд спільно зі службами охорони психічного здоров'я (див. рекомендацію 1.5.17 у розділі про психосоціальну оцінку й допомогу з боку фахівців з охорони психічного здоров'я).

Оцінка й допомога в умовах лікарні загального профілю

1.7.21 Коли людина потрапляє до лікарні після епізоду самоушкодження, якнайшвидше після госпіталізації запропонуйте їй скерування до консультативної психіатричної служби відповідно до віку (або еквівалентної спеціалізованої служби охорони психічного здоров'я чи кваліфікованого фахівця з охорони психічного здоров'я) для проведення психосоціальної оцінки (див. розділи «Психосоціальна оцінка й допомога з боку фахівців з охорони психічного здоров'я» і «Інструменти та шкали оцінки ризиків»), а також надання підтримки й допомоги паралельно з медичною допомогою.

1.7.22 Працівник консультативної психіатричної служби, що відповідає віку пацієнта, або фахівець з охорони психічного здоров'я з відповідною кваліфікацією має бачитися й розмовляти з людиною під час кожного візиту після епізоду самоушкодження.

1.7.23 Персонал, що надає психологічну й невідкладну допомогу, має спільно вирішувати питання про забезпечення пильного спостереження в кожному конкретному випадку, беручи до уваги думку людини й гарантуючи, що спостереження здійснюватиметься на таких умовах:

• його забезпечує медичний персонал із належною кваліфікацією і підготовкою;

• спостереження здійснюється за інформованою згодою людини або в межах відповідної правової бази;

• умови регулярно переглядаються.

1.7.24 Діти й молоді люди, які були госпіталізовані до педіатричного відділення після епізоду самоушкодження, повинні мати:

• цілодобовий доступ до спеціалізованої служби охорони психічного здоров'я дітей і підлітків (CAMHS), служби охорони психічного здоров'я дітей і молоді (CYPMHS) або відповідної до віку консультативної психіатричної служби;

• спільний щоденний огляд командою педіатрів і командою фахівців з охорони психічного здоров'я дітей і молодих людей;

• можливість щодня спілкуватися з членами своєї сім'ї або піклувальниками;

• регулярні зустрічі між командою педіатрів і співробітниками служб охорони психічного здоров'я.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

5. В'язниці та виправні заклади

У слідчих ізоляторах, в'язницях та інших виправних закладах більшість первинних обстежень психічного здоров'я не проводяться психіатрами (465, 466); однак психіатрів часто просять провести термінову оцінку схильності до суїциду для осіб, які перебувають у групі ризику. Фактичні показники самогубств у слідчих ізоляторах та в'язницях є дещо суперечливими, а зареєстровані показники залежать від методу їх обчислення (467). За даними Бюро судової статистики Міністерства юстиції США, у 1999 році рівень вчинення самогубства на 100 000 ув'язнених у в'язницях становив 14 випадків, порівняно з 55 випадками на 100 000 ув'язнених слідчого ізолятору (468). Однак, як правило, ці показники базуються на даних середньодобового перепису ув'язнених у тому чи іншому закладі. Оскільки слідчі ізолятори (СІЗО) є місцевими закладами, що використовуються для утримання осіб, які очікують суду, та засуджених за нетяжкі злочини, тоді як в'язниці, як правило, перебувають під контролем держави і використовуються для утримання осіб, які відбувають покарання за тяжкі злочини; в СІЗО набагато швидше відбувається зміна ув'язнених, ніж у в'язницях. Такий рух ув'язнених призводить до того, що кількість самогубств на 100 000 ув'язнених у СІЗО є вищою, ніж у в'язницях, оскільки щорічна кількість осіб, які потрапляють до СІЗО, більш ніж у 20 разів перевищує середньодобову кількість ув'язнених у СІЗО, тоді як щорічна кількість осіб, які потрапляють до в'язниць по всій країні, становить близько 50% від середньодобової кількості ув'язнених в СІЗО. Зареєстровані рівні самогубств у СІЗО також є вищими, ніж у в'язницях,

оскільки більшість самогубств у СІЗО відбуваються протягом перших 24 годин ув'язнення (469, 470).

Важливість виявлення та оцінки осіб з підвищеним ризиком самогубства підкреслюється тим фактом, що самогубство є однією з головних причин смерті у виправних установах. Наприклад, з 1 липня 1998 року по 30 червня 1999 року показники смертності з природних причин, крім СНІДу, майже не перевищували показники самогубства, як основну причину смерті в СІЗО. У період з 1995 по 1999 рік самогубство було третьою основною причиною смерті у в'язницях після природних причин, крім СНІДу, та смертей від СНІДу (468). У відносному вираженні, самогубств серед молоді в колоніях для неповнолітніх та виправних закладах відбуваються приблизно в чотири рази частіше; рівень самогубств серед чоловіків у СІЗО приблизно в дев'ять-п'ятнадцять разів вищий, а рівень самогубств у в'язницях приблизно в півтора рази вищий, ніж рівень самогубств серед населення в цілому (471).

Фактори, які підвищують ризики в інших групах населення, є дуже поширеними і сприяють підвищенню ризиків в пенітенціарних установах (472, 473). Особи, які покінчили життя самогубством у СІЗО, - це, як правило, молоді, білі, неодружені, в стані алкогольного сп'яніння люди з історією зловживання психоактивними речовинами (470,474-476). Самогубство в пенітенціарних установах, як правило, відбувається шляхом повішення, при цьому найчастіше використовується постільна білизна (470,474,476-478). Незрозуміло, чи наражаються на більший ризик правопорушники, які скоїли ненасильницькі дії (474, 476), або правопорушники, які вчинили насильницькі злочини (473, 477). Більшість (473, 474, 476, 479), але не всі (480) дослідники повідомили, що ізоляція може збільшити кількість самогубств у виправних установах, і її слід уникати. Хоча ув'язнені можуть стати схильними до суїциду в будь-який час під час ув'язнення, існують періоди, коли ризики суїцидальної поведінки можуть бути підвищеними. Досвід показав, що суїцидальна поведінка зростає одразу після прибуття до пенітенціарної установи, після нових юридичних ускладнень у справі ув'язненого (наприклад, відмова в умовно-достроковому звільненні), після того, як ув'язнені отримують погані новини про близьких вдома, або після сексуального насильства чи іншої травми (471).

Немає сумнівів у тому, що успішна реалізація програм профілактики самогубств призводить до значного зниження рівня скоєння самогубства у виправних установах (469, 481-483). Відповідно, стандарти Національної комісії з надання медичних послуг у виправних установах (NCCHC) вимагають, щоб СІЗО та в’язниці мали службові політики та визначені процедури виявлення суїцидальних ув'язнених та реагування на такі випадки, включаючи процедури навчання, ідентифікації, моніторингу, перенаправлення, обстеження, розміщення, комунікації, втручання, сповіщення, звітування, перегляду та дебрифінгу стресу після критичних інцидентів (484, 485). Інші корисні ресурси включають інструмент, який широко застосовується, для скринінгу суїцидальної схильності (486) і детальне обговорення конкретних підходів до ув'язнених із суїцидальними намірами,

які представлені в більш пізній публікації Національної комісії з надання медичних послуг у виправних установах (487).

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з джерела ***Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm, 2016.***

В'язниці та виправні заклади

Епідеміологія

Вважається, що навмисне самоушкодження є поширеним явищем серед ув'язнених, хоча точні оцінки наводять рідко. У недавньому епідеміологічному дослідженні, проведеному в Англії та Уельсі (Hawton та ін., 2014), повідомлялося про 139 195 випадків самоушкодження серед 26 510 ув'язнених у період з 2004 по 2009 рік. Найпоширенішими способами навмисного самоушкодження для обох статей були порізи та подряпини. Поширеність коливалася від 200 до 249 випадків на 1000 ув'язнених протягом періоду дослідження. Навмисні самоушкодження траплявся у 5–6% ув'язнених чоловічої статі та 20–24% ув'язнених жіночої статі щороку. Повторні випадки навмисного самоушкодження були поширеними. Поширеність випадків на 1000 ув'язнених була більш ніж у 10 разів вище серед жінок, ніж серед чоловіків. Ув’язнені чоловіки, які завдавали собі шкоди, робили це в середньому двічі на рік, а жінки – приблизно вісім разів на рік. На підгрупу жінок та дівчат-підлітків (n = 102) припадало 17307 епізодів.

Дослідження пенітенціарної системи штату Західна Австралія (Dear та ін., 2001) зафіксувало понад 108 несмертельних випадків навмисного самоушкодження у 91 ув'язнених протягом 9 місяців. Більшість інцидентів були пов'язані з нанесенням рваних ран низького ступеня смертності, хоча 15% були пов'язані зі спробами повішення.

Втручання

Недавній систематичний огляд РКД виявив 10 досліджень (n = 171) інтервенцій для молодих правопорушників (середній вік <19 років) з афективними розладами, тривожними розладами або проблемами з самоушкодженням (Townsend та ін., 2010). Лише в одному невеликому дослідженні (n = 76) групової інтервенції з вирішення проблем і розвитку навичок подолання труднощів у порівнянні з наданням звичайної допомоги вимірювали рівень суїцидальних думок або суїцидальної поведінки - дослідження не виявило значного зниження в експериментальній групі порівняно з контрольною групою (Rohde та ін., 2004 р.). У другому невеликому дослідженні (n = 46) популяції з епізодами навмисного самоушкодження використовували коротку терапію, спрямовану на вирішення проблем, порівняно з відсутністю лікування і було виявлено значне покращення показників підшкали стану депресії та тривоги за Шкалою госпітальної тривожності та депресії (HADS), але при цьому не вивчали повторні випадки навмисного самоушкодження як результат (Biggam і Power, 2002).

Недавній систематичний огляд РКД лікування суїцидальної та навмисної самоушкоджувальної поведінки серед ув'язнених (Barker та ін.,

2014) виявив 12 статей щодо інтервенцій, які можуть бути актуальними: сім зі США, дві з Великої Британії та по одній з Канади, Австрії та Австралії. У жодній з них не використовувався дизайн РКД, а в більшості застосовувався метод аналізу «до та після» контрольного періоду та періоду надання інтервенції. Використання стандартних схем РКД, які передбачають паралельні групи та індивідуальний розподіл, не є доцільним для оцінки таких типів загальносистемних інтервенцій. Доступні альтернативні дизайни досліджень, наприклад, кластерні РКД або ступінчасті, проте їх не використовували.

Дослідження, включені до систематичного огляду, були обмежені невеликими розмірами вибірки та незначною кількістю випадків чи низьким коефіцієнтом самогубств серед ув'язнених. Найпоширенішими показниками основного результату були кількість або частота самогубств, а про частоту випадків навмисного самоушкодження повідомляли рідко. У дослідженнях повідомлялося про комплексні інтервенції, які, як правило, включали кілька компонентів. Шість досліджень стосувалися багатофакторних програм запобігання самогубствам, два з яких включали активності з профілактики самогубств орієнтованих на однолітків за принципом «рівний-рівному», а чотири стосувалися змін у системі направлення та надання допомоги ув'язненим з суїцидальними нахилами службами охорони психічного здоров'я в межах пенітенціарної установи.

Ми також виявили невелику кількість нерандомізованих досліджень, які проводили серед ув'язнених, і в яких вказували випадки навмисного самоушкодження в якості основного результату:

- Під час проведення невеликого (n = 9) дослідження (Riaz і Agha, 2011) оцінювали групову КПТ серед ув'язнених жінок, які мали навмисне самоушкодження в анамнезі, шляхом порівняння частоти повторних випадків навмисного самоушкодження до і після інтервенції. Воно не виявило різниці в часі до скоєння першого повторного випадку навмисного самоушкодження при спостереженні протягом 1 місяця (модель аналізу виживання).
- У великому (n = 898) дослідженні (Glowa-Kollisch та ін., 2014) оцінювали комплексну інтервенцію, пов'язану з психічним здоров'ям (КПТ, мотиваційно-стимулююча терапія, мотиваційне інтерв'ю, соціальне навчання та ключові навички подолання та вирішення проблем). Групу, учасники якої отримували інтервенцію (n=218), порівнювали з ретроспективними контрольними групами (n=413) та нерандомізованою паралельною контрольною групою (n=267). Інтервенція асоціювалася з нижчим рівнем самоушкоджувальної поведінки порівняно з ретроспективними контрольними групами: скоригований коефіцієнт частоти = 0,45 (95% ДІ = [0,21, 0,99]). Однак не було виявлено ніякої різниці порівняно з паралельною контрольною групою: скоригований коефіцієнт частоти = 0,87 (95% ДІ = [0,31, 2,46]).

Немає достатньо доказів, щоб рекомендувати будь-яку інтервенцію для профілактики або лікування навмисного самоушкодження серед ув'язнених.

Інтервенції на рівні школи

Ключовий момент

Немає достатніх доказів ефективності шкільних втручань для зниження рівня самоушкоджуючої поведінки та несуїцидальних самоушкоджень

Школи є потенційно важливим середовищем для реагування на проблему самоушкодження. Пік поширеності самоушкоджень припадає на середину підліткового віку, коли в австралійському контексті переважна більшість підлітків все ще відвідують школу (Moran та ін., 2012). Теоретично підходи до профілактики самоушкодження варіюються від універсальних до вибіркових і цільових профілактичних інтервенцій.

Донедавна основним висновком досліджень, які оцінювали універсальні програми, спрямовані на профілактику суїцидальної поведінки в середніх школах, було те, що ці програми здатні досягти відчутних змін у ставленні учнів і персоналу до суїцидальних ризиків (Katz та ін., 2013). Скринінг суїцидальних ризиків також привертає увагу дослідників. Очевидно, що можна визначити групу з високим ризиком самоушкодження та суїцидальної поведінки (Shaffer та ін., 2004), проте було дуже мало доказів того, що скринінг потенційно може вплинути на рівень самоушкодження у довгостроковій перспективі (Aseltine та ін., 2007).

Одне недавнє масштабне дослідження SEYLE показало, що універсальна програма підвищення обізнаності про психічне здоров'я для 15-річних підлітків (5-годинна програма з підвищення обізнаності щодо питань психічного здоров'я в шкільних класах) вдвічі знизила ризики суїцидальних думок і спроб самогубства за 12 місяців спостереження порівняно з контрольною групою (Wasserman та ін., 2015). Втручання зосереджувалися на виявленні ризиків контролером або скринінгом з подальшою професійною оцінкою стану психічного здоров'я, не асоціювалися з жодними перевагами. Ці висновки є обнадійливими, але потребують повторного проведення дослідження.

Альтернативні підходи до профілактики випадків самоушкодження можуть бути спрямовані на фактори ризику, наприклад, попередні причини самоушкодження, такі як депресивні симптоми або соціальні стресори в шкільному контексті (Fisher та ін., 2012). Недавній систематичний огляд цільових та універсальних інтервенцій, спрямованих на профілактику депресії в освітніх закладах (Merry та ін., 2012b), дійшов висновку, що докази ефективності залишаються неоднозначними, оскільки в багатьох дослідженнях існують суттєві методологічні обмеження. Натомість, з'являється все більше фактичних даних про те, що профілактичні програми, спрямовані на боротьбу зі шкільним булінгом, можуть бути ефективними (Salmivalli та Poskiparta, 2012; Waasdorp та ін., 2012). У жодному з цих досліджень не простежується чіткого впливу інтервенцій на рівень навмисного самоушкодження.

Поточні дані про ефективність інтервенцій на рівні школи, спрямованих на боротьбу за навмисними самоушкодженнями та суїцидальною поведінкою,

є обмеженими, але вони дають підстави вважати, що масштабовані програми з підвищення обізнаності про психічне здоров'я можуть знизити рівень навмисного самоушкодження та суїцидів. Також є більш імовірним, що інтервенції, які сприяють більш позитивній взаємодії з однолітками, включаючи запобігання булінгу, матимуть позитивний вплив на психічне здоров'я, що може включати зниження рівня навмисного самоушкодження.

Інтервенції на рівні громади стосовно навмисного самоушкодження та самогубства

Ключові моменти

• Усі сімейні лікарі потребують навчання з виявлення та ефективного лікування психічних захворювань, зокрема депресії.

• Навчання окремих фахівців щодо виявлення осіб з високим ризиком суїцидальної поведінки та направлення на лікування може бути ефективним у спрямуванні людей з групи ризику до відповідних служб.

• Спосіб висвітлення самогубств у ЗМІ може вплинути на громаду.

Більшість інтервенцій щодо попередження самогубств, які здійснюються на рівні громади, належать до сфери профілактики самогубства, а також спрямовані на зниження рівня самогубств та несмертельних випадків навмисного самоушкодження. Є необхідність надання багаторівневих інтервенцій через багатофакторну природу навмисного самоушкодження та вплив факторів ризику як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

Багаторівневі стратегії одночасно спрямовані на більш ніж одну популяцію. рівень медичного обслуговування або механізм терапії (Coppens та ін., 2014; Van der Feltz-Cornelis та ін., 2011). І Австралія, і Нова Зеландія мають національні стратегії запобігання самогубствам, які передбачають надання багаторівневих інтервенцій (Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії, 2006) з відповідними дослідницькими пріоритетами. Потенційною перевагою такого підходу до надання інтервенцій на рівні громади є позитивна синергія, коли сукупний ефект від кількох інтервенцій є більшим, ніж від надання будь-якої однієї інтервенції окремо (Van der Feltz-Cornelis та ін., 2011 р.).

Немедичні працівники часто закликають до проведення кампаній з підвищення обізнаності громадськості, які мають на меті покращити розпізнавання людей, схильних до суїцидальної поведінки, та сприяти їхньому зверненню по допомогу. Однак огляд систематичних досліджень (Van der Feltz-Cornelis та ін., 2011) виявив суперечливі результати щодо ефективності кампаній з підвищення обізнаності громадськості у зниженні показників самоушкодження.

Дослідження, проведені в Німеччині, Великобританії, Австралії та Новій Зеландії, показали помірний вплив на причини виникнення депресії та її лікування, але відсутність впливу на поширеність випадків навмисного самоушкодження, звернення за медичною допомогою або використання антидепресантів (Mann та ін., 2005). Зовсім недавно, великий проєкт з профілактики самогубств (Оптимізація програм профілактики самогубств та їх

впровадження в Європі [OSPI-Europe]) спирався на успішне дослідження Нюрнберзького альянсу проти депресії (Hegerl та ін., 2009). Основні висновки в рамках цього проєкту OSPI-Europe ще не опубліковані.

Навчання «гейткіперів» (навчання, як виявляти осіб із високим ризиком суїцидальної поведінки та як здійснювати їх направлення для лікування) є найбільш ефективним, коли чітко визначені маршрути до лікування (Mann та ін., 2005), а також коли воно орієнтоване на «гейткіперів» з низьким рівнем базових навичок (Coppens та ін., 2014). Повідомляється, що цей підхід виявився ефективним у громадах австралійських аборигенів (Capp та ін., 2001). Необхідно з певною обережністю підходити до розгляду програм навчання гейткіперів-однолітків серед школярів, зважаючи на побоювання щодо шкідливого впливу самоушкоджувальної поведінки та відсутність доведеної ефективності таких програм у зниженні рівня суїцидальних думок, спроб самогубства або смертності від самогубства (Isaac та ін., 2009).

Ефективність скринінгу на суїцидальні ризики на рівні загальної популяції ще не встановлена; більшість робіт у цій галузі проводили з підлітками у навчальних закладах (Mann та ін., 2005). Чутливість і специфічність інструментів продовжують удосконалювати (Williams та ін., 2009), але впровадження відповідних терапевтичних інтервенцій залишається проблемою. Скринінг на депресію в ЗОЗ первинної ланки може покращити виявлення та лікування депресії (Mann et al., 2005) лише тоді, коли супроводжується належним подальшим спостереженням та наданням послуг лікування відповідного рівня та якості (Gilbody та ін., 2008).

Обмеження доступу до високолетальних засобів для вчинення самогубства призводить до зниження показників випадків смерті внаслідок самогубства, пов'язаних з цим методом (Van der Feltz-Cornelis та ін., 2011), хоча слід здійснювати моніторинг щодо заміщення методів (Mann та ін., 2005). В Австралії та Новій Зеландії можливе обмеження доступу до лікарських засобів, що приймають з передозуванням. Однак неможливо обмежити можливості реалізації повішення, яке є відносно поширеним способом самогубства в регіоні Австралії та Азії, порівняно з багатьма іншими розвиненими країнами.

Наукова література демонструє чіткий зв'язок між певними типами висвітлення випадків у ЗМІ та самогубствами (Pirkis і Blood, 2001; Stack, 2003). Розробка та прийняття керівних принципів висвітлення випадків самогубства у ЗМІ мали неоднозначний успіх у Новій Зеландії (McKenna та ін., 2010) та Австралії (Pirkis та ін., 2002). Існує постійне протиріччя між результатами досліджень і думкою про те, що обговорення випадків самогубства через ЗМІ відповідає суспільним інтересам. Крім того, стрімке поширення Інтернету викликало занепокоєння щодо ефектів наслідування такої поведінки та легкого доступу до інформації про методи навмисного самоушкодження і самогубства.

Дослідження, проведені у Великій Британії (Baker і Fortune, 2008) та Новій Зеландії (Collings та ін., 2011), показали, що люди, які завдають собі ушкодження, часто використовують онлайн-ресурси для отримання підтримки з боку осіб, які мали історію самоушкодження, що може сприяти зверненню до

спеціалізованих служб охорони психічного здоров'я. У дослідженнях також повідомляли, що найбільш доступними є веб-сайти, спрямовані на надання підтримки, а не ті, що пропагують самогубство (Biddle та ін., 2008; Collings та ін., 2010). Результати недавнього дослідження, проведеного в Новій Зеландії, свідчать про те, що висвітлення в ЗМІ таких випадків смерті внаслідок самогубства, як правило, перебільшує внесок Інтернету порівняно з іншими відповідними факторами (Thom та ін., 2011).

Базуючись на наявних доказах доведеної або потенційної ефективності, необхідно включити наступні елементи до багаторівневих профілактичних інтервенцій, спрямованих, в першу чергу, на зниження смертності внаслідок самогубств (Coppens та ін., 2014; Mann та ін., 2005; Van der Feltz-Cornelis та ін., 2011):

• Навчання лікарів загальної практики щодо виявлення та ефективного лікування психічних захворювань, зокрема депресії;

• Навчання гейткіперів для полегшення доступу до відповідних послуг, особливо серед тих, хто має недостатній рівень знань;

• Обмеження доступу до смертельних методів самоушкодження;

• Інформаційні кампанії, спрямовані на зменшення стигматизації стосовно депресії та сприяння зверненню за допомогою;

• Покращення існуючих медичних послуг, зокрема, належної стаціонарної або амбулаторної допомоги після епізоду самоушкодження;

• Активна участь ЗМІ, осіб, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я, та науковців у розробці та дотриманні настанов для ЗМІ щодо висвітлення випадків самогубства.

• Веб-програми для боротьби з суїцидальною поведінкою

Ключові моменти

• Веб-інтервенції КПТ, спрямовані на людей з депресією, можуть бути ефективними у зменшенні суїцидальної поведінки. Необхідна подальша оцінка серед населення з депресією та суїцидальними думками.

• Веб-інтервенції КПТ можуть бути ефективними у зменшенні суїцидальної поведінки в спільноті. Необхідна подальша оцінка серед населення з депресією та суїцидальними думками.

Веб-додатки та інші цифрові застосунки все частіше використовують для надання КПТ особам з депресією та тривожним станом. За останні 5 років також були розроблені та апробовані веб-інтервенції, спрямовані на суїцидальну поведінку та суїцидальні думки.

Веб-інтервенції, як правило, поділяються на керовані та автоматизовані. Керовані інтервенції передбачають, що терапевт або дослідник допомагає користувачеві в рамках програми через електронну пошту або телефоном. Опубліковано два огляди профілактики самогубств через Інтернет (Christensen і Petrie, 2014; Lai та ін., 2014), один з яких (Lai та ін., 2014) охоплює широкий спектр інтервенцій, в тому числі підходи із застосуванням онлайн-скринінгу та коротких інтервенцій за допомогою текстових повідомлень.

Веб-інтервенції, як правило, не оцінювалися в групах пацієнтів, які проходять лікування в ЗОЗ з приводу навмисного самоушкодження, або в групі ведення випадків навмисного самоушкодження на рівні громади. Однак ці інтервенції мають потенціал для застосування в цих клінічних популяціях у майбутньому. Багато користувачів інтернет-програм, які проживають у громаді, мають дуже високий рівень симптомів депресії та суїцидальних думок, а також повідомляють про попередні випадки навмисного самоушкодження. Ми проаналізували опубліковану літературу щодо двох типів підходів з використанням веб-застосунків:

• Ті, що націлені на протидію суїцидальній поведінці та думкам з використанням веб-сайтів, розроблених для лікування депресії;

• Ті, що націлені на суїцидальну поведінку з використанням веб-сайтів, розроблених спеціально для боротьби з суїцидальною поведінкою та думками.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.***

ПРОФІЛАКТИКА

Підходи громадської охорони здоров’я до попередження самогубств спрямовані на дітей або підлітків із суїцидальною поведінкою, опікунів, їхніх друзів, педіатрів та ЗМІ.

Підлітків можна повідомити про телефони довіри [B]. Незважаючи на активне застосування, перші дослідження, що мають методологічні недоліки, не продемонстрували, що телефони довіри зменшують кількість самогубств. Але розумно припустити, що їхня цінність може залишатись невизначеною. Дослідження продемонстрували деякі недоліки телефонів довіри, але необхідні нові дослідження для визначення того, чи може виправлення цих проблем підвищити їхню ефективність.

Профілактичні заходи, такі як обмеження доступу молоді до вогнепальної зброї, можуть призвести до короткочасного зниження рівня самогубств, але поки що відсутні докази тривалості такого ефекту [B]. Підвищення легального віку вживання алкоголю для молоді знижує рівень самогубств у віковій групі постраждалих.

Програми профілактики суїцидальної поведінки в школах часто мінімізують роль психічних захворювань, але, не дивлячись на те, що вони розроблені для сприяння довірі учнів або їхніх друзів до третіх осіб, вони не є ефективними ні для зменшення суїцидальної поведінки, ні для посилення активного звернення за медичною допомогою.

Оскільки програми профілактики суїцидальної поведінки в рамках освітньої програми заважають деяким учням групи високого ризику, безпечнішим підходом може бути акцент на клінічних характеристиках депресії або інших психічних захворювань, що сприяють суїцидальним схильностям. За відсутності доказів протилежного не слід заохочувати бесіди та лекції про самогубство з дітьми та підлітками у звичайних класах [HC]. Це

пов’язано з їхньою схильністю до суїцидальної ідеації серед підлітків із психічними розладами, особистість яких, як правило, не відома інструктору. Програми скринінгу або освітні програми профілактики суїцидальної поведінки для підлітків, які не включають процедури оцінки та направлення виявлених осіб із суїцидальною поведінкою або осіб, які вчинили спробу самогубства, не схвалюються [НС]. Програми прямого скринінгу можуть направити осіб із основними факторами ризику до клініциста для додаткового обстеження [В].

Лікарі первинної практики, консультанти або інші особи, яким може бракувати часу, ресурсів або підготовки для оцінки психічного стану дитини або підлітка, повинні скористатись опитувальниками для самостійного заповнення з метою виявлення депресії, суїцидальних схильностей та наявності в анамнезі суїцидальної поведінки в офісі [КК]. Існує багато доказів того, що пацієнти середнього та пізнього підліткового віку – група найвищого ризику спроб самогубства та самогубства – володіють цією інформацією, якщо їх запитати про це. Цю практику можна рекомендувати сімейним лікарям, педіатрам, шкільним психологам, фахівцям у справах неповнолітніх та психологам, які бажають обстежити підлітків з високим ризиком самогубства. Осіб групи ризику необхідно направити на додаткове обстеження та лікування, за необхідності, супровід та подальше спостереження (тобто телефонні дзвінки, фахівець з ведення пацієнтів, за наявності) протягом перехідного періоду.

Фахівці у сфері охорони здоров’я повинні консультувати журналістів та редакторів щодо ризику надмірного висвітлення випадків самогубств [В].

Крім того, лікуючі лікарі та диспетчери повинні вміти розпізнавати фактори ризику самогубства та суїцидальної поведінки та, за необхідності, направляти пацієнтів до психолога [КК].

СУЇЦИДОЛОГІЧНА ПОСТВЕНЦІЯ

Після самогубства родичі, друзі та вчителі дитини або підлітка, які вчинили самогубство, можуть отримати користь від втручання, щоб полегшити горе, зменшити почуття провини та депресії, а також зменшити наслідки почуття провини та травми. Також може бути заклик до втручання, щоб мінімізувати ризик симульованих самогубств, але немає згоди щодо того, як це слід робити [КК].

ПРОФІЛАКТИКА

ПОПЕРЕДЖЕННЯ САМОГУБСТВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В ЦІЛОМУ

Основні підходи до попередження самогубств серед населення в цілому включають (1) кризові гарячі лінії; (2) контроль методів; (3) непряме виявлення випадків шляхом навчання можливих диспетчерів, вчителів, батьків, духовних осіб та однолітків щодо виявлення «попереджувальних ознак» загрозливого самогубства; (4) пряме виявлення випадків серед учнів середньої школи або коледжу або серед пацієнтів відділень первинної медико-санітарної допомоги

шляхом скринінгу станів, що штовхають підлітків до спроби самогубства; (5) медіа-консультації з метою мінімізації ризику симульованого самогубства; та (6) навчання фахівців з метою покращення процесу виявлення та лікування розладів настрою.

Кризові гарячі лініїї

Незважаючи на те, що телефони довіри є поширеною практикою у США, дослідження наразі були досить обмеженими та не продемонстрували, що вони впливають на рівень самогубств. Можливі причини цього включаютьнаступне:

1. Особи, які вчиняють активні спроби самогубства (особи чоловічої статі та особи з гострими психічними розладами) не телефонують, оскільки їхній стан є критичним та вони не схильні до зміни своєї поведінки.
2. Особи з суїцидальною поведінкою можуть не додзвонитись на телефон довіри. Телефони довіри часто зайняті, а на відповідь можна чекати довго, тому дзвінки швидко завершуються.
3. Поради, надані через телефон довіри, можуть бути стереотипними, не відповідати потребам абонента або сприйматись ним/нею як безглузді.
4. Гендерні відмінності вказують на те, що частіше дзвонять особи жіночої статі, тоді як серед осіб чоловічої статі ризик самогубства є найвищим.

Не дивлячись на те, що на цю тенденцію можна вплинути, наразі не було вчинено систематичних спроб. Дослідження в цій області були рідкісними, але важливими.

ОБМЕЖЕННЯ СПОСОБІВ

Вибір способу залежить від статі та національності. У США найпоширенішим способом самогубства є вогнепальна зброя, та було висловлено припущено, що зменшення кількості вогнепальної зброї зменшить кількість самогубств (Moscicki, 1995). Однак, природний експеримент у Великій Британії робить це малоймовірним. Переважний спосіб самогубства, отруєння чадним газом, став неможливим після впровадження природного газу. Це призвело до помітного, але не стрімкого зниження рівня самогубств. Протягом десятиліття рівень самогубств відновився до попереднього рівня, а самогубства вчинялись альтернативними способами. Наразі відсутні переконливі докази того, що обмеження доступу до вогнепальної зброї через закони про застосування вогнепальної зброї суттєво впливає на рівень самогубств внаслідок вогнепальної зброї, хоча вони впливають на кількість випадкових смертей від вогнепальної зброї (Cummings та співавт., 1997 р.). Підвищення легального віку вживання алкоголю для молоді знижує рівень самогубств у відповідній віковій групі постраждалих (Birckmayer та Hemenway, 1999 р.).

НЕПРЯМЕ ВИЯВЛЕННЯ ВИПАДКІВ ШЛЯХОМ НАВЧАННЯ

Контрольовані дослідження (Shaffer та співавт., 1991 р.; Spirito та співавт., 1988a; Vieland та співавт., 1991 р.) не продемонстрували, що заняття для учнів старших класів щодо самогубства посилюють активне звернення за медичною допомогою у разі проблем або депресії. З іншого боку, існують докази того, що підлітки із наявністю в анамнезі суїцидальної поведінки

можуть вороже сприймати такі заняття (Shaffer та співавт., 1990 р.). Таким чином, такі освітні програми одночасно є неефективним способом виявлення випадків та призводять до невиправданого ризику активації суїцидальних думок.

ПРЯМЕ ВИЯВЛЕННЯ ВИПАДКІВ

Пряме виявлення випадків є розумним та економічно ефективним способом виявлення дітей та підлітків групи ризику у школі (Reynolds, 1991 р.; Shaffer та співавт., 1996b). Воно також застосовується у слідчих ізоляторах або дитячих будинках. Прямий скринінг може охоплювати усіх дітей та застосовуватись у різних середніх школах по всій країні (Reynolds, 1991 р.; Shaffer та співавт., 1996b); він є дуже чутливим.

Існують докази того, що підлітки, якщо їх запитати без застосування погроз, нададуть точну інформацію про свої суїцидальні думки або поведінку. Таким чином, розумним підходом до попередження самогубств є систематичне обстеження 15-19-річних осіб (вікова група найвищого ризику спроб самогубства) на предмет (1) наявності в анамнезі спроб самогубства; (2) наявності в анамнезі серйозних суїцидальних схильностей; (3) депресії; або (4) ускладнення вживання психоактивних речовин або алкоголю. Програми скринінгу повинні виходити за межі виявлення підлітка групи високого ризику.

Виявлену особу необхідно направити на обстеження та, за необхідності, на лікування. Можуть знадобитись заходи для надання допомоги незастрахованим підліткам, за необхідності.

МЕДІА-КОНСУЛЬТУВАННЯ

Центри з контролю та профілактики захворювань (на семінарі 1994 року) та Американська асоціація з попередження самогубств (1999) розробили обґрунтовані рекомендації для репортерів та редакторів, вказуючи на ризики надмірного або активного висвітлення самогубств серед молоді загалом, а також на ризики уваги на окремому випадку самогубства. Ці обґрунтовані рекомендації, узагальнені у Додатку 2, повинні бути надані дитячим та підлітковим клініцистам у галузі охорони здоров’я населення, навіть незважаючи на відсутність переконливих доказів того, що їхнє застосування є ефективним у зниженні рівня самогубств.

НАВЧАННЯ

Після 2-денного курсу навчання оцінці розладів настрою та суїцидальних схильностей, попередні та непродубльовані дослідження у Швеції (Rihmer та співавт., 1995 р.) демонструють, що навчання лікарів первинної медико-санітарної допомоги виявленню та лікуванню розладів настрою призводить до зниження рівня самогубств та спроб самогубства (серед осіб жіночої статі) та збільшення прийому антидепресантів та рівня госпіталізації. Оскільки оптимальне лікування підліткової депресії, а також лікування депресії у дорослих, не було встановлено, цей варіант може бути ефективним, але наразі він все ще є попереднім. Навчання усіх клініцистів, які працюють з підлітками, а не лише психіатрів, розпізнаванню та, за

необхідності, направленню дітей або підлітків із суїцидальною поведінкою, є головною метою, незалежно від впливу на самогубство.

СУЇЦИДОЛОГІЧНА ПОСТВЕНЦІЯ

Якщо один із батьків або брат/сестра вчиняє самогубство, у дитини препубертатного віку з такої родини спостерігається ризик симптомів тривожності та депресії. У значної частки цих дітей дійсно розвиваються тривожні розлади, пов'язані з ПТСР та розлади настрою, пов'язані з великим депресивним розладом (Pfeffer та співавт., 1997 р.). Вчинення самогубства другом або знайомим підвищує ризик депресії, тривожного розладу, суїцидальної ідеації та ПТСР у підлітків протягом 6 місяців після самогубства (Brent та співавт., 1996b; Pfeffer, 1997 р.). Наявність в анамнезі психічного розладу або наявність в сімейному анамнезі психічного розладу, зокрема афективного розладу або впливу суїцидальної поведінки у минулому, підвищують схильність підлітків, які стали свідками самогубства однолітків, до суїцидальної поведінки (Brent та співавт., 1996b). Психічні симптоми батьків, такі як депресія, ПТСР або інші тривожні стани, безпосередньо пов'язані зі схильністю дітей, які перенесли втрату, до розвитку симптомів тривожності або депресії (Pfeffer, 1997 р.). Фактичне спостереження за самогубством або перегляд такої сцени згодом підвищує ризик підліткового ПТСР та тривожного розладу (Brent та співавт., 1996b). Не дивлячись на важливість втручання у найближчий період, також необхідні довгострокова підтримка та послуги. Через три роки після самогубства підлітка частина друзів, які розмовляли з жертвою за день до самогубства та відчували загрозу самогубства та не змогли запобігти йому, спостерігатимуть великий депресивний розлад та ПТСР (Brent та співавт., 1996b). Клініцисти повинні працювати з підлітками з почуттям провини та повинні зазначити, що наслідки підліткового самогубства є далекосяжними.

Відчуття втрати необхідно відрізняти від депресії та психічного розладу. Оскільки спроба самогубства у підлітка також може підвищити ризик суїцидальної поведінки та психічних розладів у його друзів та знайомих (Hazell та Lewin, 1993 р.), клініцистам необхідно працювати з підлітками, чий друг або знайомий вчинив спробу самогубства.

Мета клініциста – зменшити ймовірність того, що інші ідентифікуватимуть себе з суїцидальною поведінкою померлого. як стратегії подолання при стиканні з проблемами (Brent, 1997 р.). Психопедагогічне консультування може знизити ризик суїцидальної поведінки за цих обставин. Втручання також необхідне для проживання горя та жалоби та для зменшення почуття провини дитини або підлітка, травми та соціальної ізоляції (Pfeffer, 1997 р.). Таке лікування можна проводити на індивідуальних зустрічах, на групових сеансах з іншими підлітками або спільно з батьками, які потребують допомоги для підтримки здатності своїх дітей та підлітків до адаптації. Шкільні психологи іноді пропонують такі програми, і вони можуть бути неоціненними у виявленні друзів, які горюють та можуть потребувати допомоги.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

III. МЕТОДИ ПСИХІАТРИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Психіатричне лікування складається з широкого спектру втручань та підходів, які психіатри повинні застосовувати для усіх пацієнтів із суїцидальною поведінкою. Психіатричне лікування служить основою для співпраці між пацієнтом і психіатром в рамках поточних процесів оцінки та моніторингу клінічного стану пацієнта, вибору конкретних методів лікування та координації різних компонентів лікування. Ведення психіатричного випадку включає встановлення та підтримку терапевтичного альянсу; турботу про безпеку пацієнта; визначення психіатричного стану, рівня функціонування та клінічних потреб пацієнта для розробки плану та умов лікування. Для осіб із суїцидальною поведінкою таке планування лікування охоплюватиме інтервенції, спрямовані на суїцидальну поведінку як таку, а також терапевтичні підходи, спрямовані на подолання психосоціальних або міжособистісних труднощів і будь-яких розладів за віссю I і віссю II, які можуть бути присутніми. Після того, як разом із пацієнтом було складено план лікування, додаткові цілі психіатричної терапії включають сприяння дотриманню пацієнтами режиму лікування та проведення пропросвітницької роботи з пацієнтами та, за наявності показань, із членами сім'ї та іншими значущими людьми.

A. СТВОРЕННЯ ТА ПІДТРИМКА ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

Починаючи з першої зустрічі з пацієнтом, лікар-психіатр повинен намагатися встановити довіру, взаємоповагу та розвинути терапевтичні відносини з пацієнтом. Суїцидальні думки та поведінку можна досліджувати та вирішувати в контексті таких спільних відносин між лікарем і пацієнтом, кінцевою метою яких є зниження ризику суїциду. Ці взаємовідносини також забезпечують контекст, в якому можна оцінити та лікувати додаткові психіатричні симптоми або синдроми.

У той же час, психіатр повинен визнати, що людина, яка налаштована на смерть, може бути не мотивована на розвиток відносин співпраці між лікарем і пацієнтом, і навіть може розглядати психіатра як супротивника. Оцінка стосунків пацієнта з близькими людьми може допомогти лікареві зрозуміти, що пацієнт має потенціал для формування міцних терапевтичних стосунків. Крім того, терапевтичний альянс можна зміцнити, приділяючи пильну увагу проблемам пацієнтів та членів їхніх сімей, а також їхнім побажанням щодо лікування. Емпатія (488, 489) і розуміння суїцидальної особистості (488-491) також є важливими для встановлення терапевтичних стосунків між психіатром і пацієнтом, допомагаючи пацієнту відчувати емоційну підтримку і збільшуючи відчуття пацієнтом можливих варіантів вибору, окрім самогубства (492). Таким чином, позитивні психотерапевтичні стосунки, засновані на співпраці, можуть бути безцінною і навіть життєво важливою силою для пацієнтів із суїцидальними намірами.

Надаючи послуги з догляду потенційно суїцидальним пацієнтам, психіатру необхідно вирішувати часто суперечливі завдання, заохочуючи пацієнта проявляти незалежність і водночас дбаючи про його безпеку. Крім того, психіатр повинен усвідомлювати власні емоції та реакції на пацієнта із суїцидальною поведінкою, які можуть вплинути на якість надання йому послуг з догляду (488). Психіатри повинні усвідомлювати те унікальне місце, яке вони можуть займати в житті пацієнта, та часто можуть здаватися єдиним джерелом стабільності чи сталості. У той же час, лікар повинен остерігатися впадати в роль постійного рятівника (490, 491). Суїцидальні пацієнти можуть бажати, щоб про них піклувалися беззастережно (493, 494), або, навпаки, можуть покласти на інших відповідальність за збереження їхнього життя (490). Терапевти, які беруть на себе роль рятівника суїцидальних пацієнтів, часто діють на основі свідомого чи несвідомого припущення, що вони можуть забезпечити любов і турботу, яких не мають інші, і магічним чином перетворюючи бажання пацієнта померти на бажання продовжувати жити (420, 490).

За таких обставин або, якщо терапевт використовує формування захисної реакції для заперечення ворожих почуттів до пацієнта, він/вона може докласти чимало зусиль, щоб запевнити пацієнта, що має лише позитивні почуття до нього/неї і зробить усе необхідне для порятунку життя пацієнта. У найгіршому випадку ця потреба продемонструвати свою турботу може призвести до перетину допустимих меж або прямого порушення меж між лікарем та пацієнтом (495). Крім того, породжуючи хибні або нереалістичні надії, психіатр може зрештою розчарувати пацієнта, не виправдавши його очікувань. Таким чином, психіатр повинен пам'ятати, що брати на себе відповідальність за лікування пацієнта - це не те саме, що брати на себе відповідальність за його життя.

Схильні до суїциду пацієнти також можуть активізувати приховані емоції лікаря щодо смерті та самогубства, що призводить до ряду захисних реакцій з боку лікаря (426). З одного боку, існує вірогідність розвитку контрперенесення ненависті та гніву на суїцидальних пацієнтів (496), що може проявлятися неприйнятною поведінкою з боку лікаря (488). З іншого боку, лікар може уникати пацієнтів, які згадують їхні власні тривоги, пов'язані з суїцидом (426, 490). Клініцисти також можуть переоцінювати можливості пацієнта, покладаючи нереалістичні та завищені очікування на нього. І навпаки, вони можуть бути охоплені почуттям безнадійності та відчаю пацієнта і зневіритися в прогресі лікування та здатності пацієнта до одужання (488).

Таким чином, ведення терапевтичного альянсу має включати усвідомлення проблем перенесення і контрперенесення, незалежно від теоретичного підходу, що використовується для психотерапії, а також незалежно від того, чи ці проблеми безпосередньо розглядаються в процесі лікування. У зв'язку з цим може бути корисним проконсультуватися зі старшим колегою, який/яка має досвід та певну кваліфікацію щодо ведення пацієнтів з суїцидальними намірами. Важливо також мати на увазі, що на курс

і проведення лікування можуть впливати гендерні та культурні відмінності між пацієнтами і терапевтами, а також культурні відмінності між пацієнтами та інші аспекти системи надання медичної допомоги.

B. БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТА

Незважаючи на те, що неможливо запобігти усім діям, пов'язаним із самоушкодженнями, включаючи фактичне вчинення самогубства, критично важливо дбати про безпеку пацієнта та працювати над мінімізацією небезпечної для пацієнта поведінки протягом усього процесу обстеження та лікування. У попередніх розділах обговорювався впорядкований процес оцінки пацієнта, визначення ризику суїциду, а потім впровадження інтервенцій, спрямованих на зниження цього ризику. Однак у реальній практиці можуть знадобитися певні інтервенції, спрямовані на гарантування безпеки пацієнта, поки триває первинне обстеження. Наприклад, в умовах закладів невідкладної допомоги або стаціонару конкретні інтервенції можуть включати організацію спостереження за пацієнтом індивідуально або за допомогою безперервного відеоспостереження, вилучення потенційно небезпечних предметів з кімнати пацієнта та убезпечення пацієнта від його особистих речей (оскільки в сумочках і рюкзаках може бути зброя, запальнички або сірники, а також медикаменти або інші потенційно токсичні речовини). Якщо показано застосування обмежувальних заходів, також рекомендується здійснювати постійне спостереження (497, 498). Деякі заклади перевіряють пацієнтів на наявність потенційно небезпечних предметів, обшукуючи їх або скануючи металошукачами (499). Крім того, в деяких установах існує політика, що забороняє будь-яку зброю в зонах надання невідкладної допомоги, оскільки зброю поліцейських або охоронців можуть відібрати пацієнти з суїцидальними намірами. За інших обставин, наприклад, коли пацієнт перебуває в збудженому стані, не бажає співпрацювати, перебуває в стані алкогольного сп'яніння або під впливом медикаментозних препаратів, може пройти значний час, перш ніж стане можливим завершити повне психіатричне обстеження, включаючи оцінку суїцидальних намірів. За таких умов психіатр повинен використовувати наявну інформацію для прийняття клінічного рішення, а тим часом вжити заходів для підвищення безпеки пацієнта.

C. ВИЗНАЧЕННЯ УМОВ ЛІКУВАННЯ (МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ)

Умови лікування включають низку можливих рівнів допомоги - від примусової госпіталізації до часткової госпіталізації та залучення до інтенсивних амбулаторних програм до більш типових амбулаторних умов лікування. Загалом, пацієнти повинні лікуватися в умовах, які є найменш обмежувальними, але при цьому найімовірніше виявляться безпечними та ефективними. Крім того, оптимальний режим лікування та здатність пацієнта отримати користь від іншого рівня медичного догляду слід постійно переглядати протягом усього курсу лікування.

Вибір відповідного місця лікування зазвичай відбувається після того, як психіатр оцінить клінічний стан пацієнта, включаючи конкретні психічні

розлади та симптоми (наприклад, безнадію, імпульсивність, тривожність), тяжкість симптомів, рівень функціонування, доступну систему підтримки та активності, що надають пацієнту привід продовжувати жити. Психіатр також повинен розглянути, чи поточна схильність до суїциду пов'язана з міжособистісною кризою, наприклад, нещодавнім розставанням, втратою коханої людини або іншою травмою.

Оцінка ризику скоєння суїциду, очевидно, буде важливим компонентом вибору лікувального закладу, також слід брати до уваги потенційну небезпеку для оточуючих. За деяких клінічних обставин рішення щодо госпіталізації може бути прийнято на підставі високого рівня потенційної небезпеки для себе або оточуючих, навіть якщо додатковий медичний анамнез є недоступним, або якщо пацієнт не в змозі співпрацювати під час психіатричного обстеження (наприклад, за наявності сильного збудження, психозу або кататонії). Водночас переваги інтенсивних інтервенцій, наприклад, госпіталізація, повинні бути зіставлені з їх можливими негативними наслідками (наприклад, переривання трудової діяльності, фінансовий та інший психосоціальний стрес, стійка соціальна стигма). Інші аспекти, які слід враховувати при визначенні умов лікування, включають: здатність пацієнта до адекватного самообслуговування; розуміння ризиків і переваг різних підходів до лікування; розуміння того, що робити під час кризової ситуації (наприклад, зв'язатися з членами сім'ї або іншими особами, які надають підтримку, зв'язатися з психіатром, звернутися за екстреною допомогою); надання надійного зворотного зв'язку психіатру, а також співпраця в процесі планування і проведення лікування. Отже, вибір конкретного лікувального закладу не буде повністю залежати від оцінки ризику суїциду, а радше за все залежатиме від балансу між цими різними елементами.

Огляд факторів, які слід враховувати під час визначення умов лікування, наведено у **Таблиці 8.**

Госпіталізацію необхідно завжди розцінювати. як можливе втручання, і її слід розглядати щоразу, коли мова йде про безпеку пацієнта. Госпіталізація сама по собі не є лікуванням. Це, радше, інтервенція, яка може полегшити обстеження та лікування людини із суїцидальною поведінкою. Крім того, в умовах стаціонару можуть застосовуватися такі підходи, як здійснення постійного спостереження, ізоляція, фізичне або фармакологічне обмеження, які можуть обмежити здатність людини діяти всупереч суїцидальним імпульсам. Хоча такі інтервенції можуть відтермінувати самогубство і дозволити розпочати лікування, емпіричних доказів того, що ці методи знижують частоту самогубств у довгостроковій перспективі, немає (77, 500, 501). Крім того, в лікарнях необхідно підтримувати баланс між вимогами щодо безпеки та необхідністю пацієнта підготуватися до повернення до самостійного життя в суспільстві. Оскільки пацієнти не можуть перебувати під постійним наглядом або обмеженнями, вони можуть покінчити життя самогубством під час перебування в лікарні. За оцінками, щороку в США відбувається приблизно 1500 самогубств у стаціонарі, причому близько

третини з них трапляються під час індивідуального спостереження або перевірок кожні 15 хвилин (218).

Хоча жодні рекомендації щодо прийняття рішень про госпіталізацію не можуть бути абсолютними, стаціонарне лікування, зазвичай, показане особам, які, як вважається, становлять серйозну загрозу для себе або оточуючих. Інші показання для госпіталізації включають фактори, що ґрунтуються на захворюванні (наприклад, вираженість симптомів, агресивна або неконтрольована поведінка), а також чинники, які ґрунтуються на інтенсивності необхідних послуг (наприклад, потреба в постійному кваліфікованому спостереженні; складні медикаментозні дослідження, особливо для пацієнтів похилого віку або з ослабленим здоров'ям; ЕКТ; клінічні тести або діагностичні обстеження, які не можливо провести в амбулаторних умовах). Тяжко хворим людям може знадобитися госпіталізація, якщо немає умов для їхнього безпечного утримання в менш обмежувальному середовищі, або якщо їм бракує адекватної структури та соціальної підтримки за межами лікарні. Також необхідно запроваджувати інтенсивніше лікування щоразу, коли виникає новий, гострий прояв, який не є частиною повторюваної картини. Крім того, госпіталізація може знадобитися тим пацієнтам, які мають ускладнені психіатричні або загальні медичні стани чи не реагують адекватно на амбулаторне лікування. Також може виникнути необхідність надання догляду в умовах стаціонару за наявності нижчих рівнів ризику самогубства в географічних районах, де часткова госпіталізація або інтенсивні амбулаторні програми недоступні.

ТАБЛИЦЯ 8. Керівні принципи щодо вибору лікувального закладу для пацієнтів, схильних до ризику суїциду або суїцидальної поведінки.

Госпіталізація зазвичай показана

Після спроби самогубства або перерваної спроби самогубства, якщо:

- Пацієнт має психоз;
- Спроба була насильницькою, близькою до смертельного результату або навмисною;
- Були вжиті запобіжні заходи, щоб уникнути порятунку або виявлення іншими людьми;
- Присутній стійкий план та/або намір;
- Посилюється дистрес або пацієнт шкодує, що вижив;
- Пацієнт - чоловік, старше 45 років, особливо з новим початком психічного захворювання або суїцидальними думками;
- Пацієнт має обмежену сімейну та/або соціальну підтримку, включаючи відсутність стабільної життєвої ситуації;
- Спостерігається поточна імпульсивна поведінка, сильне збудження, неадекватність суджень або відмова від допомоги;
- Пацієнт має зміни психічного стану метаболічної, токсичної, інфекційної або іншої етіології, які потребують подальшого обстеження в умовах лікувального закладу;

За наявності суїцидальних думок з:

- Конкретним планом скоєння самогубства з високим рівнем смертального результату;
- Високим рівнем суїцидальних намірів.

Може виникнути необхідність у госпіталізації

Після спроби самогубства або перерваної спроби самогубства, за винятком обставин, за яких госпіталізація зазвичай показана

За наявності суїцидальних думок:

- За наявності психозу;
- За наявності серйозних психічних розладів;
- За наявності минулих спроб, особливо якщо вони були серйозними з медичної точки зору;
- У разі можливого супутнього соматичного стану (наприклад, гострий неврологічний розлад, рак, інфекція);
- За відсутності реакції на часткове стаціонарне або амбулаторне лікування або у разі нездатності співпрацювати за таких умов;
- За необхідності забезпечити контрольовані умови для застосування ліків або ЕКТ;
- За потреби здійснення кваліфікованого спостереження, клінічних тестів або обстеження для встановлення діагнозу, які потребують умов структурованого закладу;
- У разі обмеженої сімейної та/або соціальної підтримки, включаючи відсутність стабільної життєвої ситуації;
- У разі відсутності постійних стосунків між лікарем і пацієнтом або відсутності доступу до своєчасного амбулаторного спостереження;

У разі відсутності суїцидальних спроб або повідомлень про суїцидальні думки/плани/наміри, але дані психіатричного обстеження та/або анамнезу від інших осіб свідчать про високий рівень ризику суїциду та нещодавнє різке підвищення ризику

Виписка з відділення невідкладної допомоги з наданням подальших рекомендацій, можлива за умови:

Після суїцидальної спроби або за наявності суїцидальних думок/планів, коли:

- Схильність до суїциду є реакцією на провокуючі події (наприклад, провал на іспиті, труднощі у стосунках), особливо якщо погляд пацієнта на ситуацію змінився після прибуття у відділення невідкладної допомоги;
- План/метод та намір мають низький летальний результат;
- Пацієнт має стабільну та сприятливу життєву ситуацію;
- Пацієнт здатен докладати зусиль для дотримання рекомендацій щодо подальшого спостереження, при цьому він може зв'язатися з лікарем, якщо наразі перебуває на лікуванні.

Амбулаторне лікування може бути більш корисним, ніж госпіталізація:

Пацієнт має хронічні суїцидальні думки та/або самоушкодження без попередніх серйозних з медичної точки зору спроб, за умови наявності

безпечної та сприятливої життєвої ситуації та постійного амбулаторного психіатричного лікування

Якщо лікар не є постійним провайдером медичних послуг для пацієнта, не має постійних стосунків з пацієнтом або з інших причин погано знає пацієнта і не має доступу до його історії хвороби або медичної документації, може знадобитися госпіталізація до моменту збору додаткових даних. Може виникнути потреба в наданні інтенсивнішого лікування навіть пацієнтам з меншим ступенем суїцидальності, якщо пацієнт не має потужної системи психосоціальної підтримки, не може отримати своєчасний доступ до амбулаторної допомоги, має обмежене уявлення про необхідність лікування або не може дотримуватися рекомендацій щодо подальшого амбулаторного спостереження.

Тривалість перебування в лікарні також необхідно визначати з урахуванням здатності пацієнта безпечно отримувати необхідну допомогу за менш інтенсивних умов лікування. Крім того, перед переведенням пацієнта до менш обмежувальних умови, стан пацієнта повинен свідчити про покращення та стабілізацію, як щодо передбачуваного рівня суїцидального ризику, так і стосовно симптоматики будь-яких супутніх психічних розладів.

Менш інтенсивне лікування може бути доцільнішим, якщо суїцидальні думки або спроби є частиною хронічного повторюваного циклу і пацієнт усвідомлює їх хронічний характер. Для таких пацієнтів суїцидальні думки можуть бути характерною реакцією на розчарування або способом впоратися з психологічним розладом. Якщо у пацієнта в анамнезі є історія суїцидальних думок без суїцидальних намірів, а також має тривалі відносини з лікарем, користь від продовження лікування за межами лікарні може переважити можливі негативні наслідки госпіталізації навіть за наявності серйозних психіатричних симптомів. Розглядаючи питання госпіталізації, ризик самогубства - це не єдиний фактор, який слід брати до уваги. Пацієнти можуть відчувати себе приниженими або наляканими, перебуваючи в лікарні, замість того, щоб відчути емоційне полегшення. Госпіталізація також може бути пов'язана з реальними життєвими стресами, включаючи соціальний і фінансовий тягар, пов'язаний з перебуванням на стаціонарному лікуванні. Для деяких пацієнтів лікування в таких обмежувальних умовах, як стаціонар, може сприяти розвитку залежності та регресивному посиленню суїцидальних думок, що вимагають ще більш суворого догляду. Такі люди, особливо з розладами особистості, страждають від хронічних захворювань, якщо їм ніколи не надають підтримку у подоланні болісних відчуттів. Крім того, деякі пацієнти можуть отримати позитивний ефект від госпіталізації і неодноразово завдавати собі шкоди з метою знову потрапити до лікарні. Госпіталізація до психіатричної лікарні може також викликати нереалістичні очікування у пацієнтів, членів сім'ї, терапевтів, медичного та молодшого медичного персоналу. Часто прохання про госпіталізацію виникає через почуття роздратування з боку особи, причетної до ситуації пацієнта. Коли лікування в стаціонарі не відповідає цим нереалістичним очікуванням, пов'язані з цим ілюзії можуть посилити почуття безнадійності та негативно вплинути на

майбутні терапевтичні взаємовідносини. Сам процес госпіталізації також може викликати у пацієнта недовіру до спеціалістів у сфері психічного здоров'я, особливо якщо госпіталізація відбувається примусово. Таким чином, ключовий обов'язок лікаря полягає в тому, щоби зважити всі ризики і переваги до та під час госпіталізації (особливо при прийнятті рішень, пов'язаних із наданням перепусток до терапевтичного відділення та рівнями привілеїв) і, зрештою, при розгляді питання про виписку з медичного закладу(502). Крім того, право людини на приватність і самовизначення (яке включає право на лікування в найменш обмежувальному середовищі) має бути збалансованим із питанням потенційної небезпеки для себе чи інших людей.

Якщо показана госпіталізація, лікар-психіатр повинен вирішити, чи буде вона добровільною або примусовою. Це рішення також буде залежати від багатьох факторів, включаючи оцінений рівень ризику для пацієнта та оточуючих, рівень розуміння пацієнтом ситуації та його готовність звернутися за допомогою, а також юридичні критерії примусової госпіталізації в даній юрисдикції. Загалом, пацієнти з безпосереднім ризиком самогубства відповідають критеріям примусової госпіталізації; однак конкретні критерії госпіталізації відрізняються в різних штатах (503), а в деяких штатах готовність добровільно лягти в лікарню може стати на заваді примусовій госпіталізації. Тому лікарі-психіатри повинні бути ознайомлені з конкретними законами своїх штатів щодо примусової госпіталізації.

Пацієнти, які не мають безпосереднього ризику суїциду і не потребують стаціонарного лікування з інших причин, можуть відповідати вимогам лікування в амбулаторних умовах.

Амбулаторне лікування може бути різним за своєю інтенсивністю: від нечастих візитів до лікаря для стабільних пацієнтів до більш частих візитів до лікаря (до кількох разів на тиждень) та інтенсивного амбулаторного або часткового стаціонарного лікування. Будь-який з останніх варіантів може функціонувати як «крок вниз» від стаціонарного лікування або як «крок вгору» від амбулаторного лікування, якщо терапія один або два рази на тиждень є недостатньою для підтримання стабільного стану пацієнта. Для пацієнтів зі значним ризиком суїциду в цих програмах лікування необхідно забезпечити готовність одного із членів лікувальної команди відреагувати на надзвичайні ситуації, використовуючи телефон, пейджер або інші засоби зв'язку. У військових закладах можуть бути задіяні протоколи «чергування в частині», щоб забезпечити нагляд за пацієнтом у перервах між сеансами лікування. Для пацієнтів, які продовжують спостереження у терапевта або психіатра під час часткового стаціонару або інтенсивної амбулаторної програми лікування, важливе значення має регулярна комунікація між лікуючими фахівцями. Також корисним є спілкування з іншими значущими для пацієнта людьми, а також наявність відповідного нагляду та підтримки, включаючи план постійного моніторингу в неробочий час. Якщо неможливо здійснювати такий нагляд, може знадобитися більш високий рівень догляду (наприклад, госпіталізація) для підтримки безпеки пацієнта навіть за нижчого рівня ризику суїциду. Погіршення стану пацієнта з одночасним підвищенням ризику

суїциду вимагає ретельної оцінки ризику суїциду та можливої госпіталізації пацієнта. Планування виписки повинно включати відповідне продовження лікування для підтримки досягнутої стабільності стану та продовження моніторингу ризику суїциду.

За певних обставин особи, які наразі не перебувають на амбулаторному лікуванні, можуть бути направлені на лікування після спроби суїциду або після візиту до відділення невідкладної допомоги, під час якого йшлося про суїцидальні наміри. Оскільки прихильність до лікування часто є проблемою, коли пацієнтів направляють на амбулаторне спостереження з відділень невідкладної допомоги (448, 504), може бути корисно під час інтерв'ю обговорити з пацієнтом направлення до лікувального закладу/спеціаліста та, за можливості, домовитися про конкретний час прийому (505-507). При визначенні умов лікування в екстрених ситуаціях також важливо враховувати потенційний вплив контрпереносу та брак знань про суїцидальність на прийняття клінічних рішень, оскільки особи, які мають суїцидальні думки чи спроби, можуть викликати широкий спектр контртерапевтичних реакцій у медичних працівників, включаючи антипатію, злість, безпорадність і байдужість (445, 450, 508-510).

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline, 2022***

1.10 Початкова допомога після епізоду самоушкодження

Рекомендації в цьому розділі стосуються усіх медичних і соціальних працівників.

1.10.1 Після епізоду самоушкодження обговоріть і узгодьте з людиною, членами її сім’ї/піклувальниками (залежно від ситуації) мету, формат і частоту початкової допомоги після самоушкодження, а також служби, які будуть її забезпечувати. Зафіксуйте це в плані допомоги й переконайтеся, що особа, члени її сім’ї/піклувальники мають примірник плану та контактні дані команди, яка забезпечуватиме допомогу.

1.10.2 Якщо після епізоду самоушкодження є постійні побоювання щодо безпеки людини, команда фахівців з охорони психічного здоров’я, сімейний лікар, команда, яка проводила психосоціальну оцінку, або команда, яка доглядає за людиною, мають забезпечувати початкову допомогу впродовж 48 годин після проведення психосоціальної оцінки.

Хоча подальше спостереження протягом 48 годин було б ідеальним для усіх, не всі люди, які завдали собі шкоди, потребують негайного подальшого спостереження. Щоб передусім допомагати тим, хто потребує її найбільше, слід забезпечувати догляд протягом 48 годин за тими людьми, які мають постійні проблеми з безпекою. Це допоможе знизити рівень повторного епізоду самоушкодження.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з ***Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, 2001.***

ЛІКУВАННЯ

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Успішне лікування дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою залежить від багатьох факторів, причому міркування безпеки мають першочергове значення (Pfeffer, 1990 р., 1997 р.).

Через необхідність реагування на суїцидальну поведінку лікування має надаватись в рамках комплексної системи надання послуг, що включає ресурси для стаціонарного, коротко- та довгострокового амбулаторного лікування та екстреного втручання (Rotheram-Borus та співавт., 1996с).

НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Дитину або підлітка, які намагалися вчинити самогубство, необхідно госпіталізувати, якщо його/її нестабільний стан робить поведінку непередбачуваною, що вказує принаймні на короткочасний серйозний ризик.

Характеристики психічного стану, що передбачають короткочасні проблеми, включають неможливість контакту з клініцистом, відсутність чесності або нездатність обговорювати або контролювати емоції та поведінку, психотичне мислення, інтоксикація від наркотиків або алкоголю або наявність в анамнезі серйозних спроб самогубства. Діагностичні ознаки, що вказують на необхідність госпіталізації, включають великий депресивний розлад із ознаками психічних розладів, швидку циклічність із нервозністю та імпульсивною поведінкою, психоз з імперативними галюцинаціями та зловживання алкоголем або психоактивними речовинами. Соціальні фактори, що впливають на рішення про госпіталізацію дитини або підлітка, включають відсутність супроводу оточення, щоб допомогти стабілізувати психічний стан дитини або підлітка.

Клініцист повинен визначити, чи може пацієнт повідомити про суїцидальні наміри або плани самогубства. Чи може клініцист визначити та мінімізувати можливі випадки відсутності прихильності, забезпечити належне навчання психологічної самодопомоги родині, щоб мінімізувати сімейні конфлікти та грубу комунікацію, покращити соціальні навички та процес вирішення проблем, а також зосередитись на супутній психопатології (Berman та Jobes, 1991 р.; Brent, 1997 р.; Brent та Perper, 1995 р.; Piacentini та співавт., 1995 р.)? Усвідомлення обмежень у прогнозі та впливі на родину та пацієнта сприятиме розробці обережного підходу.

ВТРУЧАННЯ СЛУЖБ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ АБО ЦЕНТРІВ ДОПОМОГИ ПРИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ КРИТИЧНИХ СИТУАЦІЯХ ТА РІШЕННЯ ЩОДО СОРТУВАННЯ

Дітей та підлітків із активною суїцидальною ідеацією, які вчиняли спроби самогубства, часто спочатку обстежують та лікують у відділенні

екстреної медичної допомоги. Саме тут психотерапевт здійснює сортування, направляючи відповідних пацієнтів для подальшого лікування. Дітей та підлітків не слід виписувати з відділення екстреної медичної допомоги, не обговоривши з батьками або опікуном дитини або підлітка його/її стан (Таблиця 4).

ТАБЛИЦЯ 4

Контрольний список перед випискою підлітка, який вчинив спробу самогубства

Перед випискою пацієнта з відділення екстреної медичної допомоги або відділення екстреної допомоги у кризових ситуаціях завжди:

- попереджайте пацієнта та його/її родину про розгальмуючий ефект наркотиків або алкоголю;
- перевіряйте, що вогнепальну зброю та смертоносні ліки було заховано або вилучено;
- перевіряйте, чи є вдома особа, яка може здійснювати супровід;
- перевіряйте, чи призначено контрольну зустріч.

Питання про прибирання вогнепальної зброї та/або смертельних ліків з будинку дитини необхідно обговорити і з опікуном (Kruesi та співавт., 1999 р.). Існують емпіричні докази того, що без такого обговорення батьки не вживатимуть необхідних запобіжних заходів (McManus та співавт., 1997 р.). Батьки частіше зберігають вогнепальну зброю, ніж вилучають її. Обмеження доступу підлітка до алкоголю або інших потенційно розгальмовуючих речовин також необхідно обговорити з підлітком та його/її родиною. Перед випискою клініцист повинен зважити можливий супровід дитини або підлітка після виписки. Клініцист повинен розуміти, що рекомендації щодо лікування будуть дотримані, якщо вони відповідатимуть очікуванням родини, якщо вони будуть економічно обґрунтованими та якщо батьки будуть здатні підтримувати супровід. Досвід родини у відділенні екстреної медичної допомоги також може вплинути на направлення (Rotheram-Borus та співавт., 1996a,b).

Rotheram-Borus та співавт. (1996b) описали коротку процедуру кризового втручання у відділенні екстреної медичної допомоги для підлітків, які вчинили спробу самогубства, що призвело до покращеної прихильності принаймні під час першого амбулаторного візиту. Мета втручання – надати навчання родині та персоналу відділення екстреної медичної допомоги, встановити реалістичні очікування щодо подальшого лікування та отримати від підлітків, які вчиняли спроби самогубства, та їхніх родичів зобов’язання повернутись з метою подальшого обстеження. Воно включало сеанси тренінгів для персоналу відділення екстреної медичної допомоги, щоб виключити думки персоналу про те, що у поведінці підлітка винна родина, та заохотити персонал пояснювати пацієнту процедури надання невідкладної допомоги. Особі, яка вчинила спробу самогубства, та родині було показано відеозапис з описом суїцидальної поведінки підлітка та її лікування. Крім того, сеанс лікування для родини було проведено лікарем відділення екстреної допомоги у кризових

ситуаціях, який підписав контракт із підлітком із суїцидальною поведінкою та його/її родиною та який контактував з родиною та постачальником подальшого лікування. Під час дослідження не вдалось встановити, який із цих компонентів призвів до підвищення прихильності на початку лікування.

З пацієнтом та родиною необхідно завжди обговорювати конкретні проблеми або ситуації, що можуть сприяти суїцидальній поведінці у майбутньому, якщо стресу уникнути не вдасться, а також стилю подолання, що може запобігати спробі самогубства у майбутньому. Допомога родини у виявленні можливих провокуючих факторів, встановлення варіантів запобігання рецидиву, є основою для початку лікування. Якщо пацієнт та родина не можуть цього зробити, це викликає занепокоєння. Письмова або усна форма договору щодо запобігання суїцидальної поведінки, як правило, підписується на початку лікування з метою покращення прихильності до лікування та зниження ризику суїцидальної поведінки у майбутньому (Brent, 1997 p.; Rotheram, 1987 p.). Договір щодо запобігання суїцидальної поведінки можна застосовувати для перевірки здатності пацієнта та родини справлятись зі змінами. Однак. клініцист повинен знати про відсутність емпіричних досліджень оцінки ефективності контракту (Reid, 1998 p.). Звичайна форма договоруу передбачає обіцянку дитини або підлітка не вдаватись до суїцидальної поведінки та повідомляти батьків, лікаря або іншого відповідального опікуна, якщо він/вона думає про самогубство або розробляє план самогубства (Simon, 1991 p.). Цей контракт може підвищити прихильність пацієнта та родини до лікування, але не замінює інші види втручання. За наявності порушення психічного стану клініцист не повинен покладатись на контракт щодо запобігання суїцидальної поведінки (Egan та співавт., 1997 p.; Fergusson та Lynskey, 1995b).

Необхідно враховувати обмеження при підписанні контракту щодо запобігання суїцидальної поведінки (Miller та співавт., 1998 p.). Її необхідно використовувати лише тоді, якщо під час комплексної оцінки психічного стану пацієнта із суїцидальною поведінкою та врахування стану розвитку встановлено, що пацієнт приймає на себе зобов’язання. Її необхідно розглядати як допоміжний засіб для ведення пацієнтів зі слабким суїцидальним наміром.

Навіть якщо пацієнт підписує цей контракт, ризик самогубства може зберігатись. Варто також розуміти, що контракт щодо запобігання суїцидальної поведінки може полегшити відчуття стресу та дисфорії, знизити розвиток терапевтичного альянсу та погіршити управління ризиками. Необхідно уникати примусових заяв, таких як «якщо ти не пообіцяєш не вчиняти спроб самогубства, я протримаю тебе в лікарні або розкажу твоїм батькам про твою поведінку», оскільки це може призвести до обману та опору.

Прихильність до лікування можна покращити за рахунок чітких інтервалів контрольних прийомів, проявляючи гнучкість в організації прийомів у разі кризи, та нагадуючи родині та пацієнту по телефону про подальший прийом. У разі пропуску прийому необхідно зв’язатись з пацієнтом та батьками. Дітям та підліткам із відчаєм та депресією, які не зможуть взяти

участь у тривалому лікування, можна запропонувати короткострокові плани лікування з визначеними цілями втручання. Захищаючи конфіденційність щодо деяких питань, клініцист повинен повідомити пацієнта про те, що якщо лікар встановить суїцидальні думки або поведінку, така інформація буде передана батькам.

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ТА ЧАСТКОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

Відсутні докази того, що Договір з іншими пацієнтами із психічними розладами підвищить ризик суїцидальної поведінки (King та співавт., 1995 р.). Встановлення часу виписки з лікарні або відділення екстреної допомоги у кризових ситуація, як правило, включає оцінку тяжкості суїцидальної ідеації та намірів. Необхідно уникати частково примусових заяв, наприклад, повідомлення пацієнту, що його/її не випишуть, доки у нього/неї зберігається суїцидальна поведінка. Увага до моделей неблагополучних родин або психічного розладу батьків може покращити подальше амбулаторне лікування дитини або підлітка (King та співавт., 1997 р.).

Часткова госпіталізація включає інтенсивне багатодисциплінарне лікування та кваліфіковане спостереження та супровід. Це може бути хорошою альтернативою екстреної госпіталізації до психіатричної лікарні, якщо дитина або підліток має психічний розлад, але їх можна утримувати вдома. Часткова госпіталізація може дати більше часу, ніж екстрена госпіталізація, для стабілізації емоційного стану та вирішення фактори екологічного стресу та проблем. Вона можна розглядатись як проміжний етап після екстреної госпіталізації до психіатричної лікарні.

АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ

Амбулаторне лікування необхідне тоді, коли дитина або підліток не буде діяти під впливом суїцидальних імпульсів, за наявності супроводу вдома та особи, яка може вжити заходів, якщо поведінка або настрій підлітка погіршуються.

СПЕЦИФІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ

Діти та підлітки із суїцидальною поведінкою повідомляють про сильні, болючі та тривожні почуття депресії та нікчемності; гнів; занепокоєння; та безнадія щодо зміни або вирішення фруструючих обставин (Kienhorst та співавт., 1995 р.; Ohring та співавт., 1996 р.). Вони можуть імпульсивно реагувати на своє почуття відчаю, намагаючись покінчити життя самогубством. Мета психотерапії – зменшити такі почуття та думки та налаштуватись на когнітивні та емоційні аспекти дитини або підлітка із суїцидальною поведінкою (Kernberg, 1994 р.; Spirito, 1997 р.). Роботу з дітьми та підлітками із суїцидальною поведінкою та їхньою родиною здійснює клініцист, який має досвід лікування суїцидальної поведінки, чесно та послідовно спілкується з пацієнтом, може об’єктивно зрозуміти ставлення та життєві проблеми такого пацієнта та вселяє почуття оптимізму та активності (Katz, 1995 р.; Pfeffer, 1990 р.). Враховуючи ці особисті якості, лікар може вдаватись до різних моделей психотерапії, хоча їхня ефективність оцінювалась у порівняно невеликій кількості емпіричних досліджень.

Когнітивно-поведінкова терапія

Діти та підлітки із суїцидальною поведінкою часто мають негативні уявлення про себе, своє оточення та своє майбутнє. КПТ є ефективним методом лікування симптомів депресії (Clarke та співавт., 1999 р.; Elkin та співавт., 1989 р.; Shea та співавт., 1992 р.; Weissman, 1979 р.). Досвід роботи з підлітками є більш обмеженим. В одному комплексі досліджень короткочасна КПТ була більш ефективною, ніж сімейна або підтримуюча терапія (Brent та співавт., 1997 р.) у підлітків із депресією. Тим не менш, через 2 роки відмінності між групами більше не були очевидними (Birmaher та співавт., 2000 р.). Ефективність КПТ у підлітків із суїцидальною поведінкою ще не вивчалась, але в наведених вище дослідженнях усі методи лікування зменшували суїцидальну ідеацію.

Brent та колеги розробили керівництво щодо КПТ (Brent та Poling, 1989 р., редакція 1997 р.), змінивши підхід Beck та колег (1979b) до лікування підлітків із депресією. Лікування передбачало 12-16 щотижневих сеансів з подальшою 6-місячною активною фазою, що включала щомісячні сеанси або сеанси два рази на місяць. Батьки та підлітки отримали психоосвітні керівництва щодо розладів настрою та їхнього лікування, а також їм було запропоновано пройти сесію виключно для обговорення цих питань. Активне втручання було описано як комплексний метод «керованого розкриття» для контролю та зміни автоматичних думок, припущень та переконань (Brent, 1997 р.). Для ілюстрації КПТ, що включає дослідження занепокоєння щодо автономії та довіри, когнітивних викривлень та негативних уявлень про себе, суджень та висновків, використовувались конкретні приклади.

Оскільки особи із суїцидальною поведінкою часто відчувають труднощі в спілкуванні та обговоренні своїх потреб та бажань (McLeavey та співавт., 1994 р.) та часто вдаються до пасивних стратегій уникнення подолання (Adams та Adams, 1991 р.), модель лікування Brent передбачала більш наполегливі та прямі методи комунікації, а також посилювала здатність підлітка складати уявлення про альтернативні рішення проблем. Інколи проводили зустрічі з батьками з метою покращення лікування. Brent (1997) виступає за додаткову психофармакологію, якщо стан підлітків із депресією не покращився після 4-6 тижнів КПТ.

Дослідження Brent не демонструє ефективності КПТ у підлітків, які вчинили спробу самогубства та не були включені до цього дослідження. Однак втручання було таким же ефективним, як системна сімейна терапія та непряма підтримуюча терапія щодо зменшення суїцидальної ідеації у підлітків із депресією (Brent та співавт., 1997 р.) протягом 12-16-тижневого періоду лікування.

Міжособистісна психотерапія

Суїцидальна поведінка серед дітей та підлітків часто пов’язана з міжособистісним конфліктом, а лікування може знизити ризик самогубства.

Міжособистісна психотерапія (МПТ) – це короткочасна психотерапія, спрямована на вирішення міжособистісних проблем, що класифікуються, як проблеми втрати, міжособистісні рольові конфлікти, перерозподіл ролей та порушення міжособистісної взаємодії. Спочатку вона була розроблена для

лікування великого депресивного розладу (Klerman та співавт., 1984 р.) та застосовувалась протягом 12-16 тижнів. Mufson та Moreau адаптували її до підлітків із депресією (Mufson та співавт., 1999 р.) та визнали її більш ефективною, ніж контрольну терапію. Лікування може бути ефективним для підлітків із суїцидальною поведінкою, депресією та міжособистісними проблемами.

МПТ заснована на поточних міжособистісних стосунках та на безпосередньому соціальному контексті. На відміну від КПТ, що спрямована на зміну викривленого мислення, що може призвести до неадаптивної поведінки, МПТ спрямована на стиль та ефективність міжособистісної взаємодії. Лікування підлітків проводиться щотижня протягом 12 тижнів. З підлітками підтримують зв'язок по телефону, часто залучаються батьки.

Початкова фаза включає оцінку симптомів, діагностику та анамнез міжособистісних стосунків. Особливу увагу приділяють змінам у відносинах безпосередньо перед появою симптомів депресії. Лікар повідомляє пацієнту про симптоми депресії та розміщує симптоми в рамки міжособистісних проблем, наприклад, реакції на втрату, міжособистісні рольові конфлікти (конфлікти з іншою значущою особою), перерозподіл ролей (зміна життєвого статусу, наприклад, зміна класу або школи, переїзд, зміна стосунків) та порушення міжособистісної взаємодії (відсутність соціальних навичок, що призводить до проблем із встановленням та зберіганням міжособистісних стосунків). Деякі міжособистісні проблеми підлітків, що розглядаються в рамках МПТ-А, включають припинення стосунків з батьками, проблеми через батьківський авторитет, розвиток близьких стосунків з представниками протилежної статі, ранній досвід смерті родича або друга та тиск однолітків. Розглядаються конкретні проблеми підлітків, які живуть в неповних родинах (Mufson та співавт., 1993 р.), тому до лікування можна залучити родину.

Середня фаза передбачає міжособистісні проблеми пацієнта. Лікар підтримує усі зусилля, спрямовані на зменшення песимізму пацієнта, а також намагається запропонувати нові рішення міжособистісних проблем. Лікування передбачає зміни, яким заважали симптоми депресії.

Фаза завершення закріплює нещодавно досягнуту та визнану незалежність пацієнта у вирішенні міжособистісних проблем. Мета – допомогти пацієнту розпізнати та зменшити наслідки симптомів депресії у майбутньому.

Mufson та колеги (1993) зазначають, що МПТ для підлітків була розроблена для підлітків із депресією, але без психічних розладів та суїцидальної поведінки. Однак, це ефективний метод лікування суїцидальної поведінки, як метод проживання гніву, пригнічення або конфлікту, а допомога підліткам із суїцидальною ідеацією залежатиме від здатності підлітка встановити терапевтичний альянс та повідомляти лікаря про суїцидальні схильності та наміри та звернутись до відділення екстреної медичної допомоги, за необхідності.

Діалектично-поведінкова терапія

ДПТ є єдиною формою психотерапії, що, відповідно до результатів РКД, знижує суїцидальні схильність у дорослих із межовим розладом особистості (Linehan, 1993a,b). Це лікування засновано на біосоціальній теорії, відповідно до якої суїцидальна поведінка вважається неадекватним проживанням негативних емоцій (Linehan, 1993a), але вона також регулює емоції та вимагає допомоги від інших (Linehan, 1993a).

Лікування передбачає розробку стратегій вирішення проблем для підвищення стресостійкості, емоційної саморегуляції, міжособистісної ефективності та застосування як раціонального, так і емоційного впливу для прийняття більш зважених рішень (Linehan, 1993b). Як правило, це індивідуальні та групові сеанси протягом року.

Нещодавно модифікована та мануальна форма цього лікування застосовувалась для підлітків із суїцидальною поведінкою та межовим розладом особистості (Miller та співавт., 1997 р.). ДПТ для підлітків (ДПТ-П) залучала родича до групи професійного навчання, якому було доручено покращити домашнє середовище та навчити інших родичів моделювати та покращувати адаптивну поведінку підлітка. Тривалість ДПТ-П було скорочено з 1 року до двох 12-тижневих етапів, вона передбачає менше навичок та простішу мову для навчання. У нерандомізованому порівняльному дослідженні за участю підлітків із суїцидальною поведінкою та межовим розладом особистості було висловлено припущення, що ДПТ-П є ефективною для підлітків та знижує рівень госпіталізації до психіатричної лікарні (Miller та співавт., 1997 р.).

Лікування включає 4 компоненти або модулі:

(1) модуль «Основні навички уважності» для зменшення наслідків сплутаної ідентичності та порушення саморегуляції; сюди входить дзен-медитація для посилення емоційного контролю;

(2) модуль «Навички міжособистісної ефективності» для розв’язання міжособистісних проблем за допомогою навчання впевненості у собі та допомоги підлітку краще усвідомити свої цілі в міжособистісній ситуації;

(3) модуль «Стресостійкість» для зменшення імпульсивності шляхом навчання прийняттю та терпимості до неприємних ситуацій із самозаспокоєнням та відволіканням від болю, а також шляхом формування ідей про позитивні та негативні аспекти неприємних ситуацій; та

(4) модуль «Навички емоційної саморегуляції» для визначення емоцій, зменшення емоційної вразливості та збільшення кількості позитивних подій.

Індивідуальна терапія проводиться щотижня та передбачає перегляд щотижневого щоденника, в якому зазначаються випадки суїцидальної та саморуйнівної поведінки, що негативно впливає на лікування та якість життя, а також застосування нових навичок. Лікар проводить аналіз кожної поведінкової проблеми з метою розуміння функції та ситуацій, що її спровокували, прийняття конструктивних рішень та уникнення проблем. Протягом перших 12 тижнів лікування, консультації з лікарем по телефону включають обговорення навичок, що можуть бути корисними для зменшення

суїцидальної поведінки, звітування про позитивну поведінку та події і вирішення конфліктів з лікарем.

Протягом других 12 тижнів лікування консультаційні групи пацієнтів розглядають проблеми підлітків, які застосовують навички для прийняття життєвих обставин.

Психодинамічна психотерапія

Вирішення конфліктів є основою психодинамічної психотерапії. Мета – вирішувати внутрішні конфлікти, пов'язані з раннім досвідом відкидання, суворої дисципліни та жорстокого поводження. Вона також підвищує самооцінку, дозволяючи дітям або підліткам із суїцидальною поведінкою стати більш впевненими в собі та менш пригніченими переконанням, що вони впливають на створення важких ситуацій. Не проводились дослідження ефективності цього підходу, що є найпоширенішою формою терапії та передбачає залучення дитини або підлітка.

Сімейна терапія

Як зазначено вище, сімейні конфлікти, погана комунікація, розбіжності, відсутність спільних цінностей та цілей, а також нерегулярний розпорядок дня та активність (Miller та співавт., 1992 р.) є поширеними явищами серед дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою, які часто почувають себе ізольованими у родині. Деякі автори припускають, що вони вважають себе зайвими у родині та що це спонукає їх до самознищення (Miller та співавт., 1992 р.; Pfeffer, 1986 р.; Sabbath, 1969 р.). Участь родини може зменшити такі проблеми, покращити ефективність вирішення сімейних проблем та конфліктів, а також зменшити тиск на дитину або підлітка із суїцидальною поведінкою. Мета сімейної КПТ – змінити розуміння проблем дитини родиною, змінити неадаптивні методи вирішення проблем у родині та сприяти позитивним стосункам у родині (Rotheram-Borus та співавт., 1994 р.).

Harrington та співавт. (1998) встановили, що короткочасне втручання на дому для дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою було ефективним для дітей та підлітків без великого депресивного розладу. Психопедагогічні підходи можуть допомогти батькам зрозуміти сутність суїцидальної поведінки дітей та підлітків, визначити зміни у психічному стані, що можуть свідчити про рецидиви, та знизити ступінь вираженння емоцій або гніву (Brent та співавт., 1993d). Клініцист може залучити родину з метою обмеження доступу до смертельних ліків та вогнепальної зброї та донести їм важливість лікування.

ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ

У мета-аналізах досліджень за участю дорослих Tondo та колеги (1997) встановили, що підтримуюча терапія літієм суттєво знижує (у 8,6 разів) ризик рецидивів самогубства у дорослих з біполярним або іншими серйозними афективними розладами. Крім того, у разі відміни літію спостерігається 7-кратне збільшення кількості спроб самогубства та 9-кратне підвищення рівня самогубств. Tondo та співавт. відзначили, що вплив літію на зниження ризику самогубства може бути унікальним та пов'язується змеханізмом підвищенням

рівня серотоніну в ЦНС. Однак призначення літію дітям та підліткам потребує супроводу третьої особи, оскільки передозування може призвести до смерті.

Інші стабілізатори настрою, такі як вальпроат та карбамазепін, також активно застосовуються у лікуванні біполярного афективного розладу у дітей та підлітків, хоча їхня ефективність ще не була емпірично продемонстрована. Однак, як і у випадку з дорослими, лікування дітей та підлітків із наявністю в анамнезі суїцидальної поведінки, депресії та біполярного афективного розладу необхідно розпочинати зі стабілізаторів настрою, перш ніж призначати антидепресант.

Коментар робочої групи: *міжнародна непатентована назва лікарського засобу вальпроат – вальпроєва кислота. Відповідно до інструкції для медичного застосування лікарських засобів, затвердженої в Україні, застосування препаратів літію дітям протипоказане.*

Якщо ефективність літію буде доведена у підлітків, також знадобляться дослідження для визначення періоду часу, необхідного для лікування дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою. Психофармакологічне лікування також можна призначати при поширених супутніх захворюваннях, не дивлячись на відсутність доказів зниження ризику завершеного самогубства або спроби самогубства у майбутньому. Крім того, необхідно з обережністю розглядати ризик активації суїцидальної ідеації або поведінки через психофармакологічну активацію або розгальмування.

Дослідження за участю дорослих із депресією продемонстрували, що селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) зменшують суїцидальну ідеацію (наприклад, Letizia та співавт., 1996 р.) та окремо зменшують кількість спроб самогубства серед пацієнтів без депресії з розладами особистості кластера В та з наявністю в анамнезі спроб самогубства. У РКД депо-нейролептика тривалої дії флюпентиксолу Montgomery та Montgomery (1982) відзначили суттєве зменшення кількості спроб самогубства серед дорослих, які вчиняли кілька спроб у минулому. Подібні дослідження за участю підлітків ще не проводились, хоча дослідження СІЗЗС за участю підлітків із депресією демонструють, що ці препарати є безпечними та ефективними у лікуванні підліткової депресії (Emslie та співавт., 1997 р.; Ryan та Varma, 1998 р.). Оскільки СІЗЗС, такі як флуоксетин, є більш ефективними у лікуванні підліткової депресії (Emslie та співавт., 1997 р.), ніж трициклічні антидепресанти (Ryan та Varma, 1998 р.) у плацебо-контрольованих методологічно обґрунтованих дослідженнях, доцільно вважати СІЗЗС препаратом першого вибору для дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою (див. також практичне керівництво Американської академії дитячої та підліткової психіатрії щодо дитячої та підліткової психіатрії для оцінки та лікування дітей та підлітків із депресивними розладами, 1998 р.). На відміну від високого ризику смерті при застосуванні трициклічних антидепресантів у разі передозування, СІЗЗС мають низький ризик смерті.

Однак, протягом останнього десятиліття було багато суперечок щодо того, чи можуть СІЗЗС спричиняти суїцидальну ідеацію та/або поведінку у невеликій кількості випадків. У 1990-1991 роках було повідомлено про випадки пацієнтів, у яких після початку лікування флуоксетином розвинулись суїцидальні схильності (наприклад, King та співавт., 1991 р. [діти]; Masand та Dewan, 1991 р.; Masand та співавт., 1991 р.; Teicher та співавт., 1990 р. [дорослі]). Ці повідомлення не були підтверджені мета-аналізами та повторними аналізами великих досліджень СІЗЗС за участю пацієнтів із депресією, булімією або тривожністю (Beasley та співавт., 1991 р.; Letizia та співавт., 1996 р.; Montgomery та співавт., 1995 р.). Було зроблено висновок, що суїцидальна ідеація є загальною ознакою депресії та що їхня поширеність серед пацієнтів із депресією, які отримували СІЗЗС, не перевищує очікуваної.

Однак, один повторний аналіз (Mann та Kapur, 1991 р.) даних, представлених у деяких із цих досліджень, продемонстрував, що нові суїцидальні думки були значно більш поширеними серед пацієнтів із депресією, які отримували СІЗЗС, які раніше не повідомляли про суїцидальну ідеацію. Крім того, у натуралістичному провокаційному дослідженні Rothschild та Locke (1991) змогли повторно активувати суїцидальну ідеацію у невеликої кількості пацієнтів, які вперше спостерігали суїцидальні думки після початку лікування флуоксетином. Ці пацієнти також спостерігали акатизію, як ускладнення лікування флуоксетином, а зв’язок між суїцидальними схильностями та акатизією, спричиненою флуоксетином, був іншим (Hamilton та Opler, 1992 р.).

На цьому етапі найкращим планом дій лікаря є уважність на ранніх етапах лікування флуоксетином у підлітка із депресією, систематичне опитування про суїцидальну ідеацію до та після початку лікування та особлива уважність до можливих суїцидальних схильностей, якщо лікування СІЗЗС пов’язане з появою акатизії.

Лікарі повинні з обережністю призначати ліки, що можуть знизити самоконтроль, наприклад, бензодіазепіни та фенобарбітал. Фенобарбітал також демонструє високий ризик смерті у разі передозування (Carlsten та співавт., 1996 р.). Montgomery (1997) відзначив, що бензодіазепіни можуть спричиняти розгальмованість у деяких осіб, а згодом призводити до агресії та спроб самогубства, але подібні ефекти можна очікувати і від антидепресантів, мапротиліну та амітриптиліну, амфетамінів та фенобарбіталу (Carlsten та співавт., 1996 р.). Амфетаміни або інші стимулятори необхідно призначати лише при лікуванні дітей та підлітків із суїцидальною поведінкою та РДУГ. Стимулятори є препаратами першого вибору для дітей із РДУГ. Трициклічні антидепресанти не слід призначати через більш високий ризик смерті.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної Клінічної настанови амфетамін не зареєстрований в Україні, як лікарський засіб. Він відноситься до групи симпатоміметиків центральної дії Код АТХ N06B A04. З цієї фармакотерапевтичої групи в Україні зареєстровані інші лікарські засоби.*

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної Клінічної настанови лікарський засіб з міжнародною неаптентованою назвою мапротилін в Україні не зареєстрований.*

Таким чином, літій або стабілізатор настрою можна вважати препаратом вибору при фармакологічному лікуванні дітей та підлітків із біполярним афективним розладом та їх необхідно призначати перед антидепресантом. СІЗЗС є найкращим препаратом в рамках психофармакологічного лікування дитячої та підліткової депресії, але необхідно враховувати, що молодих осіб із суїцидальною поведінкою, які отримують СІЗЗС, необхідно спостерігати на предмет посилення збудження або суїцидальних схильностей. Стимулятори слід призначати тільки дітям та підліткам із РДУГ. Незважаючи на те, що ліки можуть бути важливими у стабілізації та лікуванні дитини та підлітка із суїцидальною поведінкою, лікування має ретельно контролювати третя особа, яка може повідомити про будь-які неочікувані коливання настрою, посилення збудження або надзвичайний стан або небажані явища, та яка може регулювати дозу.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

D. РОЗРОБКА ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Особи з суїцидальними думками, планами або поведінкою можуть отримати користь від різноманітних методів лікування. Якщо пацієнт перебуває в групі ризику вчинення суїциду, план, що поєднує низку біологічних і психосоціальних методів лікування, може підвищити ймовірність успішного результату. Вибір серед можливих методів лікування вимагає знання потенційних сприятливих і несприятливих наслідків кожного з них, а також інформації щодо вподобань пацієнта. Крім того, рішення щодо лікування слід постійно переглядати в міру надходження нової інформації, зміни клінічного стану пацієнта або в обох випадках. Для пацієнтів, які проходять лікування це може означати, що існуючі плани лікування потребуватимуть внесення змін в міру інтенсивного прояву чи послаблення суїцидальних думок чи поведінки. Таким чином, планування лікування - це ітеративний процес, в якому психіатр працює з пацієнтом над реалізацією та модифікацією лікування з часом, залежно від відповіді на лікування та вподобань пацієнта. Залежно від клінічних обставин, у процесі планування лікування може бути важливим залучення підтримки членів сім'ї або інших значущих осіб (наприклад, військовослужбовців військової частини, наглядачів громадських будинків та надавачів житла для літніх людей, персоналу, який здійснює ведення випадку). Більш детальну інформацію про конкретні терапевтичні підходи, про які йтиметься далі, можна знайти в практичних настановах АПА, в яких розглядається лікування конкретних психіатричних розладів, зокрема великого депресивного розладу (511),

біполярного розладу (512), шизофренії (513), панічного розладу (514) та межового розладу особистості (515).

Слід застерегти психіатрів від розробки плану лікування, в якому заявленою метою є «усунення» суїцидального ризику; це неможливо зробити з причин, які ми вже обговорювали. Натомість, цілі лікування повинні включати комплексний підхід до лікування з основним акцентом на зниження ризиків. Оскільки особи з суїцидальною поведінкою часто мають розлади за віссю I та віссю II, зниження ризиків часто передбачає лікування супутнього психіатричного захворювання. Враховуючи високий рівень одночасного вживання алкоголю та психоактивних речовин серед осіб із суїцидальною поведінкою, особливо важливо звернути увагу в плані лікування на розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (516). При розробці плану лікування пацієнта з суїцидальною поведінкою також необхідно враховувати медичні розлади та методи лікування цих розладів.

На ранніх етапах лікування може виникнути потреба застосування інтенсивнішого спостереження для підтримки пацієнта, а також для моніторингу та швидкого початку лікування відповідних симптомів, таких як тривога, безсоння або безнадія. Крім того, саме на ранніх стадіях хвороби заперечення симптомів і нерозуміння необхідності лікування можуть бути найбільш помітними, а отже, необхідна спеціальна підготовка та підтримуюча психотерапія, спрямована на вирішення цих проблем. Оцінка минулих реакцій пацієнта на стрес, їхньої вразливості до загрозливих для життя впливів, доступних зовнішніх ресурсів, фантазій про смерть і здатності оцінити реальність може допомогти лікарю оцінити сильні та вразливі сторони пацієнта (412) та допомогти в плануванні лікування. Для пацієнтів, які лікуються в амбулаторних умовах, психіатру також важливо переглянути разом з пацієнтом рекомендації щодо лікування випадків загострення суїцидальних тенденцій або інших симптомів, які можуть виникати між запланованими сеансами та можуть сприяти підвищенню ризику самогубства.

Е. КООРДИНАЦІЯ ПРОЦЕСУ ЛІКУВАННЯ ТА СПІВПРАЦЯ З ІНШИМИ ЛІКАРЯМИ

Надання оптимального лікування пацієнтам із суїцидальною поведінкою часто передбачає залучення багатопрофільної лікувальної групи, до складу якої входять кілька фахівців у сфері психічного здоров'я. Хоча постійну координацію загального плану лікування, як правило, легше здійснювати в умовах стаціонару або часткової госпіталізації, на відміну від менш інтегрованих амбулаторних умов, корисні стратегії координації в будь-якому лікувальному закладі включають чіткий розподіл ролей, регулярну комунікацію між членами групи та завчасне планування управління кризовими ситуаціями.

Також корисно пояснити пацієнту, що в його/її лікуванні будуть задіяні кілька осіб, і окреслити конкретні ролі кожного з них. У зв'язку з цим пацієнтам важливо розуміти, що члени лікувальної групи багато в чому допомагають психіатру і можуть надавати клінічну інформацію, яка впливатиме на рішення

щодо рівня запобіжних заходів, готовності пацієнта до виписки, лікарських препаратів та інших аспектів планування лікування.

Багато пацієнтів мають хронічні захворювання, з приводу яких вони отримують допомогу у одного або кількох лікарів. Особливо для осіб, чиї медичні розлади або лікування взаємопов'язані з їхніми психіатричними симптомами або лікуванням, корисно здійснювати комунікацію з лікарем первинної ланки, який відповідає за ведення пацієнта, а також з будь-якими фахівцями, які беруть активну участь у лікуванні пацієнта. У стаціонарних закладах лікувальна група зазвичай складається з психіатра, медсестер, соціальних працівників, психологів та інших працівників сфери психічного здоров'я. Психіатр виступає в ролі керівника групи. У цій якості, за участю інших членів лікувальної групи, психіатр приймає найважливіші рішення щодо лікування пацієнта. Такі рішення включають, окрім іншого, встановлення діагнозу пацієнта, застосування конкретних лікарських препаратів, визначення рівня запобіжних заходів, забезпечення перепустками, оформлення виписки та план подальшого лікування. Враховуючи ключові ролі інших членів лікувальної групи щодо прийняття таких рішень та результати їхніх спостережень, лікар-психіатр повинен сприяти відкритій комунікації між членами групи щодо медичної історії та клінічних особливостей пацієнта.

За умов ведення пацієнта в амбулаторії, до надання пацієнту послуг з догляду можуть бути залучені й інші фахівці. У деяких випадках пацієнта можуть направити до спеціалістів з досвідом лікування конкретного симптому (наприклад, для проведення КПТ при прояві стану безнадії, чи ДПТ при рецидивах суїцидальної поведінки). В інших випадках психіатр може надавати переважно психофармакологічне лікування, а психотерапію проводить інший лікар-психіатр або інший спеціаліст у сфері психічного здоров'я. Під час зустрічей з пацієнтом психіатру важливо проаналізувати реакцію пацієнта на всі аспекти лікування. Крім того, психіатру корисно комунікувати з терапевтом і визначити рекомендації або очікування щодо того, коли і за яких умов слід зв'язатися з терапевтом і психіатром у разі значних клінічних змін стану пацієнта. Більше того, якщо психіатр безпосередньо керує роботою терапевта, рівень комунікації має бути підвищений і може включати аналіз медичної карти пацієнта

F. СПРИЯННЯ В ДОТРИМАННІ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ

Успішне лікування багатьох психічних розладів вимагає ретельного дотримання плану лікування, в деяких випадках протягом тривалого або невизначеного часу. Для осіб, чиї клінічні симптоми включають суїцидальні думки, плани або поведінку, особливо важливо оптимізувати лікування шляхом регулярного дотримання плану лікування. Сприяння дотриманню плану лікування починається з початкового встановлення стосунків між лікарем і пацієнтом та спільної розробки плану лікування, який враховує потреби та вподобання конкретного пацієнта. У рамках терапевтичних відносин психіатр повинен створити атмосферу, в якій пацієнт може вільно обговорювати те, що він або вона відчуває як позитивне або негативне в

процесі лікування. Побічні ефекти або вимоги щодо лікування є поширеними причинами недотримання режиму лікування. Іншими поширеними причинами є фінансові обмеження, труднощі з розкладом або транспортом, суб'єктивне відчуття розбіжностей з думками клініциста, а також непорозуміння щодо рекомендованого плану лікування або дозування ліків. Особливо в період виникнення симптоматики, пацієнти можуть бути погано вмотивованими, менш здатними піклуватися про себе або надмірно песимістично оцінювати свої шанси на одужання за допомогою лікування, а також страждати на дефіцит пам'яті або психоз.

У деяких випадках психіатричні розлади пов'язані зі зниженням розуміння того, що людина хвора чи потребує лікування, що робить його/її прихильність до лікування менш імовірною. Особливо під час етапу підтримуючої терапії, коли симптоми менш виражені, пацієнти можуть бути схильні недооцінювати переваги лікування і натомість зосереджуватися на тягарях такої терапії. Психіатр повинен усвідомлювати ці можливості, заохочувати пацієнта висловлювати будь-які занепокоєння щодо прихильності до лікування та підкреслювати важливість дотримання режиму для успішного лікування та мінімізації ризиків суїцидальної поведінки в майбутньому (306).

Конкретні компоненти повідомлення для пацієнта, які, як було доведено, покращують дотримання режиму лікування, включають:

1) коли та як часто приймати ліки;

2) той факт, що можливо доведеться приймати деякі препарати протягом кількох тижнів, перш ніж можна буде помітити позитивний ефект;

3) необхідність приймати ліки навіть після покращення самопочуття;

4) необхідність проконсультуватися з лікарем перед тим, як припинити прийом ліків;

5) що робити, якщо виникають проблеми або питання (517).

Для сприяння прихильності до лікування, корисно регулярно переглядати план лікування у співпраці з пацієнтом і намагатися вносити до нього зміни відповідно до уподобань і потреб пацієнта. Доведено, що у деяких пацієнтів, особливо літніх, прихильність до лікування покращується, якщо мінімізувати складність схем прийому лікарських препаратів та витрати на лікування. Якщо пацієнт не з'являється на прийоми до лікаря чи не дотримується режиму лікування в інший спосіб, інформаційно-роз'яснювальна робота, у тому числі телефонні дзвінки, може допомогти повернути пацієнта до програми лікування. Таку роз'яснювальну роботу може проводити лікар-психіатр або інші призначені члени лікувальної групи за погодженням з лікарем-психіатром. Для пацієнтів, які перебувають у програмі примусового амбулаторного лікування, судова система також може бути залучена до програм з надання допомоги. Серйозні або постійні проблеми, пов'язані з дотриманням режиму лікування, можуть свідчити про психологічні конфлікти або психопатологію, для лікування яких слід розглянути можливість застосування психотерапії. Корисним може бути інформування пацієнтів щодо лікарських засобів, аспектів суїцидальності, конкретних психіатричних розладів та їх лікування. Коли залучаються члени сім'ї або інші особи, які

надають підтримку (наприклад, військове командування, персонал, який відповідає за надання житла в якості підтримки), вони також можуть отримати користь від навчання, та їх можна заохочувати відігравати конструктивну роль у покращенні прихильності пацієнта до лікування.

G. ЗАБЕЗПЕЧИТИ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТА ТА ЙОГО РОДИНИ

Для більшості пацієнтів буде корисною інформація щодо симптомів та розладів, які лікуються, а також щодо терапевтичних підходів, що застосовуються в рамках плану лікування. За можливості та з дозволу пацієнта, просвітницьку роботу слід також проводити з членами його сім'ї, залученими до лікування пацієнта. Розуміння того, що психічні розлади є справжніми хворобами і що ефективне лікування є необхідним і доступним, може мати вирішальне значення для пацієнтів, які пов'язують свою хворобу з моральними вадами, або для членів сім'ї, які переконані, що з пацієнтом все гаразд.

Пацієнти та члени їхніх родин також можуть отримати користь від розуміння ролі психосоціальних стресів та інших порушень у прискоренні або загостренні суїцидальних намірів чи симптомів психічних розладів. Роз’яснювальна робота стосовно доступних варіантів лікування допоможе пацієнтам приймати зважені рішення, передбачати побічні ефекти та дотримуватися режиму лікування. Пацієнтам також необхідно повідомити, що поліпшення не є лінійним і що процес одужання може бути нерівномірним. Деякі пацієнти або члени їхніх сімей можуть бути пригнічені або спустошені рецидивом симптомів або тимчасовим погіршенням симптомів після початку лікування. Оскільки суїцидальні пацієнти схильні занадто критично ставитися до себе, повторення або погіршення симптомів може розглядатися як свідчення особистої невдачі; їх необхідно запевнити, що це може бути частиною процесу одужання.

Також корисно провести відкриту розмову з пацієнтом про феномен самогубства. Якщо в сім'ї були випадки самогубств, деякі пацієнти можуть відчувати, що це їхня доля - померти внаслідок самогубства. Вік, в якому помер член сім'ї, або конкретна річниця смерті члена сім'ї можуть мати особливе значення для деяких пацієнтів. Під час роз'яснювальної роботи з пацієнтом та членами його родини слід підкреслити, що сімейний анамнез суїциду може підвищити ризики самогубства, проте не робить суїцид неминучим. Корисним може виявитися підвищення обізнаності пацієнта та залучених членів сім'ї стосовно того, як розпізнавати симптоми (наприклад, безсоння, стан безнадії, тривоги або депресія), які можуть свідчити про погіршення клінічного стану пацієнта. Крім того, пацієнтам і членам сім'ї слід запропонувати подумати про інші симптоми, характерні для конкретного пацієнта, поведінка яких в минулому була пов'язана з суїцидальними намірами. Крім того, пацієнти та члени сім'ї повинні знати, що думки про самогубство можуть повернутися, а отже вони повинні якомога швидше повідомити про це психіатра або близьку людину, якщо це станеться. Необхідно також відверто обговорити, що робити в разі кризової ситуації, та як отримати екстрену допомогу. За певних обставин таке обговорення може

включати пояснення методів залучення поліції для сприяння проведенню примусового обстеження.

Деякі члени сім'ї, особливо пацієнтів з межовим розладом особистості, помилково сприймають спроби самогубства або повідомлення про суїцидальні наміри як «маніпулятивну» поведінку або поведінку, спрямовану на привернення до себе уваги. Тому важливо надавати членам сім'ї інформацію про ризики суїциду протягом життя для таких пацієнтів, а також допомогти членам родини навчитися реагувати конструктивно та позитивно, коли пацієнт переживає суїцидальну кризу.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з джерела **Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline, 2022**

1.11.7 Можна розробити план безпеки разом із людиною, яка заподіяла собі шкоду. План безпеки слід використовувати для того, щоб:

• визначити способи самоушкодження;

• розпізнати тригери й ознаки посилення дистресу, самоушкодження або суїцидальної кризи в майбутньому;

• визначити індивідуальні стратегії подолання труднощів, включно з вирішенням проблем, пов’язаних із чинниками, які можуть бути бар’єрами;

• визначити соціальні зв’язки й соціальне оточення, які можуть відволікати від суїцидальних думок або загострення кризи;

• визначити членів сім’ї або друзів, які можуть надати підтримку та (або) допомогти подолати кризу;

• вказати контактні дані служби охорони психічного здоров’я, включно з послугами в позаробочі години, і контактні дані для отримання екстреної допомоги;

• убезпечити середовище шляхом спільної роботи над усуненням або обмеженням доступу до смертельних засобів скоєння самогубства.

1.11.8 Вимоги до плану безпеки:

• план має бути розроблено спільно з членами сім’ї або піклувальниками людини (залежно від ситуації);

• слід використовувати підхід, орієнтований на вирішення проблеми;

• план має зберігатися у пацієнта;

• за рішенням пацієнта, слід ознайомити з планом членів сім’ї, піклувальників і відповідних фахівців;

• у кризові моменти план має бути доступними для пацієнта та фахівців, які надають їй допомогу.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

Н. ПЕРЕГЛЯНУТИ ОЦІНКУ РІВНІВ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА ТА РИЗИКІВ СУЇЦИДУ

Наростаюча та спадаюча суїцидальна схильність є однією зі складних проблем, що виникає під час догляду за пацієнтом із суїцидальною поведінкою і часто вимагає повторної оцінки суїцидальних намірів через певний час. (Таблиця 2). Хоча повна оцінка суїцидальних намірів не є обов'язковою при кожній зустрічі з пацієнтом, психіатр повинен використовувати обґрунтоване судження при визначенні обсягу повторного аналізу, необхідного для оцінки поточного суїцидального ризику пацієнта. В умовах стаціонару повторне оцінювання суїцидальних намірів має відбуватися на критичних етапах лікування (наприклад, при зміні рівня привілеїв, різкій зміні психічного стану, а також перед випискою). При повторному обстеженні психіатр часто виявляє, що пацієнт, який спочатку розповідав про суїцидальні думки зі смертельними намірами, більше не повідомляє про них під час наступного візиту. Як зазначалося раніше, неможливо заздалегідь передбачити, у кого з пацієнтів з недавніми суїцидальними думками вони виникнуть знову, та хто з пацієнтів заперечуватиме суїцидальні думки, навіть якщо вони присутні. Тим не менш, якщо пацієнта оцінюють як такого, який є схильним до високого ризику суїциду, необхідно впровадити та задокументувати план, спрямований на усунення цього ризику. Цей план може включати зміни умов надання догляду або рівнів спостереження, зміни в медикаментозній терапії або психотерапії, або обидва види змін.

З особливою обережністю слід ставитися до пацієнтів, у яких нещодавно з'явилися серйозні суїцидальні думки. Якщо суїцидальні думки виникають на тлі депресивного розладу, може бути корисним запровадити моніторинг інших депресивних симптомів. Психіатр також повинен пам'ятати щодо інших симптоми, що можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком суїциду, наприклад, стан безнадії, тривоги, безсоння або імперативні галюцинації. Поведінка, яка може бути пов'язана з різким підвищенням ризику, включає передачу майна, підготовку юридичних або фінансових справ (наприклад, складання заповіту, передача довіреності), повідомлення про суїцидальні наміри або «прощальні» повідомлення.

Пацієнтів, які відповідають/реагують на поточне лікування або перебувають у стані ремісії під час процесу безперервної чи підтримуючої терапії, слід оцінювати на предмет суїцидального ризику, коли з'являються ознаки різкої клінічної зміни, рецидиву, повторного прояву симптомів, або виникнення будь-якої серйозної несприятливої події в житті. У цьому контексті на новий прояв схильності до суїциду слід відреагувати зміною плану лікування. Характер цих змін залежить від клінічної ситуації та може включати зміну умов лікування або рівня спостереження, збільшення кількості відвідувань, зміну медикаментозного лікування чи психотерапевтичного підходу, залучення значущих для пацієнта людей та надання консультацій. У разі зміни клінічного стану чи при отриманні нової інформації, психіатр також повинен бути готовий переглянути психіатричний діагноз пацієнта та проаналізувати характер і міцність терапевтичного альянсу.

1. Пацієнти в стані суїцидальної кризи

Бувають випадки, коли пацієнт, який перебуває в процесі лікування, переживає стан гострої суїцидальної кризи, і психіатр повинен негайно відреагувати. Повідомлення можуть надходити безпосередньо від пацієнта, членів його сім'ї або від значущих для пацієнта людей, включаючи роботодавців або колег. В екстрених ситуаціях може виникнути необхідність відстежування телефонних дзвінків або залучення поліції. Завдання психіатра полягає не лише в тому, щоб визначити ступінь загрозливого для пацієнта стану, а й у тому, щоб оцінити зміст комунікаційного впливу та його джерело. Щоб краще оцінити ситуацію, дуже важливо поговорити з пацієнтом безпосередньо, якщо це взагалі можливо. Крім того, лікар-психіатр повинен пам'ятати про дотримання конфіденційності, і порушувати її лише в тій мірі, в якій це необхідно для того, щоб убезпечити пацієнта (див. також Розділ V.C «Комунікування зі значущими для пацієнта людьми»).

За певних обставин, у психіатра може виникнути необхідність направити пацієнта з суїцидальними намірами до відділення невідкладної допомоги для обстеження чи госпіталізації. При цьому важливо, щоби психіатр комунікував з психіатром-експертом у відділенні невідкладної допомоги, який здійснює медичне обстеження. Хоча така комунікація не завжди може бути можливою через невідкладність ситуації, такий контакт надає персоналу лікарні контекст екстреної ситуації. Особливо, коли пацієнта доставляє до лікарні поліція, нерідко після прибуття до відділення невідкладної допомоги пацієнт намагається мінімізувати симптоми та причини направлення до лікарні. Достовірна інформація щодо причин направлення до відділення невідкладної допомоги, а також щодо попередньої та недавньої історії хвороби пацієнта може мати вирішальне значення для того, щоб допомогти спеціалісту відділення невідкладної допомоги, який проводить обстеження пацієнта, визначити безпечні і відповідні умови для лікування. Якщо психіатр, який направляє пацієнта до лікарні, рекомендує госпіталізацію, причини такої рекомендації також необхідно повідомити психіатру-експерту відділення невідкладної допомоги, який прийматиме остаточне рішення щодо необхідності госпіталізації.

2. Пацієнти з хронічною схильністю до суїциду.

У деяких людей самоушкоджуюча поведінка та/або схильність до суїциду є хронічними і повторюваними, що призводить до частих контактів із системою охорони здоров'я для оцінки суїцидального ризику Важливо усвідомлювати, що самоушкоджуюча поведінка може бути пов'язана чи не пов'язана з суїцидальними намірами (518). Хоча самоушкодження іноді характеризують. як «жести», спрямовані на досягнення вторинної вигоди (наприклад, привернення уваги, уникнення відповідальності через госпіталізацію), мотивація пацієнтів до такої поведінки може бути зовсім іншою. Наприклад, не маючи бажання померти, люди можуть навмисно завдавати собі тілесні ушкодження, щоб висловити гнів, усунути тривогу чи зняти напругу, створити відчуття «нормальності чи самоконтролю», припинити стан деперсоналізації, відволіктися чи покарати себе (519, 520).

Концептуалізація такої поведінки, як «жестів» також є проблематичною, оскільки спроби вчинити самогубство можуть бути применшені, якщо вони пов'язані з мінімальним самоушкодженням. Саморуйнівна поведінка також може призвести до випадково летальних саморуйнівних дій, що призводять до смертельного результату, навіть за відсутності суїцидальних намірів. Більше того, минула або поточна історія самоушкоджуючої поведінки без смертельних наслідків не виключає розвитку суїцидальних думок, планів або спроб з серйозними намірами та летальним результатом (521). Насправді, серед осіб, які намагалися вчинити самогубство з суїцидальними намірами, ті, хто також мали в анамнезі самоушкоджуючу поведінку без суїцидальних намірів, частіше недооцінювали об'єктивний смертельний наслідок своєї спроби і мали симптоми, пов'язані з більшим суїцидальним ризиком (251). Таким чином, оцінюючи хронічний характер самоушкоджуючої поведінки, важливо визначити, чи присутні суїцидальні наміри при самоушкодженні, і якщо так, то в якій мірі та з якою частотою вони виникали. Крім того, відсутність суїцидальних намірів або мінімальний ступінь самоушкодження не повинні змушувати психіатра ігнорувати інші докази підвищеного суїцидального ризику.

Для пацієнтів, схильних до хронічної самоушкоджуючої поведінки, кожен вчинок потрібно оцінювати в контексті поточної ситуації; не існує єдиного способу реагування на самоушкоджуючу поведінку, який можна було б рекомендувати. Наприклад, бувають випадки, коли найбільш доречним є амбулаторне лікування; за інших обставин може бути показана госпіталізація. Загалом, для таких осіб госпіталізація повинна використовуватися з метою короткострокової стабілізації стану, оскільки тривале перебування в лікарні може посилити залежність, регресію та зовнішню поведінку, обумовлену неусвідомленими мотивами. За наявності хронічної самоушкоджуючої поведінки корисним може бути застосування методів коригування поведінки, наприклад, методу ДПТ (522, 523). Крім того, під час переходу пацієнта до іншого лікаря ризик суїцидальної поведінки може зростати.

З точки зору діагностики, важкі розлади особистості, особливо межові (521) та антисоціальні розлади особистості, переважають серед пацієнтів, які демонструють хронічну самоушкоджуючу поведінку без суїцидальних намірів. Такі особи також можуть мати вищий рівень супутнього панічного розладу та ПТСР (524). Також можна зазначити пацієнтів з шизоафективним розладом, біполярним розладом та шизофренією, проте частіше такі пацієнти мають постійні думки про самогубство або повторні суїцидальні спроби за наявності суїцидальних намірів. Існують докази того, що наявність супутніх розладів особистості або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, не тільки підвищують ризики суїциду у цих осіб, але й знижують ефективність лікування. Наприклад, пацієнти з поєднанням афективного розладу та розладу особистості схильні до частих суїцидальних криз, мають труднощі, пов'язані з нестабільністю настрою та контролем імпульсивної поведінки, а також проблеми з прихильністю до лікування. Отже, щодо пацієнтів, чиє недотримання режиму лікування сприяє хронічному ризику

суїциду, то психіатри повинні бути ознайомлені з нормативними документами щодо примусового амбулаторного лікування, якщо вони застосовуються в їхній юрисдикції (525).

Під час лікування осіб з хронічно суїцидальною поведінкою, психіатру важливо контролювати свої власні відчуття, включаючи реакції контрпереносу. Ретельна увага до взаємовідносин під час лікування та психосоціального контексту пацієнта також має вирішальне значення. Часто необхідні послідовність і встановлення обмежень, але останні слід встановлювати на основі клінічного судження і не повинні носити карального характеру. Допомога пацієнтам у розвитку навичок подолання імпульсів до самоушкодження часто є важливою частиною лікування.

При складанні детального плану лікування корисно враховувати думки пацієнта та його близьких, якщо це клінічно доцільно. У кризові періоди можуть виникати розбіжності щодо необхідності госпіталізації. За деяких обставин психіатр може вважати госпіталізацію необхідною, тоді як пацієнт або члени сім'ї так не вважають. З іншого боку, пацієнт, члени його сім'ї або інші залучені особи можуть вимагати госпіталізації, коли амбулаторне лікування може здаватися доцільнішим. Коли виникають такі розбіжності, краще уникати протистояння. Натомість глибше розуміння конфліктних точок зору часто призводить до успішного вирішення проблеми. Крім того, під час роз'яснювальої роботи з пацієнтом та іншими особами слід обговорювати той факт, що ризики для осіб з хронічною схильністю до суїциду будуть постійно зростати. Таким чином, ризики суїциду за межами лікарні необхідно збалансувати з потенційно негативними психічними наслідками госпіталізації (див. розділ III.C, «Визначення режиму лікування»).

I. МОНІТОРИНГ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ТА ВІДПОВІДЬ НА ЛІКУВАННЯ

Окрім повторної оцінки безпеки пацієнта та ступеня його суїцидальності, для психіатра не менш важливо контролювати психічний стан пацієнта та його відповідь на лікування. Це особливо важливо на ранніх етапах лікування, оскільки деякі лікарські препарати, зокрема антидепресанти, можуть давати терапевтичний ефект лише через кілька тижнів. Крім того, за винятком самогубств серед людей, які страждають на розлад вживання алкоголю, самогубства, як правило, відбуваються на ранніх стадіях розвитку більшості психічних розладів, коли люди найменше усвідомлюють, що вони хворі, і найменше схильні дотримуватися вимог лікування. Більше того, клінічні спостереження свідчать про те, що ризики самогубства можуть зростати на ранніх стадіях, коли симптоми депресії починають слабшати, але ще до того, як вони повністю зникнуть. Таким чином, необхідний постійний моніторинг клінічного стану пацієнта, щоб визначити його симптоми та відповідь на лікування (наприклад, визначення оптимальної дози препарату та оцінки його ефективності). Часто перебіг лікування є нерівномірним, з періодичним регресом, наприклад, під час стресових ситуацій. Такі невдачі не обов'язково свідчать про неефективність лікування. Тим не менш, остаточне

покращення має бути обґрунтовано очікуваним результатом. Крім того, в процесі лікування у пацієнта можуть з'являтися або зникати різні ознаки та симптоми хвороби. Значні зміни в психічному стані пацієнта або поява нових симптомів можуть свідчити про необхідність повторного діагностичного обстеження, зміни плану лікування або і того, й іншого. Такі модифікації можуть включати зміну умов лікування, лікарських засобів або частоти візитів; залучення близьких для пацієнта людей; направлення з метою проведення додаткового лікування (наприклад, для ДПТ, ЕСТ), спрямованого на конкретні симптоми або синдроми; та надання консультацій.

J. НАДАННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ, ЯКЩО ЦЕ ПОКАЗАНО

При лікуванні суїцидальних пацієнтів, особливо з важкою або хронічною схильністю до суїциду, консультація може бути корисною з кількох точок зору. Використання консультації або нагляду з боку колеги може допомогти під час моніторингу та при вирішенні проблем контрперенесення. Оскільки клінічні судження щодо оцінки та лікування пацієнтів із суїцидальними намірами можуть бути досить складними. Судження інших колег може бути важливим для підтвердження відповідності плану лікування чи пропонування інших можливих терапевтичних підходів. У складних клінічних випадках, які можуть супроводжуватися розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин, може бути корисним направлення пацієнта до лікаря-психіатра, який спеціалізується на лікуванні адиктивних розладів, з метою надання консультації, ведення випадку чи залучення до програми одужання/реабілітації. Однак у контексті суїцидального кризу психіатри повинні бути обережними, направляючи пацієнта, який довго перебуває в такому стані, на консультацію. Деякі пацієнти можуть сприйняти таке направлення як перший крок до припинення терапії, а отже їх необхідно запевнити, що це направлення лише для надання консультації.

IV. КОНКРЕТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

A. МЕТОДИ СОМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Психіатри повимнні бути обізнаними щодо конкретних психотропних лікарських засобів, які були визнані корисними при наданні допомоги схильним до суїциду пацієнтам. Загалом, соматична терапія, наприклад, лікування антидепресантами, антипсихотиками чи засобами, що стабілізують настрій, буде спрямована на конкретні психічні розлади осі I та/або осі II. Однак раннє застосування додаткових ліків, зокрема седативно-анксіолітичних засобів або низьких доз антипсихотиків другого покоління, також може бути корисним для швидкого усунення збудження, тривоги та безсоння, що є додатковими факторами ризику суїциду.

1. Антидепресанти

Основним методом лікування суїцидальних пацієнтів, які страждають на гострі, рецидивуючі та хронічні депресивні розлади, є призначення відповідної дози антидепресантів (526). Антидепресанти також продемонстрували

ефективність у лікуванні тривожних розладів (526). Вони також успішно застосовуються під час лікування суїцидальних пацієнтів з коморбідною депресією та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин (527). Однак слід зазначити, що існує відносно мало доказів того, що лікування антидепресантами знижує ризики (69, 526, 528-533). На основі великої кількості короткострокових рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень гострої великої депресії (534-546), які були предметом мета-аналізу (533), не було доведено, що лікування антидепресантами знижує рівень самогубств або суїцидальних спроб. Дослідження, в яких використовували дані про антидепресанти з баз даних клінічних досліджень Управління з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів, також не виявили відмінностей у частоті самогубств або суїцидальних спроб при лікуванні антидепресантами (546-548). Однак зниження ризику може бути не таким очевидним протягом коротких проміжків часу або в дослідженнях, в яких суїцидальність використовувалася як критерій виключення. Крім того, довгострокові дослідження з відповідними даними є рідкісними і занадто малими, щоб підтвердити будь-які висновки (526). Однак з кінця 1980-х років рівень самогубств у деяких країнах, регіонах або субпопуляціях помітно знизився (69, 531,532,549,550), що збігається зі зростанням клінічного застосування нетрициклічних антидепресантів та антидепресантів, що не є інгібіторами моноамінооксидази (не-ІМАО), в адекватних дозах і, можливо, надають непрямі докази ролі терапії з використанням антидепресантів при лікуванні суїцидальної поведінки.

Після публікації кількох звітів про випадки, які свідчать про те, що антидепресанти СІЗЗС можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком агресивних або імпульсивних дій, включаючи самогубство (551-553). Низка дослідників ретроспективно проаналізували дані клінічних досліджень, щоб визначити, чи підвищується рівень суїцидальності та/або самогубств при лікуванні СІЗЗС (537, 548, 554, 555). Ці дослідження не продемонстрували доказів того, що лікування певними типами антидепресантів підвищує ризик суїциду або схильності до самогубства. Водночас, ці препарати призначаються для лікування розладів, які можуть супроводжуватися тривогою, збудженням та суїцидальністю як елементом перебігу хвороби, що ускладнює розмежування етіології симптомів, які виникають у процесі лікування. Таким чином, на початку лікування важливо визначити вихідний рівень симптомів, а потім спостерігати за пацієнтами щодо таких симптомів, як тривога, збудження або порушення сну, а також стосовно розвитку змішаних станів або психозу, які можуть посилити суб'єктивне відчуття дистресу та підвищити ризики суїциду. Крім того, терапія антидепресантами зазвичай супроводжується значною затримкою до настання клінічно очевидного покращення стану пацієнта. Під час початкового, часткового одужання можливе посилення суїцидальних імпульсів, а також енергії для їх реалізації. Пацієнтів слід попередити про таку ймовірну затримку ефекту лікування, підбадьорювати їх і особливо ретельно спостерігати за ними в перші дні і тижні лікування. Якщо не спостерігається повної відповіді на лікування, може

виникнути необхідність відкоригувати дозування препарату або замінити антидепресант іншим. Нетрициклічні антидепресанти, що не є ІМАО є відносно безпечними та представляють практично незначний ризик летального результату при передозуванні (526). Тим не менш, доцільно ще раз звернути увагу на те, щоб пацієнтам із суїцидальними намірами, особливо пацієнтам чий стан невідомий, призначалися консервативні дози ліків. Незважаючи на те, що трициклічні антидепресанти та антидепресанти ІМАО є набагато токсичнішими при передозуванні та їх застосування є більш обмеженим, вони все ще можуть бути корисними для лікування осіб із суїцидальною поведінкою та депресивними розладами, які не реагують на лікування СІЗЗС або іншими новітніми антидепресантами (526, 556, 557). Загалом, з клінічної точки зору, сильний зв'язок між клінічною депресією та суїцидом, а також доступність досить ефективних і безпечних антидепресантів свідчать про їх використання в адекватних дозах та протягом достатнього часу, як частину комплексної програми лікування потенційно суїцидальних пацієнтів, включаючи тривале застосування у пацієнтів з рецидивуючими формами депресивних або тяжких тривожних розладів.

2.Літій

Існують вагомі та послідовні докази того, що у пацієнтів з рецидивуючим біполярним розладом та великим депресивним розладом тривале підтримуюче лікування солями літію асоціюється зі значним зниженням ризику як суїциду, так і спроб вчинення самогубства (69, 558-565). Нещодавній мета-аналіз (563) наявних досліджень рівня випадків самогубства на тлі тривалої підтримуючої терапії літієм та без нього (76, 534, 559, 565-595) виявив статистично значуще зниження суїцидальних дій (тобто самогубств або суїцидальних спроб) майже в 14 разів. Що стосується випадку суїциду, то підтримуюча терапія літієм асоціювалася зі зниженням ризику на 80%-90%, тоді як зменшення кількості спроб суїциду становило понад 90%. Хоча рівень самогубств під час лікування літієм все ще вищий, ніж у загальній популяції, підтримуюча терапія літієм для пацієнтів з біполярним розладом асоціювалася з істотним і значним зниженням ризиків самогубства порівняно з пацієнтами з біполярним розладом, які не отримували лікування літієм. Як і у випадку з антидепресантами, необхідно брати до уваги потенційний летальний наслідок передозування літієм (596) в процесі прийняття рішення щодо кількості літію, яку слід давати при кожному призначенні. Однак, враховуючи довгострокові переваги літію в зниженні ризиків суїцидальної поведінки, можливість наслідків передозування не повинні перешкоджати лікуванню цим препаратом пацієнтів із суїцидальними намірами за наявності клінічних показань.

3.Протисудомні засоби, що стабілізують настрій

Незважаючи на зростання використання окремих протисудомних та антипсихотичних засобів та їх дієвість при лікуванні маніакального стану (наприклад, дівалпроексу, оланзапіну), їх довготривала ефективність для запобігання повторним епізодам манії та депресії є менш вивченою. Крім того, не існує встановлених доказів зниження ризиків суїцидальної поведінки при застосуванні будь-яких інших потисудомних препаратів, що стабілізують

настрій. Хоча лікування цими препаратами може бути пов'язане з деяким зниженням рівня суїцидальної поведінки, терапія із застосуванням літію все ще асоціюється із більшим зниженням частоти суїцидальних дій, ніж лікування карбамазепіном або дівалпроексом (592, 597, 598). Отже, при виборі між літієм та іншими препаратами першого ряду для лікування пацієнтів з біполярним розладом слід приймати до уваги ефективність літію для зниження суїцидальної поведінки, оцінюючи переваги та ризики лікування кожним із препаратів.

4.Антипсихотичні засоби

Подібно до застосування антидепресантів для пацієнтів з депресією, антипсихотичні препарати є основою соматичного лікування суїцидальних пацієнтів з психотичними розладами. Антипсихотичні засоби першого покоління є високоефективними як при лікуванні марення та галюцинацій, так і стану збудження, агресії та сплутаності свідомості, а також можуть мати певні позитивні ефекти при серйозних афективних розладах. Їхній потенційний вплив на обмеження суїцидальних ризиків у пацієнтів із психотичними симптомами - невідомий, хоча щорічні показники самогубств, пов'язаних з шизофренією, не знизилися помітно з моменту їх появи (599-602).

Особливо у пацієнтів із сильним збудженням, сприятливий вплив антипсихотичних препаратів першого покоління та сучасних антипсихотичних засобів може сприяти зниженню ризику суїциду (603). Однак, застосування старіших нейролептиків також може бути пов'язане з виникненням несприятливих наслідків, включаючи екстрапірамідні неврологічні побічні ефекти і можливе посилення депресії в результаті розвитку (індукції) акатизії (603-606). Враховуючи той факт, що лікування психотичних розладів антипсихотичними засобами другого покоління пов'язане з меншим ризиком розвитку деяких, зокрема екстрапірамідних неврологічних, небажаних подій (512, 513, 596), використання антипсихотиків першого покоління для осіб із суїцидальною поведінкою наразі, зазвичай, обмежується тими пацієнтами, хто потребує посиленого дотримання режиму лікування, що забезпечується формами препаратів пролонгованої дії, або тими, чий стан психозу не відповідає на лікування антипсихотиками другого покоління, або коли економічні міркування є переконливими.

У США антипсихотичні препарати другого покоління, такі як арипіпразол, клозапін, оланзапін, кветіапін, рисперидон і зипразидон, зараз використовуються для лікування більшості людей з шизофренією або шизоафективним розладом. Окрім використання в якості препаратів першого ряду для лікування шизофренії, антипсихотичні засоби другого покоління також можуть бути показані пацієнтам з іншими психотичними розладами, а також пацієнтам з біполярним розладом, особливо під час маніакальних епізодів. Серед антипсихотичних засобів другого покоління клозапін, як правило, призначають у тих випадках, коли психотичні симптоми не відповідають на лікування іншими антипсихотичними препаратами. Що стосується впливу на суїцидальні спроби та самогубства, то клозапін є

найбільш вивченим з усіх антипсихотичних засобів. Про зниження частоти суїцидальних спроб та самогубств повідомлялося у спеціальних дослідженнях пацієнтів з шизофренією, які отримували клозапін (607), а також у дослідженнях з використанням даних реєстру (533, 606, 608-613), які можуть включати пацієнтів з іншими психотичними діагнозами. Попередні дослідження не змогли виключити можливість того, що рівень суїцидів знизився через неспецифічний ефект посилення клінічного контакту завдяки гематологічному моніторингу під час терапії клозапіном. Однак значне зниження кількості суїцидальних спроб та госпіталізацій у зв'язку з суїцидальними намірами також спостерігалося в нещодавньому сліпому дослідженні, в якому порівнювали клозапін та оланзапін (603). Зменшення кількості суїцидальних спроб в обох групах порівняно з роком, що передував дослідженню, свідчить про те, що оланзапін може також забезпечувати певний захист від суїцидальних спроб. Ці дані свідчать про те, що застосування клозапіну можна розглядати на більш ранніх стадіях лікування осіб з шизофренією або шизоафективними розладами. У той же час, потенційні переваги лікування клозапіном необхідно порівнювати з потенційними побічними ефектами при тривалому лікуванні цим препаратом, включаючи агранулоцитоз, міокардит, збільшення маси тіла та порушення регуляції рівня глюкози в крові. Необхідні подальші дослідження, щоб визначити, чи може клозапін знизити ризик суїциду у пацієнтів з іншими діагнозами, або чи можуть інші антипсихотичні препарати другого покоління знизити ризики суїциду при шизофренії в порівнянні один з одним або з антипсихотичними препаратами першого покоління.

5. Протитривожні лікарські засоби (анксіолітики)

Оскільки тривога є важливим фактором ризику самогубства, який можна змінити, застосування засобів для усунення тривожного стану може знизити цей ризик. Якщо говорити конкретніше, то до того, як супутній депресивний стан зникне, гострий суїцидальний ризик може бути пов'язаний із сильною психічною тривогою, панічними атаками, збудженням і тяжким безсонням (79). Хоча ці симптоми можна зменшити з допомогою агресивного короткострокового лікування бензодіазепінами (тривалістю 1-4 тижні), дослідження ризиків суїциду при лікуванні протитривожними препаратами є досить обмеженими, та жодне клінічне випробування терапії протитривожними препаратами не показало короткострокових або довгострокових антисуїцидальних ефектів. Однак нещодавній аналіз даних, отриманих у контрольованих дослідженнях лікування тривожних розладів, не виявив суттєвих відмінностей у показниках суїцидальної поведінки між тими, хто отримував активно-діючі препарати, і тими, хто приймав плацебо (118).

Для мінімізації сильної рецидивуючої (рикошетної) тривоги/збудження, застосування бензодіазепінів тривалої дії можуть бути кращими, ніж бензодіазепіни короткої дії. Водночас, бензодіазепіни тривалої дії можуть з більшою ймовірністю викликати седацію в денний час. Психіатри також повинні пам'ятати, що бензодіазепіни іноді пригнічують агресивну та небезпечну поведінку, а також посилюють імпульсивність, особливо у

пацієнтів з межовим розладом особистості (614, 615). Для пацієнтів, які приймають бензодіазепіни на постійній основі, припинення їх рийому може бути пов'язано з підвищенням ризику суїциду (616). Як альтернатива бензодіазепінам може бути корисним застосування антипсихотичних препаратів другого покоління або протисудомних препаратів, наприклад, дівалпроексу чи габапентину, хоча конкретних дослідницьких даних про їхню здатність обмежувати рівень тривожності немає. Стан стійкого, тяжкого безсоння також є фактором ризику суїциду, який можна змінити та усунути з допомогою бензодіазепінів або седативних антипсихотиків другого покоління (617-619). Також можна розглянути вибір седативного антидепресанту для пацієнтів з депресією з вираженим безсонням.

6. Електросудомна терапія (ECT)

Іноді ECT застосовують для лікування пацієнтів з гострими суїцидальними намірами, і наявні дані свідчать про те, що ECT зменшує короткочасні суїцидальні думки (620-622). Ефективність ECT найкраще доведена у пацієнтів з важкими депресивними захворюваннями, але за певних клінічних обставин ECT також можна застосовувати для лікування осіб з маніакальними чи змішаними епізодами біполярного розладу, шизоафективного розладу або шизофренії (623). Особливо часто розглядають застосування ECT щодо пацієнтів, для яких, як вважають, затримка відповіді на лікування становить загрозу для життя. До таких пацієнтів можуть належати особи, які відмовляються від їжі через психоз або депресивні симптоми, а також особи з кататонічним станом або вираженим психозом. ECT також може бути показана особам із суїцидальною поведінкою під час вагітності та тим, хто вже зазнав невдачі медикаментозного лікування чи не реагує на терапію. Незважаючи на те, що ECT часто розглядається, як можливий метод лікування осіб з хронічною суїцидальною поведінкою, в яких є межовий розлад особистості, ECT для таких пацієнтів повинна бути спрямована на супутні/коморбідні розлади, які можуть бути присутніми, зокрема, коморбідний великий депресивний розлад. За відсутності інших показань для застосування, ECT не показана для лікування суїцидальності при межовому розладі особистості. Читач може детальніше ознайомитися з інформацією про клінічне застосування ECT, включаючи обстеження перед її проведенням, процес отримання інформованої згоди, кількість проведених процедур і технічні аспекти застосування ECT, розглянувши звіт АПА за 2001 рік «Практика електросудомної терапії» (The Practice of Electroconvulsive Therapy): Рекомендації щодо лікування, навчання та привілеїв: Звіт робочої групи Американської психіатричної асоціації (623). Оскільки немає доказів довготривалого або стійкого зниження ризиків суїциду після гострого курсу ECT, протягом наступних тижнів і місяців зазвичай потрібен ретельний клінічний нагляд і додаткове лікування психотропними препаратами.

B. МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Окрім фармакотерапії та ECT, у клінічній практиці центральну роль у лікуванні суїцидальної поведінки відіграють психотерапевтичні методи. Хоча

під час небагатьох ретельних досліджень безпосередньо вивчали, чи знижують ці інтервенції спроби або смертність внаслідок самогубств як такі, клінічний консенсус свідчить про те, що психосоціальні інтервенції та конкретні психотерапевтичні підходи приносять користь пацієнтам із суїцидальною поведінкою. Крім того, в останні роки дослідження в області психотерапії продемонстрували її ефективність у лікуванні таких розладів, як депресія та межовий розлад особистості, які пов'язані з підвищеним ризиком самогубства. Наприклад, методи КПТ, психодинамічної терапії та міжособистісної психотерапії виявилися ефективними в клінічних дослідженнях щодо лікування цих розладів (511, 515). Невелике РКД лікування межових розладів особистості з частковою госпіталізацією осіб показало позитивний вплив на суїцидальні спроби та самоушкоджуючу поведінку під час лікування та подальшого спостереження (624, 625). Ці спостереження, а також клінічний досвід підтверджують доцільність використання таких психотерапевтичних підходів у лікуванні суїцидальних думок і поведінки.

Низка інших специфічних і неспецифічних інтервенцій були оцінені під час проведення невеликих методологічно обґрунтованих, РКД за участю осіб з суїцидальними думками або спробами самогубства, а також іншими формами навмисного самоушкодження (626, 627). Застосування методу ДПТ досліджували щодо впливу на вузьке коло потенційно суїцидальних пацієнтів, зокрема на жінок з розладами особистості, хронічно схильних до суїциду чи самоушкоджень. Спрямована на подолання дефіциту певних навичок, таких як емоційна регуляція, контроль імпульсів, управління гнівом і впевненість у собі, ДПТ може бути ефективною для зменшення кількості спроб самогубства, якщо її застосовувати протягом тривалого часу, особливо для пацієнтів з розладами особистості. Існують також деякі попередні докази того, що когнітивна та поведінкова психотерапія може знизити частоту суїцидальних спроб у пацієнтів з депресією, які перебувають на амбулаторному лікуванні (236, 626). Однак інші форми КПТ, які включають компонент вирішення проблем, показали неоднозначні результати (524, 628-632), що свідчить про необхідність проведення додаткових досліджень. Досліджували інші неспецифічні інтервенції, використовуючи відносно невеликі вибірки пацєнтів, які також показали неоднозначні результати. Більшість з цих досліджень обмежені за розміром і обсягом популяції пацієнтів і надають лише незначне підтвердження впливу на суїцидальну поведінку (633).

V. ДОКУМЕНТАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ

А. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ ТА ВЕДЕННЯ ДОКУМЕНТАЦІЇ, ХАРАКТЕРНІ ДЛЯ ВИПАДКІВ САМОГУБСТВА

Управління ризиками є важливим компонентом психіатричної практики, особливо під час обстеження та лікування пацієнтів, схильних до суїциду. Клінічно обґрунтоване управління ризиками орієнтоване на пацієнта та підтримує терапевтичний альянс і процес лікування. Найчастіші судові позови, врегулювання питань та вироки проти психіатрів пов'язані з самогубствами пацієнтів. Таким чином, при лікуванні пацієнта з суїцидальною поведінкою

важливо знати і звертати увагу на певні загальні міркування щодо управління ризиками, які узагальнені в **Таблиці 9**.

Документування процесу догляду за пацієнтом є наріжним каменем медичної практики, але воно також має важливе значення для управління ризиками (634, 635). Якщо проти психіатра подається позов про медичну недбалість, документування оцінок суїцидального ризику допомагає суду винести судження щодо численних клінічних складнощів і неоднозначностей, які існують під час лікування та ведення пацієнтів з суїцидальними ризиками. Відсутність документального підтвердження оцінки суїцидального ризику та інтервенцій може дати суду підстави зробити висновок, що вони не були проведені. Для госпіталізованих пацієнтів також важливо задокументувати ті аспекти оцінки ризиків, які виправдовують стаціонарне лікування, особливо якщо воно відбувається на примусовій основі (636). Таким чином, дуже важливо, щоб оцінку суїцидальних ризиків було задокументовано в медичній карті пацієнта.

Незважаючи на часові затрати, з якими стикається психіатр, документування найкраще робити одразу після завершення оцінки суїциду. Посилання на причину оцінки (наприклад, рецидив, погіршення стану, зміна в житті пацієнта) задаватиме контекст для аналізу. Подальша дискусія розглядає фактори, які можуть сприяти підвищенню короткострокового або довгострокового ризику самогубства, а також процес міркувань, який був використаний при проведенні оцінки. Слід також зазначити клінічні висновки та будь-які зміни в плані лікування разом із обґрунтуванням таких дій. Якщо інші заходи або дії розглядалися, але були відхилені, це також необхідно зафіксувати в письмовій формі.

Розглянемо приклад пацієнта, який перебував у стані ремісії після попередньої госпіталізації, пов'язаною зі спробою самогубства, але нещодавно у нього стався рецидив або повторний епізод. Психіатр може документально підтвердити наявність суїцидальних думок, але зазначити про відсутність будь-яких доказів існування конкретного плану чи конкретних симптомів, які б підвищували ризики (наприклад, збудження, сильна тривога, серйозне безсоння). Можна також зазначити, що пацієнт перебуває в стані підвищеного стресу та відчуває певний дистрес, але реагує на підтримку. Ґрунтуючись на готовності пацієнта прийняти допомогу та за відсутності доказів гострих факторів суїцидального ризику може бути доцільним продовжити амбулаторне спостереження з внесенням відповідних змін до плану лікування, наприклад, збільшення частоти візитів, можливе тимчасове збільшення дози анксіолітичних препаратів і, можливо, розмова з родичем або другом, які надають підтримку пацієнту, для отримання додаткової інформації та зміцнення системи підтримки пацієнта.

За будь-яких обставин лікар-психіатр повинен усвідомлювати, що оцінка ризику суїциду - це процес, а не просто поодинока подія. Конкретні моменти, в яких може бути показана повторна оцінка, детально описані в Таблиці 2. У відділеннях стаціонару важливими моментами документування огляду виникають при поступленні пацієнта до лікарні, при зміні рівнів

запобіжних заходів або спостереження, переміщенні пацієнта між відділеннями, видачі перепусток, помітних змінах клінічного стану пацієнта, а також під час оцінки пацієнта перед випискою (637). Зокрема, визначення рівня запобіжних заходів щодо суїциду (індивідуальні перевірки чи перевірки кожні 15 хвилин тощо) має ґрунтуватися на клінічній картині пацієнта та бути підкріплене клінічним обґрунтуванням. Оскільки допомога в стаціонарних закладах, як правило, надається багатопрофільною лікувальною групою, для психіатра важливо регулярно переглядати медичні записи пацієнта чи комунікувати вербально з персоналом протягом усього часу перебування пацієнта в лікарні. Під час виписки пацієнта зі стаціонару слід задокументувати оцінку ризиків і переваг як для продовження госпіталізації, так і для виписки, а також зафіксувати домовленості щодо подальшого амбулаторного лікування пацієнта.

ТАБЛИЦЯ 9. Загальні міркування щодо управління ризиками та ведення документації під час оцінки та лікування пацієнтів із суїцидальним ризиком

Налагоджена співпраця, комунікація та союз між лікарем та пацієнтом

Ретельне та уважне ведення документації, включаючи такі аспекти, як:

- Оцінка ризиків
- Реєстрація процесів прийняття рішень
- Опис змін у лікуванні
- Запис комунікацій з іншими клініцистами
- Запис телефонних дзвінків від пацієнтів або членів сім'ї
- Журнал реєстрації виданих рецептів або копії фактичних рецептів
- Медичні записи про попереднє лікування, якщо такі є, особливо лікування, пов'язаного з минулими спробами самогубства

Критичні моменти для документування:

- Під час першого психіатричного обстеження або при поступленні до медичного закладу
- При появі будь-якої суїцидальної поведінки або думок
- Щоразу, коли є будь-яка зміна клінічного стану, що заслуговує на увагу
- Для стаціонарних пацієнтів перед збільшенням привілеїв або видачею перепусток та перед випискою:

Моніторинг питань перенесення та контрперенесення з метою оптимізації клінічного рішення:

за необхідності слід розглянути надання консультації, заслухати іншу думку або і те, й інше;

обережне завершення оцінки (з відповідним документуванням);

вогнепальна зброя;

- За наявності задокументуйте інструкції, надані пацієнту та важливим для нього людям.
- За відсутності, задокументуйте як відповідний негативний чинник

Планування спектру дій

—

В амбулаторних умовах процес оцінки та документування суїцидальних ризиків зазвичай відбувається під час первинного інтерв'ю; при появі або повторному виникненні суїцидальних думок, планів або поведінки; а також при інших значних змінах у стані пацієнта. У цей час слід належним чином зазначати випадки перегляду плану лікування. Для пацієнтів, які проходять психоаналіз або модифіковане психоаналітичне лікування, лікар-психіатр може дотримуватися рекомендацій щодо складання карти, викладених у Практичній Настанові з психоаналітичної субспеціальності (638).

В. КОНТРАКТИ ПРО ЗАПОБІГАННЯ САМОГУБСТВАМ: КОРИСТЬ І ОБМЕЖЕННЯ

Спочатку контракт про запобігання самогубствам, який іноді називають контрактом про незаподіяння шкоди, мав на меті полегшити ведення пацієнта з суїцидальним ризиком (639). Незважаючи на те, що в епоху керованої медичної допомоги контракти про запобігання самогубствам все частіше використовуються для пацієнтів, схильних до ризику самогубства; бажання (або небажання) пацієнта укласти контракт про запобігання самогубствам не слід розглядати як абсолютний показник придатності людини до виписки (або госпіталізації). Крім того, оскільки практична користь контракту про запобігання самогубствам ґрунтується на суб'єктивних переконаннях, а не на об'єктивних доказах, його переоцінюють як клінічний метод або метод управління ризиками. Крім того, контракт про запобігання самогубствам не є юридичним документом і не може бути використаний як виправдувальний доказ у разі судового розгляду (640). Таким чином, контракт про запобігання самогубствам не може і не повинен замінювати ретельну оцінку ризику самогубства (637).

Хоча в клінічній практиці широко використовуються контракти про запобігання самогубствам (429), жодне дослідження не показало їхньої ефективності щодо зниження рівня самогубств. Насправді, дослідження осіб, які намагалися вчинити самогубство та стаціонарних пацієнтів, які померли внаслідок самогубства, показали, що значна частина з них мала контракт про запобігання самогубствам на момент вчинення суїцидального акту (212, 218, 430). Отже, хоча контракти про запобігання самогубствам в усній та письмовій формі були запропоновані як допоміжні засоби для оцінювання терапевтичного альянсу, слід також чітко розуміти їхні обмеження (641). Використання контрактів про запобігання самогубствам може відображати зрозумілу, але не завжди ефективну спробу клініциста контролювати неминучу тривогу, пов'язану з лікуванням пацієнтів з суїцидальним ризиком. У той же час, надмірне покладання на контракт з пацієнтом про запобігання самогубству може призвести до помилкового зниження клінічної пильності, не змінюючи суїцидальний стан пацієнта.

Деякі клініцисти оцінюють суїцидальні наміри пацієнта за його чи її готовністю формалізувати альянс у вигляді письмового або усного контракту. Наприклад, при обговоренні контракту про запобігання самогубствам деякі пацієнти відкрито заявлятимуть, що не можуть бути впевнені в тому, що

зможуть (або виявлять бажання) зателефонувати психіатру або іншим членам лікувальної команди у разі виникнення загрози саморуйнівних імпульсів. Пацієнти, які відмовляються від контракту про запобігання самогубствам, повідомляють, що вони вважають терапевтичний альянс неоптимальним, або відчувають себе нездатними дотримуватися такого контракту. Отже, пацієнти, які відмовляються підписувати контракти проти вчинення суїциду, ставлять лікаря до відома, що слід переглянути терапевтичний альянс і рівень суїцидального ризику.

Альтернативний підхід до контрактів про запобігання самогубствам, запропонований Miller та ін. (642), спирається на основні принципи інформованої згоди і включає обговорення з пацієнтом ризиків і переваг лікування та варіантів ведення випадку як засобу оцінювання його здатності розвивати і підтримувати терапевтичний альянс. У стаціонарних умовах такі бесіди можуть підкреслити доступність клінічного персоналу та використовуються як спосіб інформування пацієнта про можливості подолання суїцидальних імпульсів.

Незалежно від потенційних переваг контрактів про запобігання самогубствам, вони є надійними лише настільки, наскільки надійним є стан терапевтичного альянсу. Так, під час роботи з новим пацієнтом психіатр може не мати достатньо часу для адекватного оцінювання пацієнта, чи визначення його здатності сформувати терапевтичний альянс, що дає мало підстав покладатися на контракт про запобігання самогубствам або взагалі не дає таких підстав. Як наслідок, не рекомендується використовувати контракти про запобігання самогубствам з пацієнтами, які перебувають у закладах невідкладної допомоги чи з нещодавно госпіталізованими та невідомими пацієнтами стаціонару. Крім того, пацієнти в стані кризу можуть бути не в змозі укласти контракт через тяжкість своєї хвороби. Також не рекомендується укладати контракти про запобігання самогубствам з пацієнтами, які перебувають у стані збудження, психозу, імпульсивними пацієнтами, чи коли пацієнт перебуває під впливом одурманюючих речовин. Для таких осіб, як і для всіх пацієнтів з суїцидальною поведінкою, психіатр повинен постійно пам'ятати про необхідність проведення постійного обстеження щодо суїцидальних намірів.

С. КОМУНІКАЦІЯ З ВАЖЛИВИМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ЛЮДЬМИ

Конфіденційний характер стосунків між лікарем і пацієнтом є фундаментальним аспектом психотерапевтичного процесу. Отже, психіатру доведеться подолати протиріччя між цією вимогою та бажанням діяти з дотриманням найкращих інтересів пацієнта. За замовчуванням, якщо пацієнт не дає згоди на певну інтервенцію або комунікацію, лікар повинен дотримуватися політики конфіденційності. Однак для підтримки безпечного середовища для пацієнта може виникнути потреба зв'язатися з важливими для пацієнта людьми, щоб вони надали інформацію про поведінку в минулому чи виконали певні завдання, наприклад, вилучили вогнепальну зброю з помешкання. Якщо психіатр визначає, що пацієнт є (або може стати)

небезпечним для себе або для інших, а пацієнт не дає згоди застосовувати інтервенції, спрямовані на зменшення цих ризиків, у такому разі психіатр має право послабити рівень конфіденційності настільки, наскільки це необхідно для вирішення питання безпеки пацієнта та інших осіб. Зокрема, у виданні 2001 року «Принципів медичної етики з анотаціями, особливо застосовними до психіатрії» зазначено: «Деколи психіатри можуть вважати за необхідне розкрити надану пацієнтом конфіденційну інформацію для того, щоб захистити пацієнта або суспільство від неминучої небезпеки» (Розділ IV, Анотація 8) (643). Як і в багатьох інших ситуаціях, пов'язаних із суїцидальними пацієнтами, такі рішення вимагають значного клінічного судження при співставленні наслідків порушення конфіденційності в процесі терапевтичних стосунків з потенційними ризиками для безпеки пацієнта або інших осіб. Слід також зазначити, що психіатр може вислухати інформацію, надану друзями або членами родини, не порушуючи конфіденційності під час розкриття інформації про пацієнта інформатору. Крім того, в екстреній ситуації необхідна інформація про пацієнта може бути передана поліції та працівникам екстрених служб, в тому числі медичним працівникам та фельдшерському персоналу з надання невідкладної допомоги.

D. ВЕДЕННЯ ВИПАДКІВ СУЇЦИДУ НА ПРАКТИЦІ

Оскільки психіатри працюють з особами, які за визначенням мають підвищений ризик суїциду, самогубства можуть траплятися і трапляються в клінічній практиці, незважаючи на найкращі зусилля щодо оцінки та лікування суїцидальних випадків (489, 491). Щонайменше половина психіатрів можуть очікувати, що в ході своєї практики один з їхніх пацієнтів помре внаслідок самогубства (644, 645). Самогубство пацієнта є одним з найскладніших переживань у професійній діяльності, з якими стикається психіатр. Це може призвести до симптомів посттравматичного стресового розладу, шоку, відчуття гніву, горя, провини, ізоляції, сорому, зниження самооцінки та занепокоєння щодо реакції колег (646, 647). В одному дослідженні (644) приблизно половина психіатрів, які втратили пацієнта внаслідок самогубства, переживали рівень стресу, порівнянний з рівнем стресу людей, які оговтуються після смерті батьків. Значні наслідки самогубства пацієнта для психіатра, особливо посттравматичні стресові реакції (644), свідчать про те, що надання підтримки психіатру та повторний аналіз подій, що призвели до самогубства, є виправданими. Спеціальна підготовка також може бути корисною для того, щоб допомогти психіатру впоратися з наслідками самогубства пацієнта (644). Окрім отримання підтримки від колег після самогубства пацієнта, деякі психіатри вважають корисним звернутися за консультацією або супервізією, щоби продовжувати ефективно реагувати під час роботи з іншими пацієнтами. Після самогубства пацієнта лікарі можуть переживати суперечливі почуття та побоювання, що потребують вирішення. Однак можна вжити низку заходів, щоби полегшити процес подальшого спостереження після надання допомоги. Багато психіатрів вважають корисною консультацію з колегою або адвокатом. Крім того, лікар-психіатр повинен

переконатися в наявності медичної документації пацієнта в повному обсязі. Будь-яку додаткову документацію, внесену до медичної карти пацієнта після його/її смерті, необхідно датувати числом отримання такої документації, а не «заднім числом», а попередні записи не повинні бути змінені.

Розмови з членами сім'ї можуть бути доречними; бесіди можуть полегшити горе та допомогти членам сім'ї, які зазнали спустошення, отримати допомогу після самогубства. Ця рекомендація ґрунтується насамперед на гуманних міркуваннях стосовно тих, хто пережив самогубство, але цей підхід може також мати потужний, хоча й побічний, аспект управління ризиками. Тим не менш, адвокати по-різному консультують лікарів з питань надання допомоги після самогубства. У разі несприятливого результату деякі адвокати рекомендують закрити справу і не підтримувати жодних контактів з родиною, окрім як через адвоката. Інші адвокати заохочують до розсудливої комунікації або надання консультацій, якщо це показано. Якщо обрано такий підхід, психіатр повинен зосередитися на почуттях членів сім'ї, а не на конкретних деталях лікування пацієнта. Крім того, під час розмови з членами родини, які пережили трагедію, слід бути обережним, щоб не розголошувати конфіденційну інформацію про пацієнта і не робити заяв, що звинувачують або виправдовують лікаря, оскільки такі заяви можуть ще більше засмутити родину та дати поштовх до судового розгляду. Особи, які проживали з пацієнтом до самогубства, не тільки наразі відчувають сильний душевний біль, але й ділилися ним з пацієнтом перед смертю. Так, низка судових позовів подається через відмову лікаря висловити будь-яким чином почуття співчуття, смутку, скорботи чи жалю з приводу смерті пацієнта. У ряді штатів діють закони, які забороняють заяви, листи чи доброзичливі людські висловлювання співчуття, наприклад, вираження суму і жалю, як докази визнання відповідальності в цивільному процесі (648). Однак законодавство часто розрізняє частину заяви, яка є вираженням співчуття, і частину заяви, яка виражає вину, наприклад, у випадку автомобільної аварії: «Мені шкода, що ви постраждали» (неприйнятно як доказ відповідальності) і «Я розмовляв по мобільному телефону і просто не побачив, що ви наближаєтеся» (прийнятно як доказ відповідальності). Отже, лікарям-психіатрам може бути корисно знати, чи застосовується закон про представлення вибачення в їхній юрисдикції, і, якщо так, то знати конкретні положення цього закону. Психіатр повинен використовувати своє клінічне судження, щоб вирішити, чи буде доречною його/її присутність на похороні пацієнта. Також може бути корисним залучити до процесу прийняття рішення менеджера з управління ризиками.

Часто виникають ситуації, коли інформація запитується після смерті пацієнта. Як правило, перед наданням копії медичних записів необхідно отримати письмовий дозвіл від виконавця заповіту чи розпорядника майна померлого пацієнта. Якщо майно було оформлене, а виконавця заповіту чи розпорядника більше не існує, копія медичних записів може бути надана лише належним чином призначеним законним представникам (649).

Е. ІНТЕРВЕНЦІЇ В ОБЛАСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЧЛЕНІ СІМ'Ї ТА ДРУЗІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВИПАДОК САМОГУБСТВА

Особи, які пережили самогубство, є більш вразливими до фізичних і психологічних розладів і самі наражаються на підвищений ризик суїциду (див. розділ II.E.6 «Сімейний анамнез»). Незважаючи на те, що існує відносно небагато систематичних досліджень, присвячених вивченню втрати дорослих після самогубства, наявні дослідження свідчать про те, що емоційний, соціальний і фізичний стан людей, які пережили самогубство, суттєво змінюється після самогубства родича. Протягом 6 місяців після самогубства 45% дорослих, які пережили втрату, повідомляють про погіршення психічного стану, а 20% - про погіршення фізичного стану (650). Симптоми депресії, посттравматичного стресу, почуття провини і сорому, а також соматичні скарги переважають у цей період і є більш вираженими серед батьків померлих дітей (650-652). У той час як більшість дорослих, які зазнали тяжкої втрати, протягом 6 місяців після самогубства визнають необхідність інтервенції, лише приблизно 25% звертаються за психіатричною допомогою (650). Незважаючи на такий низький рівень лікування, більшість дорослих, які пережили втрату, добре адаптуються в довгостроковій перспективі (653, 654).

Найбільш вичерпні дані про тяжкість втрати після самогубства існують для молоді. Ці дані свідчать про те, що протягом 6 місяців після самогубства друга чи брата/сестри симптоми серйозних депресивних і посттравматичних стресових розладів є поширеними серед молодих людей, які пережили тяжке потрясіння (145, 651, 655). Дані довгострокових спостережень (до 18 місяців) за підлітками, чиї друзі покінчили життя самогубством, свідчать про те, що частота розвитку великого депресивного розладу вища у тих, хто мав депресію до самогубства друга, помірна - у тих, у кого депресія розвинулася одразу після самогубства, і найнижча - серед тих, хто не був у депресії одразу після самогубства (656). Ті, в кого депресія розвинулась після смерті друга, та які мали близькі відносини з померлим внаслідок самогубства другом, сильніше відчували горе та сильніше наражалися на ризики самогубства. Протягом 6 років після самогубства друга підлітки з синдромальним рівнем травматичного горя в п'ять разів частіше повідомляли про суїцидальні думки, ніж підлітки без травматичного горя (657). Однак серед підлітків, які мали друга, який загинув внаслідок самогубства, частота суїцидальних спроб не була вищою, ніж серед підлітків, які не знали нікого, хто би покінчив життя самогубством. Брати і сестри підлітків, які загинули внаслідок самогубства, мали в сім разів більший ризик розвитку великого депресивного розладу протягом 6 місяців (651). Однак у відповідному 3-річному спостереженні за братами і сестрами підлітків, які покінчили життя самогубством, брати/сестри зазнали більш значного горя, ніж друзі підлітків, які вчинили суїцид, хоча показники психічних розладів у подальшому спостереженні були такими ж, як і у підлітків, які не мали друга чи брата/сестру, які загинули в результаті самогубства (651).

Ці дослідження свідчать про підвищений ризик виникнення психіатричних симптомів і розладів після самогубства родича. Таким чином, необхідно запропонувати психіатричні інтервенції членам сім'ї незабаром після смерті рідної людини та продовжувати їхнє застосування, щоб зменшити ризики психічних розладів. Така інтервенція особливо важлива для молоді та для тих, хто був свідком самогубства або перебував на місці загибелі. Цілі психіатричної інтервенції включають виявлення та лікування основних депресивних і посттравматичних стресових розладів, а також пов'язаних з ними симптомів (658, 659). Також показано триваліше спостереження, включаючи обстеження та інтервенції, за підлітками, які зазнали втрати після самогубства родича або друга, для зниження ризиків повторної депресії та інших захворювань (660). Крім того, необхідний сімейний підхід до оцінки та інтервенцій для тих, хто зазнав тяжкої втрати після самогубства підлітка. Оцінка та лікування стану переживання горя можуть бути так само важливими для зниження ризиків суїцидальних думок серед підлітків, які втратили близьку їм людину внаслідок самогубства, яка була для них важливою з емоційної точки зору. Для усіх членів сім'ї та близьких друзів людей, які померли внаслідок самогубства, може бути корисним направлення до групи підтримки тих, хто пережив самогубство рідних і знайомих.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з джерела **Self-harm: assessment, management and preventing recurrence NICE guideline, 2022**

1.14 Навчання

1.14.1 Вимоги до навчання для всього персоналу, який працює з людьми будь-якого віку, що завдають собі шкоди:

• залучати людей, які завдають собі шкоди до планування, проведення й оцінки навчання, залежно від ситуації, їхніх піклувальників або членів їхні сімей, а також персонал;

• навчання має бути доступним у різних форматах, включно з інтерактивними рольовими іграми, роботою онлайн і особисто, а також наданням ресурсів.

• проаналізувати ставлення співробітників (включно з не медичним персоналом), їхні цінності, переконання й упередження;

• навчання має відповідати рівню відповідальності співробітника;

• навчання слід забезпечувати на регулярній і постійній основі.

1.14.2 Усі співробітники, які працюють із людьми будь-якого віку, що завдають собі шкоди, мають пройти спеціальне навчання відповідно до своїх функціональних обов’язків, щоб мати змогу надавати допомогу й лікування, описані в цій настанові. Навчання має охоплювати:

• різні види поведінки, які можна вважати самоушкодженням;

• лікування епізодів самоушкодження, включно з деескалацією з використанням найменш обмежувальних заходів;

• відкрите обговорення самоушкодження з людиною для з’ясування причин кожного епізоду самоушкодження;

• залучення людей, які завдають собі шкоди, до всіх обговорень і надання достатньої кількості часу для ухвалення рішень щодо лікування таких людей і подальшої допомоги;

• співчутливе спілкування та сприяння взаємодії з людьми, які заподіяли собі шкоду, зокрема шляхом використання навичок активного слухання;

• культурну обізнаність, повагу до культурного контексту життя людей і його розуміння;

• інформування про основні чинники, тригери або мотиви, які можуть спонукати людей до самоушкодження;

• інформування про стигму й дискримінацію, які зазвичай асоціюються із самоушкодженням, і необхідність ставитися до людей без упередження;

• розуміння того, що інші діагнози й супутні захворювання можуть мати вплив і взаємодіяти із самоушкодженням;

• забезпечення балансу між автономністю пацієнта і його безпекою під час надання допомоги людям, які завдали собі шкоди;

• оцінювання потреб і безпеки людини, яка завдала собі шкоди (відповідно до функціональних обов’язків і оточення);

• формальні процеси, пов’язані з лікуванням після самоушкодження, зокрема:

— варіанти лікування та скерування;

— відповідні плани допомоги;

— відповідне законодавство;

— процедури, що використовуються в певному закладі, включно з плануванням, правилами й протоколами.

1.14.3 Крім навчання, описаного в рекомендації 1.14.2, фахівці з охорони психічного здоров’я, які працюють із людьми будь-якого віку, що завдають собі шкоди, мають пройти навчання з проведення психосоціальної оцінки й формулювання ризиків.

1.14.4 Усі співробітники, які спостерігають за людьми, що заподіяли собі шкоду, також мають опанувати методи терапевтичного спостереження, включно із залученням і налагодженням контакту.

1.15 Нагляд

1.15.1 Усі співробітники, які працюють із людьми будь-якого віку, що завдають собі шкоди, повинні мати можливість регулярного, якісного формального нагляду з боку старшого персоналу, який має відповідні навички, підготовку й досвід. Нагляд повинен:

• враховувати емоційний вплив самоушкодження на співробітників і те, як найкраще їх підтримати;

• бути спрямована на надання співчутливої допомоги;

• фокусуватися на постійному розвитку навичок;

• охоплювати рефлексивну практику;

• сприяти підвищенню впевненості й компетентності персоналу, який працює з людьми, що заподіяли собі шкоду.

1.15.2 Весь персонал, який працює з людьми, що заподіяли собі шкоду, повинен мати легкий доступ до постійної підтримки з боку старшого персоналу, який має відповідні навички, підготовку й досвід. Підтримка має охоплювати:

• чіткий розподіл відповідальності за ухвалення рішень, особливо в ситуаціях, коли виникають проблеми з балансом між автономністю й безпекою людини, яка заподіяла собі шкоду;

• емоційну підтримку або скерування до служб емоційної підтримки (залежно від уподобань співробітника).

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003

ЧАСТИНА B:

ВІДОМОСТІ З ІСТОРІЇ ПИТАННЯ ТА ОГЛЯД НАЯВНИХ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ

VI. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ НАЯВНИХ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ

A. ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СТУПІНЬ РИЗИКУ САМОГУБСТВА ТА СПРОБИ САМОГУБСТВА

1. Демографічні фактори

a) Вік

Як показано в Таблиці 10, рівень самогубств залежить від віку, статі, раси чи етнічної приналежності. Щорічні показники серед населення США різко зростають у підлітковому та молодому віці, стабілізуються до середини життя, а потім знову зростають серед осіб віком понад 65 років. Показник зростання рівня самогубств серед молоді є ще більшим у деяких етнічних та расових підгрупах населення. Наприклад, рівень самогубств серед чоловіків етнічної групи американських індіанців у віці від 15 до 34 років становив у середньому близько 36 на 100 000 у період з 1979 по 1993 рік, тоді як серед чоловіків корінних жителів Аляски у віці від 14 до 19 років цей показник був ще більш вражаючим - 120 на 100 000 (661). Рівень самогубств серед темношкірих юнаків, які історично мали низький ризик суїциду, зараз можна порівняти з рівнем самогубств серед їхніх білих ровесників. Хоча рівень самогубств серед підлітків, як і загальний рівень самогубств у США, знизився за останнє десятиліття, відносний ризик самогубств серед молоді залишається високим, і це пояснюється зростанням зловживання алкоголю та наркотиків (662) занепадом розширеної сім'ї та розривом зв'язків між поколіннями, а

також збільшенням доступності вогнепальної зброї, особливо для молодих афроамериканських чоловіків (663).

Люди у віці старше 65 років непропорційно представлені серед тих, хто вчинив самогубство. Порівняно з рівнем самогубств серед чоловіків у віці 55-64 років, рівень самогубств серед чоловіків у віці понад 85 років удвічі-втричі вищий для всіх рас, окрім афроамериканців. Серед жінок похилого віку рівень самогубств відносно не змінюється зі збільшенням віку, за винятком жінок азійського походження віком понад 85 років, у яких рівень самогубств зростає втричі, починаючи з середнього віку.

Загальний рівень самогубств серед людей віком понад 65 років суттєво знизився протягом останнього століття і продовжує знижуватися протягом останнього десятиліття. Хоча точні причини цього зниження невідомі, вважається що цьому сприяє цілий ряд механізмів, включаючи покращення доступу літніх людей до соціальних та медичних ресурсів завдяки впровадженню законодавства про соціальне забезпечення та медичну допомогу, а також більш широке використання безпечних та ефективних антидепресантів (664). Однак рівень самогубств серед людей похилого віку може знову зрости, оскільки численне покоління бебі-бумерів, яке народилося після Другої світової війни, продовжує старіти. Порівняно з віковими групами, народженими в більш ранні чи більш пізні періоди, бебі-бумери вирізняються порівняно вищим рівнем самогубств у всіх вікових групах (665). Додаткове занепокоєння викликає той факт, що люди похилого віку є найбільш швидкозростаючим сегментом населення США. Таким чином, оскільки велика кількість представників цієї когорти високого ризику самогубства вступає у фазу життя, пов'язану з найбільшим ризиком, абсолютна кількість самогубств серед літніх людей може різко зрости (666).

ТАБЛИЦЯ 10. Рівень самогубств у США за віком, статтю та расовою чи етнічною приналежністю

ТАБЛИЦЯ 10. Рівень самогубств у США за віком, статтю та расовою чи етнічною приналежністю[a]

	Білі неіспаномовні		Темношкірі неіспаномовні		Іспаномовні		Населення островів Азії/Тихого океану		Американські індіанці/ Корінне населення Аляски	
Вік (в роках)	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
<15	0.93	0.25	0.79	0.12	0.44	0.15	0.24	0.25	1.78	0.36
15–24	18.98	3.25	14.66	2.32	13.23	2.21	10.86	3.29	36.81	8.78
25–34	23.89	5.34	16.96	2.76	13.66	1.94	12.81	3.86	34.37	12.52
35–44	26.42	7.74	13.67	2.81	12.69	2.69	9.44	3.15	34.04	9.10
45–54	25.71	7.98	11.75	2.60	12.75	3.15	10.86	3.25	21.63	5.81
55–64	22.09	6.41	8.02	1.60	10.88	1.37	9.75	3.92	23.54	1.38
65–74	25.15	4.65	11.06	0.95	14.52	1.55	9.75	3.57	21.39	0.00
75–84	41.29	4.24	12.16	2.40	21.59	1.73	25.10	7.72	4.91	0.00
>84	60.68	4.63	12.04	0.46	21.68	0.74	38.24	9.34	0.00	0.00

[a]Кількість самогубств на 100 000 населення в США у 2000 році за кодами X60-X84, Y87.0 згідно МКХ-10. З веб-системи запитів та звітності щодо статистики травматизму (Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System), Національного центру профілактики та контролю травматизму (National Center for Injury Prevention and Control), Центрів контролю та профілактики захворювань (National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention) (11).

Суїцидальні думки та спроби самогубства частіше трапляються в молодших вікових групах, ніж у більш зрілому віці (14). Kuo та ін. (29), використовуючи дані проспективного дослідження «Епідеміологічна територія охоплення» (ETO), виявили прогресуюче зниження щорічної частоти суїцидальних думок спроб самогубства зі збільшенням віку. Порівняно з показником для осіб старше 65 років, кількість суїцидальних спроб у віці від 18 до 29 років була в 10 разів вищою і становила приблизно 310 на 100 000 людино-років. Частота суїцидальних думок у віці від 18 до 29 років становила приблизно 630 на 100 000 людино-років, що в шість разів більше, ніж у людей старше 65 років. Duberstein та ін. (13), досліджуючи категорію дорослих людей віком від 50 років і старше, також виявили, що з віком люди рідше повідомляють про суїцидальні думки.

В інших дослідженнях оцінки поширеності суїцидальних думок серед людей старшого віку варіювалися залежно від вибірки населення, місця, часових рамок і методів дослідження. Lish та його колеги (667) виявили, що 7,3% вибірки людей старшого віку у закладах первинної медичної допомоги Департаменту у справах ветеранів США (VA) мали думки про самогубство, а люди похилого віку, які в минулому лікувалися від психічних розладів, піддавалися набагато більшому ризику. Callahan і його колеги (668) використовували набагато суворіше визначення суїцидальних думок, обмежуючи їх рамками останнього тижня і наполягали, що ці думки мають включати конкретний план самогубства. Вони виявили, що 0,7%-1,2% людей похилого віку, які отримували первинну медичну допомогу, мали суїцидальні думки, причому всі вони мали розлади настрою. Skoog та ін. (669) в опитуванні шведів, які не мали деменції, віком 85 років і старше запитували про наявність як активних, так і пасивних суїцидальних думок протягом місяця, що передував опитуванню. Виявилося, що 16% респондентів мали думки про самогубство. Знову ж таки, цей показник був вищим у людей з психічними розладами, у тих, хто приймав анксіолітичні та нейролептичні препарати, а також у тих, хто мав серйозні фізичні захворювання. У дослідженні Schwab та ін. (670) серед мешканців Флориди віком 60 років і старше, що проживають у громаді самостійно, менше 6% повідомили, що коли-небудь мали суїцидальні думки, тоді як у Берлінському дослідженні старіння (671) 21% респондентів віком понад 70 років повідомили, що мали суїцидальні думки. Знову ж таки, психіатричні захворювання були присутні практично у всіх досліджуваних, що свідчить про необхідність ретельного скринінгу на наявність психіатричних розладів у людей похилого віку з суїцидальними думками.

b) Стать

Епідеміологічні дані свідчать, що у США самогубства частіше трапляються серед чоловіків, ніж серед жінок. Наприклад, дані Національного центру медичної статистики (National Center for Health Statistics) за 2000 рік показали, що скоригований за віком рівень самогубств серед чоловіків був приблизно в 4,5 рази вищим, ніж серед жінок (18,08 на 100 000 і 4,03 на 100 000 відповідно) (11). Цю різницю можна порівняти зі співвідношенням

самогубств серед чоловіків і жінок, виявленим у Національному довгостроковому дослідженні смертності (National Longitudinal Mortality Study) за 1979-1989 роки (672). Серед населення США кількість смертей від самогубств є значно більшою у чоловіків усіх расових та етнічних груп, причому серед афроамериканців та латиноамериканців цей показник більш ніж у 5,5 разів вищий, ніж серед жінок, а серед вихідців з островів Азії та Тихого океану - втричі вищий, ніж такий же показник у жінок. Однак в інших частинах світу ситуація відрізняється. Наприклад, у Китаї рівень самогубств серед жінок на 25% вищий, ніж серед чоловіків (18).

Переважна кількість самогубств серед чоловіків у порівнянні з жінками у США зберігається у всіх вікових групах. У підлітків і молодих людей чоловічої статі ймовірність померти від самогубства приблизно в 5,5 разів вища, ніж у жінок, тоді як у середньому віці коефіцієнт співвідношення можливої смерті від суїциду у чоловіків і жінок становить приблизно 3,5 до 1. Однак після 65 років співвідношення кількості самогубств між чоловіками і жінками неухильно зростає в усіх групах, окрім азійців, а після 80 років різниця між ними становить понад 10 разів.

Відмінності ризику самогубства залежно від статі можуть бути частково пояснені загальними факторами ризику, що присутні в різній мірі у чоловіків і жінок. Наприклад, чоловіки рідше, ніж жінки, звертаються за допомогою, визнають серйозність своїх симптомів або погоджуються на лікування, що підвищує ймовірність самогубства. На противагу цьому, жінки, як правило, менш імпульсивні, мають більшу соціальну підтримку та нижчий рівень супутніх розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та психоактивних речовин, що може мати захисний ефект (21). Серед причин дуже низького рівня суїцидів серед афроамериканських жінок розглядаються потенційні захисні факти релігії та розширених родинних зв'язках (22).

Незважаючи на нижчий рівень самогубств, жінки мають вищі показники депресивних захворювань, ніж чоловіки (23, 673). Крім того, 10-річне спостереження з використанням даних Національного довгострокового дослідження смертності показало, що безробіття має більший і триваліший вплив на рівень самогубств серед жінок порівняно з чоловіками (24). Порівняно з чоловіками, жінки також мають підвищену ймовірність зазнати фізичного або сексуального насильства, що також може підвищувати ризик самогубства (36). Відносна летальність методів самогубства, які обирають жінки, залишається меншою, ніж у чоловіків; однак нещодавнє частіше використання жінками вогнепальної зброї свідчить про те, що ця різниця може зменшуватися (11, 674).

Рівень самогубств також досліджували серед вагітних жінок і в післяпологовий період. Dannenberg та ін. (675) проаналізували записи судмедекспертів Нью-Йорка, отримані протягом 4-річного періоду, про 293 випадки смерті від тілесних ушкоджень вагітних або нещодавно вагітних жінок у віці від 15 до 44 років. З них 15 померли внаслідок суїциду, що несуттєво відрізнялося від очікуваної вікової та расової смертності в загальній популяції. Однак Marzuk та ін. (676) проаналізували дані, отримані внаслідок

розтину померлих жительок Нью-Йорка дітородного віку і виявили, що стандартизований рівень смертності від самогубств під час вагітності становить третину від очікуваного. Appleby (677), використовуючи ретроспективні демографічні дані по Англії та Уельсу з 1973 по 1984 рік, також відзначив зниження рівня суїцидів серед вагітних жінок і серед жінок протягом першого року після пологів, з показниками нормалізованого рівня смертності 0,05 і 0,17 відповідно. На противагу зниженню рівня самогубств серед жінок загалом під час вагітності та післяпологового періоду, Appleby та ін. (27) згодом виявили надзвичайно високий рівень самогубств серед жінок, які були госпіталізовані до психіатричної лікарні в післяпологовий період. У цьому дослідженні серед 1 567 жінок, госпіталізованих до психіатричних лікарень Данії протягом першого року після пологів, показник стандартизованого рівня смертності від суїциду протягом 1 року більш ніж у 70 разів перевищував очікуваний показник. Хоча ризик був найбільшим протягом першого місяця після пологів, він зберігався протягом усього першого року після пологів. Крім того, жінки, які вчинили самогубство після пологів, часто використовували насильницькі методи. Таким чином, незважаючи на обмежену кількість наявних даних, можна стверджувати що жінки з тяжкими післяпологовими психічними розладами піддаються підвищеному ризику скоєння суїциду протягом першого року після пологів. Інші групи з особливо підвищеним післяпологовим ризиком включають підлітків та жінок з низьким соціально-економічним статусом (27, 28). Однак для жінок як для групи захисний ефект може бути присутнім під час вагітності та в післяпологовий період (25).

Що стосується суїцидальних спроб, випадки таких спроб реєструються в США втричі частіше серед жінок, ніж серед чоловіків. Однак це переважання жінок серед тих, хто вчиняє спробу суїциду, змінюється з віком, і в старшому віці співвідношення жінок і чоловіків, які намагаються покінчити життя самогубством, наближається до 1:1 (11). Подібні тенденції спостерігаються і в частоті виникнення суїцидальних думок. Наприклад, Kuo та ін. (29), використовуючи дані проспективного спостереження 3 481 особи в рамках Балтиморського дослідження епідеміологічної території охоплення, виявили, що жінки у віці від 18 до 29 років мали вищу частоту суїцидальних думок і суїцидальних спроб, ніж їхні однолітки-чоловіки. Однак така перевага у кількості жінок що мали суїцидальні думки та спроби самогубства над чоловіками не спостерігалася у старших вікових групах або у вибірці в цілому.

Як зазначалося раніше, жінки частіше зазнають домашнього насильства, фізичного або сексуального насильства, і з цим пов’язаний більш високий показник частоти суїцидальних думок і спроб самогубства (32-34). У дослідженні психосоціальних наслідків сексуального насильства в дитинстві у вибірці, що складалась з 1 991 пари одностатевих близнюків, Nelson та ін. (35) виявили, що сексуальне насильство в дитинстві втричі частіше зустрічається у жінок і пов'язане з підвищеним ризиком суїцидальних спроб. Емоційно нестабільний (межовий) розлад особистості також частіше зустрічається у жінок (515) і сам по собі асоціюється з підвищеною частотою суїцидальних думок, суїцидів, спроб суїцидів та інших форм самоушкодження. Крім того,

межовий розлад особистості особливо поширений серед жінок, які зазнали в дитинстві сексуального насильства, фізичного насильства або і того, і іншого (31). Як наслідок, фізичне та сексуальне насильство, а також домашнє насильство слід особливо враховувати при оцінці та лікуванні жінок із суїцидальними думками, спробами самогубства та іншими формами самоушкоджувальної поведінки.

с) Раса, етнічна приналежність та культура

Раса, етнічна приналежність і культура пов'язані з різними показниками частоти випадків суїциду. В Сполучених Штатах у 2000 році загальний показник частоти суїцидів з поправкою на вік був найвищим серед корінних народів Америки і білих нелатиноамериканського походження - 13,6 і 12,1 на 100 000 відповідно (11). На противагу цьому, скоригований за віком рівень самогубств серед іспаномовного населення був значно нижчим - 6,13 на 100 000, і був подібним до рівня самогубств серед неіспаномовних афроамериканців та мешканців островів Азії/Тихого океану - 5,8 та 6,0 на 100 000, відповідно.

Для груп іммігрантів частота випадків суїцидів загалом має тенденцію відображати рівень суїцидів у країнах походження, причому тенденції з часом зближуються з країною перебування (40, 41). У великому епідеміологічному дослідженні Singh і Siahpush (39) виявили, що між 1979 і 1989 роками ймовірність суїциду для чоловіків, народжених за кордоном, у Сполучених Штатах була на 52% меншою, ніж для корінних жителів, але у старших вікових групах ця різниця зменшувалася. Дані щодо жінок-іммігранток не були статистично значущими через невелику кількість смертей.

У Сполучених Штатах расові та етнічні відмінності також простежуються в показниках суїцидів протягом життя (Таблиця 10). Серед європейсько-американських неіспаномовних білих, іспаномовних та мешканців островів Азії і Тихого океану найвищий рівень самогубств спостерігається у старшому віці, серед осіб віком понад 65 років. Натомість серед корінних американців та афроамериканців найвищий рівень самогубств спостерігається у підлітковому та молодому віці. Наприклад, серед корінних американців та афроамериканців чоловічої статі віком від 15 до 24 років рівень суїцидів у 2000 році становив 36,81 та 14,66 на 100 000 відповідно. Існують дані, що молоді афроамериканці потрапляють у коло зловживання наркотиками, злочинної діяльності та самознецінення і можуть розглядати ранню смерть як неминучу або як альтернативу виснажливій боротьбі, на яку перетворилося їхнє життя (678). Додаткові фактори ризику суїциду серед молодих афроамериканців чоловічої статі включають зловживання психоактивними речовинами (662, 679), наявність вогнепальної зброї (663), і особливо поєднання зловживання кокаїном та наявності вогнепальної зброї (679). Суїцидальні думки та спроби самогубства також поширені серед афроамериканської молоді, яка проживає в містах, з частотою випадків 1,9% та 0,4% за період 6 місяців відповідно (680).

На відміну від молодих афроамериканських чоловіків, серед афроамериканських жінок дуже низький рівень самогубств. Gibbs (22)

пояснює цей низький рівень захисними факторами релігії, зокрема, роллю релігії в русі за громадянські права, активною участю жінок у церкві та сильними цінностями, що вчать бути витривалими перед обличчям негараздів. Вважається, що родинні зв'язки, в яких домінують жінки, також відіграють захисну роль, забезпечуючи гнучкість ролей, спільний доступ до ресурсів та соціальну підтримку (681). Хоча темношкірі жінки рідше помирають від самогубства, ніж білі, вони так само часто намагаються покінчити життя самогубством і переживають негативні емоційні стани, такі як безнадія і депресія. Крім того, як темношкірі чоловіки, так і темношкірі жінки рідше, ніж білі, звертаються за професійною консультацією у зв'язку з депресією або іншими психічними захворюваннями. Натомість афроамериканці більш схильні розглядати депресію як "особисту слабкість", яку можна іноді або майже завжди успішно лікувати лише молитвою та вірою (682). Депресію можуть описувати різними термінами, такими як "хандра", "болісні страждання" або "пригніченість" (678). Отже, чутливість до мови і переконань щодо хвороби є важливими для розпізнавання депресії та інших факторів ризику самогубства серед афроамериканців.

Серед корінних народів Америки (американських індіанців і корінного населення Аляски) самогубства також є переважно епідемією серед молоді і є другою провідною причиною смерті серед корінних американців у віці від 15 до 24 років. Як і інші расові та етнічні групи, корінні американці та корінні жителі Аляски є дуже неоднорідним населенням, з різною племінною ідентичністю, різним ступенем урбанізації, різними рівнями племінної організації та різними підходами до історичної та культурної інтеграції. Наприклад, у дослідженні трьох груп корінних народів Америки у Нью-Мексико, апачі мали найвищий показник частоти випадків самогубств (43,3 на 100 000) і найвищий ступінь акультурації, але також мали найнижчий ступінь соціальної інтеграції і в цілому вважали релігію неважливою (683). На противагу цьому, навахо мали найнижчий рівень самогубств (12,0 на 100 000) і найнижчий рівень акультурації, але мали помірну соціальну інтеграцію і були організовані в групи з сильним клановим впливом по материнській лінії. У третій групі, пуебло, підгрупі з найвищим рівнем акультурації, рівень самогубств був вищим, ніж у найбільш традиційній підгрупі, що знову ж таки свідчить про вплив акультурації на ризик самогубств. Аккультурація також вважається причиною надзвичайно високого рівня самогубств серед молоді корінних жителів Аляски, який в одному з досліджень наближався до 120 на 100 000 (661).

Теорії, що пояснюють ці високі показники, як правило, спираються на розпад сім'ї, соціальну дезорганізацію та вживання алкоголю (684), а також на швидкі соціальні та культурні зміни, пов'язані з проєктами інтенсивного розвитку енергетики в Арктиці, і пов'язаний з цим стрес акультурації. На противагу цьому, серед гавайської молоді зв'язок між акультурацією та суїцидальною поведінкою менш чіткий, причому кількість показники кількості спроб суїциду вищі серед тих, хто має сильнішу культурну приналежність до Гавайських островів (685).

Дослідження самогубств серед іспаномовного населення США обмежені і рідко диференціюють різні іспаномовні групи. Крім того, багато осіб іспаномовного походження є нелегальними працівниками, які не представлені в даних переписів населення або епідеміологічних досліджень. Масштабне об'єднання різних етнічних груп також приховує внутрішньокультурні відмінності у важливих соціальних та економічних категоріях. Наприклад, повідомлялося, що серед американських жінок кубинського походження, американців мексиканського походження і пуерто-риканського походження обох статей, рівень самогубств на фоні поширеності глибокої депресії протягом 1 року був нижчим, ніж серед білих, темношкірих чоловіків і американців (чоловіків) кубинського походження (23). Що стосується суїцидальних думок, то вищі рівні були зафіксовані серед іммігрантів з Центральної Америки, які зазнали підвищеного рівня акультураційного стресу (43). Крім того, скоригований за віком і статтю показник частоти суїцидальних думок протягом життя був значно нижчим серед американців мексиканського походження, народжених у Мексиці (4,5%), ніж серед американців мексиканського походження, народжених у Сполучених Штатах (13%), або серед білих нелатиноамериканського походження (19,2%) (686). Аналогічно, частота спроб суїциду була нижчою серед американців мексиканського походження, народжених у Мексиці (1,6%), і вищою як серед американців мексиканського походження, народжених у США (4,8%), так і серед білих нелатиноамериканського походження (4,4%). Рівень спроб самогубства також підвищений серед представників іспаномовної молоді, серед яких було більше повідомлень про спроби самогубства порівняно з неіспаномовною молоддю в загальнонаціональному опитуванні старшокласників (687).

Рівень самогубств серед азійців загалом найнижчий серед усіх основних американських етнічних груп, але самі азійські американці мають різноманітне етнічне походження, мови та культуру. Деякі групи, такі як японці, живуть у Сполучених Штатах протягом багатьох поколінь. Інші, такі як китайці, включають як недавніх іммігрантів, так і нащадків іммігрантів 19-го століття, тоді як в'єтнамці прибули у великій кількості лише з 1960-х років. Ці люди приносять із собою ставлення до подолання труднощів і самогубства зі своїх країн, що може впливати на обставини суїцидальної поведінки (688). В Японії, наприклад, самогубство є дозволеним або навіть доречним у певних контекстах, а ритуальне самогубство було почесним вирішенням певних соціальних дилем. Наприклад, банкрутство в Японії може зганьбити кілька поколінь сім'ї, що робить самогубство кращим способом погашення боргів. Якщо в культурі для чоловіка важливо бути фізично здоровим і здатним утримувати свою сім'ю, самогубство може розглядатися як варіант, якщо серйозна фізична хвороба порушує його здатність функціонувати. Наприклад, на Гаваях 20,5% самогубств серед американців японського походження (чоловіків) сталися через проблеми зі здоров'ям, на відміну від лише 11,8% самогубств серед кавказьких чоловіків і 3,0% серед гавайських чоловіків (42). Крім того, для людей, які походять з культури, де психічні захворювання піддаються сильній стигматизації, отримання психіатричного діагнозу може

збільшити ризик самогубства. Хоча китайське суспільство загалом не визначало самогубство як соціально прийнятне явище, останнім часом рівень самогубств у Китаї досить високий, особливо серед жінок і в сільській місцевості, де використання сільськогосподарських отрут є поширеним методом самогубства (18).

У Сполучених Штатах акультурація та акультураційний стрес можуть сприяти підвищенню ризику самогубств серед американців азійського походження. Для більшості американців азійського походження родина є центральним елементом ідентичності. Діти соціалізуються з усвідомленням того, що їхні індивідуальні дії впливають на всю сім'ю, включаючи членів розширеної сім'ї (689). Хоча ця особливість може перешкоджати бажанню сім'ї шукати лікування для проблемного родича, сильне відчуття сім'ї як підтримки та джерела зобов'язань також захищає від самогубства. Водночас, сімейні конфлікти як причина самогубства більш поширені у східних суспільствах (42). Наприклад, якщо молода жінка з традиційного суспільства має конфлікти зі своїми родичами з боку чоловіка, які не мають очевидного вирішення, вона більш схильна розглядати самогубство як варіант вирішення проблеми, ніж жінка з іншої системи сімейних цінностей, в якій тісні родинні стосунки не є настільки обов'язковими.

Перехід до індивідуалістичного, орієнтованого на спілкування американського суспільства є серйозною і стресовою зміною для багатьох сімей (44). Групою найбільшого ризику є традиціоналісти, які живуть у згуртованих групах, стійких до акультураційних процесів. Вони функціонують відносно добре до похилого віку, коли культурний конфлікт між цінностями великого суспільства і конфуціанською традицією сильної сімейної ідентичності призводить до відчуження старших і сприяє самогубствам у стилі старої країни (44). Наприклад, основним фактором високого рівня самогубств серед літніх жінок азійського походження та жителів островівТихого океану була неспроможність молодших членів сім'ї забезпечити підтримку своїм літнім батькам, особливо овдовілим матерям (690). Такі смерті відбувалися переважно через повішення, яке традиційно розглядалося як акт помсти, оскільки вважалося, що той, хто помер через повішення, повертається, щоб переслідувати живих як привид (690).

Таким чином, раса, етнічна приналежність і культура можуть впливати рівень самогубств і суїцидальних спроб в популяції. Однак для клініциста не менш важливим є те, що кожен з цих факторів може впливати на ступінь ризику суїциду в кожної окремої людини. Погляди на смерть і культурні переконання щодо самогубства можуть сильно відрізнятися навіть серед членів, здавалося б, однорідних расових, етнічних або культурних груп. Таким чином, в рамках процесу оцінки та планування лікування психіатру може бути корисно дослідити переконання пацієнта щодо смерті та самогубства, а також роль культурної та сімейної динаміки у формуванні цих переконань.

d) Сімейний стан

У низці досліджень показано залежність показника частоти смертності від самогубств від сімейного стану. Smith. та ін (691) використовували дані

Національного центру медичної статистики США (U.S. National Center for Health Statistics) за 1979-1981 роки, щоб розрахувати скориговані за віком показники самогубств для кожного сімейного статусу. Незалежно від віку чи расової групи, рівень самогубств був незмінно найнижчим серед одружених осіб. Проміжний рівень частоти суїцидів спостерігався серед тих, хто ніколи не перебував у шлюбі, з відносним ризиком, приблизно вдвічі більшим, ніж у одружених. Найвищий рівень частоти суїцидів спостерігався серед розлучених або овдовілих осіб, причому відносний ризик був приблизно втричі вищим, ніж серед одружених. У той час як розлучені жінки мали вищий показник частоти смерті від суїциду, скоригований на вік, ніж овдовілі жінки, серед чоловіків спостерігалася протилежна картина, причому особливо вражаючим був рівень самогубств серед молодих овдовілих чоловіків. Національного довгострокового дослідження смертності. Хоча в цій вибірці статус неодруженої особи або вдови/вдівця не мали суттєвого впливу на ризик самогубства, розлучені особи та ті, що проживали окремо, мали більш ніж удвічі вищий рівень самогубств, ніж одружені. Стратифікація вибірки за статтю показала, що вплив сімейного стану на рівень самогубств спостерігався лише серед чоловіків.

Luoma та Pearson (46) також досліджували, чи пов'язаний рівень суїцидів з сімейним станом. Рівень самогубств з розбивкою за расою, 5-річними віковими групами , статтю та сімейним станом був розрахований на основі даних, зібраних з картотеки множинних причин смерті Національного центру медичної статистики США (U.S. National Center for Health Statistics Multiple-Cause-of-Death Files) за період з 1991 по 1996 роки. Було виявлено, що серед овдовілих чоловіків, білих та афроамериканців, у віці до 50 років рівень самогубств значно вищий, ніж серед одружених чоловіків у віці до 50 років - у 17 разів та 9 разів, відповідно. У молодшому віці, як для жінок, так і для чоловіків, вдівство пов’язано з вищим рівнем самогубств порівняно з одруженими особами.

Серед осіб, які покінчили життя самогубством, у порівнянні із загальною популяцією, було більше розлучених, вдів/вдівців або тих, хто ніколи не перебував у шлюбі. Серед осіб віком до 50 років, які вчинили самогубство, більша кількість чоловіків, які ніколи не перебували у шлюбі, у порівнянні з жінками. Серед осіб старше 50 років - більше вдів, ніж вдівців.

Інші дані з Фінляндії, отримані з фінського реєстру населення і картотеки причин смерті, також свідчать про підвищений рівень самогубств серед овдовілих осіб (45).

Серед 95 647 осіб, які овдовіли протягом 1972-1976 років, на кінець 1976 року було зафіксовано 7 635 смертей, з яких 144 були пов'язані з самогубством. Протягом першого місяця після тяжкої втрати у чоловіків смертність від самогубств зросла набагато більше, ніж у жінок (у 17,2 рази у чоловіків та в 4,5 рази у жінок), але це непропорційне співвідношення, в першу чергу, пов'язане з випадками вбивств-самогубств. У перший рік після тяжкої втрати смертність від самогубств серед чоловіків зросла в 3,1 рази, а серед жінок - у

2,2 рази, і ці показники залишалися вищими, ніж очікувалося, протягом усього періоду спостереження.

Загалом, ці дослідження показують, що рівень самогубств серед тих хто перебуває в шлюбі значно нижчий, ніж серед неодружених/незаміжніх. Крім того, підвищення рівня самогубств особливо вражає овдовілих чоловіків загалом і молодих овдовілих чоловіків зокрема. Залишається незрозумілим, чи пов'язаний цей захисний вплив шлюбу на рівень самогубств з конкретними перевагами шлюбу, такими як більша ймовірність соціальної інтеграції. І навпаки, зниження соціальної інтеграції та психологічний досвід втрати, пов'язаний з вдівством і розлученням, можуть посилити тенденцію до самогубств. Рівень самогубств серед розлучених також може бути вищим, оскільки люди, які залишаються у шлюбі, на вихідному рівні мають більшу ймовірність збереження стабільного психічного здоров'я. Крім сімейного стану, в процесі оцінки слід враховувати інші фактори, які можуть впливати на рівень самогубств, такі як вживання психоактивних речовин або соціально-економічний статус.

е) Сексуальна орієнтація

Наразі не з’ясовано, чи відрізняється рівень самогубств серед гомосексуальних та бісексуальних людей від рівня самогубств серед гетеросексуалів. В одному дослідженні за допомогою методу психологічної аутопсії порівнювали чоловіків-геїв з усіма іншими чоловіками аналогічного віку у вибірці і не виявили жодних характеристик, які б відрізняли ці дві групи. Однак дослідження випадків самогубств серед гомосексуальних та бісексуальних людей є особливо складним через багато факторів, включаючи невеликі розміри вибірки, труднощі з отриманням випадкової вибірки, проблеми з отриманням базових показників поширеності та проблеми з достовірністю посмертних повідомлень про сексуальну орієнтацію. Крім того, люди можуть вирішити не розкривати свою сексуальну орієнтацію дослідникам, або можуть мати одностатеву поведінку, але не ідентифікувати себе як гомосексуальних людей.

Ризики суїцидальних спроб та суїцидальних думок у гомосексуальних та бісексуальних людей оцінювали за допомогою декількох підходів. Fergusson та ін. (51), аналізуючи дані довготривалого спостереження, зібрані в когорті жителів Нової Зеландії, виявили, що ті, хто ідентифікував себе як гомосексуальні та бісексуальні люди або повідомляли про наявність одностатевого партнера з 16 років, мали підвищений рівень суїцидальних думок (відношення шансів = 5,4) та суїцидальних спроб (відношення шансів = 6,2). Дослідження Cochran та Mays (50) вивчало поширеність суїцидальних симптомів протягом життя серед чоловіків, які мають одностатевих партнерів, і виявило, що приблизно половина (53,2%) чоловіків повідомили, що мали принаймні один суїцидальний симптом протягом життя, а 19,3% повідомили про спробу суїциду. На противагу цьому, серед чоловіків, які мали лише жінок-партнерів, 33,2% мали принаймні один симптом, пов'язаний із суїцидом, а 3,6% повідомили про спробу суїциду. Відповідні показники для тих, хто не мав статевих партнерів, становили 28,1% і 0,5% відповідно. Використовуючи дані

реєстру близнюків в популяції епохи війни у В'єтнамі, Herrell та ін. (52) виділили підвибірку зі 103 пар близнюків середнього віку, в якій один з близнюків з кожної пари повідомив, що мав сексуального партнера-чоловіка після 18 років, тоді як інший не мав. Спроби самогубства були більш поширеними серед чоловіків з одностатевою сексуальною орієнтацією: 15% з них повідомили про спробу самогубства, порівняно з лише 4% їхніх братів-близнюків. У вибірці «Реєстру близнюків», яка включала 16 пар близнюків, кожен з яких мав сексуального партнера-чоловіка після 18 років, і 6434 пари близнюків, які не мали дорослих одностатевих партнерів, у чоловіків з одностатевою сексуальною орієнтацією зареєстровано в 4 рази частіше виникнення суїцидальних думок і більш ніж в 6,5-разів більша кількість суїцидальних спроб.

Молоді гомосексуальні та бісексуальні люди можуть бути особливо схильні до суїцидальної поведінки. Paul та ін. (53), досліджуючи велику міську вибірку геїв на основі телефонного опитування, виявили, що 21% з них планували самогубство, а 12% намагалися покінчити життя самогубством. З останніх майже половина робила кілька спроб, і більшість з них здійснили першу спробу у віці до 25 років.

Молоді гомосексуальні та бісексуальні люди можуть бути особливо схильні до суїцидальної поведінки. Пол Paul та ін. (53), досліджуючи велику міську вибірку геїв на основі телефонного опитування, виявили, що 21% з них планували самогубство, а 12% намагалися покінчити життя самогубством. З останніх майже половина робила кілька спроб, і більшість з них здійснили першу спробу у віці до 25 років Для чоловіків, на відміну від жінок, бісексуальна/гомосексуальна орієнтація була пов'язана з суїцидальними намірами (відношення шансів = 3,61) та спробами самогубства (відношення шансів = 7,10).

Таким чином, незважаючи на обмеженість доказів, очевидно, що існує підвищений ризик суїцидальних спроб серед когорт гомосексуальних та бісексуальних людей, особливо серед молоді. Окрім врахування факторів ризику, таких як психіатричні розлади та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, в процесі оцінки та планування лікування, лікарю також важливо враховувати стреси, характерні для гомосексуальних та бісексуальних людей (наприклад, розкриття сексуальної орієнтації друзям та родині, гомофобія, переслідування та гендерний нонконформізм). Оскільки суїцидальні спроби самі по собі підвищують ризик скоєння самогубства, можна припустити, що рівень самогубств також може бути підвищеним серед гомосексуальних та бісексуальних людей. Однак ця гіпотеза ще потребує емпіричної перевірки.

f) Професія

Професійні групи відрізняються за низкою факторів, що впливають на ризик самогубства. Ці фактори включають демографічні характеристики (наприклад, расу, стать, соціально-економічний клас і сімейний стан), професійний стрес, психіатричну захворюваність і можливості для самогубства, пов'язані з професійною діяльністю. Хоча багато досліджень

повідомляють про підвищений рівень самогубств у певних професійних групах, більшість з них не враховують інші фактори ризику самогубств. Однак в одному дослідженні, яке перевіряло основні демографічні кореляти самогубств у 32 професіях (54), ризик виявився найвищим серед стоматологів і терапевтів, порівняно з рештою населення працездатного віку, в множинній логістичній регресії відношення шансів склало 5,43 і 2,31, відповідно. Показник ризику самогубства також значно вищий серед медсестер (в 1,58 рази), соціальних працівників (в 1,52 рази), математиків і науковців (в 1,47 рази) та художників (в 1,30 рази). Рівень самогубств серед терапевтів також виявився підвищеним порівняно з показниками серед білих чоловіків інших професій, причому серед білих чоловіків-терапевтів пропорційний коефіцієнт смертності від самогубств на 70% вищий (58). У належним чином спланованих епідеміологічних дослідженнях не було виявлено, що працівники поліції мають вищий ризик самогубства, ніж відповідні за віком і статтю особи з групи порівняння (54, 57). Фактори, що відіграють певну роль у підвищенні рівня самогубств у певних професіях, можуть включати професійні стреси, як наприклад у фахівців з надання допомоги (54), або соціальну ізоляцію, як це спостерігається у вівчарів, які мали найвищий рівень самогубств серед 22 професійних груп, що вивчались у штаті Вашингтон (56). Хоча дані суперечливі, додатковий стрес на роботі може виникати при виконанні рідкісних ролей, наприклад, у жінок-робітниць або пілотів (55, 57), або в нетрадиційних професіях (693). У деяких професіях на рівень самогубств може впливати більший доступ до засобів скоєння суїциду, таких як ліки або хімічні речовини, наприклад, серед медичних працівників, науковців та працівників сільського господарства (57).

Диференційовані показники психічних захворювань можуть бути присутніми у представників деяких професій ще до працевлаштування. Наприклад, художники мають вищі показники психіатричної захворюваності та самогубств, ніж населення в цілому. Високоосвічені люди з депресивними розладами також мають вищий рівень самогубств. Серед лікарів такі люди, як правило, спеціалізуються на психіатрії (56).

Загалом, певні професії, схоже, пов'язані з підвищеним ризиком самогубства, але необхідні додаткові дослідження, щоб відрізнити професійні стресові фактори від непрофесійних (56) і визначити, чи впливає на ризик самогубства сама професія, чи пов'язані з нею фактори, такі як психіатрична захворюваність.

2. Основні психічні розлади

а) Афективні розлади

Великий депресивний розлад та інші депресивні синдроми є найпоширенішими і найпослідовнішими діагнозами осі I у людей, які вчинили самогубство (694, 695).

Наприклад, Robins та ін. (60) виявили, що серед 134 осіб, які покінчили життя самогубством, 98% були психічно хворими, і більшість з них страждали на депресію або розлад вживання алкоголю. Barraclough та ін. (65) у схожому

дослідженні виявили, що зі 100 осіб, які покінчили життя самогубством, 93% були психічно хворими, а 85% страждали на депресію або розлад вживання аклоголю. Henriksson та ін. (59), використовуючи методи психологічної аутопсії для дослідження поточних психічних розладів серед випадкової вибірки з 229 осіб, які покінчили життя самогубством протягом 1 року у Фінляндії, виявили, що 93% цих осіб отримали принаймні один діагноз за віссю I і що 59% з них мали депресивний розлад.

У пацієнтів з біполярним розладом, які покінчили життя самогубством, більшість переживали або депресивний, або змішаний епізод хвороби (69, 72, 315). Наприклад, Isometsa та ін. (68) відзначили, що серед 31 пацієнта з біполярним розладом, виявленого в групі з 1397 осіб, які покінчили життя самогубством у Фінляндії протягом 12 місяців, 79% померли під час великого депресивного епізоду, а 11% - під час змішаного епізоду хвороби. У дослідженні понад 300 пацієнтів, які припинили лікування літієм, Baldessarini та ін. (696) виявили, що більшість фактів суїциду сталися або під час великого депресивного епізоду (73%), або під час дисфорично-змішаного епізоду хвороби (16%).

Крім того, що розлади настрою дуже поширені серед тих хто вчиняє самогубство, такі розлади давно асоціюються з підвищеним ризиком самогубства. Наприклад, у 1970 році Guze і Robins (697) проаналізували 17 досліджень, які оцінювали ризик самогубства в осіб з первинними афективними розладами, і підрахували частоту самогубств у відсотках від усіх смертей. Було виявлено високий рівень самогубств, причому показник граничного ризику самогубства оцінюється приблизно в 15%, що приблизно в 30 разів перевищує аналогічний показник у загальній популяції. Огляд літератури свідчить, що загальний рівень смертності від суїцидів при великій депресії коливається від 5% до 26% і приблизно вдвічі вищий серед чоловіків, ніж серед жінок (694). Однак ці дослідження, як правило, оцінювали тяжкохворих пацієнтів та осіб на ранніх стадіях хвороби, коли рівень самогубств, як відомо, є найвищим.

Кілька дослідників згодом переглянули ці показники оцінок ризиків самогубства впродовж життя в осіб з афективними розладами. Наприклад, Inskip та ін. (94), використовуючи когортні методи підбору кривих та дані попередніх досліджень, оцінили ризик самогубства впродовж життя у людей з афективними розладами на рівні 6%. Крім того, Bostwick і Pankratz (77) використовували дані попередніх досліджень для розрахунку поширеності фатальних випадків (відношення кількості самогубств до загальної кількості досліджуваних), щоб визначити ризики самогубств для трьох груп пацієнтів з афективними розладами - амбулаторних, стаціонарних пацієнтів і пацієнтів госпіталізованих з приводу суїцидальних намірів. За допомогою цього методу, який забезпечує менш упереджену оцінку ризиків, вони виявили градацію ризику суїциду, яка змінювалась залежно від умов лікування, а також від госпіталізації з приводу суїцидальних намірів. Наприклад, у пацієнтів з афективними розладами, які раніше були госпіталізовані з приводу суїцидальних намірів, оцінка ризику суїциду протягом життя становила 8,6%,

порівняно з 4% ризику протягом життя у тих, хто був госпіталізований до психіатричної лікарні з будь-якої іншої причини. У змішаних популяціях стаціонарних і амбулаторних пацієнтів поширеність самогубств становила 2,2%, тоді як у популяціях осіб без афективних розладів - менше 0,5%. Для осіб з великим депресивним розладом Blair-West та ін. (205) використали розрахунки, стратифіковані за віком і статтю, та отримали порівнянну оцінку ризику самогубства протягом життя на рівні 3,4%, причому ризик для чоловіків був більш ніж у шість разів вищим, ніж для жінок (6,8% порівняно з 1,1%).

Harris та Barraclough (64) у своєму мета-аналізі суїциду як результату психіатричного захворювання оцінили відносний ризик суїциду при афективних розладах, розрахувавши стандартизований рівень смертності (SMR). Вони використовували дані опублікованих англомовних досліджень, які мали середній або медіанний період спостереження щонайменше 2 роки і які надали достатньо даних для розрахунку співвідношення спостережуваної та очікуваної кількості самогубств. В результаті 23 досліджень пацієнтів з великим депресивним розладом, які включали в себе 351 випадок суїцидів серед більш ніж 8000 пацієнтів, було отримано SMR 20,35, або 20-кратне збільшення ризику. Ключовим висновком було те, що ризик у пацієнтів з великим депресивним розладом був найвищим одразу після виписки з лікарні (698, 699). 15 досліджень пацієнтів з біполярним розладом, що включали в себе 93 самогубства серед 3700 осіб, було отримано SMR в результаті суїциду 15,05. Хоча пацієнти з дистимією також мали підвищений SMR в результаті суїциду (12,12), дев'ять досліджень, дані яких враховувались в цій оцінці, були дуже неоднорідними за своїми результатами, і більшість з них мали надзвичайно малі вибірки, що викликає певні сумніви щодо достовірності отриманого результату.

Кілька досліджень вивчали рівень самогубств при довгостроковому спостереженні за особами, госпіталізованими з приводу афективних розладів. Hoyer та ін. (75) використовували дані Реєстру випадків психіатричних захворювань Данії для визначення SMR в результаті суїциду серед 54 103 пацієнтів (19 638 чоловіків і 34 465 жінок), які були госпіталізовані в данську психіатричну лікарню в період між 1973 і 1993 роками з діагнозом афективного розладу. За період дослідження 29% пацієнтів померли, з них у 20% причиною смерті став суїцид. Показники стандартизованої смертності від самогубств були приблизно однаковими у пацієнтів з діагнозами МКХ-8 "уніполярна велика депресія", "психотична реактивна депресія" та "біполярний розлад" з показниками SMR 9,33, 18,67 та 18,09 відповідно. На противагу цьому, показник SMR внаслідок суїциду у пацієнтів з невротичною депресією був значно меншим - 10,51. В усіх діагностичних підгрупах, незалежно від віку та статі, ризик суїциду був найбільшим протягом першого року після первинної госпіталізації, знижувався протягом наступних 5 років, а потім стабілізувався. Загалом ризик суїциду був співставним у чоловіків і жінок, за винятком пацієнтів з біполярним розладом, для яких показник SMR

внаслідок суїциду був дещо вищим у жінок, ніж у чоловіків (20,31 проти 18,09).

У схожому дослідженні з використанням даних шведського стаціонарного реєстру Osby та ін. (73) отримали дату і причину смерті пацієнтів, госпіталізованих між 1973 і 1995 роками з діагнозом біполярного розладу (N=15 386) або уніполярного депресивного розладу (N=39 182). Виявлено, що показник SMR з причини суїциду значно підвищений у жінок та у пацієнтів з діагнозом уніполярного депресивного розладу (15,0 для чоловіків з біполярним розладом, 20,9 для чоловіків з уніполярним депресивним розладом, 22,4 для жінок з біполярним розладом та 27,0 для жінок з уніполярним депресивним розладом). Смертність від самогубств була більш вираженою у молодших осіб і з меншими інтервалами після госпіталізації. Хоча SMR знижувався в усіх вікових групах зі збільшенням часу спостереження, певний ризик самогубств зберігався навіть через тривалі проміжки часу після госпіталізації.

Baxter і Appleby (188) використали дані Реєстру випадків психіатричних захворювань Салфорда (Великобританія) (Salford (U.K.) Psychiatric Case Register), щоб ідентифікувати 7921 особу, які отримували психіатричну допомогу або підтримку з приводу проблем ментального здоров'я, і визначили рівень їхньої смертності (оцінений як коефіцієнт смертності) протягом періоду спостереження до 18 років. Серед осіб з афективними розладами спостерігалося підвищення смертності від самогубств у чоловіків у 12,2 рази порівняно з очікуваною смертністю, що ґрунтується на популяційних показниках. У жінок відносне збільшення смертності від самогубств було ще більшим - у 16,3 рази.

Angst та ін. (74) спостерігали за вибіркою з 406 госпіталізованих пацієнтів з розладами настрою (220 з біполярним розладом і 186 з уніполярним депресивним розладом) протягом 22 років і більше і виявили загальний стандартизований коефіцієнт смертності від самогубств 18,04, що можна порівняти з показниками SMR, виявленими в шведському і данському довготривалих дослідженнях. Шістдесят один відсоток вибірки мав психотичні симптоми принаймні один раз протягом життя, що свідчить про те, що це була особливо хвора група пацієнтів. Рівень самогубств був найвищим у віці, близькому до віку початку захворювання, однак у віці від 30 до 70 років цей показник був напрочуд стабільним, що свідчить про постійний ризик протягом усього перебігу хвороби. Смертність від самогубств серед жінок була вищою, ніж серед чоловіків (SMR 21,87 у жінок порівняно з 13,49 у чоловіків), що частково відображає вищий рівень самогубств серед чоловіків у загальній популяції. Пацієнти з уніполярним депресивним розладом мали значно вищий рівень самогубств, ніж пацієнти з біполярним розладом I або біполярним розладом II, з показником SMR з причини суїциду 26,7 порівняно з 12,3 для пацієнтів з біполярним розладом. Показник SMR з причини суїциду суттєво не відрізнявся між пацієнтами з біполярним розладом I та пацієнтами з біполярним розладом II.

Деякі дані свідчать про те, що в осіб з афективними розладами частота самогубств може зростати з часом. Наприклад, Harris і Бараклоу Barraclough (64) відзначили, що ризик суїциду для пацієнтів з великою депресією в когортах, які лікувалися до 1970 року, збільшився в 17 разів порівняно з 36-кратним збільшенням ризику в когортах, які лікувалися після 1970 року. У дослідженні, описаному раніше, Hoyer та ін. (75) відзначили зростання як абсолютного, так і відносного ризику самогубств протягом 20-річного періоду дослідження, і припустили, що це зростання могло бути пов'язане зі змінами в системі надання медичної допомоги та доступності психіатричних стаціонарних послуг.

Крім того, Baldessarini та ін. (563) помітили, що річні показники самогубств і суїцидальних спроб у пацієнтів з великими афективними розладами зростали протягом десятиліть, починаючи з 1970 року. Ця тенденція була стійкою і статистично значущою як стосовно самогубств, так і стосовно суїцидальних спроб, а також для окремо розглянутих вибірок осіб, які отримували і не отримували лікування. Хоча ця очевидна світська тенденція може відображати збільшення набору важкохворих пацієнтів в останні дослідження або збільшення кількості повідомлень про суїцидальну поведінку, відсоток зниження ризику суїциду при лікуванні літієм не зменшувався з роками, що свідчить про те, що популяції пацієнтів насправді є співставними і що профілактика суїциду при великих афективних розладах стає все більш складним завданням (558). Крім того, суїцидальні спроби в осіб з серйозними афективними розладами можуть бути більш летальними, ніж спроби самогубства в загальній популяції. Зареєстроване співвідношення кількості суїцидальних спроб і смертей від самогубства в середньому становить від 3:1 до 5:1 серед осіб з афективними розладами, тоді як у загальній популяції рівень суїцидальних спроб приблизно в 10-20 разів (в середньому у 18 разів) перевищує рівень самогубств, що становить близько 0,3% на рік (700).

Що стосується осіб з афективними розладами , важливо звернути увагу на фактори підвищеного ризику. Fawcett та ін. (79, 313) визначили часові предиктори суїциду у вибірці з 954 стаціонарних пацієнтів психіатричних лікарень, які брали участь у програмі Національного інституту психічного здоров’я (NIMH) - Спільна програма з психобіології депресії (Collaborative Program on the Psychobiology of Depression) , близько третини з яких страждали на біполярний розлад, а решта - на інші афективні розлади. Протягом перших 10 років спостереження 34 пацієнти покінчили життя самогубством, що є надзвичайно низьким показником - 0,36% на рік. Перший рік спостереження був часом найвищого ризику - 38% самогубств сталися саме в цей період. Протягом 1 року після госпіталізації шість факторів були пов'язані з суїцидом: панічні атаки, сильна психічна тривога, зниження концентрації уваги, глобальне безсоння, помірне зловживання алкоголем і ангедонія. Стан сильної безнадії, суїцидальні думки та історія попередніх спроб самогубства - три фактори, що пов'язані з випадками суїцидів після 1 року спостереження. На 14 рік спостереження серед осіб, щодо яких була доступна детальна інформація,

36 померли від самогубства, 120 намагалися покінчити життя самогубством, а 373 не мали жодної зареєстрованої спроби самогубства (247). Аналіз на той момент показав, що пацієнти, які покінчили життя самогубством, і пацієнти зі спробами самогубства мали спільні основні характеристики, включаючи історію попередніх спроб самогубства, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, імпульсивність і психічний неспокій в рамках циклічного/змішаного біполярного розладу. На відміну від самогубств протягом 12 місяців з моменту госпіталізації, які прогнозувалися спираючись на клінічні дані, самогубства після 12 місяців проспективно прогнозувалися на основі характеристик темпераменту, таких як високий рівень імпульсивності та напористості. Стресові події в житті (701), виконавча дисфункція (702) і високий рівень депресії (10, 78, 221, 222, 703) також можуть бути пов'язані з більшим ризиком, як і усвідомлення невідповідності між раніше передбачуваним "нормальним" майбутнім і ймовірним ступенем майбутньої хронічної інвалідності пацієнта (273).

Підсумовуючи, можна сказати, що афективні розлади пов'язані зі значним підвищенням ризику суїциду та суїцидальних спроб. Однак у людей з афективними розладами цей ризик зазвичай змінюється під впливом різних факторів, які слід враховувати під час обстеження та планування лікування. Ці фактори включають конкретний діагноз афективного розладу та тривалість захворювання, тип і тяжкість афективного епізоду, попередню історію лікування, наявність супутніх діагнозів або специфічних психіатричних симптомів, таких як сильна тривога або збудження, а також наявність значних психо-соціальних стресових факторів. Однак важливо зазначити, що існують дані, що такий підвищений ризик суїцидальної поведінки серед осіб з афективними розладами піддається модифікації за допомогою лікування (див. Розділ VI.D, "Соматичні методи лікування").

b) Шизофренія

В багатьох дослідженнях відзначався зв'язок шизофренії з підвищеним ризиком суїциду. Наприклад, Harris і Barraclough (172) проаналізували дані 38 досліджень з періодом спостереження до 60 років.

Визнаючи, що певна гетерогенність діагностики шизофренії в різних дослідженнях, ймовірно, є наслідком змін у діагностичних критеріях, автори зафіксаували 1 176 випадків самогубств серед більш ніж 30 000 пацієнтів з шизофренією, таким чином SMR з причини суїциду при шизофренії дорівнював 8,45. Baxter та Appleby (188) у дослідженні реєстру випадків довгострокового ризику суїцидів у Великій Британії виявили ще більш високе 14-кратне збільшення коефіцієнта частоти самогубств серед осіб з шизофренією. На противагу цьому, використовуючи когортні методи апроксимації кривих і дані 29 досліджень смертності при шизофренії, Inskip та ін. (94) оцінили ризик суїциду протягом життя в 4%.

Окрім оцінки рівня самогубств серед пацієнтів з шизофренією, в довготривалих дослідженнях також вивчалися фактори, пов'язані з підвищеним ризиком суїциду. Black та ін. (98) виявили, що самогубство сталося у 14 з 688 пацієнтів з шизофренією (2%), які були госпіталізовані в

психіатричну лікарню в Айові протягом 10 років, причому більшість смертей сталися протягом 2 років після виписки з лікарні. Хоча жінки піддаються відносно більшому ризику, кількість самогубств значно перевищила очікувані показники як для пацієнтів чоловічої, так і для жіночої статі. Nyman і Jonsson (101) виявили, що померли внаслідок суїциду 10 з 110 (9%) молодих пацієнтів з шизофренією, які були госпіталізовані між 1964 і 1967 роками і спостерігалися протягом 17 років. У цій групі самогубство було пов'язане з більш хронічним перебігом, а також із соціальною та фінансовою залежністю. Dingman і McGlashan (103) провели довготривале спостереження за 163 пацієнтами клініки Честнат Лодж (Chestnut Lodge) з діагнозом шизофренія і відзначили, що 13 пацієнтів, які покінчили життя самогубством, були переважно чоловіками і мали більш пізній початок хвороби, менше хронічних захворювань, кращі преморбідні показники функціонування і більшу здатність до абстрактного і концептуального мислення. При подальшому спостереженні (в середньому через 19 років) 6,4% учасників вибірки з Честнат Лодж померли внаслідок суїциду, і ця група демонструвала менше негативних симптомів, але більш тяжкий ступінь таких симптомів, як марення і підозрілість, при проходженні індексного опитування, ніж ті, хто не покінчив життя самогубством (93). За групою молодих пацієнтів, хворих на психоз, які не мали проявів хронічного перебігу та яких було виписано після первинної госпіталізації, спостерігали Westermeyer та ін. (83), які виявили, що 36 пацієнтів покінчили життя самогубством, а 550 - ні. Випадки суїциду зареєстровано у приблизно 9% хворих на шизофренію, суїцид був більш вірогідним у перші роки хвороби, особливо протягом 6 років після первинної госпіталізації. До більшого ризику суїциду схильні неодружені білі чоловіки з хронічними симптомами, відносно високим IQ і поступовим початком хвороби.

De Hert та ін. (89) вивчали дані результатів спостереження за 870 пацієнтами (536 чоловіків і 334 жінок) з шизофренією (87%) або шизоафективним розладом (13%), яке в середньому тривало 11,4 років. Шістдесят три особи покінчили життя самогубством, що становить 635 самогубств на 100 000 населення на рік, а SMR з причини суїциду - 39,7. Частота самогубств у чоловіків була вдвічі вищою, ніж у жінок, хоча SMR та вік на момент суїциду суттєво не відрізнялися між статями. З них 33 випадки (52,4%) сталися під час перебування пацієнта на лікуванні в стаціонарі (хоча лише дев'ять фактично відбулися в лікарні), а 12 випадків (19,1%) - протягом перших 6 місяців після виписки. Коли пацієнтів, які померли внаслідок суїциду, порівнювали з групою з 63 пацієнтів такого ж віку і статі з решти вибірки, було виявлено низку відмінностей між групами. Ті, хто помер внаслідок самогубства, частіше мали сімейний анамнез самогубств, мали більше випадків і коротші за тривалістю періоди госпіталізації та більше спроб самогубства в минулому, а також частіше використовували високолетальні методи під час попередніх суїцидальних спроб. Вони також мали вищі загальні показники IQ за тестом WAIS і частіше страждали на психотичні розлади, депресію або переживали важку втрату протягом 6 місяців перед смертю або

під час спостереження за пацієнтами. Порівняно з контрольною групою, пацієнти, які покінчили життя самогубством, також рідше отримували допомогу на рівні громади і рідше мали корисну повсякденну активність, ремісію симптомів або ранній початок виражених негативних симптомів.

Серед осіб з шизофренією, які покінчили життя самогубством, низка демографічних факторів зустрічається частіше у порівнянні з живими контрольними суб'єктами. У когорті з 9 156 пацієнтів з шизофренією Rossau і Mortensen (95) індивідуально підібрали 10 контрольних суб'єктів для кожного з 508 осіб, які були госпіталізовані в данські лікарні в період з 1970 по 1987 рік і пізніше померли внаслідок суїциду.

Вони виявили, що ризик суїциду був особливо високим протягом перших 5 днів після виписки, з деяким перевищенням кількості самогубств під час тимчасової відпустки. Підвищення ризику також було пов'язане з багаторазовими госпіталізаціями до психіатричної лікарні протягом попереднього року, попередніми спробами самогубства, попереднім діагнозом депресії, чоловічою статтю та попередніми госпіталізаціями до лікарень загального профілю з приводу фізичних розладів. Breier і Astrachan (102) порівняли 20 пацієнтів з шизофренією, які покінчили життя самогубством, з випадково підібраною групою пацієнтів з шизофренією, які не вчиняли суїцид, і групою осіб без шизофренії, які покінчили життя самогубством, підібраних за статевою ознакою. Пацієнти з шизофренією, які покінчили життя самогубством, частіше були чоловіками, як правило, молодими, білими і ніколи не перебували у шлюбі. На відміну від осіб без шизофренії, які покінчили життя самогубством, пацієнти з шизофренією, які покінчили вчинили суїцид, як правило, не демонстрували часового зв'язку суїциду з суїцидальними спробами або стресовими життєвими подіями.

Серед осіб, які покінчили життя самогубством, також було проведено порівняння між тими, хто страждав на шизофренію, і тими, хто мав інші діагнози. Heila та ін. (100) використовували дані психологічної аутопсії 1 397 осіб, які покінчили життя самогубством протягом 1 року у Фінляндії, і порівняли 92 особи з шизофренією (7%) з рештою вибірки. Вони виявили, що самогубства відбуваються на будь-якій стадії перебігу шизофренії і в широкому віковому діапазоні. Крім того, серед осіб з шизофренією 71% мали в анамнезі спроби суїциду, і, особливо у жінок, активна стадія хвороби та депресивні симптоми часто спостерігалися безпосередньо перед суїцидом. Значущі події в житті, однак, рідше спостерігалися перед самогубством у людей з шизофренією, ніж у людей з іншими діагнозами (46% і 83%, відповідно).

Інші дослідження виявили, що суїцидальні думки та спроби самогубства є поширеними серед людей з шизофренією. Наприклад, у вибірці Честнат Лоджу (Chestnut Lodge) протягом 19 років спостереження 40% пацієнтів з розладами спектру шизофренії повідомляли про суїцидальні думки з моменту їхньої першої госпіталізації, а 23% повідомили про щонайменше одну спробу самогубства (93). Radomsky та ін. (80) оцінили рівень суїцидальної поведінки протягом життя серед 1 048 пацієнтів психіатричних стаціонарів з

психотичними розладами за DSM-III-R. З 454 осіб з діагнозом шизофренія 27,3% повідомили про принаймні одну спробу самогубства в житті, а ще 26,4% - лише про суїцидальні думки. Серед 159 пацієнтів з шизоафективним розладом 42,8% і 27% повідомили про спроби самогубства і суїцидальні думки відповідно. Roy та ін. (117) виявили, що 55% з серії з 127 послідовно госпіталізованих пацієнтів з хронічною шизофренією раніше мали спроби самогубства. Спроби часто були серйозними з медичної точки зору, вимагаючи стаціонарної медичної допомоги в 57% випадків і невідкладної медичної допомоги ще в 11%, і були пов'язані з сильними суїцидальними намірами (у 76% пацієнтів, щодо яких була доступна ця інформація). Як і у випадку суїциду при шизофренії, перші спроби самогубства, як правило, відбувалися на ранніх стадіях захворювання.

Існує низка специфічних факторів, які підвищують ймовірність суїцидальної спроби серед осіб з шизофренією. Наприклад, у дослідженні Roy та ін. (117) серед тих, хто намагався покінчити життя самогубством, було значно більше госпіталізацій до психіатричних лікарень, а також вища ймовірність пережити великий депресивний епізод або отримати призначення лікування антидепресантами, порівняно з тими, хто не мав суїцидальних спроб. Young та ін. (704) у довготривалому дослідженні 96 осіб з нещодавнім початком шизофренії, за якими спостерігали протягом 1 року, відзначили, що депресія помірно корелювала з супутньою суїцидальністю, але не була незалежно пов'язана з майбутньою суїцидальністю, тоді як наявність суїцидальних думок навіть на низькому рівні збільшувала ризик значних суїцидальних думок або спроби самогубства протягом наступних 3 місяців. У своїй вибірці Harkavy-Friedman та ін. (108) виявили, що спроби самогубства були спричинені депресією (27%), втратою близької людини або іншою стресовою життєвою подією (24%), психотичними симптомами (11%) та реакцією на імперативні галюцинації (4%). Harkavy-Friedman та ін.

У проспективному дослідженні 333 пацієнтів з хронічною шизофренією (705) багатофакторний аналіз показав, що нещодавні і минулі спроби самогубства, а також суїцидальні думки були пов'язані з безнадією і, можливо, з вищим рівнем усвідомлення або вищим когнітивним функціонуванням. Високий рівень усвідомлення, зокрема усвідомлення марень і негативних симптомів, також було відзначено в осіб з шизофренією, які мають повторювані суїцидальні думки і поведінку (706).

Підсумовуючи, можна сказати, що у людей з шизофренією спостерігається підвищення ризику суїциду та суїцидальних спроб, і це слід брати до уваги в процесі оцінки та планування лікування. Додаткові фактори, які модифікують ризик, включають тривалість захворювання, усвідомлення пацієнтом наслідків хвороби, історію лікування, наявність супутніх діагнозів або специфічних психіатричних симптомів, таких як депресія, безнадія або негативна симптоматика. Однак, як і у випадку з афективними розладами, все більше даних свідчить про те, що ризик суїцидальної поведінки серед людей з шизофренією можна модифікувати за допомогою лікування (див. розділ VI.D " Соматичні методи лікування ").

c) Тривожні розлади

Дані щодо частоти самогубств протягом життя серед пацієнтів з тривожними розладами обмежені, але дозволяють припустити, що ці діагнози пов'язані з підвищеним ризиком самогубства. У той же час, незрозуміло, чи є тривожні розлади незалежним фактором ризику самогубства, чи цей підвищений ризик пов'язаний з наявністю депресивних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, які зазвичай поєднуються з тривожними розладами.

Серед широко визначених груп осіб з тривожними розладами в кількох дослідженнях було виявлено підвищений рівень самогубств. Khan та ін. (118) використовували базу даних Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (FDA) для оцінки ризику самогубства серед пацієнтів, які брали участь у нещодавніх клінічних випробуваннях седативних препаратів і мали діагноз панічного розладу, соціальної фобії, генералізованого тривожного розладу, ПТСР або обсесивно-компульсивного розладу. Серед 20 076 пацієнтів 12 покінчили життя самогубством, тобто ризик суїциду серед пацієнтів з тривожними розладами становив 193 на 100 000 пацієнтів, що принаймні в 10 разів вище, ніж у загальній популяції. Цей висновок особливо вражає, оскільки пацієнти отримували лікування і оскільки поточна суїцидальність, як правило, є критерієм виключення з клінічних випробувань. Allgulander (119) також відзначав підвищений ризик суїциду в осіб з тривожними розладами. Дані про 9 912 пацієнтів з тривожним неврозом у Шведському національному реєстрі психіатричних випадків за період з 1973 по 1983 рік показали, що SMR з причини самогубства у віці до 45 років становив 6,7 і 4,9 для чоловіків і жінок відповідно. Ризик самогубства був найвищим протягом 3 місяців після виписки з лікарні і вдвічі або втричі нижчим, ніж в осіб з депресивним неврозом.

Кілька досліджень вивчали характеристики пацієнтів з панічними атаками або панічним розладом, які покінчили життя самогубством. Henriksson та ін. (707) використовували дані про самогубства у Фінляндії за 1 рік, щоб вивчити зв'язок між панічним розладом і самогубством. Всі 17 осіб з поточним діагнозом панічного розладу, які покінчили життя самогубством - 1,22% з 1 397 самогубств у Фінляндії за 1 рік - також мали інший розлад згідно осі I (axis I), найчастіше велику депресію. У половини з них було виявлено розлад залежності від психоактивних речовин, причому майже половина з них також отримала діагноз за віссю II. Ці результати збігаються з результатами дослідження Barraclough та ін. (65), які виявили основний діагноз розлад вживання алкоголю або депресії практично у всіх осіб, які покінчили життя самогубством і мали панічну атаку за тиждень до смерті.

У двох менших дослідженнях, в яких проводили спостереження за пацієнтами з панічним розладом, було отримано схожі висновки. Noyes та ін. (122) виявили, що 4% (троє з 74) пацієнтів з панічним розладом, за якими спостерігали через 7 років, покінчили життя самогубством, а ще 7% (п'ятеро з 74) мали серйозну суїцидальну спробу. Коморбідні діагнози, особливо великий депресивний розлад та розлади за віссю II, частіше зустрічалися у тих, хто

покінчив життя самогубством, і у осіб, які мали серйозні суїцидальні спроби. Coryell та ін. (123) виявили, що через 35 років після первинної госпіталізації приблизно 20% з 113 пацієнтів з панічним розладом покінчили життя самогубством, і що розлад вживання алкоголю і вторинна депресія, можливо, відіграли певну роль у цих смертях.

Частота суїцидальних думок та суїцидальних спроб підвищена також в осіб з тривожними розладами, але знову ж таки, коморбідні діагнози можуть відігравати певну роль в посиленні цього ефекту. У випадковій вибірці з 18 011 дорослих з п'яти громад США, отриманій з дослідження «Епідеміологічна територія охоплення» (ETO), Weissman та ін. (125) виявили варіативність наявних суїцидальних думок і суїцидальних спроб. Найвищі рівні були серед людей, які мали діагноз панічного розладу протягом життя, за ними йшли ті, хто мав панічні атаки, але не панічний розлад, і ті, хто мав інші розлади за DSM-III, але не панічні атаки або панічний розлад; нижчі рівні були виявлені в осіб, які не мали панічних атак або діагнозів за DSM-III в минулому. Weissman та ін. також виявили, що 20% осіб з панічним розладом і 12% осіб з панічними атаками мали суїцидальні спроби. Крім того, це збільшення ризику не було пов'язане виключно з супутніми діагнозами, оскільки частота суїцидальних спроб протягом життя в осіб з неускладненим панічним розладом була стабільно вищою, ніж у осіб без психічних розладів (7% і 1% відповідно) (708). Цей висновок контрастує з висновками Hornig і McNally (137), які повторно проаналізували дані дослідження «Епідеміологічна територія охоплення» (ETO) з урахуванням впливу коморбідних розладів і соціодемографічних змінних, які аналізували в сукупності, а не окремо. Використовуючи як покроковий, так і зворотний логістичний регресійний аналіз, вони не виявили зв'язку панічного розладу зі значним підвищенням ризику суїцидальних спроб, який би перевищував той, який можна було б передбачити за наявності інших розладів.

Інші дослідники оцінювали інші групи населення, щоб визначити, чи пов'язані панічні атаки або панічні розлади зі зростанням суїцидальної поведінки. Pilowsky та ін. (130), досліджуючи 1580 підлітків у міській державній школі, виявили, що суїцидальні думки втричі частіше, а спроби самогубства в анамнезі вдвічі частіше траплялися в осіб з панічними атаками, навіть після того, як було враховано вплив демографічних факторів, глибокої депресії та вживання психоактивних речовин. Fleet та ін. (136) оцінили 441 пацієнта, які послідовно звертались у відділення невідкладної допомоги з болем у грудях і пройшли структуроване психіатричне інтерв'ю. Із загальної вибірки, 108 пацієнтів (25%) відповідали критеріям панічного розладу за DSM-III-R. Дослідники виявили, що суїцидальні думки протягом попереднього тижня мала більша кількість людей з панічним розладом, ніж тих в кого не було панічного розладу (25% і 5% відповідно), навіть після врахування ефекту впливу супутнього стану великої депресії. Крім того, з 44 пацієнтів (10% вибірки), які мали суїцидальні думки протягом попереднього тижня, 60% відповідали критеріям панічного розладу за DSM-III-R (709). Таким чином, в обох цих популяціях панічні атаки або панічний розлад були значущим

фактором ризику виникнення суїцидальних думок або суїцидальних спроб, незалежно від наявних супутніх розладів.

В інших дослідженнях оцінювали психіатричних амбулаторних пацієнтів з панічним розладом, і було продемонстровано значну варіабельність його впливу на суїцидальність. Cox та ін. (124), наприклад, використовували питання щодо суїциду з дослідження «Епідеміологічна територія охоплення» (ETO) для оцінки 106 пацієнтів з панічним розладом і виявили, що 31% пацієнтів повідомили про суїцидальні думки, а 18% повідомили про спроби самогубства в анамнезі. Невелика кількість людей з суїцидальними думками повідомляли про фактичні спроби самогубства протягом попереднього року. Однак, коли спроби самогубства все ж відбувалися, вони були переважно в контексті депресивного настрою. У вибірці зі 100 амбулаторних пацієнтів з панічним розладом, Lepine та ін. (129) виявили, що 42% пацієнтів мали попередні спроби самогубства. Суїциденти частіше були жінками або неодруженими, а 88% пацієнтів відповідали критеріям DSM-III-R щодо принаймні одного додаткового діагнозу, переважно великого депресивного розладу (52%) або розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин (31%). Warshaw та ін. (127) спостерігали за 498 пацієнтами з панічним розладом і виявили, що в 6% випадків існує ризик суїцидальної поведінки протягом 5-річного періоду. Одруження або наявність дітей були захисними факторами, тоді як розлади настрою, вживання психоактивних речовин, розлади харчової поведінки, розлади особистості, жіноча стать та наявність суїцидальних спроб в анамнезі були пов'язані з підвищеним ризиком. За відсутності інших факторів ризику, ризик суїцидальної спроби в осіб з панічним розладом був мінімальним. King та ін. (126) дослідили 346 амбулаторних пацієнтів з депресією і виявили значну різницю в частоті суїцидальних спроб у тих, хто мав панічні атаки в анамнезі, порівняно з тими, хто не мав їх в анамнезі (26,9% і 16,8% відповідно). Парадоксально, але депресивні пацієнти з нечастими панічними атаками в анамнезі мали вищу частоту суїцидальних спроб, ніж пацієнти з панічним розладом (32,3% і 21,5% відповідно).

Friedman та ін. (710) обстежили 293 пацієнтів з панічним розладом, з яких 59 мали коморбідний межовий розлад особистості. Про спроби самогубства в минулому повідомили 25% пацієнтів з коморбідним межовим розладом особистості і 2% пацієнтів без нього. На противагу цьому, Beck та ін. (128) виявили, що жоден з 73 пацієнтів з первинним панічним розладом у дослідженні 900 послідовних психіатричних амбулаторних пацієнтів не повідомив про попередні спроби самогубства.

Інші тривожні розлади, хоча й менш вивчені, також можуть впливати на спроби самогубства або суїцидальні думки. Наприклад, у нещодавніх клінічних випробуваннях нових препаратів для лікування тривожних розладів, в яких брали участь пацієнти з широким спектром діагнозів, ризик суїцидальних спроб був підвищений порівняно із загальною популяцією: суїцидальні спроби мали місце у 28 з 20 076 пацієнтів, що в річному обчисленні становить 1 350 на 100 000 пацієнтів (118). Cox та ін. (124) виявили, що з 41

амбулаторного пацієнта з діагнозом соціальної фобії, 14 (34%) мали досвід суїцидальних думок, а двоє (5%) змали спробу самогубства протягом попереднього року, хоча п'ятеро (12%) мали щонайменше одну спробу самогубства впродовж життя. Oquendo та ін. (131) обстежили 156 стаціонарних пацієнтів з діагнозом великого депресивного епізоду і виявили, що пацієнти з супутнім посттравматичним стресовим розладом були більш схильні до спроб самогубства, причому це було більш виражено у жінок, ніж у чоловіків, і не залежало від наявності межового розладу особистості. Schaffer та ін. (132) ретроспективно проаналізували результати оцінки 533 пацієнтів з великою депресією і виявили, що суїцидальні думки були присутні у 57,8%. Суїцидальні думки з більшою ймовірністю були присутні у 43,2% вибірки, які мали тривожний розлад протягом життя, і цей зв'язок не залежав ні від віку, ні від тяжкості депресивних симптомів. На противагу цьому, в дослідженні 272 стаціонарних пацієнтів з принаймні одним великим депресивним епізодом, Placidi та ін. (220) виявили, що показники панічного розладу не відрізнялися при порівнянні 143 пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, і 129 пацієнтів, які не мали таких спроб. Насправді, збудження, занепокоєння та іпохондрія були більш вираженими в групі тих, хто не мав суїцидальних спроб, і ці ефекти не залежали від вираженості таких симптомів, як агресія та імпульсивність. Однак рівень коморбідного межового розладу особистості був набагато вищим у тих, хто намагався покінчити життя самогубством, що могло вплинути на ці результати.

Навіть субсиндромні симптоми тривожного розладу можуть бути причиною підвищенню ризику скоєння суїциду. Наприклад, Marshall та ін. (135) виявили, що частота суїцидальних думок лінійно і значно зростає зі збільшенням кількості підпорогових симптомів посттравматичного стресового розладу. Вони повідомили, що для 2 608 з 9 358 осіб, які пройшли обстеження в 1997 році в рамках Національного дня скринінгу тривожних розладів і повідомили про принаймні один симптом посттравматичного стресового розладу тривалістю щонайменше 1 місяць, ризик суїцидальних думок був підвищений, навіть після врахування можливого впливу супутнього великого депресивного розладу.

Тривожні розлади можуть бути надмірно представлені серед осіб із суїцидальними думками або спробами суїциду. Pirkis та ін. (383) проаналізували дані 10 641 респондента Австралійського національного дослідження психічного здоров'я та благополуччя і виявили, що відносний ризик тривожного розладу збільшується в 3,5 рази в осіб, які мали суїцидальні думки протягом попереднього року, і збільшується в сім разів у тих, хто мав спробу суїциду протягом попереднього року.

Таким чином, наявні дані свідчать про те, що тривожні розлади, зокрема панічний розлад, можуть бути пов'язані з підвищеною частотою суїцидальних думок, суїцидальних спроб і самогубств. Залишається незрозумілим, чи є панічні атаки та панічні розлади незалежними факторами ризику самогубства, чи підвищення рівня суїцидальності, пов'язане з цими розладами, є просто відображенням супутньої захворюваності на інші розлади, такі як депресія,

розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, або розлади особистості. Тим не менш, особи з тривожними розладами потребують чіткої оцінки та подальшого спостереження для виявлення супутніх діагнозів та ризику суїциду. Психіатри також повинні бути уважними до замаскованих симптомів тривоги та тривожних розладів, які помилково діагностуються як фізичні захворювання.

d) Розлади харчової поведінки

Дослідження вказують на розлади харчової поведінки в цілому як на фактор ризику смерті і як на ймовірний фактор ризику самогубства. Наприклад, Harris і Barraclough (64) розрахували показник SMR з причини суїциду, використовуючи дані 15 досліджень, і виявили 23,1-кратне збільшення ризику у пацієнтів з розладами харчової поведінки.

Herzog та ін. (138) в 11-річному довготривалому дослідженні 246 жінок з розладами харчової поведінки визначили загальний показник смертності 5,1% і SMR для смерті з будь-якої причини 9,6. Троє з цих жінок померли внаслідок суїциду, внаслідок чого показник SMR для суїциду був значно вищий – на рівні 58,1.

Ризик, пов'язаний з конкретними розладами харчової поведінки, менш зрозумілий. Eckert та ін. (139) у подібному довготривалому дослідженні вивчали клінічний перебіг та наслідки нервової анорексії у 76 важкохворих жінок. Хоча жодна зі смертей не була пов'язана з суїцидом, на момент спостереження після 10-річного періоду, п'ять осіб (6,6%) померли, що призвело до майже 13-кратного збільшення показника смертності.

Coren і Hewitt (140) проаналізували дані витягу з усіх свідоцтв про смерть у Сполучених Штатах, зареєстрованих Національним центром медичної статистики з 1986 по 1990 рік. З 5,5 мільйонів жінок, які померли в цей період, у 571 нервова анорексія була вказана як основна причина смерті або як супутній стан. З них 1,4% померли внаслідок суїциду, порівняно з 4,1% у контрольній вибірці, що свідчить про те, що ризик самогубства в осіб з нервовою анорексією якщо і є, то нижчий, ніж у осіб з контрольної вибірки. Однак може існувати значне заниження даних, оскільки персонал, який реєструє інформацію у свідоцтвах про смерть, може не визнавати анорексію як супутній коморбідний стан.

Розлади харчової поведінки, особливо такий розлад як нервова булімія, також пов'язані з підвищеним рівнем суїцидальних спроб, і, навпаки, серед суїцидентів може бути підвищений рівень випадків порушеної харчової поведінки. Kent та ін. (141) порівняли 48 жінок, яких було направлено на психіатричне обстеження після акту навмисного самоотруєння, з 50 контрольними суб'єктами, які проходили обстеження у відділенні невідкладної допомоги лікарні після незначної випадкової травми. Навіть після контролю впливу відмінностей у рівнях депресії, дослідники виявили, що розлади харчової поведінки були значно більш поширеними в групі жінок, що намагались отруїти себе. Порівняно із загальним населенням, для якого, за даними опитувань, частота нервової булімії становить 1-2%, чотири особи (8%) у групі жінок, що мали спробу самоотруєння, відповідали діагностичним

критеріям нервової булімії. Таким чином, поінформованість про харчові розлади може бути важливою при оцінці пацієнтів після спроби самогубства.

Так само, спроби самогубства можуть бути більш вірогідними у жінок з розладами харчової поведінки. Використовуючи дані анонімного опитування 3630 дівчат 6-12 класів на Середньому Заході США, Thompson та ін. (142) виявили, що харчові розлади та агресивна поведінка значною мірою пов'язані з вживанням психоактивних речовин і спробами суїциду. Крім того, підлітки, які повідомляли про порушення харчової поведінки, втричі частіше повідомляли про суїцидальну поведінку, ніж інші респонденти.

Таким чином, люди з розладами харчової поведінки можуть мати підвищений ризик суїцидальної поведінки. Нервова анорексія, ймовірно, є потенційним фактором ризику суїциду, в той час як переїдання, очищення та булімія можуть бути пов'язані з суїцидальними спробами. Роль коморбідних діагнозів у підвищенні ризику суїцидальної поведінки залишається незрозумілою. Також незрозуміло, чи слід вважати захворюваність та смертність, що пов'язані із добровільним суворим обмеженням харчування або переїданням та наступним «очищенням», самоушкоджуючою чи суїцидальною поведінкою. Незалежно від цього, клініцисти, які проводять оцінку ризику суїциду, повинні бути уважними до наявності розладів харчової поведінки і особливо до поєднання розладів харчової поведінки з іншими психіатричними розладами або симптомами, такими як депресія або навмисне самоушкодження.

е) РДУГ

Взаємозв'язок між РДУГ і суїцидальною поведінкою незрозумілий, деякі, але не всі дослідження вказують на зв'язок між діагнозом РДУГ і суїцидальними спробами або самогубством. Щоб визначити психіатричні фактори ризику підліткового суїциду, Brent та ін. (145) використовували дані психологічної аутопсії, щоб порівняти 67 підлітків, які покінчили життя самогубством, з контрольною групою. На момент смерті 89,6% осіб, які покінчили життя самогубством, мали психічні розлади, такі як великий депресивний розлад, змішаний епізод біполярного розладу, розлад, пов'язаний з вживанням психоактивних речовин, та розлад поведінки спостерігався у більшій мірі порівняно з показниками у контрольній групі. На противагу цьому, частота РДУГ у тих, хто покінчив життя самогубством, становила 13,4% і не відрізнялася від показника в контрольній групі (145). Аналогічно, у дослідженні "випадок-контроль" серед підлітків, які намагалися покінчити життя самогубством, РДУГ був менш імовірним у тих, хто намагався покінчити життя самогубством, ніж у контрольній групі (146).

У групі досліджуваних віком від 17 до 28 років Murph та ін. (144) порівнювали 60 осіб які мали діагноз - комбінований тип прояву РДУГ, 36 осіб – з неуважним типом прояву РДУГ та 64 особи - група контролю з загальної суспільної вибірки. Більша частка представників групи з комбінованим типом прояву РДУГ (15%) повідомили про спроби самогубства порівняно з групою, представники якої мали переважно неуважний тип прояву РДУГ (2,8%) та контрольною групою (0%). Порівняно з контрольною групою, обидві групи

РДУГ мали більший психологічний дистрес, їм частіше виписували рецепти на препарати для лікування психічних розладів та призначали більше видів психіатричних послуг, також вони мали більшу схильність до розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю/канабісу, та розладів здатності до навчання. Групи не відрізнялися за коморбідністю розладів поведінки, великого депресивного розладу або тривожних розладів. Пацієнти з комбінованим типом прояву РДУГ клінічно частіше демонструють труднощі концентрації уваги та імпульсивну поведінку, тоді як пацієнти з переважно неуважним типом прояву РДУГ частіше мають такі проблеми, як відсторонений погляд, мрійливість, сплутаність свідомості, пасивність, замкненість, а також млявість або гіпоактивність. Ці відмінності в клінічних характеристиках можуть пояснювати різницю в кількості суїцидальних спроб у двох підгрупах.

Nasser та Overholser (143) досліджували летальність суїцидальної поведінки у 60 госпіталізованих пацієнтів підліткового віку, які нещодавно намагалися покінчити життя самогубством. Суб'єкти були розділені на три рівні групи на основі наслідків їхніх суїцидальних актів (нелетальні, низьколетальні та високолетальні). Групи суттєво не відрізнялися за показниками стану безнадії, депресії, зловживання психоактивними речовинами та самооцінки, а також за діагнозами великої депресії, розладу адаптації, зловживання психоактивними речовинами та біполярного розладу. Однак група осіб, які вчинили замах з високим рівнем летальності, включала чотирьох осіб з діагнозом великого депресивного епізоду та коморбідного РДУГ. Таким чином, можливо, саме коморбідність РДУГ з іншими розладами підвищує відносну летальність суїцидальних спроб.

Таким чином, докази існування незалежного зв'язку між РДУГ і ризиком самогубства або спроби самогубства видаються слабкими. Особи з комбінованим типом прояву РДУГ піддаються більшому ризику, ніж особи з переважно неуважним типом прояву РДУГ, можливо, через підвищений рівень імпульсивності. Крім того, може існувати зв'язок між РДУГ і ризиком суїциду, пов'язаний з коморбідністю з розладом поведінки, зловживанням психоактивними речовинами та/або депресивним розладом. Враховуючи часте виникнення РДУГ у пацієнтів з іншими психічними розладами, психіатрам важливо знати, що коморбідний РДУГ може посилювати ризик суїцидальної поведінки.

f) Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю

Наявність розладу, пов'язаного з вживанням алкоголю, підвищує ризик самогубства. Оцінки, засновані на комп'ютерному підборі кривих даних з 27 досліджень, свідчать про 7% ризик самогубства протягом життя в осіб з алкогольною залежністю (94). Інші приблизні оцінки ризику самогубств протягом життя коливаються від 3,4% до 15% (148, 157), але вони різняться залежно від країни і залежать від визначення розладу вживання алкоголю, яке використовується. Насправді, в переважній більшості досліджень не використовувалися критерії DSM-IV для розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, що ускладнює порівняння між дослідженнями. Як наслідок, в описі

досліджень у цьому документі будуть використовуватися діагностичні терміни, що застосовуються авторами досліджень.

Harris та Barraclough (64) використали дані з 32 публікацій, включаючи дані про більш ніж 45 000 осіб з періодами спостереження до 30 років, та в результаті розрахунків отримали показник SMR з причини суїциду 5,86 серед осіб, які зловживають алкоголем або мають алкогольну залежність. Загальний рівень самогубств серед жінок, які зловживають алкоголем або мають алкогольну залежність, приблизно в 20 разів перевищував очікуваний рівень, тоді як серед чоловіків - лише приблизно в чотири рази. Beck та ін. (227) також виявили, що ризик суїциду в людй із розладом вживання алкоголю приблизно в п'ять разів вищий, ніж у осіб без алкогольної залежності, у вибірці з 413 пацієнтів, госпіталізованих з приводу спроби самогубства, за якими проспективно спостерігали протягом 5-10 років. Вони також відзначили, що час скоєння самогубств був розподілений протягом усього періоду спостереження, без особливого періоду підвищеного ризику.

Зв'язок між розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, та самогубством також демонструють психолого-логічні аутопсії, які показують, що розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, є поширеним явищем серед осіб, які вчинили самогубство. Наприклад, Henriksson та ін. (59) у випадковій вибірці з 229 випадків самогубств серед фіннів протягом першого року виявили, що алкогольна залежність була присутня у 43% випадків. У Сполучених Штатах Conner та ін. (150) виявили, що 39% з 141 особи, які вчинили самогубство протягом 2,5 років, мали в анамнезі розлади, пов'язані з вживанням алкоголю.

Значний рівень вживання алкоголю також спостерігався у вибірці самогубств серед молоді, яка включала старших підлітків. Brent та ін. (151) проаналізували свідоцтва про смерть і звіти судових слідчих про всі самогубства, невизначені причини смерті та сумнівні нещасні випадки серед 10-19-річних мешканців округу Аллегейні, штат Пенсильванія, з 1960 по 1983 рік. Загалом було зафіксовано 159 достовірних самогубств і 38 ймовірних самогубств, але рівень самогубств помітно зріс протягом досліджуваного періоду, особливо серед білих чоловіків у віці 15-19 років. Протягом досліджуваного періоду також у 3,6 рази збільшився відсоток самогубств з виявленим рівнем алкоголю в крові (12,9% у 1968-1972 роках порівняно з 46,0% у 1978-1983 роках). Крім того, рівень самогубств із застосуванням вогнепальної зброї зростав набагато швидше, ніж рівень самогубств іншими способами (у 2,5 рази та 1,7 рази відповідно), а особи, які померли внаслідок самогубства із застосуванням вогнепальної зброї, майже в п'ять разів частіше вживали алкоголь, ніж особи, які використовували інші способи самогубства.

Було виявлено низку факторів, які особливо впливають на суїцид в осіб з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю (153). Murphy та ін. (152), досліджуючи 50 залежних від алкоголю осіб, які вчинили суїцид, виявили, що 26% з них пережили міжособистісні втрати в період до 6 тижнів до їх смерті. Ці дані можна порівняти з даними попередньої групи з 31 залежної від алкоголю особи, які покінчили життя самогубством, третина з яких пережила

втрату близьких міжособистісних стосунків в період до 6 тижнів до моменту суїциду. Більш раннє дослідження Murphy та Robins (156) також виявило високу частку нещодавніх міжособистісних розладів, як і дослідження самогубств у Сан-Дієго, проведене Rich та ін. (67). Щоб визначити інші фактори, пов'язані з підвищеним ризиком самогубств серед осіб залежних від алкоголю, у наступному дослідженні Murphy та ін. (149) об'єднали ці дві схожі групи людей із розладом вживання алкоголю, які померли внаслідок суїциду, і порівняли їх з двома контрольними вибірками білих чоловіків із розладом вживання алкоголю, одна вибірка - з популяції пацієнтів з психіатричними діагнозами, а інша вибірка - з популяції, що мешкає в громаді епідеміологічної території охоплення. Серед клінічних ознак, які значно частіше зустрічалися серед тих, хто покінчив життя самогубством, ніж у контрольній групі, були вживання алкоголю в даний час, слабка соціальна підтримка, серйозні фізичні захворювання, безробіття, самотнє проживання та наявність суїцидальної комунікації. Вісімдесят три відсотки людей із розладом вживання алкоголю, які покінчили життя самогубством, мали чотири або більше з семи факторів ризику.

Pirkola та ін. (154) також вивчали фактори, пов'язані з підвищеною ймовірністю самогубства серед осіб, які зловживають алкоголем. Вони виявили, що особи, які зловживали алкоголем і покінчили життя самогубством (N=349), частіше були молодими, чоловіками, розлученими або не жили разом за партнерами, порівняно з особами, які не зловживали алкоголем протягом кількох місяців, що передували суїциду (N=648). Люди, які зловживали алкоголем, також частіше перебували в стані алкогольного сп'яніння на момент смерті або померли від передозування ліків. Люди, які зловживали алкоголем, також переживали більше несприятливих життєвих подій безпосередньо перед суїцидом, незважаючи на кращу психосоціальну адаптацію на більш ранніх етапах життя. Наприклад, особи із розладом вживання алкоголю, які покінчили життя самогубством, частіше працювали, але також частіше були нещодавно безробітними.

В ряді досліджень було виявлено, що серед осіб з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, які вчинили самогубство, часто зустрічаються коморбідні розлади. В дослідженні Berglund (157) відстежувались в період до 1980 року 1312 осіб, які мали розлад вживання алкоголю та були госпіталізовані до шведської психіатричної лікарні в період з 1949 по 1969 роки. В результаті цього дослідження було виявлено, що люди із розладом вживання алкоголю, які покінчили життя самогубством, мали вищий рівень депресивних і дисфоричних симптомів, ніж люди із розладом вживання аклоголю, які померли з інших причин або були живі на кінець періоду спостереження. Murphy та ін. (152) також виявили, що супутня депресія була присутня у більшості, але не у всіх алкозалежних з їх вибірки, які покінчили життя самогубством, що свідчить про те, що депресія не є ні необхідною, ні достатньою передумовою для суїциду. У більш пізньому дослідженні Murphy та ін. (149) виявили, що великі депресивні епізоди значно частіше траплялися серед алкозалежних які покінчили життя самогубством,

ніж серед осіб, які не вживали алкоголь, а також виявили, що 58% алкозалежних, які покінчили життя самогубством, мали коморбідну велику депресію.

Shaffer та ін. (159) порівняли групу із 120 осіб у віці до 20 років, які покінчили життя самогубством, з контрольною групою, до якої було включено 147 осіб які відповідали за віком, статтю та етнічною приналежністю групі що порівнювалась, і виявили, що 59% осіб, які покінчили життя самогубством, і 23% осіб з контрольної групи відповідали критеріям психіатричного діагнозу DSM-III, заснованого на інформації, отриманій від батьків особи. При отриманні інформації від кількох інформаторів 91% осіб, які покінчили життя самогубством, відповідали критеріям психіатричного діагнозу за DSM-III. Крім того, зі збільшенням віку зростала ймовірність наявності психіатричного діагнозу загалом та розладів, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами та/або алкоголем зокрема. Попередні спроби самогубства та афективні розлади були факторами ризику самогубства як у чоловіків, так і у жінок, тоді як зловживання психоактивними речовинами та/або алкоголем зустрічалося виключно у чоловіків і було присутнім у 62% 18-19-річних осіб, які покінчили життя самогубством.

Навіть в осіб, у яких розлад, пов'язаний зі зловживанням алкоголю, в ремісії, ризик самогубства все ще може бути підвищеним, але, ймовірно, на нього впливають супутні розлади. Conner та ін. (150) проаналізували дані з вибірки 141 особи, які покінчили життя самогубством, і виявили, що 39% (N=55) мали в анамнезі зловживання алкоголем. Порівняно з тими, хто активно вживав алкоголь, особи з розладами пов'язаними зі зловживанням алкоголю, в стадії ремісії, були переважно молодшими особами з психотичними розладами або старшими особами з великою депресією.

Крім того, що розлад вживання алкоголю пов’язаний з підвищеним ризиком суїциду, він також пов’язаний з більшою ймовірністю суїцидальних спроб. Наприклад, Petronis та ін. (163) проаналізували дані 13 673 учасників дослідження «Епідеміологічна територія охоплення» (ЕТО) і виявили, що розлад вживання алкоголю пов’язаний з 18-кратним збільшенням відносної ймовірності суїцидальної спроби. Gomberg (162) порівняв 301 жінку, яка перебувала в 21 лікувальному закладі для людей із розладом вживання алкоголю, з такою ж кількістю непитущих жінок з громади, відповідного віку. Жінки з алкогольною залежністю набагато частіше робили спроби самогубства (40% порівняно з 8,8% жінок, які не вживають алкоголь), причому спроби самогубства були особливо ймовірними серед жінок, які вживають алкоголь, віком до 40 років. Жінки з алкогольною залежністю, які намагалися покінчити життя самогубством, частіше вживали інші наркотичні речовини, а також повідомляли про значно більшу напруженість, вибуховість, нерішучість, боязкість/тривожність, труднощі з концентрацією уваги та прокиданням вранці.

Серед людей із розладом вживання алкоголю також були виявлені відмінності між тими, хто намагався покінчити життя самогубством, і тими, хто цього не робив. Roy та ін. (165), наприклад, провели дослідження

"випадок-контроль", щоб визначити відмінності між людьми із розладом вживання алкоголю, які намагалися покінчити життя самогубством, і людьми із розладом вживання алкоголю, які не робили спроб самогубства. З 298 досліджених пацієнтів з розладом вживання алкоголю 19% намагалися покінчити життя самогубством. Порівняно з тими, хто не мав спроб суїциду, серед тих хто мав такі спроби було значно більше жінок, молодого віку та осіб з нижчим економічним статусом. Вони також частіше мали родичів першого або другого ступеня споріднення, які зловживали алкоголем, споживали більшу кількість алкоголю під час вживання алкоголю, почали вживати алкоголь у великих кількостях і зіткнулися з проблемами, пов'язаними з алкоголем, у більш ранньому віці.

Крім того, серед людей із розладом вживання алкоголю, які мали спроби суїциду, часто виявляють коморбідні діагнози. Roy та ін. (165), наприклад, виявили, що найпоширенішими супутніми психіатричними діагнозами серед людей із розладом вживання алкоголю, які намагалися покінчити життя самогубством, є великий депресивний розлад, антисоціальний розлад особистості, зловживання психоактивними речовинами, панічний розлад та генералізований тривожний розлад. aHesselbrock та ін. (166) на прикладі 321 стаціонарного пацієнта (231 чоловік, 90 жінок) у центрах лікування розладу вживання алкоголю виявили, що особи, які намагалися вчинити самогубство, зазвичай мали кілька психіатричних діагнозів (наприклад, депресію, антисоціальний розлад особистості та зловживання психоактивними речовинами) і більш важкі психіатричні симптоми, ніж особи, які не мали суїцидальних спроб. Дві третини людей із розладом вживання алкоголю, які намагалися покінчити життя самогубством, мали діагноз великого депресивного розладу впродовж життя, і більшість з них повідомляли про симптоми депресії впродовж 2 тижнів з моменту опитування. Люди із розладом вживання алкоголю, які намагалися покінчити життя самогубством, як правило, мали батьків, які страждали на розлад вживання алкоголю, зловживали алкоголем у ранньому віці, а також зловживали іншими речовинами на додаток до алкоголю. Preuss та ін. (167), використовуючи дані про 3190 залежних від алкоголю осіб, отримані в рамках Спільного дослідження генетики розладу вживання алкоголю (Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism), виявили, що залежні від алкоголю особи, які мали в анамнезі спроби самогубства, з більшою ймовірністю були залежні від інших психоактивних речовин і були більш схильні до інших психічних розлади.

Крім того, у осіб які мали суїцидальні спроби, був важчий перебіг алкогольної залежності та більше родичів першого ступеня спорідненості зі спробами самогубства. У наступному дослідженні, яке спостерігало за 1237 залежними від алкоголю особами протягом 5 років, Preuss та ін. (168) виявили, що 56 залежних від алкоголю осіб, які мали суїцидальні спроби протягом періоду спостереження, з більшою ймовірністю мали діагноз психічного розладу, спричиненого вживанням психоактивних речовин, або були залежними від інших наркотиків. Крім того, серед 371 залежної від алкоголю особи, які вчинили спробу самогубства, а також мали епізод депресії, 145 осіб

(39,1%) з розладом настрою, не пов'язаним з алкоголем, мали більшу кількість попередніх спроб самогубства і були більш схильні мати панічний розлад, не залежний від вживання алкоголю, але повідомили про менш важкий анамнез алкогольної залежності і з меншою ймовірністю вживали алкоголь під час своєї найсерйознішої спроби суїциду (169). Ці дані свідчать про те, що при зборі анамнезу у суїцидентів корисно виявляти наявність коморбідної депресії, а також визначати, чи депресивні епізоди спричинені алкоголем, чи ні.

Наявність попередніх спроб є предиктором майбутніх спроб, що також підкреслює необхідність ретельного збору анамнезу суїцидальної поведінки в минулому. Preuss та ін. (168) спостерігали за 1237 залежними від алкоголю особами протягом 5 років і виявили, що 56 залежних від алкоголю осіб, які мали суїцидальні спроби протягом періоду спостереження, частіше робили попередні спроби, ніж особи, які не мали суїцидальних спроб. Люди з коморбідною великою депресією та алкогольною залежністю мають вищі показники суїцидальних симптомів, ніж ті, хто має лише один з цих розладів. Cornelius та ін. (170) порівняли 107 пацієнтів з великою депресією та алкогольною залежністю з 497 пацієнтами без алкогольної залежності та 5625 пацієнтами без алкогольної залежності з великою депресією, які проходили оцінку в одному психіатричному закладі за допомогою напівструктурованої форми первинної оцінки. Особи з депресією та алкогольною залежністю мали значно вищий ступінь суїцидальності, що відображається глобальним показником, який включає бажання померти, суїцидальні думки та суїцидальну поведінку. Вони також значно відрізнялися нижчою самооцінкою, більшою імпульсивністю та функціональними порушеннями від пацієнтів з депресією але без алкогольної залежності.

У наступному дослідженні Cornelius та ін. (171) виявили, що серед госпіталізованих до психіатричної лікарні людей із розладом вживання алкоголю з великим депресивним розладом майже 40% робили спробу самогубства протягом тижня перед госпіталізацією, а 70% робили спробу самогубства в якийсь момент свого життя. Існував значний зв'язок між нещодавньою суїцидальною поведінкою та нещодавнім вживанням алкоголю, причому більшість респондентів також повідомляли, що в день спроби самогубства вони пили більше, ніж зазвичай. Крім того, ці спроби самогубства зазвичай були імпульсивними. Суїцидальні думки, однак, не були пов'язані з нещодавнім вживанням важких алкогольних напоїв, що свідчить про те, що алкоголь збільшує кількість суїцидальних спроб, підвищуючи ймовірність реалізації суїцидальних думок.

Отже, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, пов'язані з підвищеним ризиком самогубства та суїцидальних спроб. І навпаки, рівень розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, був вищий серед тих, помер внаслідок суїциду, а також серед осіб, які мали спроби суїциду. Поширеність коморбідних психіатричних симптомів та діагнозів свідчить про необхідність ретельної оцінки та лікування таких ускладнюючих факторів у осіб, які вживають алкоголь. Крім того, в процесі оцінки та планування лікування слід

враховувати часту присутність психосоціальних стресів, включаючи безробіття та особистісні втрати.

g) Інші розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин

Як і у випадку з розладами, пов'язаними зі вживанням алкоголю, розлади, пов'язані з вживанням інших психоактивних речовин, можуть бути причиною підвищеного ризику самогубства. Harris та Barraclough (172) зазначають, що показник SMR з причини суїциду широко варіює в різних дослідженнях і що часто існує плутанина в розрахунках через одночасне вживання особами декількох речовин та труднощі у розрізненні випадкових передозувань від самогубств. Тим не менш, мета-аналіз опублікованої літератури показав, що розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, пов’язані зі значним підвищенням ризику самогубства. SMR з причини суїциду становив 14,0 для осіб зі зловживанням опіоїдами або залежністю від них; 20,3 для осіб зі зловживанням седативними, снодійними або анксіолітичними засобами або залежністю від них; і 19,2 для осіб зі змішаним зловживанням психоактивними речовинами або залежністю від них.

Серед осіб із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, суїцид може бути більш імовірним за наявності супутніх діагнозів, таких як афективні розлади. Наприклад, у дослідженні, в якому порівнювали 67 підлітків, які покінчили життя самогубством, і 67 демографічно відповідних осіб з контрольної групи, Brent та ін. (145) виявили, що зловживання психоактивними речовинами створює більш значний ризик, коли воно супроводжується афективним розладом, ніж неускладнені випадки (співвідношення шансів 17,0 і 3,3 відповідно). Lesage та ін. (174) порівняли 75 чоловіків у віці 18-35 років, які покінчили життя самогубством, з групою з 75 демографічно відповідних живих контрольних осіб і виявили значно вищі показники залежності від психоактивних речовин за DSM-III-R серед осіб, які покінчили життя самогубством (22,7% порівняно з 2,7%). Вони також виявили, що коморбідний великий депресивний розлад або межовий розлад особистості є поширеним явищем серед осіб із залежністю від психоактивних речовин, які покінчили життя самогубством.

У дослідженнях психологічних аутопсій діагнози розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, особливо часто зустрічаються серед осіб у віці до 30 років, які вчинили самогубство. Наприклад, Fowler та ін. (173) вивчили підгрупу з 128 осіб з дослідження самогубств у Сан-Дієго (67), які були молодші 30 років, і виявили, що 53% з них мали діагноз зловживання психоактивними речовинами. З цієї групи близько половини мали додатковий психіатричний діагноз, такий як атипова депресія, атиповий психоз або розлад адаптації з депресією. Незважаючи на молодий вік учасників дослідження, зловживання психоактивними речовинами, як правило, було хронічним захворюванням, яке тривало в середньому 9 років. Зловживання кількома речовинами було нормою, причому найчастіше зловживали марихуаною, алкоголем та кокаїном. Інші дані з вибірки дослідження самогубств у Сан-Дієго в цілому (110) показали, що більшість тих хто вживав психоактивні речовини, зловживали як алкоголем, так і іншими речовинами, з відносно

невеликою кількістю "чистих" людей із розладом вживання алкоголю чи психоактивних речовин. Вони також відзначили, що міжособистісні конфлікти або втрати відбувалися незадовго до смерті частіше у тих осіб, які вживали психоактивні речовини та мали депресією і без неї, ніж у осіб, які мали лише афективні розлади.

Хоча більшість осіб з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, які покінчили життя самогубством, були чоловіками, важливо визнати, що чоловіки та жінки з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин можуть відрізнятися за своїми характеристиками та ризиком скоєння суїциду. Pirkola та ін. (175) використовували дані загальнонаціонального дослідження психологічної аутопсії у Фінляндії для вивчення характеристик вибірки з 172 чоловіків і 57 жінок, які покінчили життя самогубством і мали діагноз залежності від психоактивних речовин за DSM-III-R. Вони виявили, що жінки частіше, ніж чоловіки, зловживали або були залежними від призначених ліків. Крім того, жінки частіше, ніж чоловіки, мали розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, якому передував супутній розлад за віссю I (45% та 18% відповідно). Межовий розлад психіки, попередні спроби самогубства та суїцидальні комунікації були більш поширеними серед жінок віком 40 років або молодших. Крім того, жінки з алкогольною залежністю помирали у молодшому віці, ніж жінки з залежністю від інших речовин (крім алкоголю) а також у молодшому віці, ніж чоловіки з алкогольною або неалкогольною залежністю.

Наявні дані свідчать про те, що спроби самогубства є поширеним явищем серед тих, хто вживає психоактивні речовини, і що розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, також можуть бути пов’язані з підвищеним ризиком суїцидальних спроб. Borges та ін. (176) використали дані Американського національного дослідження коморбідності (the U.S. National Comorbidity Survey), репрезентативної вибірки з 8 098 осіб у віці 15-54 років, яке проводилося в 1990-1992 роках, щоб дослідити, чи є ретроспективні повідомлення про вживання психоактивних речовин, зловживання ними та залежність від них предикторами початку суїцидальної поведінки. Після контролю впливу соціально-демографічних факторів та супутніх психіатричних розладів дослідники виявили, що наступні спроби самогубства були пов'язані з вживанням алкоголю, героїну або інгалянтів. Поточне вживання психоактивних речовин, а не вживання в минулому, підвищувало ймовірність суїцидальної поведінки, причому кількість вжитих речовин була більш важливою, ніж їхні типи. Крім того, серед тих, хто мав суїцидальні думки, поточне вживання психоактивних речовин, зловживання ними та залежність від них були значущими факторами ризику незапланованих суїцидальних спроб.

Rossow та Lauritzen (178) оцінили за власними повідомленнями 2 051 особи, які отримували лікування від зловживання психоактивними речовинами, поширеність несмертельних передозувань та суїцидальних спроб. Майже половина (45,5%) повідомили про одне або більше небезпечних для життя передозувань, а майже третина (32,7%) - про одну або більше спроб

самогубства. Спроби самогубства частіше траплялися серед тих, хто мав передозування, а між кількістю небезпечних для життя передозувань та кількістю спроб самогубства існував позитивний помірний зв'язок. Серед осіб, які демонстрували обидві небезпечні для життя форми поведінки, також були вищі показники ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки, поганого соціального функціонування та вживання кількох психоактивних речовин. У суїцидентів також було більше симптомів депресії та тривоги, виміряних за Глобальною шкалою оцінки. Таким чином, існує суттєва коваріація між спробами самогубства та передозуванням наркотиків серед осіб з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, яка також пов'язана з іншими ризикованими поведінковими практиками та низькою соціальною інтеграцією. Особи з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, також мають підвищену ймовірність вчинення суїцидальної спроби порівняно з контрольною групою. Beautrais та ін. (177) порівняли 302 особи, які здійснили серйозні з медичної точки зору спроби самогубства, з 1028 контрольними особами, які були випадково обрані з місцевих виборчих списків. Загалом, ті, хто здійснив серйозну спробу самогубства, мали високий рівень розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (відносний ризик = 2,6). Крім того, 16,2% осіб із серйозними суїцидальними спробами відповідали критеріям DSM-III-R щодо зловживання/залежності від канабісу на момент спроби, порівняно з 1,9% у контрольній групі (181). Mann та ін. (31) у дослідженні 347 послідовних госпіталізацій до університетської психіатричної лікарні виявили, що 184 пацієнти, які раніше намагалися покінчити життя самогубством, мали більшу ймовірність вживання психоактивних речовин або розладу вживання алкоголю в минулому. Johnsson та Fridell (179) обстежили 125 осіб, які зловживали психоактивними речовинами, через 5 років після госпіталізації з метою детоксикації та короткострокової реабілітації. Хоча семеро пацієнтів померли на момент спостереження, жодна з цих смертей не була пов'язана з самогубством. З 92 опитаних респондентів майже половина групи (45%) повідомили, що мали спроби суїциду у певний момент свого життя, причому близько 50% з цієї групи намагалися покінчити життя самогубством за допомогою прописаних психотропних препаратів, таких як антидепресанти або седативні засоби. Лише кілька спроб самогубства були здійснені з використанням основної речовини, якою людина зловживала. Найпоширенішими причинами суїцидальних спроб були втрата близької людини та почуття самотності. Порівняно з тими, хто ніколи не намагався покінчити життя самогубством, ті, хто мали спроби суїциду, частіше перебували в психіатричній лікарні в дитинстві або переживали втрату близьких людей у дитинстві. Вони також частіше мали депресивний настрій або інші психіатричні коморбідні стани.

Поєднання вживання кокаїну та алкоголю також збільшує ризик суїцидальних спроб. Cornelius та ін. (711) виявили, що з 41 послідовно госпіталізованого пацієнта з алкогольною залежністю та депресивним синдромом, 16 намагалися покінчити життя самогубством, а 10 вживали кокаїн протягом тижня перед госпіталізацією. з алкогольною залежністю та

депресивним синдромом. Рой (180) вивчав характеристики кокаїнозалежних пацієнтів у наркологічному центрі і порівняв 130 осіб, які ніколи не намагалися покінчити життя самогубством, з 84 особами, які робили спроби самогубства раніше (в середньому 2,1 спроби в минулому). Порівняно з тими, хто не мав спроб суїциду, ті, хто робив такі спроби, частіше були жінками, мали алкогольну залежність протягом життя (58,3% порівняно з 34,6% серед тих, хто не робив спроб) та сімейний анамнез суїцидальної поведінки (25% порівняно з 5,4% серед тих, хто не робив спроб). Особи які мали спроби суїциду також мали значно вищі показники дитячої травми щодо емоційного насильства, фізичного насильства, сексуального насильства, емоційної занедбаності та фізичної занедбаності в порівнянні з тими, хто не мав спроб суїциду; однак ці показники не були скориговані на різницю в гендерному співвідношенні в обох групах. Таким чином, спроби самогубства є поширеним явищем серед осіб, які звертаються за лікуванням від кокаїнової залежності, а фактори, що підвищують ризик, подібні до тих, що притаманні іншим групам осіб, які мали спроби суїциду.

Отже, дослідження показують, що вживання психоактивних речовин є значним фактором ризику суїцидальних спроб і суїцидів. Це особливо стосується молодих людей, що спонукає деяких дослідників припустити, що зростання рівня самогубств серед молоді може бути пов'язане зі зростанням рівня вживання психоактивних речовин. Люди з хронічними розладами вживання психоактивних речовин, ті, хто пережив небезпечні для життя несуїцидальні передозування, а також ті, хто зловживає кількома речовинами, включаючи алкоголь, можуть бути в групі ще більшого ризику. Крім того, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, можуть ускладнювати афективні розлади (182), підвищуючи схильність до резистентних до лікування захворювань та психологічних розладів, і на цій основі можуть сприяти підвищеному ризику суїциду та суїцидальних спроб. Як наслідок, важливо оцінювати осіб із суїцидальними намірами в контексті вживання психоактивних речовин на наявність коморбідних афективних розладів, а також інших супутніх психіатричних діагнозів. Оцінка також має бути спрямована на виявлення патернів нещодавнього вживання психоактивних речовин та психосоціальних факторів, таких як нещодавня міжособистісна втрата або дитяча травма в анамнезі, які також можуть впливати на ймовірність суїцидальної поведінки серед тих хто вживає психоактивні речовини.

h) Розлади особистості

Хоча розлади особистості часто є коморбідними з розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, та з іншими психіатричними діагнозами, вони також можуть виступати як незалежний фактор ризику самогубства. Крім того, серед осіб з розладами особистості рівень самогубств може бути еквівалентним рівню самогубств серед осіб з іншими основними психіатричними синдромами. Наприклад, у мета-аналізі 14 вибірок "випадок-контроль" і дев'яти лонгітюдних вибірок пацієнтів з розладами особистості Linehan та ін. (184) виявили, що рівень самогубств становив від 4% до 8%. Для пацієнтів з межовим розладом особистості

дослідження показали, що рівень самогубств коливається від 3% до 9% (183). Harris і Barraclough (64) також виявили підвищений ризик самогубства, розрахувавши показник SMR з причини суїциду на рівні 7,08 серед осіб з розладом особистості. Однак більшість пацієнтів, включених в цей аналіз, були чоловіками і брали участь у дослідженні Управління у справах ветеранів, що ставить під сумнів репрезентативність популяції. Baxter та Appleby (188) у великому дослідженні довгострокового ризику самогубств у Великій Британії виявили ще вищий ризик самогубства серед осіб з діагнозом розладу особистості, з 12,8-кратним підвищенням ризику у чоловіків і 20,9-кратним підвищенням ризику у жінок з розладом особистості.

У поздовжньому спостереженні за особами з розладами особистості Stone та ін. (185) виявили, що 18 з 196 пацієнтів, яких вдалося відслідкувати, померли внаслідок суїциду в період до 16,5 років. Порівняно з показником самогубств 8,5% для групи осіб з межовим розладом особистості в цілому, серед осіб з проблемами пов'язаними з вживанням цей показник збільшився вдвічі (19%), а серед жінок, які мали поєднання розладу вживання алкоголю великого афективного розладу та межового розладу особистості, рівень самогубств становив 38%. Іншими факторами, які можуть сприяти скоєнню суїциду у осіб з межовим розладом особистості, є тривале зловживання алкоголем, імпульсивність і жорстоке поводження батьків, зокрема, сексуальні домагання в анамнезі.

Дослідження психологічних аутопсій також показують значну частоту діагнозів розладів особистості серед осіб, які вчинили самогубство. Duberstein та Conwell (186) проаналізували тематичні та когортні дослідження самогубств серед осіб з розладами особистості і виявили, що приблизно 30-40% самогубств відбуваються серед осіб з розладами особистості, причому підвищений ризик пов'язаний з наявністю діагнозів межового, антисоціального, а також, можливо, уникаючого і шизоїдного розладів особистості.

У випадковій вибірці всіх осіб, які покінчили життя самогубством у Фінляндії протягом 1 року, Isometsa та ін. (187) виявили, що 29% осіб (N=67) мали розлад за віссю II. Усі особи з розладом особистості також мали принаймні один діагноз за віссю I, який у 95% включав депресивний синдром, розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, або обидва розлади. Особи з розладами особистості кластеру B частіше мали розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, і мали попередні спроби самогубства, а також рідше зверталися за медичною допомогою протягом останніх 3 місяців свого життя. У тій самій групі досліджуваних Heikkinen та ін. (190) вивчили дані про нещодавні життєві події 56 осіб з розладом особистості, які покінчили життя самогубством, і порівняли їх з контрольною групою осіб, які не мали діагнозу розладу особистості. Люди з розладом особистості частіше переживали одну або кілька стресових життєвих подій протягом останніх 3 місяців життя, а також протягом тижня, що передував самогубству. Зокрема, у 70% осіб з розладом особистості за тиждень до самогубства сталася важлива подія, найчастіше це були проблеми з роботою, сімейні розбіжності,

відсутність роботи та фінансові труднощі. Таким чином, ці дані свідчать про те, що люди з розладами особистості, які покінчили життя самогубством, мають високий рівень коморбідної депресії та вживання психоактивних речовин, а також високий рівень значних життєвих стресових факторів, які передували самогубству.

Підвищений ризик самогубства при розладах особистості є особливим фактором, який сприяє підвищенню ризику серед молодих людей. Lesage та ін. (174) порівняли 75 молодих чоловіків, які покінчили життя самогубством, з демографічно відповідною групою чоловіків у громаді і виявили, що поширеність межового розладу особистості протягом 6 місяців спостереження була значно вищою серед тих, хто покінчив життя самогубством (28,0% порівняно з 4,0%). У дослідженні підлітків і молодих людей, які були госпіталізовані в регіональний центр лікування отруєнь через навмисне самоотруєння або самоушкодження, Hawton та ін. (384) порівняли 62 особи, які померли внаслідок самогубства або можливого самогубства, з 124 відповідними контрольними особами і виявили, що підвищений ризик смерті був пов'язаний з наявністю розладу особистості (відношення шансів = 2,1).

Спроби самогубства також можуть бути більш ймовірними в осіб з розладами особистості, ніж в осіб з іншими діагнозами. В огляді на цю тему Linehan та ін. (184) зазначають, що спроби самогубства, за оцінками, трапляються у 40-90% осіб з розладами особистості. Soloff та ін. (193) проаналізували дані 84 пацієнтів, які відповідали критеріям DSM-III-R для межового розладу особистості, і виявили, що 61 пацієнт (72,6%) мав в анамнезі спроби самогубства протягом життя, в середньому більше трьох спроб на одного пацієнта. Фактори ризику суїцидальних спроб у пацієнтів з межовим розладом особистості включали старший вік, попередні суїцидальні спроби, антисоціальну поведінку, імпульсивні дії та депресивний настрій, але не коморбідні афективні розлади або розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Ahrens і Haug (194) у дослідженні "випадок-контроль" 226 пацієнтів з розладом особистості, які були госпіталізовані в психіатричну лікарню, виявили, що пацієнти з розладом особистості (в тому числі, поміж інших, з межовим розладом особистості) частіше, ніж інші госпіталізовані пацієнти, мали спробу самогубства безпосередньо перед госпіталізацією, зі стійкою клінічно значущою суїцидальною поведінкою протягом перших 24 годин після госпіталізації (39% проти 24%). Крім того, у пацієнтів з розладом особистості суїцидальність не була пов'язана з наявністю специфічного афективного розладу, оскільки лише 3% пацієнтів з розладом особистості відповідали критеріям великого афективного синдрому. Однак частота повідомлень про спроби самогубства в осіб з діагнозом розладу особистості варіювала в різних лікувальних установах. Pirkis та ін. (198) у дослідженні суїцидальних спроб психіатричних пацієнтів, які перебувають на активному лікуванні, виявили, що частота суїцидальних спроб у пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні в гострому періоді, була в 10 разів вищою, ніж у пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні, а також у пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні впродовж тривалого

часу (22,7 спроб на 1000 епізодо-днів, порівняно з 2,3 і 2,1 спробами на 1000 епізодо-днів, відповідно).

І навпаки, серед осіб, які мали спроби суїциду, часто спостерігаються розлади особистості. Mann та ін. (31) у дослідженні 347 пацієнтів, які були послідовно госпіталізовані в університетську психіатричну лікарню, виявили, що коморбідний межовий розлад особистості був більш поширеним серед 184 пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, ніж серед тих, хто не робив суїцидальних спроб раніше. Beautrais та ін. (177) порівняли 302 особи, які здійснили серію суїцидальних спроб, з 1028 випадково обраними суб'єктами порівняння. Множинна логістична регресія показала, що ті, хто намагався покінчити життя самогубством, мали високий рівень розладу поведінки або антисоціального розладу особистості (відношення шансів = 3,7, 95% довірчий інтервал = 2,1-6,5). Таким чином, як межовий розлад особистості, так і антисоціальний розлад особистості частіше зустрічаються серед осіб, які намагалися покінчити життя самогубством. У дослідженні послідовних пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, Suominen та ін. (191) порівняли 65 пацієнтів, які не мали діагнозу розладу особистості, з 46 пацієнтами, яким був поставлений діагноз розладу особистості. З тих, кому був поставлений діагноз, 74% мали розлад особистості кластеру В і 46% мали діагноз межового розладу особистості. Особи з розладом особистості частіше робили спроби самогубства в минулому (78% порівняно з 57% осіб без діагнозу розладу особистості) і частіше проходили психіатричне лікування протягом життя (85% порівняно з 57%); однак особи з розладом особистості та без нього не відрізнялися за ступенем намірів, почуття безнадії, соматичної тяжкості або імпульсивності. Розлади особистості були пов'язані з високим ступенем коморбідності, причому коморбідна алкогольна залежність була особливо поширеною і була пов’язана з більшими труднощами в подальшому спостереженні.

Ряд додаткових факторів можуть впливати на ризик суїцидальних спроб серед осіб з розладами особистості. Бродський та ін. (196) проаналізували дані 214 стаціонарних пацієнтів з діагнозом "межовий розлад особистості" за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю та вивчили зв'язок між специфічними критеріями DSM-IV для межового розладу особистості та показниками суїцидальної поведінки. Виключивши саморуйнівну поведінку та перевіривши вплив діагнозів депресивного розладу та зловживання психоактивними речовинами протягом життя, вони виявили, що імпульсивність була єдиною характеристикою межового розладу особистості, яка була пов'язана з більшою кількістю суїцидальних спроб. Крім того, кількість попередніх спроб самогубства була пов'язана зі зловживанням психоактивними речовинами в анамнезі.

Коморбідні афективні розлади також часто зустрічаються серед суїцидентів з діагнозом розладу особистості. Наприклад, Van Gastel та ін. (192) у дослідженні 338 пацієнтів психіатричних стаціонарів з діагнозом депресії виявили значно більше суїцидальних спроб і більше суїцидальних думок серед тих, хто мав супутній діагноз розладу особистості, ніж серед депресивних

пацієнтів без розладу особистості. Крім того, Oquendo та ін. (131) виявили, що серед 156 стаціонарних пацієнтів з діагнозом великого депресивного епізоду наявність суїцидальних спроб в анамнезі незалежно пов'язана з наявністю розладу особистості кластера В і ПТСР.

Corbitt та ін. (195) також дослідили вплив коморбідного межового розладу особистості у 102 осіб з афективними розладами і виявили, що 30 пацієнтів з великим депресивним розладом і коморбідним межовим розладом особистості з такою ж ймовірністю робили спроби самогубства, як і 72 пацієнти, в яких було діагностовано лише великий депресивний розлад. Однак пацієнти з коморбідним межовим розладом особистості частіше мали в анамнезі кілька серйозних суїцидальних спроб, а суїцидальну поведінку в минулому краще прогнозували за кількістю симптомів розладу особистості, ніж за кількістю депресивних симптомів. Таким чином, вони припустили, що при оцінці ризику суїцидальних спроб у пацієнтів з великим депресивним розладом слід враховувати тяжкість, а також наявність супутніх симптомів розладу особистості кластера В.

Soloff та ін. (197) порівняли характеристики суїцидальних спроб у 77 стаціонарних пацієнтів з великими депресивними епізодами з суїцидальними спробами у 81 пацієнта з межовим розладом особистості, 49 з яких мали супутній великий депресивний епізод. Порівняно з пацієнтами, які мали лише межовий розлад особистості, всі пацієнти з депресією мали більш виражену депресію за оцінкою спостерігачів і нижчий рівень функціонування. Пацієнти з межовим розладом особистості мали вищі показники імпульсивності, незалежно від того, чи була присутня депресія. Однак, групи пацієнтів з депресією не відрізнялися за суб'єктивним наміром померти, ступенем об'єктивного планування смерті, насильством методу самогубства або ступенем фізичних ушкоджень при спробі самогубства, виміряних за шкалою суїцидальних намірів Бека.

Таким чином, люди з розладами особистості, особливо з діагнозом "межовий розлад особистості" або "антисоціальний розлад особистості", мають підвищений ризик суїциду та спроб самогубства. Ці ризики ще більше зростають за наявності коморбідних розладів, таких як великий депресивний розлад, ПТСР та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Вираженість таких симптомів, як імпульсивність, також може відігравати певну роль у підвищенні ризику, що свідчить про необхідність виявлення та усунення цих факторів при оцінці та лікуванні осіб з розладами особистості.

Для доповнення Настанови РГ надає додаткову інформацію з джерела **Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm, 2016.**

Ми використали дві наявні настанови щодо ведення випадків межового розладу особистості в якості початкового орієнтиру: національні настанови Великобританії (Національний центр співпраці у сфері психічного здоров’я, 2009, 2011) та національні настанови Австралії (NHMRC, 2012).

Настанова Національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC, 2012 р.) була використана для виявлення відповідних рандомізованих досліджень, опублікованих до 2011 року. Для виявлення більш пізніх РКД ми провели електронний пошук у PubMed (2012-2014 рр.) з використанням термінів «самоушкодження» ТА «межовий розлад особистості», обмежуючись РКД. Ми не знайшли жодного дослідження.

Ми також використали наявні систематичні огляди ДПТ (Kliem та ін., 2010; Panos та ін., 2013) та фармакологічних методів лікування (Bellino та ін., 2011; Duggan та ін., 2008; Ingenhoven та ін., 2010; Lieb et al., 2010; Mercer et al., 2009; ін., 2009).

Клінічна настанова **PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003**

3. Специфічні психічні симптоми

а) Тривожність

Існує припущення, що тривога підвищує ризик самогубства навіть за відсутності специфічного тривожного розладу. В огляді 46 когортних досліджень або досліджень "випадок-контроль", які використовували стандартизовані або структуровані оцінки психологічних вимірів для оцінки психологічної вразливості до самогубства, Conner та ін. (217) відзначили, що тривожність є одним з п'яти конструктивних компонентів, що постійно пов’язаний із самогубством. або екстремальної тривожності та/або ажитації згідно з класифікацією афективних розладів і шизофренії. Крім того, Fawcett та ін. (79) у дослідженні 954 психіатричних пацієнтів з великим афективним розладом виявили, що панічні атаки та сильна психічна тривога були факторами, пов'язаними з суїцидом протягом 1 року після оцінки індексу. У цих дослідженнях рівень тривоги, пов'язаний з самогубством, часто набував форми тривожних роздумів, панічних атак або ажитації і був у важкому діапазоні (тобто, сильна тривога більшу частину часу).

Щодо впливу тривоги на ризик суїцидальних спроб, то тут результати більш неоднозначні. Наприклад, Hall та ін. (212) вивчили характеристики 100 пацієнтів, які здійснили важку спробу самогубства, і виявили, що сильна тривога і панічні атаки були одними з факторів, які були пов'язані зі спробою самогубства. Однак Placidi та ін. (220) у дослідженні 272 стаціонарних пацієнтів з принаймні одним великим депресивним епізодом виявили, що ажитація і психічна тривога були більш вираженими у тих, хто не повідомляв про спробу самогубства в минулому.

Таким чином, хоча взаємозв'язок між тривогою та суїцидальними спробами не є чітким, і не було виявлено, що специфічні показники тривоги є предикторами суїциду (78), сильна тривога дійсно підвищує ризик суїциду, принаймні, в деяких підгрупах пацієнтів. Зокрема, психічну тривогу, яка може бути неочевидною для клініциста, слід спеціально оцінювати, оскільки такі симптоми можуть швидко реагувати на агресивне короткострокове лікування бензодіазепінами, антипсихотичними препаратами другого покоління і, можливо, протисудомними препаратами (109).

b) Відчуття безнадії

Відчуття безнадії постійно визначають як фактор, пов'язаний з підвищеним ризиком суїциду, незалежно від діагнозу (217). У багатьох дослідженнях, які оцінювали стан безнадії, використовували шкалу безнадії Бека (712), яка описана далі в розділі VI.B.1 "Рейтингові шкали". Наприклад, Бек та ін. (222) спостерігали за 207 пацієнтами, які були госпіталізовані у зв'язку з суїцидальними думками, але не робили нещодавніх спроб самогубства, щоб виявити предиктори подальших суїцидів. Через 5-10 років спостереження 14 осіб (6,9%) покінчили життя самогубством. Хоча оцінка 10 і більше балів за шкалою безнадії Бека правильно ідентифікувала 91% пацієнтів, які в кінцевому підсумку покінчили життя самогубством, спостерігалося надмірне призначення пацієнтів до групи ризику, при цьому частота хибнопозитивних результатів становила 88%. Група пацієнтів, які покінчили життя самогубством, також мала вищий середній бал за оцінкою безнадії клініцистами (223).

У більш пізньому повздовжньому дослідженні, яке включало 1 958 послідовних психіатричних амбулаторних пацієнтів, вивчалося, чи може рівень безнадії на момент госпіталізації передбачити ймовірність самогубства (221). У цій популяції пацієнтів ті пацієнти, які згодом померли внаслідок суїциду, мали значно вищі показники як за шкалою безнадії Бека, так і за опитувальником депресії Бека. Хоча оцінка за шкалою безнадії Бека 10 і більше балів була пов’язана з 11-кратним збільшенням ймовірності самогубства, специфічність цього показника була низькою. Оскільки високий рівень безнадії є поширеним серед психіатричних пацієнтів, застосування цього порогового значення за шкалою безнадії Бека до більшої популяції виявило б 100 пацієнтів, які перебувають у групі ризику на кожні один-два можливих суїциди (713).

У наступному дослідженні, яке включало розширену вибірку з 6 891 амбулаторного психіатричного пацієнта, яких вивчали в період з 1975 по 1995 рік і за якими велось подальше спостереження в період тривалістю до 20 років (з середньою тривалістю спостереження 10 років), Brown та ін. (78) використовували аналіз виживання для виявлення факторів, пов'язаних з підвищеним ризиком суїциду. Поряд з більш високим рівнем суїцидальних думок і депресії, відчуття безнадії було визначена як фактор ризику самогубства: пацієнти, які набрали більше 8 балів за шкалою безнадії Бека, мали в чотири рази більший ризик самогубства в даному році, ніж ті, хто набрав менше балів.

Однак вплив відчуття безнадії на ризик самогубства може відрізнятися залежно від діагнозу. Fawcett та ін. (79) у лонгітюдному спостереженні за 954 пацієнтами з великим афективним розладом виявили, що сильна безнадія була одним з декількох факторів, пов'язаних з підвищеним ризиком самогубства більш ніж через 1 рік після оцінки індексу. Однак серед осіб, які відповідали критеріям зловживання алкоголем або наркотичними речовинами в будь-який період часу, ті, хто не був мав стану глибокої безнадії, мали найвищий ризик скоєння суїциду протягом 5-річного спостереження (226). Ця закономірність

узгоджується з висновками Beck та ін. (227), які спостерігали за 161 пацієнтом, що зловживає алкоголем, протягом 7-12 років після того, як вони були госпіталізовані з причини суїцидальної спроби. Порівняння 18 осіб, які покінчили життя самогубством, з рештою групи не виявило зв'язку між самогубством і безнадією або депресією.

Стан безнадії після завершення лікування може також відображати підвищений ризик самогубства. Dahlsgaard та ін. (236) порівняли 17 амбулаторних пацієнтів когнітивної терапії з розладом настрою, які померли внаслідок суїциду, з відповідною групою з 17 амбулаторних пацієнтів, які не вчиняли самогубства.

Незважаючи на те, що вибірка була невеликою, ті, хто покінчив життя самогубством, мали вищий рівень безнадії наприкінці лікування і були більш схильні припинити лікування передчасно.

Окрім того, що безнадія є фактором ризику самогубства, вона є більш вираженою в осіб, які повідомляли про попередні спроби самогубства, порівняно з особами без такого анамнезу. Cohen та ін. (229), наприклад, виявили вищий рівень безнадії у 43 суїцидентів з 184 осіб, які вперше потрапили до лікарні з приводу психозу. Hall та ін. (212) у дослідженні 100 пацієнтів, які здійснили серйозні суїцидальні спроби, також відзначили, що почуття безнадії пов'язане з суїцидальною поведінкою. Серед 84 стаціонарних пацієнтів з великою депресією за DSM-III-R, Malone та ін. (230) виявили, що 45 осіб, які вчинили спробу самогубства, мали вищі суб'єктивні оцінки безнадії та тяжкості депресії, і що ці оцінки були обернено пропорційні до "причин для життя". У дослідженні, в якому порівнювали 148 афроамериканських жінок з низьким рівнем доходу, які вчинили спробу самогубства, з 137 демографічно схожими жінками, які звернулися по загальну медичну допомогу, Kaslow та ін. (230) виявили, що безнадія пов'язана з майже восьмикратним збільшенням ризику суїцидальної спроби в результаті одномірного аналізу. У багатовимірному логістичному регресійному аналізі показник безнадії був незалежно пов’язаний з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Van Gastel та ін. (192) також виявили, що безнадія була пов'язана з суїцидальними думками серед 338 пацієнтів стаціонару, які мали депресію, а наявність коморбідного розладу особистості пов’язана з додатковим збільшенням суїцидальних думок і суїцидальних спроб.

У різних діагностичних групах безнадія пов'язана з серйозністю суїцидальних ідей та намірів. Soloff та ін. (197) оцінили зв'язок безнадії зі спробами самогубства у стаціонарних пацієнтів з великим депресивним розладом (N=77), а також у стаціонарних пацієнтів з межовим розладом особистості окремо (N=32) або в поєднанні з великим депресивним розладом (N=49). В обох групах підвищений рівень безнадійності асоціювався зі збільшенням кількості суїцидальних спокус, а також зі збільшенням летальних намірів, пов'язаних зі спробами самогубства. Крім того, у пацієнтів з обома розладами вищий рівень безнадійності асоціювався з об'єктивним плануванням суїцидальних спроб, що ще більше підвищувало ризик. У вибірці з 384 осіб, які намагалися покінчити життя самогубством, Weissman та ін. (233)

виявили, що безнадія сприяла тяжкості суїцидальних намірів як у осіб із розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (N=86), так і в осіб без розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (N=298).

Інші дані свідчать про те, що рівень безнадії не можна розглядати незалежно від інших факторів. Наприклад, Uncapher та ін. (228) проаналізували дані про 60 чоловіків, які перебували в спеціальних закладах для людей похилого віку, і виявили, що зв'язок між відчуттям безнадії та суїцидальними думками змінювався залежно від рівня депресивних симптомів і був найбільш вираженим при помірному або вищому рівні депресії. Mendonca та Holden (232) обстежили 97 амбулаторних пацієнтів і виявили, що найсильнішими предикторами серйозності поточних суїцидальних нахилів (за шкалою суїцидальних думок Бека) є безнадія (за шкалою безнадії Бека) і "незвичне мислення" (визначене як стан когнітивного дистресу з плутаним, дезорганізованим мисленням, включаючи "проблеми з концентрацією уваги" і "затуманення свідомості").

Крім того, перехресні оцінки безнадії не обов'язково можуть бути настільки ж релевантними ризику, як рівень безнадії на початковому етапі, коли людина не перебуває в депресії. Young та ін. (234) у лонгітюдному дослідженні 316 осіб виявили, що базовий рівень безнадії є кращим предиктором суїцидальних спроб, ніж рівень безнадії в стані депресії або відносна зміна в почутті безнадії порівняно з початковим рівнем під час депресії.

Підсумовуючи, можна сказати, що безнадія - це психологічний параметр, пов’язаний з підвищеним ризиком суїциду та суїцидальних спроб, а також з підвищеним рівнем суїцидальних намірів. Цей зв'язок між безнадією та суїцидальністю простежується в усіх діагностичних групах, за винятком осіб з розладом вживання алкоголю. Ці дані свідчать про важливість з'ясування поточного рівня безнадійності, а також звичайного рівня оптимізму щодо життя та планів на майбутнє. Вони також вказують на необхідність застосування втручань, спрямованих на зменшення почуття безнадії, як частини лікування.

с) Імперативні галюцинації

Хоча в клінічній практиці вважається, що імперативні галюцинації пов'язані з підвищеним ризиком суїциду, докази на підтвердження цього припущення є обмеженими. Крім того, наявні дослідження включали відносно невелику кількість пацієнтів, що ускладнює виявлення відмінностей у частоті самогубств або суїцидальних спроб між групами пацієнтів. Крім того, при проведенні психологічної аутопсії неможливо визначити, чи були імперативні галюцинації присутні безпосередньо перед смертю, та чи могли вони сприяти самогубству.

У двох невеликих дослідженнях вивчалось, чи були присутні імперативні галюцинації під час початкової оцінки в осіб, які пізніше покінчили життя самогубством. Breier і Astrachan (102) описали 20 пацієнтів з шизофренією, які померли внаслідок суїциду, і виявили, що жоден з них раніше не повідомляв про суїцидальні імперативні галюцинації. На противагу

цьому, Zisook та ін. (239) виявили, що про імперативні галюцинації, які часто були насильницькими за змістом, повідомляли 46 з 106 амбулаторних пацієнтів з шизофренією, включаючи двох пацієнтів, які покінчили життя самогубством під час дослідження.

Інші дослідження намагалися визначити частоту, з якою пацієнти виконують імперативні галюцинації, а також фактори, які сприяють виконанню або спротиву таким командам. Наприклад, Junginger (241) використовував напівструктуроване психіатричне інтерв'ю та аналіз лікарняних карт, щоб отримати інформацію про 51 психіатричного стаціонарного та амбулаторного пацієнта, кожен з яких нещодавно пережив імперативні галюцинації. З них 39,2% повідомили, що виконували команди, 47,1% - що не виконували, а 13,7% не змогли пригадати свою реакцію. Пацієнти з галюцинаціями, пов'язаними з маренням, і голосами, які можна було ідентифікувати, частіше виконували команди, ніж пацієнти, які не могли ідентифікувати голоси, які вони чули. У подальшому дослідженні 93 психіатричних стаціонарних пацієнтів, які мали в анамнезі принаймні одну імперативну галюцинацію, остання імперативна галюцинація, про яку повідомив суб'єкт, була оцінена за рівнем небезпеки та рівнем виконання команди (242). З 93 досліджуваних ,52 (56%) повідомили про принаймні часткове виконання останньої імперативної галюцинації, а 40 (43%) - про повне виконання. Особи, які відчували менш небезпечні команди або могли впізнати голос галюцинації, повідомили про вищий рівень підпорядкування, хоча повідомлення про підпорядкування більш небезпечним командам не були рідкісними. Імперативні галюцинації, що пацієнти мали перебуваючи в лікарні, були менш небезпечними, ніж ті, що були пережиті в інших місцях, мали тенденцію бути специфічними для лікарняного середовища і були менш імовірними для виконання. На основі цих самозвітів пацієнтів, автори дійшли висновку, що психіатричні пацієнти, які мають імперативні галюцинації, схильні до ризику небезпечної поведінки і що здатність пацієнта ідентифікувати голос галюцинації є досить надійним предиктором подальшого дотримання вимог. Також рівень небезпеки, що виникає внаслідок виконання імперативних галюцинацій, може залежати від оточення пацієнта.

Erkwoh та ін. (245) використовували опитувальник з 24 пунктів для оцінки психопатологічних характеристик імперативних галюцинацій у 31 пацієнта з шизофренією. Як і Junginger, вони виявили, що виконання команд можна передбачити, якщо пацієнт впізнав голос. Крім того, пацієнти з більшою ймовірністю виконували команди з галюцинацій, які вони вважали "реальними" і які викликали емоційну реакцію під час галюцинації.

Kasper та ін. (243) порівняли 27 пацієнтів з психотичними розладами, які мали імперативні галюцинації, з 27 пацієнтами з іншими галюцинаціями і 30 пацієнтами з іншими психотичними симптомами. Хоча групи не відрізнялися при порівнянні агресивної чи насильницької поведінки, або при порівнянні більшості негалюцинаторних симптомів, 84% пацієнтів з імперативними галюцинаціями нещодавно підкорялися їм, навіть під час перебування в лікарні. Серед тих, хто мав імперативні галюцинації, майже половина чули і

намагалися виконати заклики до самоушкодження протягом попереднього місяця. Rogers та ін. (244), досліджуючи 65 стаціонарних пацієнтів з психотичними розладами, також виявили, що значна кількість осіб (44%) часто реагували на імперативні галюцинації беззаперечним підпорядкуванням.

Ці висновки про те, що значна кількість людей виконує принаймні деякі команди галюцинацій, суперечать висновкам Hellerstein та ін. (240). Серед 789 послідовних стаціонарних пацієнтів, госпіталізованих протягом 2-річного періоду, вони виявили, що 19,1% мали слухові галюцинації протягом 2 тижнів після госпіталізації, і з них 38,4% чули команди до насильства або самоушкодження.

Не викликає подиву той факт, що галюцинації були більш поширеними серед 159 пацієнтів з шизофренією: 50,3% мали слухові галюцинації, а 18,2% - імперативні галюцинації. Серед 167 пацієнтів з афективним розладом частота слухових і імперативних галюцинацій становила 13,2% і 4,2% відповідно. Наявність слухових галюцинацій в значній мірі була пов'язана з максимальним рівнем спостереженням та усамітненням. Однак пацієнти з імперативними галюцинаціями суттєво не відрізнялися від пацієнтів без таких галюцинацій за демографічними та поведінковими показниками, включаючи суїцидальні думки або поведінку та агресивність. Цей висновок свідчить про те, що самі по собі імперативні галюцинації можуть не означати підвищеного ризику гострої, небезпечної для життя поведінки. Крім того, відповідно до висновків Goodwin та ін. (714), ці дані свідчать про те, що багато пацієнтів здатні ігнорувати або протистояти імперативним галюцинаціям.

Найбільш конкретною оцінкою ролі імперативних галюцинацій у суїцидальній поведінці є робота Harkavy-Friedman та ін. (106). Вони опитали 100 осіб з шизофренією або шизоафективним розладом, які були госпіталізовані в стаціонарне дослідницьке відділення, про досвід імперативних слухових галюцинацій , а також про спроби суїциду. Про спроби самогубства повідомили 33% вибірки, а відносна частота осіб з імперативними галюцинаціями статистично не відрізнялася між тими, хто повідомляв про спроби самогубства, і тими, хто не повідомляв про них (30% і 18%, відповідно). Імперативні галюцинації були присутні у 22% вибірки в цілому, і з них 45% здійснили принаймні одну суїцидальну спробу. Однак серед осіб з імперативними галюцинаціями, які намагалися покінчити життя самогубством, 80% мали принаймні одну спробу у відповідь на галюцинації. Таким чином, ці дані свідчать про те, що у деяких людей, особливо з попередніми суїцидальними спробами, суїцидальна поведінка може виникати в контексті слухових імперативних галюцинацій.

Таким чином, результати досліджень суперечливі щодо того, чи схильні пацієнти з імперататівними галюцинаціями підкорятися їм. Пацієнти, які впізнають галюцинаційні голоси або сприймають їх як реальні чи доброзичливі, можуть бути більш схильні виконувати їхні вказівки. Крім того, пацієнти з попередніми спробами самогубства можуть бути більш схильними виконувати суїцидальні команди. З точки зору безпосередньо суїцидального ризику, пацієнти з імперативними галюцинаціями, можливо, не піддаються

більшому ризику, ніж інші пацієнти з важкими психічними розладами. Однак, існуючі дослідження включають занадто мало суб'єктів, щоб робити однозначні висновки. Крім того, оскільки деякі пацієнти дійсно діють у відповідь на слухові імперативні галюцинації, важливо виявляти такі галюцинації, оцінювати їх у контексті інших клінічних особливостей і враховувати в процесі планування лікування.

d) Імпульсивність та агресія

Такі фактори, як імпульсивність, ворожість та агресія, можуть бути присутні окремо або разом, підвищуючи ризик самогубства. Наприклад, багато досліджень надали помірно переконливі докази ролі афектів і поведінки, пов'язаних з імпульсивністю та ворожістю, у суїциді (217, 246). Зокрема, було показано, що імпульсивність і агресія пов'язані з суїцидом у пацієнтів з шизофренією, а також у пацієнтів з афективними розладами. Наприклад, De Hert та ін. (89) порівняли 63 пацієнти, які померли внаслідок самогубства, і 63 контрольних особи з послідовної серії пацієнтів з діагнозом "шизофренія", яким на момент госпіталізації не виповнилося 30 років. У цій вибірці імпульсивна поведінка була пов'язана з підвищеною ймовірністю самогубства (відношення шансів = 6,4). Серед 529 пацієнтів з афективними захворюваннями, за якими натуралістично спостерігали протягом терміну тривалістю до 14 років і які або намагалися покінчити життя самогубством, або померли від суїциду, Maser та ін. (247) також виявили, що імпульсивність була основною характеристикою пацієнтів із суїцидальною поведінкою. Насправді, через 12 місяців вищі рівні імпульсивності та наполегливості були найкращими потенційними предикторами суїциду.

Angst і Clayton (248) виявили значний вплив преморбідної агресії на ризик суїцидальних спроб або самогубства. Щоб оцінити вплив особистісних рис на суїцидальну поведінку, вони застосували особистісний опитувальник Фрайберга (Freiberg Personality Inventory) до 6315 новобранців швейцарської армії. Через дванадцять років було встановлено, що 185 з цих осіб отримували психіатричне лікування протягом цього періоду, і було проведено огляд записів для встановлення сліпого діагнозу та оцінки показників суїцидальності та смертності в підгрупі 87 з цих осіб.

Виявилося, що ті, хто намагався покінчити життя самогубством або помер від суїциду, мали вищі показники агресії, ніж контрольна група. На противагу цьому, люди з суїцидальними думками мали нижчі показники агресії, що свідчить про роль преморбідної агресії в суїцидальній поведінці.

Інші численні дослідження продемонстрували підвищений рівень імпульсивності та агресії в осіб, які мали в анамнезі спроби самогубства. Наприклад, Mann та ін. (31) у дослідженні 347 пацієнтів, які послідовно перебували в університетській психіатричній лікарні, виявили, що рівень агресії та імпульсивності впродовж життя у 184 пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, був вищим, ніж у тих, хто не мав суїцидальних спроб в анамнезі. Hall та ін. (212) виявили, що нещодавній початок імпульсивної поведінки був чудовим предиктором суїцидальної поведінки у 100 пацієнтів, які здійснили важку спробу самогубства. Kotler та ін. (249)

порівняли 46 пацієнтів з ПТСР з 42 пацієнтами з тривожним розладом без ПТСР і 50 здоровими контрольними особами і виявили, що імпульсивність позитивно корелює з ризиком суїцидальної поведінки в групі з ПТСР.

Імпульсивність та агресія також були пов'язані зі спробами самогубства серед пацієнтів з афективними розладами. Brodsky та ін. (250), досліджуючи 136 дорослих пацієнтів з депресією, виявили, що особи, які мали принаймні одну спробу самогубства в минулому, мали значно вищі показники за шкалами імпульсивності та агресії, ніж особи, які не мали суїцидальних спроб. Placidi та ін. (220) проаналізували дані 272 стаціонарних пацієнтів з принаймні одним епізодом великої депресії і виявили значне підвищення показників агресії та імпульсивності у тих, хто мав в анамнезі суїцидальні спроби, порівняно з тими, хто не робив суїцидальних спроб. Нарешті, в дослідженні 44 осіб з діагнозом біполярного розладу за DSM-III-R, Oquendo та ін. (252) виявили, що особи, які намагалися вчинити самогубство, були більш схильні до агресії протягом життя, ніж ті, хто не мав спроб суїциду, хоча рівень імпульсивності впродовж життя не був підвищеним серед тих, хто мав попередні спроби самогубства.

Також повідомлялося, що суїциденти з межовим розладом особистості мають підвищений рівень агресії та імпульсивності. Soloff та ін. (197) порівняли 32 стаціонарних пацієнти лише з межовим розладом особистості та 77 стаціонарних пацієнтів лише з великим депресивним епізодом з 49 пацієнтами з обома діагнозами і виявили, що більша кількість суїцидальних спроб була пов'язана з діагнозом межового розладу особистості або з підвищенням рівня безнадії чи імпульсивної агресії. Soloff та ін. (193) вивчали характеристики 84 пацієнтів з межовим розладом особистості, з яких 61 мав спроби самогубства в анамнезі (72,6%), в середньому 3,39 (SD=2,87) спроб на одного пацієнта. Було виявлено, що пацієнти з суїцидальними спробами в анамнезі мали більш імпульсивні дії, ніж пацієнти, які ніколи не намагалися покінчити життя самогубством. Багато людей з межовим розладом особистості та іншими розладами особистості кластеру В мають в анамнезі спроби самогубства, але вони також можуть мати в анамнезі поведінку, що спричиняє самокаліцтво. Однак важливо визнати, що ці три характеристики визначають групи осіб, які перетинаються, але не є ідентичними. Stanley та ін. (251) порівняли 30 суїцидентів з розладом особистості кластера В та історією самокалічення з відповідною групою з 23 суїцидентів з розладом особистості кластера В, але без історії самокалічення. що спричиняє самокаліцтво. Таким чином, хоча самопошкоджуюча поведінка та імпульсивність мають багато спільних рис та передумов і поширені серед осіб з межовим розладом особистості або жертв фізичного чи сексуального насильства, самопошкоджуючу поведінку не можна вважати синонімом імпульсивності. Аналогічно, наявність інших ризикованих форм поведінки, таких як необережне водіння або небезпечні сексуальні практики, не обов'язково є відображенням підвищеної імпульсивності як такої. Тим не менш, наявність імпульсивності, насильства, ризикованої поведінки або самокалічення вимагає ретельної оцінки та плану лікування, спрямованого на усунення цих клінічних

характеристик і мінімізацію їхнього впливу на ризик самогубства та суїцидальних спроб.

4. Інші аспекти психіатричного анамнезу

а) Алкогольна інтоксикація

Інтоксикація алкоголем та/або іншими речовинами часто виявляється в осіб, які вчинили суїцид, незалежно від того, чи відповідають вони діагностичним критеріям розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин. Hayward та ін. (255) проаналізували записи коронерів про 515 послідовних самогубств у Західній Австралії і виявили, що 35,8% осіб, які померли внаслідок суїциду, мали ненульовий рівень алкоголю в крові, а 24,5% були під помірним або значним впливом алкоголю на момент смерті. Інтоксикація алкоголем та/або іншими речовинами часто виявляється в осіб, які вчинили суїцид, незалежно від того, чи відповідають вони діагностичним критеріям розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин. Hayward та ін. (255) проаналізували записи коронерів про 515 послідовних самогубств у Західній Австралії і виявили, що 35,8% осіб, які померли внаслідок суїциду, мали ненульовий рівень алкоголю в крові, а 24,5% були під помірним або значним впливом алкоголю на момент смерті.

У рамках Національного проекту запобігання самогубствам у Фінляндії (1987-1988 рр.), Ohberg та ін. (121) провели токсикологічний скринінг 1 348 послідовних самогубств за період 1 року і виявили вживання алкоголю перед самогубством у 35,9% вибірки. Алкоголь був присутній у чоловіків удвічі частіше, ніж у жінок, тоді як прийом ліків, які були виявлені при токсикологічному скринінгу у 41,6% самогубств в цілому, частіше відзначався у жінок.

Brent та ін. (151), досліджуючи самогубства серед 10-19-річних мешканців округу Аллегейні, штат Пенсильванія, з 1960 по 1983 рік, виявили, що частка осіб, які вчинили самогубство з виявленим рівнем алкоголю в крові, зросла з 12,9% у 1968-1972 роках до 46,0% у 1978-1983 роках. Крім того, особи, які використовували вогнепальну зброю для самогубства, в 4,9 рази частіше вживали алкоголь, ніж особи, які використовували інші способи самогубства.

Про те, що інтоксикація збільшує ймовірність самогубства, свідчить також роль зайнятості в модулюванні ризику самогубства серед тих хто вживає алкоголь. Зокрема, Pirkola та ін. (260) виявили, що серед працюючих осіб, які зловживали алкоголем, вірогідність самогубства в кінці тижня була вищою, ніж серед безробітних, що свідчить про те, що вживання алкоголю саме по собі сприяє підвищенню ризику, можливо, через збільшення імпульсивності.

Алкогольна інтоксикація також є поширеним супутником суїцидальних спроб. Borges та ін. (715) оцінили показники алкогольної інтоксикації у 40 пацієнтів відділення невідкладної допомоги, які намагалися покінчити життя самогубством, і порівняли їх з 372 пацієнтами, які звернулися до відділення невідкладної допомоги через укуси тварин або нещасні випадки на роботі чи під час відпочинку. Пацієнти зі спробами самогубства значно частіше перебували під впливом алкоголю, що визначалося за допомогою тесту на

вміст алкоголю в диханні або шляхом самозвіту про вживання алкоголю протягом попередніх 6 годин. У дослідженні 325 осіб з навмисним самоотруєнням, які звернулися до лікарні Брісбена протягом 12 місяців McGrath, (453) виявив, що майже третина з них вживали алкоголь перед спробою самогубства. Varadaraj та Mendonca (454) виявили подібні показники інтоксикації в дослідженні 158 пацієнтів відділень невідкладної допомоги, які намагалися покінчити життя самогубством через передозування, причому 41% з них вживали алкоголь перед спробою, а у 29% рівень алкоголю в сироватці крові перевищував 80 мг/дл.

Особи, які вчинили спробу самогубства в стані алкогольного сп'яніння, також мають підвищений ризик суїциду в майбутньому. Дослідження Suokas та Lonnqvist (258) включало дані про 1018 осіб, які здійснили загалом 1207 спроб самогубства і були обстежені у відділенні невідкладної допомоги однієї з лікарень Гельсінкі, Фінляндія, протягом одного року. З цих пацієнтів 62% нещодавно вживали алкоголь. Суїцидальні спроби, які відбувалися в стані алкогольного сп'яніння, частіше були імпульсивними. Через 5,5 років спостереження суїцид вчинили 3,3% тих, хто вживав алкоголь під час їхньої індексної спроби самогубства. Більшість смертей сталися протягом першого року спостереження, що призводить до 51-кратного збільшення ризику самогубства порівняно із загальною популяцією в перший рік і 17-кратного збільшення ризику за період спостереження в цілому. Ці дані свідчать про необхідність ретельного спостереження за особами в стані алкогольного сп'яніння, які мали спробу суїциду. Крім того, вони вказують на необхідність визначення того, чи були попередні спроби самогубства пов'язані з інтоксикацією.

b) Спроби суїциду в минулому

Значний відсоток людей помирає під час першої спроби самогубства. Наприклад, Isometsa і Lonnqvist (266) виявили, що 56% з 1397 осіб у фінському дослідженні психологічної аутопсії померли під час першої спроби самогубства, і що ця тенденція особливо помітна серед чоловіків (62% порівняно з 38% серед жінок). Крім того, особи з несмертельними спробами самогубства мають підвищену ймовірність подальших суїцидів. З точки зору громадського здоров'я, цей висновок є особливо важливим, враховуючи високий рівень поширеності спроб самогубства, який в останні десятиліття коливається від 2,6 до 1 100 на 100 000, а показник поширеності протягом життя - від 720 до 5 930 на 100 000 (2, 518).

Численні дослідження вказують на те, що спроби самогубства підвищують ризик подальшого самогубства. Фактично, залежно від тривалості періоду спостереження, від 6% до 10% тих, хто намагався покінчити життя самогубством, в кінцевому підсумку вмирають від суїциду. Наприклад, у подальших дослідженнях пацієнтів, які потрапляють до психіатричних відділень невідкладної допомоги після спроби самогубства, 4-12% помирають від суїциду протягом 5 років (268, 269, 275). У 14-річному спостереженні за 1018 пацієнтами, які навмисно отруїлися, Suokas та ін. (271) виявили загальний рівень самогубств 6,7%, причому серед чоловіків цей показник приблизно

вдвічі вищий, ніж серед жінок. Серед 1 573 осіб, які були госпіталізовані після спроби самогубства і виписані через 4-11 років, Nordstrom та ін. (275) виявили загальну смертність 11%, а ризик самогубства - 6%. Tejedor та ін. (272) у 10-річному спостереженні за 150 пацієнтами, госпіталізованими до психіатричного відділення після спроби самогубства, виявили ще вищий рівень смертності від суїциду (12%), а також від природних причин (10%). Крім того, в мета-аналізі літератури про психічні розлади та самогубства Harris і Barraclough (64) виявили, що при спробі самогубства відносний ризик суїциду в подальшому вищий, ніж при будь-якому психічному розладі. Порівняно із загальною популяцією, пацієнти, які намагалися покінчити життя самогубством, мали у 38 разів більший ризик суїциду, причому більшість доказів свідчить про те, що це збільшення ризику самогубства пов'язане з недавністю спроби суїциду. Цей ефект також відзначили Nordstrom та ін. (275), які виявили найбільший ризик суїциду протягом першого року після спроби. Крім того, серед 1397 осіб у фінському дослідженні психологічної аутопсії Isometsa та ін. (266) виявили, що протягом року, що передував самогубству, спроба самогубства, що не призвела до летального результату, відбулася у 19% чоловіків і 39% жінок. На противагу цьому, Fawcett та ін. (79) виявили, що серед пацієнтів з великим афективним розладом історія попередніх суїцидальних спроб була пов'язана з суїцидом, який стався більш ніж через 1 рік після госпіталізації в лікарню, в якій проводилось дослідження.

Інші фактори також можуть модулювати ризик самогубства після суїцидальної спроби. Harris та Barraclough (64) виявили, що ризик самогубства після спроби залежить від рівня соціальної згуртованості та підвищується за наявності тривалого фізичного захворювання, багаторазових попередніх спроб або попереднього психіатричного лікування. Nordstrom та ін. (275) виявили дворазове збільшення ризику самогубства у чоловіків порівняно з жінками, причому ризик для молодих чоловіків щодо спроби самогубства, в чотири рази вищий, ніж для молодих жінок.

Інші дослідники вивчали фактори, пов'язані з подальшими спробами самогубства, після першої спроби. Hjelmeland (164), наприклад, вивчив 1220 пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, і порівняв тих, хто мав повторну спробу протягом 12 місяців, з тими, хто її не мав. Хоча гендерних відмінностей між тими хто мав повторну спробу суїциду і тими, хто її не мав, не було, особи які мали повторну спробу частіше не перебували у шлюбі, були безробітними, зловживали алкоголем і повідомляли про власні психіатричні проблеми як про головну проблему, що їх турбує. Ті хто мав повторну спробу також частіше мали історію сексуального насильства, судимість, нещодавню зміну адреси, або родичів чи друзів, які намагалися покінчити життя самогубством. Інші дослідження підтвердили підвищений ризик повторних спроб самогубства в осіб, які мали кілька попередніх спроб (272, 278). Перервані спроби самогубства також поширені серед тих, хто намагається покінчити життя самогубством (276).

З огляду на підвищену ймовірність самогубства або повторних суїцидальних спроб, особливо в перші кілька років після спроби суїциду,

оцінка та лікування суїцидентів повинні бути невід'ємною частиною заходів зі зниження ризиків.

Однак дуже часто особи, які намагаються вчинити самогубство, не отримують психіатричної оцінки або подальшого спостереження (2, 279, 280). Таким чином, на додаток до ретельної психіатричної оцінки, визначення історії суїцидальних спроб пацієнта (включаючи перервані спроби самогубства) дає інформацію, важливу для оцінки рівня суїцидального ризику окремого пацієнта. Додаткові фактори, такі як психіатричний діагноз, супутнє зловживання алкоголем, фізичні захворювання або психосоціальні стреси, можуть збільшити ризик після спроби самогубства. Крім того, значна смертність, що спостерігається серед осіб, які намагаються покінчити життя самогубством, підкреслює необхідність ретельного планування подальшого догляду за ними.

c) Історія фізичного та/або сексуального насильства в дитинстві

У багатьох дослідженнях вивчався зв'язок між насильством у дитинстві та суїцидальною поведінкою, хоча мало хто досліджував вплив насильства в дитинстві на ризик суїциду як такий. Однак Plunkett та ін. (36) провели оцінку 183 молодих людей, які зазнали сексуального насильства в дитинстві, та осіб з групи порівняння, які не зазнали насильства, через 9 років після початку дослідження. Серед тих, хто зазнав сексуального насильства в дитинстві, рівень самогубств у 10,7-13,0 разів перевищував національний показник, тоді як у контрольній групі не було жодного самогубства.

Більшість досліджень оцінювали вплив насильства в дитинстві на суїцидальні думки та спроби самогубства, які є поширеними серед осіб, що повідомляють про насильство в дитинстві. Наприклад, у дослідженні Plunkett та ін. (36), 43% з 183 молодих людей, які зазнали сексуального насильства в дитинстві, думали про самогубство, а 32% робили суїцидальні спроби.

В інших дослідженнях вивчався вплив насильства в дитинстві на ризик суїцидальних думок і спроб самогубства. Fergusson та ін. (286) у 18-річному лонгітюдному дослідженні когорти 1265 новозеландських дітей одного віку, виявили, що серед тих, хто повідомляв про сексуальне насильство в дитинстві, рівень суїцидальної поведінки був вищим, ніж серед тих, хто не повідомляв про таке насильство. Крім того, ступінь сексуального насильства в дитинстві постійно корелював з ризиком, причому найвищий ризик суїцидальної поведінки спостерігався у тих, чиє сексуальне насильство в дитинстві включало статеві контакти. Навіть після контролю за впливом змінних, які спотворюють дані, дослідники виявили, що ті, хто повідомляв про суворий або жорстокий досвід у дитинстві, також мали підвищений ризик суїцидальних спроб (282).

Brown та ін. (294) спостерігали за когортою з 776 випадково відібраних дітей протягом 17 років до досягнення ними повноліття і виявили, що підлітки та молоді люди з історією жорстокого поводження в дитинстві втричі частіше ставали суїцидентами, ніж особи без такої історії. Знову ж таки, вплив сексуального насильства в дитинстві на суїцидальну поведінку був більшим,

ніж вплив інших форм насильства, а ризик повторних спроб самогубства був у вісім разів вищим для молодих людей з історією сексуального насильства.

Кілька австралійських дослідників використовували дані пар близнюків, щоб оцінити вплив насильства в дитинстві на ризик суїцидальних думок або спроб самогубства. Під час структурованих телефонних інтерв'ю з 5995 австралійськими близнюками, Dinwiddie та ін. (292) виявили, що 5,9% жінок і 2,5% чоловіків, які повідомили про сексуальне насильство в дитинстві, з більшою ймовірністю повідомляли про суїцидальні думки або попередні спроби самогубства. Nelson та ін. (35), використовуючи дані 1 991 австралійської пари близнюків, виявили ще вищі показники сексуального насильства в дитинстві (16,7% жінок і 5,4% чоловіків), але підтвердили, що історія сексуального насильства в дитинстві значно підвищує ризик суїцидальних спроб, причому найбільший ризик пов'язаний із сексуальним насильством, що включало статевий контакт. Навіть у парах близнюків, які мали суперечливі свідчення щодо сексуального насильства в дитинстві, обидва близнюки мали підвищені показники багатьох несприятливих наслідків, ймовірно, в результаті спільних сімейних факторів ризику. Тим не менш, близнюк, який повідомив про сексуальне насильство в дитинстві, мав навіть більший ризик подальшої спроби самогубства, ніж другий близнюк із пари, що свідчить про незалежний внесок сексуального насильства в дитинстві в ризик суїцидальної поведінки.

На відміну від авторів лонгітюдних досліджень, описаних вище, Romans та ін. (291) відібрали випадкову вибірку жінок Нової Зеландії і порівняли тих, хто повідомив про сексуальне насильство в дитинстві, з тими, хто не повідомляв про таке насильство.

Перехресні дослідження непсихіатричних груп населення в США також виявили зв'язок між спробами самогубства та насильством у дитинстві, зокрема, сексуальним насильством. Серед 2 918 респондентів дослідження ECA («Епідеміологічна територія охоплення») Університету Дьюка (Duke University), Davidson та ін. (293) виявили, що респонденти, які повідомили про сексуальне насильство в анамнезі, також повідомили про вищий рівень спроб самогубства протягом життя, ніж особи без такого анамнезу. У жінок історія сексуального насильства у віці до 16 років була особливо сильним корелятом суїцидальних спроб. Серед американських жінок-лікарів (N=4,501) дані загальнонаціонального опитування показали, що 4,7% респондентів, які мали в анамнезі сексуальне насильство в дитинстві, частіше повідомляли про спроби самогубства (287). Kaslow та ін. (230) порівняли 148 афроамериканських жінок з низьким рівнем доходу, які звернулися до лікарні після спроби самогубства, з аналогічною групою з 137 жінок, які звернулися за загальною медичною допомогою, і виявили втричі вищий рівень жорстокого поводження в дитинстві серед суїцидентів. Molnar та ін. (33) проаналізували дані про 5877 осіб з Національного дослідження коморбідності і виявили, що особи з історією сексуального насильства були більш схильні до спроб самогубства, ніж ті, хто не мав такої історії. Цей ризик відрізнявся залежно від статі: у жінок він збільшувався у два-чотири рази, а у чоловіків - у 4-11 разів.

Dube та ін. (281) у вибірці з 17 337 дорослих (середній вік - 56 років) також виявили, що ризик суїцидальних спроб підвищений у тих, хто пережив насильство в дитинстві. Вони відзначили, що цей ризик посилюється багатьма іншими факторами, такими як розлучення батьків, якщо діти є свідками домашнього насильства, проживання з членами сім'ї, які зловживають психоактивними речовинами, психічно хворими або кримінальними злочинцями.

На додаток до збільшення ризику самогубства, пов'язаного з сексуальним насильством, ризик ще більше зростає серед осіб, які зазнали множинних форм насильства. Ander son та ін. (289) дослідили зв'язок між насильством у дитинстві та суїцидальною поведінкою у дорослому віці у вибірці афроамериканських жінок з низьким рівнем доходу. Порівняно з жінками, які не повідомляли про жодне емоційне, фізичне чи сексуальне насильство в дитинстві, жінки, які зазнали однієї, двох чи трьох форм насильства, відповідно, в 1,83, 2,29 чи 7,75 разів частіше намагалися покінчити життя самогубством. Крім того, жінки, які повідомили про всі три види насильства, частіше робили спроби самогубства, ніж жінки, які повідомили про один або два види насильства.

Жорстоке поводження в дитинстві особливо часто зустрічається серед осіб з психіатричними діагнозами і, як видається, збільшує ймовірність суїцидальних спроб навіть після того, як наслідки психіатричного розладу контролюються. Наприклад, у дослідженні 251 психіатричного амбулаторного пацієнта (68 чоловіків і 183 жінки) Kaplan та ін. (284) виявили, що 51% респондентів повідомили, що зазнали насильства в дитинстві, причому 15% повідомили лише про сексуальне насильство, 17% - лише про фізичне насильство, а 18% - про поєднання фізичного та сексуального насильства в дитинстві. Про досвід насильства в дорослому віці повідомили 38% респондентів, причому лише фізичного насильства зазнали 21%, лише сексуального насильства - 8%, а також фізичного та сексуального насильства - 9%. Порівняно з контрольною групою без анамнезу насильства, учасники з анамнезом насильства були більш схильні до суїциду в молодшому віці та мали кілька суїцидальних спроб. Серед пацієнтів з історією насильства суїцидентів можна відрізнити від тих, хто не намагався покінчити життя самогубством, за вищими рівнями дисоціації, депресії та соматизації. Аналізуючи дані Національного дослідження коморбідних захворювань, Molnar та ін. (33) також виявили, що особи з супутніми психічними розладами були молодшими під час першої спроби самогубства, ніж ті, хто не мав супутніх психічних захворювань. Крім того, сексуальне насильство в дитинстві в анамнезі залишається фактором ризику суїциду навіть після поправки на вплив психіатричного діагнозу, встановленого протягом життя.

Наявність фізичного та/або сексуального насильства в дитинстві також була пов'язана з підвищеною ймовірністю суїцидальності в дослідженнях пацієнтів з певними психіатричними діагнозами. Наприклад, Brodsky та ін. (196) у дослідженні 214 стаціонарних пацієнтів з діагнозом "межовий розлад особистості" виявили, що кількість суїцидальних спроб протягом життя

корелювала з історією насильства в дитинстві. Van der Kolk та ін. (285) оцінили 74 особи з розладами особистості або біполярним розладом II і виявили, що історія сексуального та фізичного насильства в дитинстві була дуже значущим предиктором самоушкоджень і спроб самогубства.

Протягом періоду спостереження, який в середньому тривав 4 роки, було встановлено що пацієнти, які продовжували займатися саморуйнуванням, мали найтяжчу історію розлуки та занедбаності , а також перенесли сексуальне насильство в минулому.

Дані літератури щодо осіб з великим депресивним розладом є більш складними. Brodsky та ін. (250) виявили, що дорослі з великим депресивним розладом, які мали в анамнезі фізичне або сексуальне насильство в дитинстві, більш схильні до спроб самогубства, ніж ті, хто не повідомляв про насильство в анамнезі, навіть після поправки на вплив імпульсивності, агресивності в анамнезі та наявності межового розладу особистості. Zlotnick та ін. (716) у дослідженні 235 амбулаторних пацієнтів з великою депресією виявили значні показники діагностичної коморбідності, насамперед з межовим розладом особистості та ПТСР. Однак після контролю впливу цих діагнозів вони не виявили незалежного впливу факту сексуального насильства в дитинстві на ймовірність суїцидальних спроб.

Факти жорстокого поводження в дитинстві також поширені серед осіб з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин і, знову ж таки, пов'язані з підвищеним рівнем суїцидальних спроб. У групі з 481 чоловіка і 321 жінки, які перебували на стаціонарному лікуванні від розладу вживання алкоголю (віком 19-57 років), Windle та ін. (288) виявили високу поширеність повідомлень про жорстоке поводження в дитинстві. Для жінок показники лише фізичного насильства, лише сексуального насильства та подвійного насильства становили 10%, 26% та 23% відповідно, тоді як для чоловіків відповідні показники становили 19%, 7% та 5% відповідно. Для обох статей наявність в анамнезі випадків насильства в дитинстві була пов'язана з вищим рівнем суїцидальних спроб, причому ще більший ефект був пов'язаний з наявністю в анамнезі випадків як фізичного, так і сексуального насильства. Roy (290) дослідив історії насильства в послідовній серії 100 чоловіків із кокаїновою залежністю і виявив, що 34 пацієнти, які намагалися покінчити життя самогубством, мали значно вищі показники емоційного насильства в дитинстві, фізичного насильства, сексуального насильства, а також емоційної та фізичної занедбаності, ніж 66 пацієнтів, які ніколи не робили спроб самогубства. На додаток до підвищення ризику суїцидальних спроб у загальній вибірці та серед підгруп психіатричних пацієнтів, наявність анамнезу насильства в дитинстві в осіб, які вчинили спробу самогубства, має насторожити психіатра щодо подальшого підвищення ризику повторних спроб (284). Elliott та ін. (717) порівняли 65 пацієнтів, госпіталізованих через серйозні з медичної точки зору спроби самогубства, з 32 пацієнтами, які звернулися до відділення невідкладної допомоги з приводу спроби самогубства, але не були госпіталізовані з медичних причин. Пацієнти, у яких спроби не були серйозними з медичної точки зору, мали вищі показники

попереднього сексуального та фізичного насильства, а також вищі показники травматичних життєвих подій і межового розладу особистості. Hjelmeland (164) також виявив, що пацієнти в норвезькому окрузі, які потребували медичної допомоги після першої спроби самогубства, були більш схильні до повторної спроби самогубства протягом 6 років спостереження, якщо вони мали в анамнезі сексуальне насильство.

Таким чином, існують переконливі докази, отримані на численних вибірках, вивчених за допомогою різних методів дослідження, що історія насильства збільшує ризик виникнення суїцидальних думок і спроб суїциду в майбутньому. Вплив насильства на самогубство як таке вивчений менш добре, але наявні дані свідчать про те, що насильство підвищує ризик самогубства. Жорстоке поводження в дитинстві, а особливо сексуальне насильство в дитинстві, пов'язане з більшим підвищенням ризику, ніж фізичне насильство в дитинстві або насильство в дорослому віці. Особи, які зазнали множинних форм насильства, особливо схильні до підвищеного ризику суїцидальних думок та поведінки. Хоча історія жорстокого поводження в анамнезі часто зустрічається в осіб зі спробами самогубства і в осіб з психіатричним діагнозом, внесок жорстокого поводження в дитинстві в ризик суїцидальної поведінки, схоже, не залежить від впливу психіатричного діагнозу. Отже, у пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, а також у тих, хто звертається за будь-яким видом психіатричного лікування, важливо запитати про досвід фізичного, сексуального чи емоційного насильства в дитинстві та в дорослому віці та включити цю інформацію в процес оцінки ризику та планування лікування.

d) Домашнє насильство з боку партнера

Хоча дослідження безпосередньо не оцінювали вплив домашнього насильства з боку партнера на ризик самогубства, насильство з боку партнера пов'язане зі збільшенням кількості спроб самогубства та суїцидальних думок. Наприклад, після коригування впливу соціально-демографічних характеристик та вживання алкоголю в національній репрезентативній вибірці з 5 238 дорослих американців, Simon та ін. (298) виявили, що фізичне насильство пов'язане з суїцидальними думками або поведінкою (відношення шансів = 2,7), і що ця закономірність особливо характерна для осіб, які зазнали травм (відношення шансів = 3,4) або зазнали насильства з боку родича чи інтимного партнера (відношення шансів = 7,7). McCauley та ін. (300) опитали 1 952 респондентів, в установах первинної медичної допомоги, і виявили, що 5,5% зазнали домашнього насильства протягом року до початку дослідження. Порівняно з жінками, які нещодавно не зазнавали домашнього насильства, жінки, які нещодавно зазнали такого насильства, в чотири рази частіше робили спроби самогубства. Серед жінок-лікарів (N=4,501 респондентів), які відповіли на запитання анкети дослідження "Здоров'я жінок-лікарів", спроби самогубства були значно більш поширеними серед 3,7% респондентів, які мали досвід домашнього насильства з боку партнера (34).

Домашнє насильство з боку партнера є особливо важливим фактором ризику суїцидальних спроб серед жінок з низьким рівнем доходу, які

проживають у містах. У групі з 648 жінок, більшість з яких були молодими, безробітними і мали річний дохід сім'ї менше $10 000, Abbott та ін. (299) виявили, що серед 418 жінок, які мають партнера-чоловіка, 11,7% повідомили, що нещодавно зазнали нападу, погроз або залякування з боку свого партнера. Для всієї вибірки кумулятивна поширеність випадків домашнього насильства протягом життя становила 54,2%. Жінки, які зазнавали домашнього насильства з боку партнера, мали підвищений рівень суїцидальних спроб порівняно з жінками, які не зазнавали такого насильства (26% і 8%, відповідно). Kaslow та ін. (230) порівняли 148 афроамериканських жінок з низьким рівнем доходу, які звернулися до лікарні після спроби самогубства, з аналогічною групою зі 137 жінок, які звернулися за загальною медичною допомогою. Жінки, які звернулися зі спробою самогубства, мали більшу ймовірність зазнати фізичного або нефізичного насильства з боку партнера (відношення шансів = 2,5 і 2,8 відповідно). Thompson та ін. (301), досліджуючи вибірку жінок з низьким рівнем доходу, які проживають у місті, виявили, що особи, які намагалися вчинити самогубство (N=119), приблизно втричі частіше зазнавали значного фізичного насильства з боку партнера, нефізичного насильства та мали ПТСР, ніж особи, які не робили спроб суїциду (N=85). Крім того, підвищена суїцидальність в осіб, які зазнали фізичного насильства з боку партнера, скоріше залежала від наявності ПТСР, ніж від незалежного внеску в ризик суїциду факту насильства.

Підвищений ризик суїцидальних спроб також спостерігається у жінок, які зазнали побиття і звернулися до відділень невідкладної допомоги або до жіночих притулків. Muelleman та ін. (296) обстежили 4501 жінку у віці від 19 до 65 років, які звернулися до 10 лікарняних відділень невідкладної допомоги у двох містах, що обслуговують центральну частину міста, міське населення та населення передмістя. З них 266 (5,9%) мали достовірні або ймовірні травми від побиття, а ще 266 (5,9%) наразі перебували у аб’юзивних стосунках з фізичним насильством, але не мали доказів побиття. Порівняно з 3 969 жінками (88,2%), які не перебували у відносинах з фізичним насильством, жінки, які зазнали фізичного насильства, частіше зверталися до відділення невідкладної допомоги після спроби самогубства. У перехресному дослідженні 203 жінок, які шукали захисту в притулках для жінок, які зазнали насильства, Wingood та ін. (297) виявили після контролю впливу соціально-демографічних характеристик, що жінки, які зазнали як сексуального, так і фізичного насильства, були більш схильні до спроб самогубства, ніж жінки, які зазнали лише фізичного насильства.

Хоча набагато частіше з ним стикаються жінки, домашнє насильство з боку партнера також зачіпає і чоловіків. Ernst та ін. (302) обстежили 233 чоловіків і 283 жінки, які звернулися до центрального міського відділення невідкладної допомоги з приводу минулих і поточних випадків домашнього насильства з боку партнера, і виявили, що такий досвід був пов'язаний з підвищеним рівнем суїцидальних думок в обох статей. Важливо зазначити, що чоловіки, які мали досвід домашнього насильства над своїми партнерами, також можуть бути схильні до підвищеного ризику самогубства. Conner та ін.

(303), наприклад, зазначили, що половина з 42 чоловіків із розладом вживання алкоголю, які покінчили життя самогубством і були описані Murphy та ін. (149), мали в анамнезі домашнє насильство.

Домашнє насильство в сім'ї також може впливати на ризик суїцидальних спроб серед тих, хто став свідком такого насильства. Dube та ін. (281) дослідили зв'язок між спробами самогубства та вісьмома несприятливими подіями в дитинстві, в тому числі випадки, коли діти були свідками домашнього насильства, у 17 337 дорослих (середній вік - 56 років) і виявили, що стикання з домашнім насильством батьків у дитинстві збільшує ризик спроб самогубства в майбутньому.

Таким чином, хоча дані про ризик самогубства як такий відсутні, існують чіткі докази того, що насильство в сім'ї пов'язане з підвищеним ризиком суїцидальних спроб. Крім того, хоча докази є більш обмеженими, особи, які застосовують насильство стосовно своїх партнерів або стають свідками домашнього насильства, також можуть бути схильні до підвищеного ризику суїцидальної поведінки. Оскільки минулий або поточний досвід домашнього насильства з боку партнера часто ігнорується, навіть у таких місцях, як відділення невідкладної допомоги, де це досить поширене явище, важливо спеціально запитувати про домашнє насильство з боку партнера в рамках оцінки суїциду.

е) Історія лікування

Минулий досвід лікування психічних захворювань, включаючи госпіталізацію, слід розглядати як маркер, який попереджає лікаря про підвищення ризику суїциду (64, 198). Крім того, більша інтенсивність лікування асоціюється з вищим рівнем можливого суїциду. Наприклад, Bostwick і Pankratz (77) використовували методи мета-аналізу для розрахунку ризиків суїциду для амбулаторних, стаціонарних або суїцидальних пацієнтів і виявили ієрархію ризиків суїциду серед пацієнтів з афективними розладами. Оціночна поширеність самогубств протягом життя серед тих, хто коли-небудь був госпіталізований з приводу суїцидальних намірів, становила 8,6%, порівняно з 4,0% серед усіх госпіталізованих пацієнтів. У змішаних стаціонарно-амбулаторних популяціях поширеність самогубств протягом життя була ще нижчою - 2,2%, тоді як у популяції без афективних розладів вона становила менше 0,5%. Подібне явище було виявлено Simon та VonKorff (718) серед пацієнтів, які лікувалися від депресії в рамках великого медичного плану страхування на заході штату Вашингтон. Діагнози при виписці, діагнози під час амбулаторних візитів та дані щодо амбулаторних рецептів були використані для ідентифікації всіх учасників, які отримували лікування від депресії протягом 3-річного періоду. Протягом періоду дослідження 35 546 осіб отримали певне лікування від депресії, що становить 62 159 людино-років спостереження. Тридцять шість осіб (4,2% від усіх смертей) були класифіковані як такі, що точно або ймовірно померли внаслідок суїциду, що дає загальний показник смертності від самогубств 59 на 100 000 людино-років, причому показник для чоловіків більш ніж утричі перевищує показник для жінок. Для пацієнтів, які отримували стаціонарне психіатричне лікування,

ризик самогубства складав 224 на 100 000 людино-років, а серед тих, хто отримував амбулаторне спеціалізоване психіатричне лікування, і тих, хто отримував антидепресанти в рамках первинної медичної допомоги, такий ризик складав 64 і 43 на 100 000 людино-років відповідно. Жоден пацієнт з діагнозом депресія, який лікувався лише на первинній ланці і не отримував антидепресантів, не помер внаслідок суїциду. Що стосується суїцидальних спроб, то Pirkis та ін. (198) проаналізували дані про 12 229 пацієнтів у 13 632 епізодах лікування і виявили, що ризик суїцидальних спроб був у 10 разів вищим у випадках госпіталізації в стаціонар з приводу гострого епізоду хвороби порівняно з більш тривалим перебуванням у стаціонарі або лікуванням в комунальних закладах (5,4 спроби на 1000 епізодо-днів порівняно з 0,6 і 0,5 спроб на 1000 епізодо-днів відповідно). Таким чином, рівень суїцидальності підвищується в осіб, які раніше перебували на стаціонарному лікуванні, хоча до кінця незрозуміло, чи це пов'язано з тим, що пацієнти мають більш важкі захворювання (і вважаються групою підвищеного ризику суїциду), чи з тим, що госпіталізація підвищує ризик суїциду через посилення емоційного або психосоціального дистресу.

У часовому аспекті ризик суїциду є найбільшим після зміни умов або інтенсивності лікування (304). Нещодавно госпіталізовані та нещодавно виписані пацієнти мають особливо підвищений ризик (64, 72), і ця закономірність спостерігається в усіх діагностичних категоріях (91, 95, 305-308). Показники знижуються з часом після виписки, але можуть залишатися високими протягом декількох років (91, 306, 309). Наприклад, Pirkis та Burgess (309) виконали систематичний аналіз літератури про самогубства і контакти з медичними установами і виявили, що до 41% осіб із загальної популяції, які вчинили самогубство, могли перебувати на стаціонарному психіатричному лікуванні протягом року перед смертю, причому до 9% з них вчинили самогубство протягом 1 дня після виписки з лікарні. Appleby та ін. (304) порівняли осіб, які покінчили життя самогубством протягом 5 років після виписки з психіатричного стаціонару, з демографічно відповідними живими пацієнтами, і виявили, що ті, хто покінчив життя самогубством, часто мали скорочення об’єму допомоги, яку вони отримували, під час останньої зустрічі з цього питання до того, як вони померли (співвідношення шансів = 3,7).

Black та ін. (91) оцінили 5 412 пацієнтів, госпіталізованих до психіатричної лікарні Університету штату Айова, і виявили, що 331 пацієнт помер протягом 9-річного періоду спостереження. Дев'яносто дев'ять відсотків усіх передчасних смертей сталися протягом перших 2 років після виписки, причому ризик передчасної смерті був найбільшим серед жінок і молодих людей. Протягом початкового 2-річного періоду, 29% смертей були з причини суїциду, причому самогубства відбувалися з частотою, яка більш ніж у 50 разів перевищувала очікуваний показник для групи в цілому.

Roy (96) порівняв 90 психіатричних пацієнтів, які мали спроби суїциду (53 чоловіки і 37 жінок), з групою з 90 контрольних суб'єктів, які не мали суїцидальних спроб. З 75 пацієнтів, які покінчили життя самогубством, перебуваючи на амбулаторному лікуванні, 58% зверталися до психіатра

протягом попереднього тижня, 81% були госпіталізовані під час останнього епізоду контакту, а 44% з тих, хто перебував на стаціонарному лікуванні, намагалися покінчити життя самогубством протягом 1 місяця після виписки.

Goldacre та ін. (307) визначили ризик самогубства протягом року після виписки з психіатричної лікарні в популяційному дослідженні в Оксфорді, Великобританія, і виявили, що SMR з причини суїциду протягом перших 28 днів після виписки зі стаціонару становив 213 і 134 для пацієнтів чоловічої та жіночої статі відповідно. Рівень самогубств протягом перших 28 днів після виписки був у 7,1 рази вищим для пацієнтів-чоловіків і в 3,0 рази вищим для пацієнтів-жінок, ніж протягом решти 48 тижнів першого року після виписки.

Нещодавно Appleby та ін. (306) проаналізували дані про 10 040 осіб у Сполученому Королівстві, які вчинили самогубство протягом 2 років, і виявили, що 2 370 (24%) контактували зі службами охорони психічного здоров'я протягом 12 місяців перед смертю. З них 358 (16%) на момент смерті перебували на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні, а за п'ятою частиною з них було встановлено спеціальне спостереження. Ще 519 самогубств (24%) сталися протягом 3 місяців після виписки з лікарні, причому найбільше - протягом першого тижня. Rossau та Mortensen (95) виявили, що 508 самогубств сталося серед 9 156 пацієнтів, які були госпіталізовані в психіатричні лікарні в Данії в період з 1970 по 1987 рік і яким вперше поставили діагноз шизофренії. Ризик суїциду був особливо високим протягом перших 5 днів після виписки, а також підвищувався в осіб, які неодноразово госпіталізувалися протягом попереднього року.

Подібні результати були отримані і щодо спроб самогубства, які також відбуваються частіше у період після госпіталізації. Oquendo та ін. (267) спостерігали за 136 пацієнтами після госпіталізації з приводу великого депресивного розладу і виявили, що 15% суб'єктів здійснили спробу самогубства протягом 2 років, причому понад 50% спроб відбулися протягом перших 5 місяців спостереження.

Враховуючи, що інтенсивність попереднього лікування пов'язана з ризиком суїциду та суїцидальними спробами, історія лікування є важливою частиною процесу оцінки. Крім того, ці дані вказують на певні моменти в процесі лікування (наприклад, виписка з лікарні або інші зміни в умовах лікування), коли ризик суїцидальної поведінки може бути особливо підвищеним. Знання цих факторів дозволить психіатру врахувати їх при розробці плану лікування пацієнта.

f) Перебіг та тяжкість хвороби

При деяких психічних розладах ризик суїциду є вищим на певних етапах перебігу хвороби або епізоду. Численні дослідження показали, що суїцидальність має тенденцію виникати на ранніх стадіях афективного розладу, часто до встановлення діагнозу або до початку лікування (310, 719). Ці спостереження підкреслюють важливість раннього виявлення цих розладів і раннього впровадження ефективних втручань.

Appleby та ін. (304) порівняли осіб, які померли від суїциду протягом 5 років після виписки з психіатричного стаціонару, з демографічно відповідними

пацієнтами, які не вчиняли суїциду, і виявили, що самогубство було більш вірогідним для тих, хто був госпіталізований на початку хвороби (відношення шансів = 2,0). Bradvik і Berglund (317) спостерігали за 1206 стаціонарними пацієнтами, які отримали діагноз важкої депресії/меланхолії в період між 1956 і 1969 роками. Дані першого спостереження в 1984 році показали, що 22% померли внаслідок суїциду, тоді як під час другого спостереження в 1998 році з'ясувалось, ще 4% померли через суїцид. Хоча смертність від самогубств з часом знизилася, стандартизований показник смертності все ще залишався підвищеним на пізніх стадіях депресивного розладу (SMR=1,3).

Osby та ін. (73) ідентифікували всіх пацієнтів у Швеції з лікарняним діагнозом біполярного розладу (N=15 386) або уніполярного депресивного розладу (N=39 182) між 1973 і 1995 роками та визначили дату і причину смерті, використовуючи національні реєстри. Вони виявили, що SMR з причини суїциду був особливо високим у молодих пацієнтів протягом перших років після встановлення первинного діагнозу, хоча впродовж дослідження було виявлено зростання SMR у пацієнток з великим депресивним розладом. Fawcett та ін. (313) виявили, що серед 954 пацієнтів з великим афективним розладом, які брали участь у програмі Національного інституту психічного здоров'я (NIMH) Спільна програма з психобіології депресії (Collaborative Program on the Psychobiology of Depression), 32% з 25 самогубств сталися протягом 6 місяців, а 52% - протягом 1 року після включення в дослідження.

Помічено, що самогубство є більш вірогідним на ранніх стадіях захворювання у людей з шизофренією. Наприклад, Westermeyer та ін. (83) порівняли 36 пацієнтів з шизофренією, які покінчили життя самогубством, з аналогічною групою пацієнтів, які не покінчили життя самогубством, і виявили, що особи з шизофренією та іншими психотичними розладами були особливо вразливими до суїциду протягом перших 6 років після їхньої першої госпіталізації. У Національному проекті запобігання самогубствам у Фінляндії самогубства спостерігалися протягом усього перебігу шизофренії (100).

Хоча ризик суїциду та суїцидальних спроб у пацієнтів на пізніх стадіях захворювання нижчий, ніж на ранніх, він залишається вищим, ніж у загальній популяції (74, 100, 316, 317). Angst та ін. (74) спостерігали за 406 госпіталізованими пацієнтами з афективним розладом протягом 22 років і більше і виявили, що рівень самогубств був найбільш високим у віці початку захворювання, але слід відзначити, що у віці від 30 до 70 років рівень самогубств був постійним, незважаючи на різний перебіг хвороби. Ahrens та ін. (316) дослідили перебіг хвороби 310 пацієнтів з афективними розладами, 98 з яких намагалися покінчити життя самогубством, і не виявили значущої кореляції між віком і кількістю суїцидальних спроб, що свідчить про те, що частота суїцидальних спроб не зменшувалася з віком пацієнта і прогресуванням хвороби. Malone та ін. (312) проаналізували дані 100 стаціонарних пацієнтів під час великого депресивного епізоду і відзначили, що перші 3 місяці після початку великого депресивного епізоду і перші 5 років після початку великого депресивного розладу впродовж життя є періодом

найвищого ризику суїцидальних спроб, незалежно від тяжкості і тривалості депресії.

Ризик самогубства також може змінюватися залежно від тяжкості симптомів. Наприклад, Brown та ін. (78) проспективно спостерігали за 6 891 амбулаторним психіатричним пацієнтом і виявили, що у 49 (1%) осіб, які покінчили життя самогубством, тяжкість депресії, безнадія та суїцидальні думки були значущими факторами ризику. На противагу цьому, в осіб з шизофренією низький рівень негативних симптомів був пов'язаний з підвищеним ризиком самогубства (93).

Важливо також визнати, що інші фактори, такі як вік, модулюють вплив тяжкості симптомів на ризик. Наприклад, у літніх людей легкі симптоми можуть бути пов'язані з більшим ризиком, ніж помірні симптоми у молодих людей (66). Waern та ін. (207) проаналізували дані 85 осіб віком понад 65 років, які померли внаслідок самогубства, та 153 випадково відібраних живих суб'єктів порівняння і виявили, що підвищений ризик самогубства пов'язаний як з малим, так і з великим депресивним розладом.

Що стосується спроб самогубства, Mann та ін. (31) спостерігали за 347 послідовними пацієнтами після госпіталізації в університетську лікарню і виявили, що об'єктивна тяжкість поточної депресії або психозу не відрізняла 184 пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, від тих, хто ніколи не намагався покінчити життя самогубством. Однак ті, хто намагався покінчити життя самогубством, повідомляли про вищий рівень суб'єктивної депресії та суїцидальних думок, а також про меншу кількість причин для життя. Corbitt та ін. (195), використовуючи дані структурованих інтерв'ю зі 102 психіатричними стаціонарними пацієнтами, виявили, що суїцидальну поведінку в минулому краще прогнозувати за кількістю критеріїв межового розладу особистості та інших розладів особистості кластеру В, ніж за депресивними симптомами.

Той факт, що ризик суїциду може бути пов'язаний із симптомами або тяжкістю захворювання, свідчить про те, що в процесі оцінки важливо визначити величину, а не просто наявність факторів ризику. Крім того, при оцінці ризику та впровадженні плану лікування, спрямованого на зниження ризику, зміни ризику в залежності від перебігу хвороби, можливо, слід розглядати в контексті інших специфічних для пацієнта факторів.

5. Фізична хвороба

Значна кількість доказів, отриманих з різних джерел, підтверджує зв'язок між фізичними захворюваннями та самогубствами (Таблиця 7). Для встановлення цього зв'язку використовувалися такі методи, як аналіз записів і проспективні когортні дослідження клінічних вибірок з конкретними фізичними захворюваннями, а також ретроспективні дослідження поширеності конкретних фізичних захворювань у вибірках осіб, які покінчили життя самогубством.

Harris і Barraclough (25) провели всебічний систематичний огляд літератури і мета-аналіз, щоб визначити ризик самогубства, пов'язаний з 63

конкретними фізичними розладами, які, як було доведено, впливають на цей ризик. Вони не включали повідомлення про епілепсію, визнавши, що доказова база вже є достатньою для її зв'язку з суїцидом. В результаті огляду було отримано 235 звітів, які відповідали певним критеріям розгляду, з яких були виокремлені дані для розрахунку об'єднаного SMR для кожного стану. Автори дійшли висновку, що до розладів, які демонструють значно вищий ризик самогубства, належать ВІЛ/СНІД, хвороба Гантінгтона, злоякісні новоутворення, розсіяний склероз, виразкова хвороба, хронічна ниркова недостатність, що лікується гемодіалізом, травми спинного мозку та системний червоний вовчак. Даних було недостатньо для того, щоб зробити висновок про те, що ампутація, заміна клапанів, кишкові захворювання, цироз печінки, хвороба Паркінсона або системний склероз підвищують ризик суїциду. Серед несподіваних результатів – зв'язок бічного аміотрофічного склерозу, сліпоти, інсульту, цукрового діабету, ревматоїдного артриту та гіпертонії лише з середнім ризиком, який не перевищував ризик у загальній популяції. Вагітність і післяродовий період були пов'язані зі статистично зниженим ризиком суїциду. Хоча автори не змогли дослідити вплив психічних розладів або інших опосередкованих чи пом'якшувальних ефектів, багато розладів, пов'язаних з підвищеним ризиком, також пов'язані з психічними розладами (наприклад, розсіяний склероз з депресією та виразкова хвороба шлунка зі зловживанням алкоголем). Тому, якщо врахувати вплив супутнього психічного захворювання, незалежний ризик, пов'язаний з фізичним захворюванням, може бути меншим.

Quan та його колеги (337) повідомили про результати дослідження даних медичної статистики, проведеного в Альберті, Канада, яке мало на меті з'ясувати, чи відрізняють конкретні захворювання осіб, які померли від самогубства, від осіб, які загинули в результаті нещасних випадків. В одномірному статистичному аналізі, який порівнював 822 особи у віці 55 років і старше, які покінчили життя самогубством, з 944 особами того ж віку, які загинули в автокатастрофах, було виявлено, що особи, які покінчили життя самогубством, частіше мали злоякісні новоутворення, кардіосклероз, хронічну обструктивну хворобу легень, виразкову хворобу, захворювання передміхурової залози, депресію, а також інші психіатричні діагнози. У багатоваріантних аналізах, в яких контролювався вплив демографічних характеристик і стану здоров'я, кардіосклероз і виразкова хвороба не диференціювали групи. Серед соматичних захворювань лише злоякісні новоутворення і захворювання передміхурової залози (за винятком раку простати) залишалися значущими предикторами, а також хронічне обструктивне захворювання легень у одружених (але не в неодружених) чоловіків.

Grabbe та його колеги (338) використовували дані Національного дослідження смертності для визначення змінних стану здоров'я, пов'язаних із самогубствами серед людей похилого віку, порівняно з природною смертністю та смертністю від травм. Порівнюючи смерть від суїциду зі смертністю від травм, вони виявили, що злоякісні новоутворення, але не легеневі

захворювання, були пов'язані з підвищеним ризиком. Наявність інсульту, як не парадоксально, знижувала ризик. Дослідження підтвердило потужний вплив раку.

Інші дослідження також спеціально шукали зв'язок між суїцидом і розладами центральної нервової системи, які, як відомо, підвищують частоту депресивних синдромів. Наприклад, Stenager та ін. (334) виявили, що пацієнти з діагнозом розсіяного склерозу після 40 років мають не більший ризик самогубства, ніж контрольна група, але чоловіки і жінки, які отримали цей діагноз до 40 років, мають приблизно втричі і вдвічі більший ризик, відповідно. Stenager та ін. (720) також провели перехресний аналіз даних про всіх пацієнтів, виписаних з діагнозом "порушення мозкового кровообігу" в окремих районах Данії в період з 1973 по 1990 рік, із записами про смерть і виявили 140 самогубств серед майже 38 000 пацієнтів з діагнозом "порушення мозкового кровообігу" в анамнезі, а також підвищений ризик самогубств як для чоловіків, так і для жінок з цим діагнозом у всіх вікових групах.

Загалом, ризик самогубства був вищим у жінок, ніж у чоловіків, а також у вікових групах до 60 років порівняно зі старшими людьми. Групу найвищого ризику становили жінки віком до 50 років, які перенесли інсульт, у яких ризик самогубства був майже в 14 разів вищим, ніж у жінок аналогічного віку в загальній популяції. Ці дані є додатковим підтвердженням зв'язку між суїцидом та цереброваскулярними захворюваннями, особливо серед пацієнтів молодшого та середнього віку, які перенесли інсульт.

Докази підвищеного ризику самогубств у людей з епілепсією є настільки ж переконливими. Stenager і Stenager (323) проаналізували всі опубліковані звіти, що стосуються зв'язку між самогубством і неврологічними розладами, щоб критично оцінити достовірність доказів. Вони виявили низку загальних методологічних проблем у цьому масиві досліджень, включаючи джерела упередженості у відборі випадків, неадекватне визначення контрольних вибірок, неточне визначення хвороби, неадекватні розміри вибірок, відсутність або неточне визначення суїцидальної поведінки та неадекватні інтервали спостережень. Тим не менш, вони дійшли висновку, що достатньо ретельні дослідження пацієнтів з розсіяним склерозом, пацієнтів з травмою спинного мозку та окремих груп пацієнтів з епілепсією дійсно встановили підвищений ризик при цих станах. Найбільш ретельні дослідження ризику, пов'язаного з епілепсією, були проведені White і колегами в 1979 році (324). Вони спостерігали за 2 099 пацієнтами з епілепсією, які перебували на стаціонарному лікуванні, і порівняли ризик самогубства у них з таким у стандартизованій за віком і статтю контрольній групі. Вони виявили, що люди з епілепсією мали в 5,4 рази вищий ризик самогубства, ніж контрольна група.

Rafnsson та ін. (326) проаналізували дані 224 осіб, яким вперше поставили діагноз неспровокованих судомних нападів в Ісландії між 1960 і 1964 роками і за якими спостерігали до 25 років. Серед чоловіків відносний ризик смерті від самогубства майже в шість разів перевищував очікуваний ризик у загальній популяції, а рівень смертності від нещасних випадків, отруєнь і насильства приблизно втричі перевищував очікувані показники.

Nilsson та ін. (325) використовували дані Шведського національного реєстру причин смерті для визначення причин смерті серед 6 880 пацієнтів з діагнозом епілепсія, зареєстрованих у реєстрі стаціонарних пацієнтів округу Стокгольма. У порівнянні 26 осіб, про яких відомо що вони померли від суїциду, і 23 осіб, щодо яких є припущення що вони померли від суїциду, з 171 живим контрольним суб'єктом, особи з початком епілепсії у віці до 18 років мали вищий ризик самогубства, ніж особи з супутніми психіатричними діагнозами або ті, хто лікувався антипсихотичними препаратами. Однак, на відміну від інших досліджень, це дослідження не виявило специфічного зв'язку з певними типами епілепсії, включаючи скроневі напади.

Спроби суїциду також частіше трапляються серед пацієнтів з епілепсією, ніж у загальній популяції. Hawton та ін. (330) проаналізували дані про пацієнтів, госпіталізованих після навмисного самоотруєння або самоушкодження протягом 2-річного періоду, і виявили, що кількість пацієнтів з епілепсією в п'ять разів перевищувала загальний показник поширеності серед населення. Mendez та ін. (329) порівняли 175 амбулаторних пацієнтів з епілепсією з групою з 70 порівняно недієздатних амбулаторних пацієнтів і виявили, що про попередні спроби самогубства повідомляли 30% пацієнтів з епілепсією, порівняно з 7% осіб контрольної групи. Показники депресії були аналогічно підвищені серед пацієнтів з епілепсією (55% порівняно з 30% у контрольній групі). У наступному дослідженні Mendez та ін. (331) порівняли 62 пацієнтів з епілепсією з 62 пацієнтами з шизофренією та 62 пацієнтами з обома діагнозами і виявили, що суїцидальна поведінка була більш поширеною серед осіб з епілепсією.

Зв'язок між невиліковними фізичними захворюваннями і самогубством є складним. Brown і колеги (721) виявили, що 34 з 44 невиліковно хворих пацієнтів, які отримували паліативну допомогу, ніколи не бажали ранньої смерті. У всіх 10 пацієнтів, які бажали ранньої смерті, було виявлено клінічну депресію, але тільки троє з них повідомили про суїцидальні думки. Chochinov та колеги (342) опитали 200 пацієнтів з термінальною стадією раку, щоб визначити їхній психічний статус і те, чи були у них думки про смерть. Майже 45% бажали якнайшвидшої смерті, але лише у 8,5% ці думки були серйозними і постійними. Предикторами бажання смерті були біль, низький рівень підтримки сім'ї та клінічно виражена депресія. Діагностований депресивний розлад був виявлений майже у 60% осіб з бажанням померти і у 8% осіб без бажання померти.

Інші ознаки фізичної хвороби, які можуть підвищити ймовірність суїцидальних думок або самогубства, включають функціональні порушення (338), біль (340, 341), каліцтво, підвищену залежність від інших, а також зниження зору та слуху (321, 333). Waern та ін. (333) порівняли послідовні дані записів щодо людей, які померли внаслідок суїциду (46 чоловіків і 39 жінок), з даними учасників контрольної групи, що було взято з податкового реєстру (84 чоловіки і 69 жінок) у Гетеборзі, Швеція. Окрім неврологічних розладів та злоякісних захворювань, які були пов'язані з три-чотириразовим збільшенням ризику самогубства, порушення зору та серйозні фізичні захворювання будь-

якого типу також були пов'язані з підвищеним ризиком, співвідношення шансів становило 7,0 та 6,4 відповідно. Хоча кількість жінок у вибірці була невеликою, ризик виявився вищим серед чоловіків, особливо серед тих, хто мав високий тягар фізичних захворювань. Conwell та ін. (321) також виявили, що тягар фізичних захворювань і функціональні обмеження є більш поширеними серед осіб, які спостерігались в закладах первинної медичної допомоги і померли внаслідок суїциду. Вони порівняли 196 пацієнтів у віці 60 років і старше з групи загальної медичної практики (N=115) або сімейної медицини (N=81) з 42 особами у віці 60 років і старше, які відвідали лікаря первинної медичної допомоги і померли внаслідок суїциду протягом 30 днів після їхнього візиту. Ті, хто покінчив життя самогубством, значно частіше, ніж контрольна група, страждали на депресивні розлади, мали більші функціональні порушення або більший тягар фізичних хвороб.

Хоча кілька досліджень показали, що люди з ВІЛ/СНІДом мають високий ризик самогубства, дані про ступінь цього ризику різняться. Зокрема, ризик самогубства серед людей з ВІЛ/СНІДом, ймовірно, пов'язаний з іншими супутніми факторами, такими як зловживання психоактивними речовинами та інші психіатричні діагнози, стигма, соціальна ізоляція та відсутність підтримки (722), а також з безпосереднім впливом ВІЛ на мозок (335, 723). Навіть під час тестування на наявність антитіл до ВІЛ у сироватці крові дуже поширені суїцидальні думки, які відзначають близько 30% осіб і які зменшуються з часом після повідомлення про результати тесту (724). Тим не менш, серед людей, які живуть зі СНІДом, спостерігається підвищений рівень самогубств, який від 7-ми до 36-и разів перевищує аналогічний показник у групах населення відповідного віку та статі (335, 336, 725). Наприклад, Marzuk та ін. (335) вивчали рівень самогубств у 1985 році в Нью-Йорку і виявили, що він становив 18,75 на 100 000 людино-років для чоловіків у віці 20-59 років без відомого діагнозу СНІДу порівняно з 680,56 на 100 000 людино-років для осіб з відомим діагнозом СНІДу, що свідчить про 36-кратне збільшення відносного ризику. Cote та ін. (336) використовували дані епіднагляду за СНІДом з відкритого доступу, та дані Національного центру медичної статистики про смертність від багатьох причин за період з 1987 по 1989 рік для виявлення самогубств серед людей, які живуть зі СНІДом, і встановили, що всі, крім одного, померлі від самогубства, були чоловіками. Порівняно з демографічно схожими чоловіками в загальній популяції, рівень самогубств серед чоловіків, хворих на СНІД, був у 7,4 рази вищим - 165 на 100 000 людино-років спостереження. Cote та ін. також відзначили, що ризик самогубства для людей зі СНІДом значно знизився з 1987 по 1989 рік, що свідчить про можливе зниження рівня самогубств, пов'язаних зі СНІДом.

Підсумовуючи, можна сказати, що фізичні захворювання пов'язані з підвищеним ризиком самогубства. Докази щодо злоякісних новоутворень, розладів центральної нервової системи, виразкової хвороби та ВІЛ/СНІДу є переконливими. Хоча докази є менш переконливими, існують ознаки того, що низка інших станів також може бути пов'язана з самогубством і суїцидальною поведінкою. Ймовірно, що розлади настрою та вживання психоактивних

речовин як передумови або наслідки суїциду частково пояснюють підвищений SMR від самогубств, пов'язаних з певними фізичними станами, як зазначається в певних письмових джерелах. Однак для визначення ролі соціальних і психологічних факторів як посередників або модераторів взаємозв'язку між фізичним захворюванням і самогубством необхідні подальші дослідження. Таким чином, при оцінці ризику самогубства серед осіб з фізичними захворюваннями слід враховувати наявність коморбідних афективних симптомів, а також функціональні наслідки хвороби.

6. Сімейний анемнез

Результати щонайменше трьох типів досліджень свідчать про те, що на ризик самогубства має вплив сімейний фактор, і ймовірно, генетичний. Вони включають такі дані: 1) переконливі та послідовні висновки про те, що ризик суїцидальної поведінки набагато вищий серед родичів першого ступеня спорідненості осіб, які вчинили спроби самогубства або покінчили життя самогубством, ніж у загальній популяції,

2) вищий ризик суїцидальної поведінки серед однояйцевих порівняно з двояйцевими близнюками і 3) вищий ризик суїцидальної поведінки серед біологічних в порівнянні з прийомними родичами осіб, які були усиновлені в ранньому віці, але згодом покінчили життя самогубством (365-368). Ці сімейні зв’язки лише частково пояснюються сімейними ризиками великих афективних розладів або іншими клінічними факторами ризику суїциду. Нещодавні спроби визначити молекулярно-генетичні маркери, які відокремлюють або пов'язують з суїцидальною поведінкою, в тому числі ті, що стосуються нейромедіаторної системи серотоніну (5-гідрокситриптаміну [5-HT]), дали суперечливі результати, які складно тлумачити (17, 366, 368).

а) Сімейні дослідження

Докази сімейних досліджень суїциду нещодавно були узагальнені Turecki (368). На додаток до досліджень, що показують підвищений рівень суїцидальної поведінки серед членів сімей суїцидентів (31, 82, 360-364), було опубліковано щонайменше 20 звітів про контрольовані порівняння за участю понад 11 000 суб'єктів (202, 214, 312, 344-359). Об'єднаний загальний відносний ризик суїцидальної поведінки у родичів першого ступеня спорідненості суїцидальних пробандів порівняно з контрольним або популяційним ризиком, зваженим на кількість суб'єктів у кожному дослідженні, становив 4,48 (95% CI=3,71-5,25), що вказує на майже 4,5-кратне перевищення ризику суїцидальної поведінки серед родичів суїцидентів порівняно з несуїцидальними суб'єктами (R. Baldessarini, особисте повідомлення, 2002 р.). У різних дослідженнях отримані оцінки відносного ризику суїцидальної поведінки в сім'ї значно різняться, частково залежно від типів поведінки (суїцид, суїцидальні спроби різної летальності або і те і інше) та критеріїв, що їх визначають, поширеності психіатричних факторів ризику суїциду серед досліджуваних, близькості спорідненості (родичі першого ступеня спорідненості, включаючи батьків, братів і сестер, з родичами другого ступеня спорідненості або без них), а також відмінностей у розмірах вибірок.

Такі дослідження, хоча і демонструють потужний зв'язок, не доводять генетичний ризик і не виключають можливість впливу спільних факторів навколишнього середовища. Більше того, ще належить довести, що зв'язок між суїцидом та родинними стосунками можна відокремити від добре відомої спадковості провідних факторів ризику суїциду, включаючи серйозні афективні розлади. Тим не менш, результати об'єднаних сімейних досліджень переконливо свідчать про те, що загальний ризик суїцидальної поведінки щонайменше в чотири рази вищий серед близьких родичів суїцидентів, ніж серед осіб, які не перебувають у родинних зв'язках з ними.

b) Дослідження близнюків

Потужним методом відокремлення ризиків, пов'язаних зі спільним середовищем, від ризиків, зумовлених генетичними факторами, є порівняння частоти конкордації (індекс стану, що спостерігається в обох близнюків) для стану між ідентичними або монозиготними (однояйцевими), близнюками та різнояйцевими, або дизиготними (двояйцевими), близнюками. Ризики для дизиготних близнюків повинні бути подібними до тих, що були виявлені в сімейних дослідженнях серед інших членів сім'ї першого ступеня спорідненості. Roy та ін. (365, 369) і Turecki (368) зробили огляд наукової літератури, а саме семи таких досліджень близнюків, що стосуються самогубств (365, 370-375). Жодне з досліджень не включало вибірки близнюків, які виховувалися окремо з раннього віку, і, таким чином, вплив спільного оточення був неможливий. Крім того, розмір і статистична потужність цих досліджень значно відрізнялися: від аналізу однієї монозиготної пари близнюків (373) до дослідження цілого австралійського національного реєстру близнюків, що включав понад 1500 монозиготних і майже 1200 дизиготних пар близнюків (375). Коли дані всіх семи досліджень близнюків були об'єднані, загальний показник конкордантності щодо суїциду або суїцидальних спроб, зважений на кількість досліджуваних, становив 23,5% (401 з 1704) для монозиготних пар близнюків і 0,135% (два з 1486) для дизиготних пар близнюків, що свідчить про значне 175-кратне збільшення об'єднаного відносного ризику в монозиготних парах близнюків (R. Baldessarini, персональне повідомлення, 2002 р.). Враховуючи низьку частоту суїцидальної поведінки серед різнояйцевих близнюків, цей відносний ризик, ймовірно, є кількісно нестабільною оцінкою. Тим не менш, його величина переконливо свідчить на користь генетичного внеску в суїцидальну поведінку. Високозначуще чотириразове перевищення ризику в однояйцевих близнюків зберігається навіть після статистичних поправок на депресивну та іншу психіатричну захворюваність, пов'язану з суїцидом (375).

Таким чином, дослідження близнюків додають переконливих доказів того, що спадковість ризику самогубства є окремою від спадковості таких факторів ризику, як афективні розлади, але все ж таки може залежати від факторів оточення.

c) Дослідження усиновлення

Менш поширеним методом відокремлення генетичних факторів від спільних факторів середовища є вивчення наслідків для осіб, яких усиновили

з біологічних родин на дуже ранньому етапі життя. До вивчення самогубств цей підхід застосовувався лише тричі, і в кожному дослідженні використовувалися одні й ті ж данські реєстри охорони здоров'я та демографічної статистики, які містили дані про 5483 випадки усиновлення у великому Копенгагені між 1924 і 1947 роками (376-378). Коли дані про самогубства були об'єднані з усіх досліджень, включаючи як осіб з афективними розладами, так і з іншими психічними захворюваннями (376, 378), було виявлено приблизно в п'ять разів більший ризик серед біологічних, ніж серед прийомних родичів (20 з 543 осіб [3,68%] проти двох з 263 осіб [0,76%]).

Пізніше ті ж американські та данські колеги (378) порівняли всіх усиновлених дітей, у яких були виявлені розлади афективного спектру (N=71), з відповідними контрольними усиновленими дітьми без таких розладів (N=71). Розлади включали не лише велику депресію та біполярний розлад за DSM-III, але й більш м'які "невротичні" депресії та стан ("реакція афекту"), що характеризується афективною нестабільністю, яка може нагадувати деякі форми розладу особистості за сучасними класифікаціями. У родичів афективно хворих усиновлених пробандів спостерігався значний, приблизно в сім разів вищий ризик суїциду у біологічних родичів порівняно з усиновленими родичами (15 з 387 осіб [3,88%] проти одного з 180 осіб [0,56%]). Подальший аналіз частоти самогубств серед біологічних родичів, порівняно з контрольною групою, також виявив дуже значущу різницю в 13,3 рази (15 з 387 осіб [3,88%] проти одного з 344 осіб [0,29%]) (378). Однак, на противагу цьому, коли спроби самогубства розглядалися окремо, ризик афективно хворих усиновлених підопічних у біологічних родичів був у 1,16 рази нижчим, але незначущим, порівняно з усиновлювачами (13 з 387 осіб [3,36%] проти семи з 180 осіб [3,89%]). Аналогічне порівняння частоти суїцидальних спроб у біологічних родичів усиновлених піддослідних та у відповідних, але не хворих афективно контрольних суб'єктів показало скромну 2,89-кратну різницю, яка не досягла значущості (13 з 387 суб'єктів [3,36%] проти чотирьох з 344 піддослідних [1,16%]). Серед родичів індексних усиновлених з діагнозом "шизофренія" ризик суїциду у біологічних родичів був несуттєво вищим у 2,67 рази порівняно з родичами з прийомної родини (п'ять з 156 осіб [3,20%] проти одного з 83 осіб [1,20%]) (376).

Порівняння 57 рано усиновлених осіб, які покінчили життя самогубством, з іншими усиновленими, у яких не було ознак суїциду або психічних захворювань, також показало значне перевищення ризику самогубства у біологічних родичів над прийомними (12 з 269 осіб [4,46%] проти жодного з 148 осіб [0,00%]) (378). Ризик самогубства був приблизно в шість разів вищим у родичів досліджуваних із суїцидальними намірами порівняно з родичами з контрольної групи без суїцидальних намірів (12 з 269 досліджуваних [4,46%] проти двох з 269 досліджуваних [0,74%]). Однак це дослідження не враховувало можливий збіг спадковості клінічних факторів ризику самогубства, таких як серйозні афективні захворювання та супутні розлади вживання психоактивних речовин.

Загалом, ці дослідження усиновлення вказують на більший ризик самогубства, але не спроб самогубства, серед біологічних родичів суїцидальних пробандів порівняно з родичами усиновлювачів. Вони також показують вищий ризик серед біологічних родичів досліджуваних порівняно з контрольною групою, що узгоджується з гіпотезою про те, що суїцидальність є спадковою. Враховуючи ширший діапазон тяжкості та летальності суїцидальних спроб і більшу ймовірність детермінованих оточенням дій у багатьох випадках, успадковуваність схильності до суїциду може бути набагато більшою, ніж успадковуваність схильності до суїцидальних спроб.

7. Психосоціальні фактори

а) Робота

Безробіття вже давно асоціюється з підвищеним рівнем самогубств (379, 380, 726). Крім того, зв'язок між самогубствами та безробіттям було підтверджено нещодавнім дослідженням, в якому використовувалися дані Національного довгострокового дослідження смертності в США (U.S. National Longitudinal Mortality Study) для оцінки того, чи піддаються безробітні особи більшому ризику самогубства, ніж працевлаштовані (24). Під час 2-річного спостереження безробітні чоловіки в два-три рази частіше вмирали від самогубства порівняно з працюючими чоловіками. Самотність, розлучення та нижчий соціально-економічний статус підвищували ризик самогубства. Однак через 4 роки спостереження не було виявлено жодного статистичного зв'язку між безробіттям і самогубством серед чоловіків. Для жінок зв'язок між самогубством і безробіттям був ще сильнішим і тривалішим. Безробітні жінки мали набагато вищий ризик самогубства протягом кожного року спостереження, ніж працюючі жінки. Безробітні жінки продовжували демонструвати підвищений ризик і через 9 років спостереження, і на той час вони мали втричі більшу ймовірність померти від суїциду, ніж працюючі жінки. Як і у випадку з чоловіками, молоді безробітні жінки були більш схильні до ризику, ніж жінки віком понад 45 років. Хоча кількість жінок, які покінчили життя самогубством, була невеликою, результати залишаються значними і вагомими. Якщо раніше вважалося, що чоловіки найбільш вразливою групою щодо ризику суїциду після втрати роботи, то тепер відомо, що жінки піддаються ще більшому ризику і протягом більш тривалого періоду часу. Зв'язок між безробіттям, суїцидами та психічними розладами залишається незрозумілим. Люди з психічними розладами можуть частіше кидати роботу або бути звільненими, а також бути більш схильними до суїцидів (727).

У районах із соціально-економічною депривацією також більше безробітних, і ці відмінності були використані для вивчення впливу безробіття на рівень самогубств і суїцидальних спроб. Наприклад, Hawton та ін. (386) проаналізували дані по різних районах або громадах в Оксфорді, Англія, і виявили, що райони з найвищою соціально-економічною депривацією були пов'язані з найвищими показниками спроб самогубства. Особи, які мали спроби суїциду, як чоловіки, так і жінки, частіше були безробітними,

самотніми та мали проблеми з житлом. Для чоловіків, але не для жінок, також було виявлено сильний зв'язок між кількістю спроб самогубства та соціально-економічною депривацією. Чоловіки, які живуть у менш бідних районах і мають фінансові проблеми, навіть частіше намагаються покінчити життя самогубством, що свідчить про те, що дисонанс між власним фінансовим становищем і становищем сусідів може впливати на ризик. Безробіття та фінансові проблеми можуть впливати на ризик суїциду і в інший спосіб. Вживання алкоголю та подружні конфлікти, кожен з яких посилюється фінансовими труднощами або безробіттям, також можуть сприяти підвищенню ризику суїцидальної поведінки.

Політичний контекст і масштабні економічні зміни також можуть впливати на рівень самогубств і можуть дати підказки про вплив статусу зайнятості на рівень самогубств. Наприклад, під час війни рівень самогубств знижується (728), тоді як зростання рівня самогубств спостерігається в політичних системах, пов'язаних з насильством або соціальними рухами. У регіонах колишнього Радянського Союзу з високим рівнем соціально-політичного гноблення (наприклад, у країнах Балтії) рівень самогубств був вищим, ніж в інших регіонах з меншим рівнем гноблення (729). З економічної точки зору, дослідження бізнес-циклу і самогубств спираються насамперед на рівень безробіття, але інші показники включають темпи зростання валового внутрішнього продукту, індекс промислової активності Ayres, зміну індексу фондового ринку і темпи будівництва нового житла (730). Особливо для чоловіків, дані свідчать про те, що чим вищий добробут, тим нижчий рівень самогубств, і, навпаки, чим сильніша тенденція до рецесії, тим вищий рівень самогубств. У періоди високого рівня безробіття, такі як великий депресивний розлад, зв'язок між безробіттям і самогубствами посилюється (731). Однак дослідження з використанням індексу промислової активності Ayres та щомісячних тенденцій самогубств показали, що для впливу на рівень самогубств необхідні значні коливання промислового виробництва, такі як ті, що відбувалися в 1930-х роках (732).

Підсумовуючи, важливо з'ясувати статус зайнятості пацієнта в рамках процесу оцінки, оскільки безробіття може підвищити ризик самогубства, тоді як зайнятість може забезпечити певний захист від самогубства та суїцидальних спроб. Однак, статус зайнятості пацієнта також слід розглядати з точки зору інших психосоціальних стресів, які можуть бути пов'язані з втратою роботи, наприклад, фінансові або сімейні труднощі. Крім того, часто існує складний взаємозв'язок між статусом зайнятості та психіатричними захворюваннями, включаючи розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, що може вплинути на планування лікування.

b) Релігійні вірування

Обмежені докази вказують на те, що релігія є захисним фактором від самогубств. Pescosolido та Giorgianna (733) використовували дані про кількість самогубств з Національного центру медичної статистики (National Center for Health Statistics), дані про приналежність до різних християнських конфесій з Національної ради церков (National Council of Churches) і дані про

приналежність до єврейських конфесій з Американського єврейського щорічного видання (American Jewish Yearbook), щоб визначити, чи відрізняється рівень самогубств залежно від релігійної приналежності. Вони виявили, що релігія впливає на рівень самогубств: католицизм, євангельський протестантизм і приналежність до Церкви Назарянина пов’язані зі зниженням рівня самогубств, а приналежність до іудаїзму має невеликий, але непостійний захисний ефект. На противагу цьому, різні деномінації основного протестантизму, як правило, асоціюються з підвищеним рівнем самогубств.

У межах конкретних релігійних конфесій сила релігійних переконань також може відігравати певну роль. Maris (394) порівняв рівень самогубств серед католиків і протестантів у Чикаго між 1966 і 1968 роками. Показники відвідування церкви, сприйняття релігійності та впливу релігії були обернено пропорційно пов'язані з суїцидальними думками. Після контролю впливу інших змінних, таких як стать, сімейний стан і соціально-економічний статус, Maris було з’ясовано, що сприйняття впливу релігії є найбільш значущим корелятом суїцидальних думок. В іммігрантів з Центральної Америки нечасте відвідування церкви і низький рівень сприйняття впливу релігії були пов'язані з високим рівнем суїцидальних думок (43). Таким чином, релігійна залученість може слугувати захисним фактором від самогубства, або допомагаючи пом'якшити акультураційний стрес (43), або посилюючи соціальні мережі та підтримку (733).

Підсумовуючи, деякі дані свідчать про те, що релігійні переконання і сила цих переконань можуть мати захисний ефект щодо ризику самогубства. У той же час, ці захисні ефекти не є специфічними для певних релігійних конфесій і не є незмінно присутніми. Дійсно, для деяких людей релігійні переконання або уявлення про смерть можуть збільшувати, а не зменшувати ймовірність суїцидальних думок. Отже, лікар може зібрати інформацію для розуміння конкретних релігійних переконань пацієнта і глибини його релігійності, а також визначити, яким чином ці переконання впливають на його уявлення про смерть і самогубство.

c) Психосоціальна підтримка

Хоча часто важко відрізнити сприйняття від об'єктивних показників соціальної підтримки, наявні дані переконливо свідчать про те, що наявність соціальної мережі є потужним і незалежним предиктором ризику самогубства. Зокрема, ті, хто мають (або вважають, що мають) підтримуючі міжособистісні стосунки, мають менший ризик самогубства, ніж ті, хто не має такої підтримки. Rubenowitz та ін. (405) використовували метод психологічної аутопсії для порівняння 85 осіб у віці 65 років і старше, які покінчили життя самогубством, з 153 живими особами відповідного віку і статі, відібраними з податкового реєстру в Гетеборзі, Швеція. Окрім виявлення потужного впливу психічних розладів, вони виявили, що сімейні розбіжності були значним фактором ризику для тих, хто покінчив життя самогубством (співвідношення шансів ≈19). Крім того, активна участь у соціальному клубі була значним захисним фактором як для чоловіків, так і для жінок. В іншому нещодавньому дослідженні психологічної аутопсії порівнювали 53 особи у віці 55 років і

старше, які або покінчили життя самогубством, або здійснили серйозну спробу самогубства, з 269 особами з контрольної групи (403). Психічні захворювання знову виявилися потужним предиктором суїцидального статусу, але, крім того, ті, хто покінчив життя самогубством, мали значно менше соціальних взаємодій і значно більше проблем у стосунках, порівняно з контрольною групою. Turvey та колеги (400) використовували дані з бази даних «Визначені популяції для епідеміологічних досліджень серед людей похилого віку» (Established Populations for Epidemiological Studies in the Elderly), щоб ідентифікувати 21 особу похилого віку, які вчинили самогубство протягом 10-річного періоду спостереження, і порівняли їх з 420 контрольними особами, які були підібрані за віком, статтю та місцем проведення дослідження. Окрім депресивних симптомів, поганого самопочуття та поганої якості сну, відсутність родичів або друзів, яким можна було б довіритися, була значним фактором ризику самогубства в пізньому віці. Нарешті, Miller (399) порівняв 30 чоловіків у віці 60 років і старше, які покінчили життя самогубством, з 30 чоловіками, однаковими за віком, расою, сімейним станом і країною проживання, які померли з природних причин.

Він повідомив, що контрольні суб'єкти значно частіше мали довірену особу, а суб'єкти, які покінчили життя самогубством, значно рідше зустрічалися з друзями та родичами. Таким чином, хоча соціальна підтримка є складною структурою і дані про цей фактор надходять переважно від людей похилого віку, зниження показників соціальної підтримки, як видається, збільшує ризик самогубства, і, навпаки, збільшення соціальної підтримки може слугувати захисним фактором щодо самогубства.

d) Причини для життя, в тому числі наявність дітей

Додатковим захисним фактором від самогубства є здатність навести причини для життя, які здебільшого відображають ступінь оптимізму пацієнта щодо життя. Malone та ін. (231) обстежили 84 пацієнтів, 45 з яких намагалися покінчити життя самогубством, щоб визначити, чи можуть "причини для життя" захистити або утримати пацієнтів з великою депресією від суїцидальної спроби. Було виявлено, що пацієнти з депресією, які не намагалися покінчити життя самогубством, висловлювали більше почуття відповідальності перед своїми сім'ями, більше страху соціального несхвалення, більше моральних заперечень проти самогубства, більше навичок виживання і подолання труднощів, а також більший страх перед самогубством, ніж пацієнти з депресією, які намагалися покінчити життя самогубством. Хоча об'єктивна тяжкість депресії та кількість нещодавніх життєвих подій не відрізнялися між двома групами, показники безнадії, суб'єктивної депресії та суїцидальних думок були значно вищими у тих хто мав спроби суїциду.

Наявність дітей у сім'ї є додатковим фактором, який захищає від самогубства, особливо у жінок. Hoyer та Lund (26) використовували дані Норвезького центрального статистичного бюро для проспективного спостереження за 989 949 жінками протягом 15-річного періоду. За цей час було зафіксовано 1190 смертей від самогубств, причому у заміжніх жінок

різного віку відносний ризик був нижчим, ніж у незаміжніх (відносний ризик = 0,4-0,8, залежно від віку). Як для жінок у пременопаузі, так і для жінок у постменопаузі було виявлено сильне лінійне зниження відносного ризику суїциду зі збільшенням кількості дітей.

Отже, під час оцінки та планування лікування клініцисти повинні обговорювати причини для життя з пацієнтами групи ризику та необхідність розвитку навичок подолання труднощів, які можуть слугувати захисними факторами в періоди високого ризику суїциду.

е) Індивідуальні психологічні сильні та вразливі сторони

Ряд особистісних рис і характеристик пов'язані з суїцидом, суїцидальним ризиком і суїцидальною поведінкою. Conner та ін. (217) проаналізували літературу про психологічну вразливість до самогубства, включаючи 46 публікацій, що описують 35 окремих вибіркових досліджень "випадок-контроль" або когортних досліджень, і не знайшли жодних доказів зв'язку між самогубством і почуттям провини або спрямованим всередину гнівом. Вони виявили, що самогубство послідовно пов'язане з п'ятьма конструктами - імпульсивністю/агресією, депресією, безнадією, тривогою та самосвідомістю/соціальним відстороненням. Хоча інші фактори часто пом'якшують зв'язок між цими змінними і самогубством, вони не завжди піддаються інтерпретації в літературі через проблеми з вимірюванням і визначенням. Тим не менш, психологічна вразливість, ймовірно, впливає на ризик суїциду, посилюючи інші психіатричні або соціальні фактори ризику в окремих пацієнтів.

Ряд інших концепцій також досліджували зв'язок суїциду з індивідуальною вразливістю. Наприклад, Duberstein (423) використовував опитувальники для оцінки особистісних вимірів 81 пацієнта з депресією у віці понад 50 років і виявив, що люди, які повідомили про нижчий рівень відкритості до нового досвіду, менш схильні до суїцидальних думок. Ці результати узгоджуються з іншими дослідженнями, які вказують на те, що літні люди схильні заперечувати суїцидальність, тоді як молоді люди схильні її перебільшувати. Ці результати також можуть підтвердити захисну роль висловлювання суїцидальних думок. Таким чином, коли замкнені люди контактують з лікувальними службами, їхні психіатричні симптоми можуть бути не настільки очевидними, а потреба в лікуванні може бути не усвідомлена.

Hughes та Neimeyer (422) оцінили 79 госпіталізованих пацієнтів психіатричних лікарень, 91% з яких мали основний діагноз, що включав депресію, і перевірили вплив кількох когнітивних змінних як предикторів суїцидальних думок.

Рівень песимізму, виміряний за шкалою безнадійності, був найкращим предиктором подальших суїцидальних думок і був достовірно пов'язаний з перебуванням під індивідуальним спостереженням або з перевіркою кожні 15 хвилин на предмет суїцидальних застережень. Крім того, з суїцидальними думками були пов'язані безнадія, негативізм по відношенню до себе, поляризація (мислення за принципом "все або нічого") та низька здатність

вирішувати проблеми, тоді як самооцінка здатності вирішувати проблеми не була пов'язана з суїцидальними думками. Низький рівень стереотипності реакцій був пов'язаний з інтенсивністю подальших суїцидальних думок і пізніших спроб самогубства.

Josepho і Plutchik (409) досліджували зв'язок між міжособистісними проблемами, стилями їх подолання і спробами самогубства у 71 дорослого пацієнта психіатричної лікарні. Пацієнти, які були госпіталізовані після спроби самогубства, мали більше міжособистісних проблем, а також мали відмінні підходи до методів подолання, включаючи більше використання придушення і заміни і менше використання заміщення. Ці стилі подолання також були пов'язані з вищими показниками за шкалою суїцидального ризику. Після контролю впливу міжособистісних проблем автори виявили, що більша пригніченість, менша мінімізація та менше заміщення були суттєво пов'язані з підвищенням балів ризику суїциду. Чим вищий бал ризику, тим більша ймовірність того, що пацієнт потрапить до лікарні через спробу самогубства. Пацієнти з депресією також мали вищі бали за шкалою суїцидального ризику.

Stravynski та Boyer (401) зібрали дані про 19 724 осіб в Квебеку, які заповнили опитувальник про стан здоров'я (Quebec Health Survey), і перевірили, чи існує зв'язок між самотністю та суїцидальними думками або поведінкою в загальній популяції. Було виявлено значний зв'язок між суїцидальними думками або спробами самогубства та проживанням на самоті, відсутністю друзів або відчуттям самотності, причому психологічний дистрес є найсильнішим корелятом суїцидальних думок. Серед респондентів, які відчували сильний стрес і були дуже самотніми, 25% повідомили про серйозні суїцидальні думки або дії. Загалом, про думки про самогубство повідомляли 3,1% населення, а 0,9% робили спроби самогубства.

Maser та ін. (247) дослідили кореляції між суїцидом і клінічними та особистісними факторами у 955 пацієнтів з депресією, за якими спостерігали протягом 14 років в рамках Колективної програми NIMH з психобіології депресії. За цей час 3,8% померли через самогубство і 12,6% здійснили спробу самогубства. Самогубство протягом 12 місяців після включення в дослідження було пов'язане з клінічними змінними, включаючи емоційний неспокій плюс депресію в індексному епізоді, наявність в анамнезі розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю та наркотиків, а також відповідність критеріям антисоціального розладу особистості. Додаткові предиктори включали безнадію, манію величі, цілеспрямованість, певні марення або галюцинації під час індексного епізоду, зниження функціональної ролі, незадоволеність життям або будь-які попередні серйозні суїцидальні спроби в анамнезі на момент включення в дослідження. Через 1 рік після початку лікування самогубство було пов'язане з факторами темпераменту, зокрема з високим рівнем імпульсивності та сором'язливості, а також низькими показниками життєрадісності. Особи, які намагалися покінчити життя самогубством, і ті, хто помер від самогубства, мали спільні характеристики, включаючи попередні спроби, імпульсивність, зловживання психоактивними речовинами та психічний неспокій у межах циклічного/змішаного біполярного розладу.

Kaslow та ін. (413) провели емпіричне дослідження психодинаміки суїциду серед 52 пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку зі спробою самогубства, та 47 контрольних суб'єктів, госпіталізованих у психіатричну лікарню, які не мали суїцидальної поведінки в анамнезі. Загалом, 49% досліджуваних мали депресію, 25% - розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, і 63% - розлади особистості кластеру В. Особи, які намагалися покінчити життя самогубством, значно частіше повідомляли про втрату дитинства в поєднанні з втратою дорослого життя. об'єктних стосунках і розглядали стосунки в більш негативному ключі, демонструючи нижчий рівень індивідуалізації та відокремлення. Хоча самоспрямований гнів був пов'язаний з думками про вбивство, психодинамічні концепції про те, що депресія, самоспрямований гнів або функціонування его можуть бути пов'язані зі спробою самогубства, не отримали достатньої підтримки.

У групі з 438 студентів старших курсів коледжу, віком від 16 до 65 років, Boudewyn і Liem (734) порівняли низькі і високі показники за шкалою хронічної саморуйнівної поведінки, яка вимірює поведінку, таку як хронічна залежність від азартних ігор або небезпечна сексуальна поведінка, що може призвести до негативних наслідків у майбутньому.

Загалом, люди з високим рівнем саморуйнування були молодшими і повідомляли про більше жорстокого поводження в дитинстві та дорослому віці, нижчу самооцінку, більшу депресію, більшу екстернальність, меншу потребу в контролі в міжособистісних стосунках і частіші суїцидальні думки та дії, пов'язані з самоушкодженням. Ці висновки свідчать про те, що інші прояви саморуйнування слід оцінювати під час індивідуальної оцінки пацієнта із суїцидальною поведінкою, а також про те, що жорстоке поводження в дитинстві та в дорослому віці слід спеціально виявляти та враховувати в процесі планування лікування.

Разом з великими клінічними спостереженнями за індивідуальними сильними та вразливими сторонами, що мають відношення до суїцидальності (410, 412, 420, 426), дослідження різних психологічних аспектів продемонстрували необхідність включення таких особливостей в оцінку суїцидального ризику. Зокрема, такі риси особистості, як агресивність, імпульсивність, соціальне відсторонення та суб'єктивна самотність, безнадія, тривога, низька самооцінка (і захисний нарцисизм), залежність, амбівалентність і депресія можуть підвищувати ризик суїцидальної поведінки. Стилі мислення, такі як закритість або поляризоване (або-або) мислення, також можуть підвищувати ризик. Якщо дилеми розглядаються лише в чорно-білих тонах, з меншою кількістю можливих варіантів, пацієнти можуть не бачити іншого вирішення своїх проблем, окрім самогубства. Окрім особистісних рис і стилю мислення, психологічні потреби людини, якщо вони не задовольняються, можуть спричиняти сильний психологічний біль, що призводить до суїцидального стану. Ранні травми та втрати можуть перешкоджати розвитку здорових навичок подолання труднощів. Крім того, індивідуальне сприйняття міжособистісної підтримки, особливо суб'єктивне сприйняття самотності, також може сприяти підвищенню ризику суїциду.

Таким чином, при зважуванні сильних і вразливих сторін конкретного пацієнта, а також при розробці та впровадженні плану лікування, корисно оцінити минулу реакцію пацієнта на стрес, вразливість до загрозливих для життя афектів, наявні зовнішні ресурси, відчуття самотності, фантазії про смерть, а також здатність до перевірки реальності і витривалості до психологічного болю.

8. Ступінь суїцидальності

а) Наявність, ступінь та стійкість суїцидальних думок

Суїцидальні думки є поширеним явищем, за оцінками, щорічна число випадків становить 5,6% (2). Kessler та ін. (427) дослідили поширеність суїцидальних думок та суїцидальних спроб протягом життя у вибірці з 5877 осіб віком 15-54 роки в рамках Національного дослідження коморбідності (National Comorbidity Survey). Оцінені показники поширеності суїцидальних думок, планів та спроб протягом життя становили 13,5%, 3,9% та 4,6% відповідно. Кумулятивна ймовірність переходу від суїцидальних думок до незапланованої спроби самогубства становила 26%. Відповідна кумулятивна ймовірність переходу від суїцидальних думок до суїцидальних планів становила 34%, а кумулятивна ймовірність переходу від суїцидального плану до спроби - 72%. Близько 90% незапланованих спроб і 60% запланованих перших спроб відбулися протягом 1 року з моменту появи суїцидальних думок, що свідчить про необхідність наполегливого подальшого супроводу та уваги до факторів ризику, що можуть модифікуватись, в осіб з суїцидальними думками.

Поздовжні дослідження також демонструють підвищений ризик суїциду у пацієнтів з суїцидальними думками. Серед 6 891 амбулаторного психіатричного пацієнта, за якими спостерігали до 20 років, Brown та ін. (78) виявили, що показники пацієнтів за опитувальниками поточних суїцидальних думок і депресії були найбільш тісно пов'язані з ймовірністю самогубства в майбутньому. Fawcett та ін. (79), використовуючи метод "випадок-контроль" для визначення пов'язаних з часом предикторів самогубства серед 954 пацієнтів з великим афективним розладом, дослідили суїцидальні думки як один з можливих предикторів фактичного самогубства протягом 10-річного періоду. Вони виявили, що наявність суїцидальних думок пов'язана з підвищеним ризиком самогубства в довгостроковій перспективі, але не протягом першого року після початку дослідження.

Інші дослідники вивчали зв'язок між самогубством і суїцидальними думками в їх найгіршому варіанті, використовуючи Шкалу суїцидальних думок у найгіршому варіанті (SSI-W) (Scale for Suicide Ideation–Worst) (SSI–W) (428). У групі з 3701 пацієнта, в якій сталося 30 самогубств, пацієнти, які потрапили в категорію високого ризику за шкалою SSI-W, мали в 14 разів вищий рівень суїцидальних думок, ніж пацієнти з категорії низького ризику. Після контролю впливу інших факторів дослідники виявили, що лише показник SSI-W, а не показники поточних суїцидальних думок або безнадії, пов'язаний з майбутнім самогубством (428).

Відповідно до висновків Clark та Fawcett (273), автори дійшли висновку, що ретроспективний звіт про суїцидальні думки в найгіршому варіанті може бути кращим предиктором суїциду, ніж поточні повідомлення про суїцидальні думки.

Інтуїтивно, оскільки суїцидальні ідеї, як очікується, передують суїцидальним намірам або суїцидальним діям, вони можуть слугувати орієнтиром для клініцистів у виявленні та подоланні суїцидального ризику. Ці дослідження також припускають, що минулі та теперішні суїцидальні думки мають значення для процесу оцінювання. Однак, оскільки переважна більшість людей з суїцидальними думками не вмирають через самогубство, додаткові фактори, ймовірно, модулюють ризик самогубства навіть у людей з суїцидальними думками.

b) Наявність плану самогубства та доступність способу

Як зазначалося раніше, близько третини осіб з суїцидальними думками розробляють план самогубства, і близько трьох чвертей з тих, хто має такий план, зрештою здійснюють спробу самогубства. Інші особи, однак, мають незаплановані спроби суїциду. Таким чином, наявність плану самогубства означає, що ризик повторної спроби підвищується, але жодним чином не вказує на те, що спроба відбудеться, або часовий проміжок, протягом якого вона може відбутися. Так само відсутність плану самогубства не усуває ризик суїциду. Однак, загалом, наявність конкретного плану, що передбачає використання доступного методу, пов'язана з більшим ступенем ризику суїциду. Крім того, доступність методів з відносно високим рівнем летальності може збільшити ймовірність того, що спроба самогубства, запланована чи імпульсивна, призведе до суїциду.

У низці досліджень вивчалися популяційні тенденції рівня самогубств у зв'язку з доступністю конкретних методів самогубства. Ohberg та ін. (735), наприклад, оцінили тенденції в рівні самогубств і доступності методів самогубства у Фінляндії з 1947 по 1990 рік. Загальний рівень самогубств у Фінляндії за цей період значно зріс для обох статей, але рівень самогубств залежно від методів був різним. Наприклад, рівень самогубств з використанням високолетального пестициду паратіону знизився після того, як його доступність була обмежена, але це зниження було нівельоване зростанням рівня самогубств з використанням інших методів. До 1962 року більшість самогубств відбувалися через повішення або утоплення, але після 1963 року стрімко зросло використання вогнепальної зброї. Одночасно зі збільшенням доступності антидепресантів і нейролептиків зросла кількість самогубств через передозування цими препаратами. Спостерігалася велика кількість передозувань трициклічних антидепресантів, на які припадає більшість смертей, пов'язаних з антидепресантами. З іншого боку, кількість смертей від передозування нетрициклічними антидепресантами зменшилася, незважаючи на збільшення їхньої доступності, а кількість смертей від передозування барбітуратами залишилася стабільною, незважаючи на зменшення їхньої доступності.

Gunnell та ін. (436) досліджували тенденції самогубств, пов'язані з конкретними методами, між 1950 і 1975 роками в Англії та Уельсі. У 1950-х і на початку 1960-х років отруєння побутовим газом, на який припадала половина всіх самогубств, було найпоширенішим способом самогубства серед чоловіків і жінок. Зміни в постачанні та виробництві побутового газу призвели до зменшення вмісту в ньому чадного газу і, відповідно, летальності, а загальний рівень самогубств знизився серед чоловіків і жінок усіх вікових категорій. У жінок і молодих чоловіків (віком до 55 років) вплив цього зниження на загальний рівень самогубств був частково компенсований зростанням смертності від передозування наркотиків, але негайного збільшення використання інших способів самогубства не відбулося. У чоловіків старшого віку зниження рівня самогубств через отруєння газом супроводжувалося лише незначним зростанням рівня самогубств через передозування, а також зниженням рівня самогубств усіма іншими способами.

Marzuk та ін. (437) досліджували зв'язок між доступністю смертельних методів травмування та рівнем самогубств шляхом проспективної класифікації смертельних методів відповідно до їх доступності в п'яти округах Нью-Йорка протягом 4-річного періоду, а потім порівняли скориговані за віком і статтю рівні самогубств у цих округах залежно від методу. Протягом досліджуваного періоду відбулося загалом 2 820 самогубств, що становить 9,81 на 100 000 осіб. Дослідження виявило значні відмінності в загальному рівні самогубств між п'ятьма округами, який коливався від 15,27 на 100 000 осіб на Мангеттені до 5,58 на 100 000 осіб на Стейтен-Айленді. В округах були схожі показники самогубств, що включали методи, однаково доступні для всіх людей в кожному окрузі (наприклад, повішення, рвані рани, удушення і опіки), а також методи, доступні для меншої, але схожої частки населення в кожному окрузі (наприклад, вогнепальна зброя і утоплення у водоймах). Практично всі відмінності в загальному ризику самогубств між округами пояснюються доступними способами, такими як падіння з висоти, передозування ліками, що відпускаються за рецептом, та отруєння чадним газом (що пояснюється доступом до приватних парковок). Доступність більшого розмаїття альтернативних летальних методів у деяких країнах не призвела до зниження рівня використання інших методів, а відносна недоступність певного методу не призвела до порівняльного зростання рівня використання альтернативних методів, які були доступні, як це передбачала б гіпотеза заміщення. Таким чином, обмеження доступності певного способу може зменшити його використання для самогубства, але замість нього можуть використовуватись інші способи. У той же час, доступність і летальність окремих методів самогубства можуть мати певний вплив на загальний рівень самогубств.

У Сполучених Штатах вогнепальна зброя є найпоширенішим способом самогубства (736, 737). Fox та ін. (738) використовували дані про смертність за 1979-1994 рр. з Центру медичної статистики штату Вісконсін та оцінки чисельності населення штату Вісконсін, зроблені Бюро перепису населення США, щоб описати тенденції щодо самогубств, пов'язаних з вогнепальною зброєю, у цьому штаті. У цей період відбувалося в середньому 588 самогубств

на рік, причому вогнепальна зброя затьмарила всі інші способи разом узяті, ставши найпоширенішим способом самогубства у 1980-х роках. Між 1981 і 1992 роками частка самогубств із застосуванням вогнепальної зброї зросла з 48% до 57%. У той час як загальний рівень самогубств залишився незмінним за цей період, рівень самогубств із застосуванням вогнепальної зброї зріс на 17% у всіх статевих, расових і вікових категоріях. Серед чоловіків рівень самогубств із застосуванням вогнепальної зброї за досліджуваний період зріс на 13%, тоді як загальний рівень самогубств усіма іншими способами знизився на 12%. Для порівняння, серед жінок рівень самогубств із застосуванням вогнепальної зброї зріс на 20%, а рівень самогубств усіма іншими способами знизився на 26%.

Kaplan та Geling (434) досліджували соціально-демографічні та географічні закономірності самогубств із застосуванням вогнепальної зброї в США, використовуючи дані про смертність, отримані з файлів детальної інформації про смертність Національного центру медичної статистики та файлів свідоцтв про смерть, наданих кожним штатом у період з 1989 по 1993 рік. За цей період 59,2% з 139 566 самогубств було скоєно із застосуванням вогнепальної зброї. Найнижчий рівень самогубств серед усіх расових, статевих і вікових груп був серед одружених людей. Скоригована ймовірність застосування вогнепальної зброї зростала з віком серед чоловіків і зменшувалася з віком серед жінок. Вдівці та заміжні жінки мали найвищі ризики використати вогнепальну зброю, а ризики використання вогнепальної зброї з метою самогубства також були високими серед тих, хто не мав вищої освіти, жив у нестоличних регіонах та мешкав у Східно-Південно-Центральному та Західно-Південно-Центральному регіонах. Рівень самогубств із застосуванням невогнепальної зброї був вищим за рівень самогубств із застосуванням вогнепальної зброї скрізь, окрім південних регіонів. Таким чином, ймовірність суїциду із застосуванням вогнепальної зброї суттєво відрізнялася в різних соціально-демографічних і географічних підгрупах населення США, а також паралельно з відмінностями у володінні зброєю, що свідчить про те, що регіональні культурні фактори можуть бути причиною відмінностей у рівнях суїцидальної поведінки із застосуванням вогнепальної зброї.

На додаток до популяційних даних про доступність вогнепальної зброї та ризик самогубств, деякі дані також свідчать про вплив на індивідуальному рівні. Brent та ін. (438) провели дослідження "випадок-контроль", щоб визначити зв'язок між наявністю зброї вдома, типом зброї, способом зберігання та ризиком самогубств серед підлітків. Сорок сім підлітків з громади, які покінчили життя самогубством, порівнювали з двома контрольними групами з психіатричної лікарні: 47 пацієнтів, які намагалися покінчити життя самогубством, але вижили, і 47 пацієнтів, які ніколи не намагалися покінчити життя самогубством. Дослідження показало, що зброя вдвічі частіше зустрічається в будинках тих, хто помер внаслідок суїциду, ніж у будинках тих, хто намагався покінчити життя самогубством або перебував під психіатричним наглядом. Не було виявлено суттєвої різниці у зв'язку з

суїцидом між пістолетами і довгоствольною зброєю, а також не було різниці у способах зберігання зброї між групами. Автори дійшли висновку, що наявність зброї вдома, незалежно від типу зброї або способу її зберігання, підвищує ризик самогубства, принаймні серед підлітків. Таким чином, наявність плану самогубства і наявність способу самогубства підвищують ризик і є важливими питаннями, на які слід звернути увагу в рамках оцінки суїциду.

Оскільки самогубства, пов'язані з вогнепальною зброєю, становлять значну частину самогубств у Сполучених Штатах, наявність і доступність вогнепальної зброї також є важливим напрямком дослідження в оцінці ризику самогубств. Залишається дискусійним питання про те, чи зменшення доступності певного способу самогубства знижує загальний ризик, хоча більшість даних свідчить про те, що обмеження доступності певних видів популярних способів призводить до зниження загального рівня самогубств. На індивідуальному рівні також може бути показано зменшення доступу до певних методів самогубства. Див. розділ II.C.2 "З'ясування наявності або відсутності плану самогубства", де додатково обговорюються питання запитів, вилучення та документування, пов'язані з вогнепальною зброєю та пацієнтом із суїцидальними намірами.

c) Летальність і намір саморуйнівної поведінки

Окрім наявності суїцидальних думок, плану самогубства або доступного способу самогубства, на ризик суїциду також впливає суб'єктивне очікування і бажання пацієнта померти в результаті заподіяння собі травми. наміром, хоча суб'єктивні очікування пацієнта можуть відповідати, а можуть і не відповідати летальності спроби, здійсненої за допомогою певного методу. Інші аспекти плану або спроби суїциду, які часто враховуються при оцінці суїцидальних намірів, включають тяжкість і потенційну летальність спроби самогубства або перерваної спроби самогубства, ступінь навмисності пацієнта, чи були вжиті запобіжні заходи, щоб уникнути втручання або викриття, і чи були повідомлені наміри пацієнта іншим особам (263, 433, 440).

У кількох дослідженнях було проведено лонгітюдну оцінку впливу суїцидальних намірів на ризик самогубства в майбутньому. У групі з 500 пацієнтів, які заповнили шкалу вимірювання суїцидальних намірів після епізоду самоушкодження, Pierce (441) виявив, що семеро осіб, які покінчили життя самогубством під час 5-річного спостереження, як правило, мали високі показники суїцидальних намірів під час їхнього першого самоушкодження. Крім того, особи зі зростаючим рівнем суїцидальних намірів з повторними самоушкодженнями мають більший ризик подальшого повторення випадків самоушкоджень (739). Suokas та ін. (271) також провели лонгітюдну оцінку впливу суїцидальних намірів на ризик самогубства. Вони виявили, що 68 (6,7%) з 1018 пацієнтів, які навмисно отруїлися, скоїли суїцид протягом 14 років спостереження. Фактори ризику самогубства включали чоловічу стать, попереднє психіатричне лікування або спроби самогубства, наявність соматичних захворювань і справжній намір померти на момент самоотруєння.

Таким чином, для будь-якого пацієнта з суїцидальними думками важливо визначити суїцидальні наміри як частину процесу оцінки. Крім того,

у кожного пацієнта, який раніше намагався покінчити життя самогубством, слід визначити рівень намірів під час попередньої спроби.

9. Зважування факторів ризику при прогнозуванні самогубств

Як зазначалося раніше, неможливо точно передбачити самогубство. Проте, враховуючи велику кількість факторів ризику та захисних факторів, які можуть впливати на ймовірність суїциду, було розроблено низку статистичних моделей, які намагаються точно визначити, які пацієнти можуть бути в групі найбільшого ризику. У лонгітюдному дослідженні Pokorny (160), в якому протягом 5 років велися спостереження за 4800 особами (4 691 чоловік і 109 жінок), було використано покроковий дискримінантний аналіз для відбору зваженої комбінації прогностичних змінних з виявлених характеристик високого ризику, а саме: білий чоловік; неодружений; діагноз афективного розладу, шизофренії або асоціальної поведінки; попередня спроба самогубства; або риси, пов'язані з розладом особистості, такі як маніпулятивність і ворожість. Цей метод зміг правильно ідентифікувати 30 з 67 осіб, які померли внаслідок суїциду, але також помилково спрогнозував самогубство у 773 осіб. Таким чином, хоча можна визначити групу пацієнтів з високим ризиком, які потребують більш детального клінічного обстеження, ідентифікувати конкретних осіб з найбільшим ризиком, можливо, не вдасться.

Goldstein н та ін. (740) також використали статистичну модель, яка включала численні фактори ризику самогубства, і застосували її в групі з 1 906 пацієнтів з афективними розладами, які були госпіталізовані в лікарню третинного рівня і за якими велося лонгітюдне спостереження. Виявлені фактори ризику включали кількість попередніх суїцидальних спроб, наявність суїцидальних думок при госпіталізації, стать, результат при виписці та діагноз біполярного афективного розладу маніакального або змішаного типу) або, в осіб із сімейним анамнезом манії, уніполярного депресивного розладу. Однак повна статистична модель не змогла ідентифікувати жодного пацієнта, який помер через суїцид, що підкреслює складність оцінки суїцидального ризику за допомогою таких методів.

Загалом, статистичні моделі можуть бути цінними в епідеміологічній та дослідницькій сферах, оскільки вони визначають фактори, які відрізняють групи пацієнтів з високим ризиком. Вони також можуть запропонувати клінічно важливі фактори ризику, які, якщо їх ідентифікувати, потенційно піддаються лікуванню. Однак, враховуючи низький базовий рівень суїцидів серед населення, точне прогнозування суїцидальної активності неможливе, незалежно від складності використовуваної статистичної моделі. Отже, психіатрична оцінка в поєднанні з клінічною оцінкою все ще залишається найкращим інструментом для оцінки ризику самогубства. Крім того, втручання має ґрунтуватися не на простій наявності факторів ризику, виявлених за допомогою статистичних моделей, а на взаємодії цих факторів з індивідуальними особистими та клінічними проявами пацієнта, а також на оцінці лікарем ризику пацієнта в цей конкретний момент часу.

B. МЕТОДИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ОЦІНКИ

1. Шкала оцінювання

Існує широкий спектр шкал для самозвіту і шкал, що застосовуються лікарями, які вимірюють різні аспекти суїцидальних думок і поведінки, а також симптоми, пов'язані з суїцидом. Ці шкали є надійними і мають адекватну конкордантну валідність, і їх можна застосовувати як дослідницькі інструменти. Однак, їх корисність та можливість використання для узагальнення результатів у клінічній практиці є сумнівною. Більшість шкал були протестовані на нерепрезентативних вибірках, що складалися зі студентів коледжів або психіатричних пацієнтів, і не були адекватно протестовані на важливих субпопуляціях пацієнтів, таких як пацієнти похилого віку, представники меншин та пацієнти у звичайних клінічних умовах, зокрема у відділеннях невідкладної допомоги або на первинній ланці медичної допомоги. Лише деякі з цих шкал були протестовані в проспективних дослідженнях, а ті, що були протестовані, показали дуже низьку позитивну прогностичну валідність і високу частоту хибнопозитивних результатів. Як наслідок, для практикуючого лікаря ці шкали мають перш за все цінність у тому, щоб навчитися розробляти ретельну лінію запитань стосовно суїциду (див. Розділ II.C.4 "Розуміння релевантності та обмежень шкал оцінки суїциду"). Саме з цієї причини тут буде зроблено короткий огляд конкретних шкал оцінювання. Крім того, інформація про шкали може бути корисною для інтерпретації результатів інших досліджень, що обговорюються в цьому керівництві.

Шкала суїцидальних думок (Scale for Suicide Ideation)(8) - це шкала з 19 пунктів, яка заповнюється лікарем, займає приблизно 10 хвилин і призначена для кількісної оцінки інтенсивності поточних та усвідомлених суїцидальних намірів шляхом оцінки ступеня та характеристик суїцидальних думок; ставлення пацієнта до суїцидальних думок; бажання померти; мотивів, стримуючих факторів та планів щодо суїцидальної спроби; почуття контролю та рішучості щодо суїцидальної спроби. Хоча Шкала суїцидальних думок стандартизована для дорослих психіатричних пацієнтів, вона використовується в різних умовах і має високий рівень внутрішньої узгодженості та узгодженість висновків різних дослідників. Показники за шкалою суїцидальних думок корелюють з показниками шкали самоушкодження опитувальника депресії Бека і, як було показано, розрізняють амбулаторних пацієнтів з деперсією і пацієнтів, госпіталізованих з причини суїцидальних думок, незважаючи на схожі рівні депресії в обох групах (8), що свідчить про те, що шкала вимірює більше параметрів, ніж просто наявність депресії. Хоча Шкала суїцидальних думок є одним з небагатьох інструментів з доведеною позитивною прогностичною валідністю щодо суїциду, її позитивна прогностична цінність становить лише 3%, і вона має високий рівень хибнопозитивних результатів (78). Існує низка модифікованих версій Шкали суїцидальних думок, включаючи версію для самозвіту, що складається з 21 пункту (741), та версію Шкали суїцидальних думок (SSI-W), яка також складається з 19 пунктів і застосовується лікарями (428).

Опитувальник суїцидальної поведінки (SBQ) - це самозвіт про суїцидальні думки та поведінку, який значною мірою корелює зі шкалою суїцидальних думок (10).

Оригінальна версія з чотирьох пунктів має достатню внутрішню узгодженість, високу надійність при повторному тестуванні та займає менше 5 хвилин для заповнення. Переглянута версія з 14 пунктів (SBQ-14) є більш комплексним показником суїцидальних спроб, думок та дій і включає пункти про суїцидальні думки, майбутні суїцидальні думки, загрози суїциду в минулому, майбутні спроби суїциду та ймовірність смерті від суїциду в майбутньому. Хоча SBQ має високу внутрішню надійність і здатність диференціювати клінічні та неклінічні зразки (10), позитивна прогностична валідність SBQ не відома. Шкала суїцидальних намірів (The Suicide Intent Scale) (9) - це шкала з 20 пунктів, яка застосовується лікарем, має високу внутрішню надійність та узгодженість висновків різних дослідників і дозволяє кількісно оцінити сприйняття, вербальну та невербальну поведінку пацієнта до та під час нещодавньої спроби суїциду. Вона включає питання про обставини, що передували спробі, метод і місце спроби, сприйняття пацієнтом летальності методу, очікування щодо ймовірності порятунку, навмисність спроби і мету спроби. Хоча бали за шкалою суїцидальних намірів пов'язані з летальністю методу, шкала не здатна відрізнити тих, хто намагався покінчити життя самогубством, від тих, хто перервав свої спроби, і не прогнозує смерть від самогубства (10). Опитувальник сенсу життя(The Reasons for Living Inventory) (407) - це інструмент для самозвіту, заповнення якого займає приблизно 10 хвилин, який містить 48 пунктів по типу шкали Лайкерта для оцінки переконань та очікувань, які можуть утримати людину від реалізації суїцидальних ідей. Ця шкала має високу внутрішню валідність і надійність, а також помірно високу надійність при повторному тестуванні Вона помірно корелює зі шкалою суїцидальних думок і шкалою безнадійності Бека і розрізняє стаціонарних і контрольних осіб, а також осіб, які намагаються покінчити життя самогубством, і тих, хто має лише суїцидальні думки (10).

Для оцінки суїцидальності було розроблено низку інших шкал. Серед них - Рейтинг ризику-рятунку, який оцінює летальність спроби самогубства та рівень суїцидальних намірів (433), та Шкала оцінки суїцидальності, яка оцінює суїцидальність з часом у п'яти сферах: афект, тілесний стан, контроль і подолання, емоційна реактивність, а також суїцидальні думки та поведінка (742). Інші більш загальні рейтингові шкали включають пункти, які також використовуються для оцінки суїцидального ризику. Наприклад, тест тематичної апперцепції використовується для виявлення дихотомічного мислення як фактора ризику самогубства (743), а опитувальник загального стану здоров'я включає підгрупу з чотирьох пунктів, які можуть бути використані для оцінки суїцидальних думок (744). Ґрунтуючись на теорії, що психологічний біль може бути пов'язаний з суїцидом, Shneidman (745) розробив шкалу оцінки психологічного болю, яка використовує малюнки для оцінки незадоволених психологічних потреб пацієнта з метою вимірювання інтроспективного переживання негативних емоцій, які можуть бути пов'язані

з суїцидальними намірами. Використовуючи шкалу для дослідження сприйняття пацієнтом психологічного болю, лікарі можуть визначити механізми подолання болю та сильні сторони його "Его". Використання цієї шкали також може допомогти лікарю оцінити душевні страждання пацієнта і задовольнити психологічні потреби, які пацієнт вважає важливими і незадоволеними.

Крім того, оскільки депресія та безнадія є факторами ризику самогубства, відповідні рейтингові шкали часто використовуються як індикатори суїцидального ризику. Шкала безнадії Бека - це самозвіт, що складається з 20 тверджень (відповідь у формі – «так»-«ні»), які оцінюють позитивні та негативні переконання щодо майбутнього, наявні протягом тижня перед проведенням опитування (712). Шкала безнадії Бека демонструє високу внутрішню валідність, адекватну надійність при повторному тестуванні та помірну або високу кореляцію з оцінкою безнадії, визначену лікарями (10). Крім того, це одна з небагатьох шкал, яка продемонструвала позитивну прогностичну валідність (10). У 10-річному проспективному дослідженні госпіталізованих пацієнтів із суїцидальними думками шкала безнадійності Бека змогла відрізнити тих, хто помер внаслідок суїциду, від тих, хто не вчиняв суїцид (222). Тим не менш, її позитивна прогностична цінність становить лише 1% (78, 713), а частота хибнопозитивних результатів є високою (221).

Найбільш поширеними шкалами депресії для оцінки суїциду є шкала оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale) та опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory). Згідно з даними цих шкал, вищий рівень депресії був пов'язаний із суїцидом у довгострокових дослідженнях серед амбулаторних пацієнтів психіатричних клінік (78, 221). Окрім зв'язку із загальним балом за опитувальником депресії Бека, суїцид також пов'язаний з певними пунктами опитувальника. Наприклад, пункт опитувальника депресії Бека, який вимірює песимізм, диференціює пацієнтів, які покінчили життя самогубством, від тих, хто цього не зробив (222), а пункт про суїцид, який має можливі варіанти відповідей за 4-бальною шкалою від "немає думок про самогубство" до "вчинив би самогубство, якби мав можливість", також пов'язаний з підвищеним ризиком суїциду (10). Відповідний пункт шкали оцінки депресії Гамільтона вимірює суїцидальну поведінку за шкалою від 0 (відсутня) до 4 (спроба самогубства), має високу узгодженість висновків різних дослідників і так само асоціюється з підвищеним ризиком суїциду (10).

Таким чином, існують різноманітні шкали оцінювання, які корисні для дослідницьких цілей і можуть бути корисними для лікарів у відстеженні клінічних симптомів у часі та розробці ретельної лінії опитування про самогубство та суїцидальну поведінку. Водночас, через високу частоту хибнопозитивних і хибнонегативних результатів та низьку прогностичну цінність ці шкали не можуть бути рекомендовані для використання в клінічній практиці для оцінки суїцидального ризику.

2. Біологічні маркери

Численні дослідження, огляд яких подано в інших джерелах (366, 746, 747), припускають, що суїцидальна поведінка може бути пов'язана зі змінами серотонінергічної функції. Як наслідок, низка біологічних маркерів серотонінергічної функції, включаючи рівень моноамінових метаболітів, таких як 5-гідроксиіндолоцтова кислота (5-ГІОК), у спинномозковій рідині (СМР), була запропонована для використання в оцінці ризику суїциду Traskman та ін. (748) порівняли осіб, які мали спроби суїциду (N=30), з особами з контрольної групи (N=45) і виявили, що особи, які намагалися покінчити життя самогубством, особливо ті, хто робив більш насильницькі спроби самогубства, мали значно нижчі рівні 5-ГІОК в СМР, які не залежали від психіатричного діагнозу. Подальше лонгітюдне спостереження за 129 особами після спроби самогубства показало, що 20% з тих, у кого рівень 5-ГІОК у спинномозковій рідині був нижчим за медіанний рівень, померли внаслідок суїциду протягом 1 року (748). Серотонінергічна функція, виміряна за реакцією пролактину на специфічний інгібітор вивільнення та поглинання серотоніну d-фенфлурамін, також виявилася ослабленою у пацієнтів з шизофренією за DSM-IV, які не приймали медичні препарати, та які намагалися покінчити життя самогубством, порівняно з тими, хто не мав суїцидальних спроб, та здоровими особами з контрольної групи (749).

Гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової (ГГН) осі пов'язують з суїцидом з 1965 року, коли Bunney і Fawcett (750) повідомили про три самогубства, що сталися у пацієнтів з дуже високим рівнем 17-гідроксикортикостероїдів у сечі. У подальшій літературі з'явилися дані про гіпертрофію надниркових залоз (751-753) і підвищений рівень кортикотропін-рилізинг-гормону головного мозку (754, 755) в осіб, які вчинили самогубство. Тест пригнічення дексаметазону (DST) також використовувався для вивчення того, чи пов'язана дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі з типом депресивного захворювання, яке може закінчитися суїцидом. З 234 стаціонарних пацієнтів з уніполярною депресією 96 мали аномальні результати DST, і з них четверо померли через самогубство, на відміну від одного випадку самогубства в групі з нормальними результатами DST (756). У подальшому лонгітюдному дослідженні госпіталізованих пацієнтів з великим депресивним розладом або депресивним типом шизоафективного розладу аналіз виживання 32 пацієнтів з аномальними результатами DST показав, що оціночний ризик суїциду становив 26,8%, на відміну від оціночного ризику 2,9% у 46 пацієнтів з нормальними результатами DST (757).

На основі низки популяційних досліджень (758) та дослідження Ellison та Morrison (759), які показали зв'язок між низьким рівнем холестерину та підвищеним рівнем самогубств і насильницької смерті, рівень холестерину також було запропоновано розглядати як ймовірний біологічний маркер суїцидальної поведінки. Fawcett та ін. (760) повідомили про знижений середній рівень холестерину у вибірці з 47 пацієнтів, які покінчили життя самогубством. Однак Tsai та ін. (82) не виявили зниження рівня холестерину в результаті аналізу медичних карт 43 пацієнтів з біполярним розладом, які покінчили життя самогубством. Дослідження "випадок-контроль" виявило значно

нижчий середній рівень холестерину в групі зі 100 пацієнтів психіатричних стаціонарів, які намагалися покінчити життя самогубством, порівняно з відповідною групою пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку з фізичними захворюваннями (761). Не було виявлено кореляції між рівнем холестерину та оцінками депресії або суїцидальних намірів, а також значної негативної кореляції між рівнем холестерину та рівнем імпульсивності, про який повідомляли самі учасники, в усіх групах. У групі з 783 амбулаторних пацієнтів, які послідовно надходили до літієвої клініки, Bocchetta та ін. (762) виявили значно вищу ймовірність насильницьких суїцидальних спроб в анамнезі та суїциду у родичів першого ступеня споріднення серед чоловіків з найнижчого квартилю рівня холестерину порівняно з чоловіками з вищим рівнем холестерину. Alvarez (763) також виявив зв'язок насильницьких, але не ненасильницьких спроб самогубства з низьким рівнем холестерину. Однак клінічне значення цих результатів залишається незрозумілим, оскільки застосування статинів для зниження рівня холестерину не пов'язане з підвищенням рівня насильства, агресивності, почуття незадоволення, нещасних випадків або самогубств (764).

Загалом, багато даних свідчать про те, що певні біологічні маркери можуть бути пов'язані з суїцидальною поведінкою, можливо, через зв'язок з імпульсивністю або агресією. Проте, незважаючи на інтригуючу і потенційно корисну інформацію для подальшого розуміння біологічних основ суїцидальної поведінки, жоден з цих біологічних маркерів не є достатньо чутливим або специфічним, щоб рекомендувати їх використання в рутинному скринінгу або в клінічній практиці.

С. ОСОБЛИВІ ПИТАННЯ

1. Вбивство-суїцид

Вбивство-суїцид (homicide-suicide), яке в літературі часто називають навмисним вбивством-суїцидом (murder-suicide), є відносно рідкісним явищем, але про нього необхідно пам'ятати, оцінюючи осіб, схильних до суїцидальних думок або поведінки. Суїцид - це акт насильства по відношенню до себе, який також може бути вираженням гніву або насильства по відношенню до іншої людини. Проаналізувавши літературу про фактори ризику суїциду та насильства, Plutchik (765) було запропоновано теоретичну модель, яка кількісно зважує низку змінних для того, щоб систематично пов'язати ризик самогубства з ризиком насильства. З 37 змінних, які були визнані факторами ризику насильства, 23 були також факторами ризику суїциду. Ще 17 змінних були визначені як захисні фактори, що знижують ризики як суїцидів, так і насильства. Таким чином, деякі кореляти суїцидальної поведінки також пов'язані з насильством, що може сприяти виникненню вбивств-суїцидів.

З епідеміологічної точки зору, вбивство-суїцид займає окрему, але пересічну область з самогубствами, побутовими вбивствами та масовими вбивствами (20). Хоча визначення вбивства-суїциду різняться (20, 766, 767), загалом ці два акти відбуваються у близькому часовому проміжку, часто

суїцид відбувається протягом декількох секунд або хвилин після вбивства. Щорічну частоту випадків у Сполучених Штатах важко визначити, але, за оцінками, вона становить 0,2-0,9 на 100 000 осіб без значних змін за останні кілька десятиліть (19, 20). Близько 1,5% усіх суїцидів і 5% усіх вбивств у Сполучених Штатах відбуваються в контексті вбивства-суїциду. Вбивства-суїциди між подружжям або коханцями становлять більшість вбивств-суїцидів у Сполучених Штатах (19, 766-768), і майже у всіх випадках використовується метод використання вогнепальної зброї (768).

Основними винуватцями вбивств-суїцидів є молоді чоловіки з сильними ревнощами на сексуальному підґрунті або доведені до відчаю літні чоловіки, які мають хвору дружину (19, 767, 768). В останній групі супутні симптоми депресії часто ускладнюються фінансовими стресовими факторами, що призводить до відчаю (768). Історії жорстокого поводження та домашнього насильства є поширеним явищем (19, 768), так само як і вживання психоактивних речовин (19, 768, 769), хоча злочинці, як правило, менш девіантні та мають менше попередніх кримінальних правопорушень, ніж типові вбивці (768). Дев'яносто відсотків усіх вбивств-суїцидів відбуваються лише з однією жертвою, і основними жертвами є жінки-сексуальні партнери або кровні родичі, як правило, діти (20, 768). Хоча вбивство дітей є надзвичайно рідкісним явищем (766), матерів, у яких розвивається післяпологовий психоз, необхідно обстежувати на наявність суїцидальних та вбивчих імпульсів, спрямованих на новонародженого або інших дітей (27). Ризик особливо високий у перший післяпологовий рік, коли ризик суїциду зростає у 70 разів (27). За всіх цих обставин спільною рисою є переоцінена прив'язаність злочинця до стосунків, що спонукає його до руйнування стосунків, якщо їм загрожує реальний або уявний розрив.

Ведення пацієнтів, які мають як суїцидальні імпульси, так і імпульси що спонукають до вбивства, має відбуватися паралельно з веденням пацієнтів, які мають лише один з цих типів ризику. Зокрема, окрім виявлення факторів ризику та захисних факторів, слід приділити ретельну увагу попереднім госпіталізаціям, психосоціальним стресам, минулим і теперішнім міжособистісним стосункам, а також супутнім факторам, таким як вживання алкоголю або інших психоактивних речовин Також дуже важливо запитати про вогнепальну зброю і обговорити це питання з пацієнтом та іншими особами, якщо вона доступна (див. розділи II.E.8.b "Наявність плану самогубства і доступність способу" та V.C "Спілкування зі значущими іншими"). Хоча юридичний обов'язок психіатрів попереджати і захищати третіх осіб, які перебувають під загрозою, різний в різних державах, клінічні втручання повинні бути спрямовані на захист третіх осіб, які перебувають під загрозою, коли це можливо.

Що стосується психофармакологічного лікування, піднімались питання стосовно впливу флуоксетину та інших антидепресантів, що належать до групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), на насильство і суїцид. Tardiff та ін. (770) проаналізували дані офісу судмедекспертизи міста Нью-Йорк про всі 127 вбивств-суїцидів, що сталися в цьому місті з 1990 по

1998 рік. Лише троє з них (2,4%) приймали антидепресанти. Враховуючи той факт, що СІЗЗС широко призначалися в 1990-х роках, цей висновок не підтверджує думку про те, що лікування СІЗЗС пов'язане з насильством або самогубствами.

Таким чином, дані про вбивства-суїциди обмежені, але вони свідчать про те, що пацієнти, які нещодавно намагалися покінчити життя самогубством, мають план самогубства або висловлюють суїцидальні думки, повинні бути оцінені на предмет ризику насильницької поведінки або такої, що загрожує вбивством. Аналогічно, пацієнти, які нещодавно демонстрували агресивну поведінку або думки про вбивство, повинні бути обстежені на предмет суїцидальної поведінки. Лікарі також повинні оцінити наявність нав'язливих або маревних ревнощів чи параної, особливо якщо такі симптоми є коморбідними з депресією у пацієнта, який мав історію домашнього насильства в анамнезі. Крім того, у літніх людей лікарі повинні оцінити наявність ознак депресії або залежності у чоловіка чи дружини, якщо стан здоров'я їх партнера чи партнерки погіршується. Хоча це рідше трапляється серед убивць-самогубців, матері з післяпологовим психозом або депресією також потребують ретельної оцінки. Основні заходи включають лікування психічних захворювань, вилучення вогнепальної зброї та інших смертоносних методів, а також надання психосоціальної підтримки та соціальних послуг.

2. Пакти про суїцид

Суїцидальні пакти, що визначаються як взаємна домовленість між двома людьми про одночасне самогубство, становлять дуже невеликий відсоток самогубств (0,3%-2,4%, залежно від дослідження) (771-773). Як і у випадку з убивствами, більшість смертей через суїцидальний пакт трапляється в подружніх парах. Соціальна ізоляція є поширеним явищем, а рівень психічних захворювань, особливо депресії, є високим в одного або обох померлих (771-773). Інші фактори ризику також паралельно впливають на ризик самогубства, що свідчить про те, що найкращим підходом до виявлення суїцидальних пактів є ретельна суїцидальна оцінка з урахуванням психіатричних та психосоціальних факторів.

3. Навмисне самоушкодження

Умисне самоушкодження - це явище, пов'язане зі спробою самогубства, але відмінне від нього. Хоча навмисне самоушкодження може охоплювати спроби самогубства, воно також включає в себе самокалічення, такі як опіки, порізи та виривання волосся, які не пов'язані зі смертельними намірами (520). Описано три категорії самокалічення. Значні самокаліцтва трапляються нечасто і зазвичай пов'язані з психозом або інтоксикацією. Стереотипне самокалічення повторюється і зумовлене біологічним імперативом заподіяти собі шкоду. Особи, які вчиняють поверхневі та помірні самокаліцтва, використовують самопошкодження як спосіб зняти напругу, вивільнити гнів, відновити самоконтроль, втекти від страждань або припинити стан деперсоналізації (520). Екстремальні форми самопошкодження зустрічаються

дуже рідко і часто супроводжують релігійні або сексуальні марення у пацієнтів з вираженим психозом або депресією (520). Особи з історією навмисного і особливо повторюваного самоушкодження також демонструють значно вищий ступінь імпульсивності (774) і, ймовірно, мають діагноз межового розладу особистості (521). Крім того, особи з історією повторюваного самоушкодження, які стають пригніченими і деморалізованими через нездатність зупинити свою поведінку, можуть мати підвищений ризик суїцидальних спроб (520).

З клінічної точки зору, важливо визнати, що минулий або поточний анамнез нелетальної самоушкоджувальної поведінки не виключає розвитку суїцидальних думок або планів, а також спроб самогубства з серйозними намірами і летальними наслідками. Наприклад, Soloff та ін. (521) досліджували аспекти самокалічення та суїцидальної поведінки у 108 пацієнтів з межовим розладом особистості та виявили ознаки самокалічення у 63% та спроби самогубства у 75,7% пацієнтів. Порівняно з пацієнтами без історії самокаліцтва, пацієнти з самокаліцтвом були значно молодші, мали більш серйозні суїцидальні думки, нещодавні спроби самогубства та більше симптомів, у тому числі психоз і деперсоналізацію.

Stanley та ін. (251) порівняли 30 суїцидентів з розладами особистості кластеру В та історією самокалічення з 23 такими ж суїцидентами з розладами особистості кластеру В, але без попереднього самокалічення. Хоча обидві групи не відрізнялися за об'єктивною летальністю своїх спроб самогубства, ті, хто мав досвід самокалічення, сприймали свої спроби самогубства як менш смертельні, з більшою ймовірністю порятунку і з меншою впевненістю у смерті. У осіб, які мали спроби суїциду та історію самокалічення, в анамнезі були значно вищі рівні інших симптомів, таких як депресія, безнадія, агресія, тривога та імпульсивність, які пов'язані з підвищеним ризиком суїциду. Крім того, особи що вчиняють самокаліцтво, мали вищий і стійкіший рівень суїцидальних думок, ніж ті, хто не мав досвіду самокалічення в анамнезі. Ці висновки підкреслюють важливість розрізнення самокаліцтва від інших, більш смертельних форм навмисного самоушкодження. Крім того, вони підкреслюють необхідність ретельної оцінки суїцидальних намірів і врахування численних детермінант ризику самогубства в осіб, які мають в анамнезі повторювані випадки навмисного заподіяння собі шкоди.

D. СОМАТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Докази зниження суїцидального ризику за допомогою конкретних форм психіатричного лікування дуже обмежені. Найбільш надійна наукова підтримка стосується психофармакологічного лікування основних афективних і психотичних розладів, але навіть ці докази слід вважати попередніми. Крім того, підтримка зниження ризику суїциду за допомогою психофармакологічного лікування обмежується літієм при різних формах рекурентних великих афективних розладів і клозапіном при хронічних психотичних захворюваннях. Докази зниження ризику самогубства за допомогою антидепресантів та антиконвульсантів, що стабілізують настрій,

дуже обмежені і в кращому випадку є лише рекомендаційними та непереконливими.

1. Фармакотерапія

а) Антидепресанти

Було доведено клінічну ефективність зростаючої кількості антидепресантів у лікуванні гострих, рецидивуючих і хронічних депресивних розладів, а також низки тривожних розладів (526). Більше того, нетрициклічні антидепресанти, які не є СІЗЗС, відносно безпечні і мають дуже низький ризик летального результату при передозуванні (526). Оскільки суїцидальна поведінка тісно пов'язана з депресивними захворюваннями та деякими формами тривоги, лікування антидепресантами повинно бути вірогідно пов'язане зі зниженням рівня самогубств. Однак наявні докази залишаються досить непереконливими щодо того, що будь-який тип антидепресантів або антитривожного лікування пов'язаний зі зниженням ризику суїцидальної поведінки (69, 526, 528-532, 563).

Конкретні типи антидепресантів значно відрізняються за своєю потенційною летальністю при передозуванні та відносною безпечністю для застосування потенційно суїцидальними пацієнтами. Усі трициклічні антидепресанти та ІМАО є потенційно летальними при гострому передозуванні (526, 556, 557), що зумовлює їх обмежене клінічне застосування, особливо для потенційно суїцидальних пацієнтів. Більшість нових антидепресантів, включаючи бупропіон, міртазапін і нефазодон, а також СІЗЗС мають дуже низьку летальність при гострому передозуванні (526). Висновок Kapur та ін. (557) про те, що трициклічні антидепресанти пов'язані з вищим рівнем суїцидів, ніж нетрициклічні антидепресанти флуоксетин і тразодон, ймовірно, пов'язаний з різною токсичністю цих препаратів при передозуванні, оскільки частота суїцидальних спроб серед пацієнтів, які приймали будь-який з цих двох типів препаратів, була співставною.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної Клінічної настанови лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою нефазодон, в Україні не зареєстрований.*

Завдяки переважному використанню нетрициклічних антидепресантів, що не є ІМАО, лікарями первинної ланки, а також психіатрами (526), передозування антидепресантів рідше асоціюється з суїцидом, ніж раніше (775, 776), хоча способи самогубства також можуть зміщуватися від передозування до більш летальних альтернатив (735, 777).

Одночасно з широким клінічним прийняттям більш безпечних нетрициклічних антидепресантів, які не є ІМАО, з кінця 1980-х років рівень самогубств у деяких країнах, регіонах або підгрупах населення помітно знизився (69, 531, 532, 549, 550), хоча середній міжнародний рівень самогубств залишається відносно незмінним протягом багатьох років, а в деяких підгрупах він навіть підвищився (69, 529, 775, 778, 779). Однак навіть стабільні

показники самогубств можуть свідчити про певне покращення у запобіганні самогубствам з огляду на епідеміологічні дані, що свідчать про зростання захворюваності (або краще розпізнавання та діагностику) на великі афективні розлади за останні кілька десятиліть (694, 780, 781). Оскільки численні дослідження свідчать про те, що багато людей з депресією не отримують психіатричного втручання або ефективного лікування антидепресантами до моменту суїциду (206, 267, 578, 782-784), подальше зниження рівня самогубств може відбутися в результаті покращення розпізнавання та лікування депресії.

Дані поздовжнього спостереження також свідчать про те, що тривале лікування антидепресантами пов'язане зі зниженням ризику суїциду. Angst та ін. (74) спостерігали за 406 пацієнтами з афективними розладами протягом періоду від 34 до 38 років після індексної психіатричної госпіталізації і виявили, що стандартизовані показники смертності внаслідок суїциду були значно нижчими у пацієнтів з уніполярним депресивним розладом, а також у пацієнтів з біполярним розладом під час тривалого лікування лише антидепресантами, нейролептиками або літієм у поєднанні з антидепресантами та/або нейролептиками. Таке зниження смертності від самогубств було особливо вражаючим у світлі того факту, що пацієнти, які отримували лікування, були більш тяжко хворими, ніж пацієнти, які не отримували довготривалу медикаментозну терапію.

Дані одного подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження (785) свідчать про те, що тривале лікування антидепресантами також може зменшити кількість суїцидальних спроб. У 1-річному дослідженні серед осіб без депресії з повторними спробами самогубства лікування пароксетином було пов'язане зі зниженням ймовірності повторної спроби самогубства. Хоча багато пацієнтів у дослідженні відповідали критеріям розладу особистості кластера В, пароксетин виявився значно ефективнішим у тих, хто відповідав меншій кількості цих критеріїв.

Більш конкретну інформацію можна отримати з терапевтичних досліджень антидепресантів у людей з депресією, включаючи дані про суїциди та серйозні суїцидальні спроби. Ці дані нещодавно були оцінені в мета-аналізі (533, 562) на основі 13 релевантних звітів, які були сформовані між 1974 і 2000 роками і містили дані, придатні для аналізу (534-546). Більшість досліджень (вісім з 13) мали дизайн подвійного сліпого і передбачали рандомізоване призначення лікування із застосуванням експериментального (на той час) або стандартного антидепресанта, лікування із застосуванням плацебо або відсутність лікування в цілому в 37 окремих групах лікування; кілька досліджень включали об'єднані дані з декількох досліджень. Всього було включено 258 547 пацієнтів-суб'єктів, із загальним ризиком 189 817 людино-років, що включає короткострокові дослідження ефективності, а також досить довгострокові дослідження лікування. На основі цих звітів, об'єднані показники рівня суїцидів або суїцидальних спроб за типами лікування свідчать про те, що лікування антидепресантами пов'язане з істотним, приблизно чотириразовим зниженням ризику суїцидальної поведінки (533). Однак, головним чином через велику різницю в результатах між дослідженнями,

жоден з ефектів антидепресантів у зниженні рівня суїцидальної поведінки не досяг статистичної значущості. При порівнянні між окремими типами антидепресантів було виявлено суттєву різницю між трициклічними антидепресантами та СІЗЗС, що свідчить про можливу перевагу трициклічних препаратів, але цей ефект також не досяг статистичної значущості.

Використовуючи дані досліджень з бази даних FDA (Управління з контролю за якістю харчових продуктів і ліків) про контрольовані клінічні випробування антидепресантів для лікування пацієнтів з депресією, Khan та ін. (548) провели мета-аналіз для порівняння рівня самогубств у пацієнтів, які отримували СІЗЗС, антидепресанти без СІЗЗС або плацебо, і не виявили значущих відмінностей між групами лікування. Цей результат узгоджується з висновками багатьох порівнянь і мета-аналізів про те, що СІЗЗС та інші нові антидепресанти, як правило, довели свою ефективність у плацебо-контрольованих дослідженнях і не відрізняються від трициклічних антидепресантів за показниками ефективності, що не стосуються суїцидальної поведінки (526, 786). Після публікації кількох звітів про випадки, які свідчать про те, що СІЗЗС можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком агресивних або імпульсивних дій, включаючи суїцид (551-553, 787), ряд дослідників ретроспективно проаналізували дані клінічних досліджень, щоб визначити, чи підвищується рівень суїциду та суїцидальної поведінки при лікуванні СІЗЗС (533, 537, 548, 554, 555, 788). Ці дослідження не виявили доказів того, що лікування певними типами антидепресантів підвищує ризик суїциду або суїцидальної поведінки. Тим не менш, безпечне та ефективне застосування антидепресантів для лікування дедалі ширшого спектру психічних розладів має включати належну увагу до ранніх проявів побічних реакцій на будь-який антидепресант. Ці реакції можуть включати підвищену тривожність, ажитацію, порушення сну, а також змішані або психотичні біполярні епізоди - все це свідчить про посилення суб'єктивного дистресу у пацієнтів, які вже мають проблеми, що може підвищити ризик імпульсивної або агресивної поведінки у деяких вразливих осіб. Водночас ці препарати призначаються для лікування розладів, які можуть мати тривогу, ажитацію та суїцидальність як частину перебігу хвороби, що ускладнює розмежування етіології симптомів, які з'являються в процесі лікування.

Докази, що підтверджують очікуване зниження ризику суїцидальної поведінки під час лікування антидепресантами, обмежуються даними щодо пацієнтів з діагнозом великої депресії і, в кращому випадку, носять лише характер припущення. У той же час, наявні в літературі дослідження обмежені короткостроковим характером багатьох випробувань, широким розкидом показників самогубств і суїцидальних дій у різних дослідженнях, включенням деяких пацієнтів з імовірно нерепрезентативно високим ризиком самогубства до початку лікування, а в інших дослідженнях - спробами відсіяти пацієнтів з підвищеним суїцидальним ризиком. Проте, з клінічної точки зору, сильний зв'язок між клінічною депресією і суїцидом, а також наявність достатньо ефективних і дуже безпечних антидепресантів підтримують застосування антидепресантів в адекватній дозі і протягом адекватної тривалості в рамках

комплексної програми допомоги потенційно суїцидальним пацієнтам, включаючи тривале застосування у пацієнтів з рецидивуючими формами депресивних або важких тривожних розладів.

b) Літій

На основі сучасних знань про фармакологічні втручання та ризик суїцидальної поведінки, профілактичне лікування солями літію пацієнтів з рецидивуючими великими афективними розладами підтверджується найпереконливішими наявними доказами значного зниження ризику суїциду в порівнянні з будь-яким з існуючих методів психіатричного лікування (528, 559-563, 565, 789). На відміну від антидепресантів і подібно до клозапіну при шизофренії, літій зазвичай використовується у відносно структурованих умовах, включаючи спеціалізовані програми для лікування афективних розладів, літієві клініки та тривалу підтримувальну терапію. Така практика може сама по собі сприяти зниженню ризику суїциду в результаті ретельного медичного моніторингу довготривалого лікування. Кілька десятиліть клінічного та дослідницького досвіду довготривалого підтримуючого лікування рецидивуючих великих афективних розладів сприяли розвитку контрольованих та натуралістичних досліджень з великою кількістю пацієнтів, які отримували терапевтичні дози літію протягом декількох років. Дослідження, що повідомляють про взаємозв'язок лікування літієм і суїцидів у пацієнтів з біполярним розладом та іншими серйозними афективними розладами, послідовно виявляють значно нижчі показники суїцидів і спроб суїциду під час підтримуючого лікування літієм, ніж без нього (562, 563, 565, 789).

Нещодавній мета-аналіз досліджень рівня самогубств на тлі тривалого лікування літієм і без нього (563) оновив інші огляди на цю тему (314, 315, 528, 558, 560, 562, 564, 565, 700, 790, 791) і знайшов 34 звіти за період з 1970 по 2002 рік за допомогою комп'ютерного та іншого пошуку літератури (76, 534, 559, 565-595). Ці дослідження включали 67 груп лікування або умов лікування (42 з лікуванням літієм і 25 без нього). Загальна кількість пацієнтів становила 16 221 (з поправкою на появу нових суб'єктів в обох умовах лікування), лікування тривало в середньому 3,36 року з літієвою терапією (N=15 323 суб'єкти, 51 485 людино-років ризику) і 5,88 року без підтримуючої (терапії літієм (N=2 168, 12 748 людино-років впливу), із загальним часом ризику (зваженим на кількість суб'єктів у дослідженні) 3,76 року.

Мета-аналіз показав, що загальний оціночний показник усіх суїцидальних дій (включаючи спроби самогубства) з усіх ідентифікованих досліджень становить 3,10% на рік без лікування літієм, порівняно з 0,21% на рік при лікуванні літієм, тобто зниження в 14,8 разів (93,2%), що є статистично високо значущим показником. Більше того, зниження рівня суїцидів та суїцидальних спроб послідовно спостерігалося у всіх 25 групах спостережень, окрім одного, раннього дослідження з невеликим розміром вибірки та відносно коротким періодом впливу лікування літієм, в якому не було виявлено жодного суїцидального акту як на тлі лікування літієм, так і без нього (566).

Для самогубств, розглянутих окремо, об'єднані показники становили 0,942% на рік без лікування літієм, порівняно з 0,174% на рік з лікуванням літієм. Відповідні показники для спроб самогубства, розглянутих окремо, становили 4,65% на рік і 0,312% на рік відповідно. Так, тривале лікування літієм було пов’язане зі зниженням ризику суїциду в 5,43 рази і зниженням ризику суїцидальних спроб у 14,9 рази (563).

Очевидне зниження ризику суїциду та суїцидальних спроб було дуже схожим у пацієнтів з діагнозом біполярного розладу та у пацієнтів з іншими рецидивуючими великими афективними розладами, хоча пацієнтів з уніполярним депресивним розладом оцінювали окремо лише у двох відносно невеликих дослідженнях за участю 121 пацієнта, які виявили зниження ризику суїцидальних дій з 1,33% на рік до нуля (563, 575). Крім того, порівняння осіб з біполярним розладом I (N=263) і з біполярним розладом II (N=153) виявило дещо більше зниження суїцидального ризику у пацієнтів з біполярним розладом II (з 1,70% до 0,305% на рік, порівняно зі зниженням з 2,73% до 0,898% на рік у пацієнтів з біполярним розладом I) (563). Незважаючи на це вражаюче зниження ризику, важливо також зазначити, що підтримуюче лікування літієм не забезпечує повного захисту від суїциду. Загальний рівень суїцидів під час лікування літієм становив 0,174% на рік, що було значно нижче, ніж ризик без лікування (0,942% на рік), але все ще в 10,5 разів вище, ніж середній міжнародний показник 0,0166% на рік у загальній популяції (700, 792). На противагу цьому, частота суїцидальних спроб під час лікування літієм була дуже близькою до оціночного ризику в загальній популяції, а загальний показник усіх суїцидальних актів під час лікування літієм був на 33% нижчим, ніж оціночний ризик у загальній популяції. Цей вражаючий висновок може бути правдоподібним з огляду на те, що значна частина ризику суїцидальної поведінки в загальній популяції пов'язана з нелікованими афективними захворюваннями, а також тому, що спроби самогубства трапляються набагато частіше, ніж смерть від суїциду. Крім того, ці спостереження можуть свідчити про відносно більший вплив лікування літієм на спроби суїциду, ніж на суїцид, хоча варіабельність зв'язку із загальними популяційними ризиками може також відображати відмінності у вибірках, доступних для аналізу рівня суїцидів і суїцидальних спроб. Ці дослідження мають кілька суттєвих обмежень, включаючи потенційну відсутність контролю над випадковим призначенням і утриманням суб'єктів у деяких дослідженнях лікування, включення деяких пацієнтів з імовірно нерепрезентативно високим ризиком суїциду до лікування, а також наявність у деяких дослідженнях потенційних ефектів припинення лікування (565), що може сприяти надмірному ранньому рецидиву афективного розладу (315, 791, 793, 794), з різко підвищеним ризиком суїциду (315, 700). Однак не було отримано жодних доказів того, що час перебування в зоні ризику впливає на річний розрахунковий показник суїциду або суїцидальних спроб. Виявлення зниження ризику суїциду під час лікування літієм також може бути пов'язане з упередженим самовибором, оскільки пацієнти, які перебувають на будь-якій формі підтримуючого лікування протягом багатьох місяців, більш схильні до дотримання режиму

лікування і, ймовірно, також менш схильні до суїциду. Однак оцінити будь-яке довгострокове лікування у пацієнтів, які не дотримуються режиму, неможливо. Крім того, в деяких дослідженнях брали участь або одні й ті ж самі особи, за якими спостерігали під час прийому літієвої терапії і без неї, або пацієнти випадковим чином розподілялися між варіантами лікування, що мінімізувало вплив упередженості при самостійному виборі лікування. Результати цих досліджень узгоджуються із загальними висновками про помітне зниження ризику суїцидальної поведінки під час лікування літієм (565).

Якщо літій дійсно ефективний у запобіганні самогубствам при рецидивуючих великих афективних синдромах, як це виглядає, то цілком імовірно, що цей ефект діє через зниження ризику або тяжкості рецидивів депресії або змішаних дисфорично-ажитованих станів (69, 315, 700).

Додатковим фактором може бути зниження імпульсивності або агресивної та ворожої поведінки за допомогою літію, який полегшує роботу центральної серотонінергічної системи нейротрансмісії (226, 366, 526, 795), хоча ця гіпотеза не узгоджується з даними про те, що антисеротонінергічний засіб клозапін може знижувати ризик суїциду при шизофренії (603, 796), а також з відсутністю доказів сприятливого впливу антидепресантів СІЗЗС на суїцидальну поведінку (533, 563). Додатковою неспецифічною, але потенційно важливою перевагою лікування літієм можуть бути підтримуючі, довготривалі терапевтичні стосунки, пов'язані з типово структурованим і відносно ретельно контрольованим медичними працівниками підтримуючим лікуванням пацієнтів з рецидивуючими великими афективними розладами, які отримують лікування літієм.

c) «Стабілізуючі настрій» протисудомні засоби

Докази захисного ефекту від суїциду інших "стабілізаторів настрою", окрім літію, вкрай обмежені. Звіти з довготривалого спільного німецького дослідження, в якому пацієнтів з біполярним розладом та шизоафективним розладом рандомізували на 2 роки лікування літієм або карбамазепіном, не виявили жодних суїцидальних актів при застосуванні літію, але суттєвий ризик залишався при застосуванні карбамазепіну (592, 597). Нещодавнє дослідження Goodwin та ін. (598) проаналізувало дані (комп'ютерні записи) щодо 20 878 пацієнтів з діагнозом біполярного розладу (60 518 людино-років спостереження) у двох великих інтегрованих медичних планах, які отримували лікування літієм, дівалпроексом або карбамазепіном. Приблизно 27% людино-років експозиції припадало лише на літій, 22% - лише на карбамазепін або дівалпроекс, а 47% не мали експозиції до жодного з цих трьох препаратів. Після коригування з урахуванням потенційних помилок, включаючи вік, стать, медичну страховку, рік встановлення діагнозу, супутні захворювання та вживання інших психотропних препаратів, автори виявили, що ризик суїциду був у 2,7 рази вищим під час лікування дівалпроексом або карбамазепіном, ніж під час лікування літієм. Щодо суїцидальних спроб, то ризик під час лікування дівалпроексом або карбамазепіном був у 1,9 рази вищим для спроб, що призвели до стаціонарного лікування, і в 1,7 рази вищим для спроб, що

призвели до невідкладної госпіталізації, порівняно з ризиком під час лікування препаратами літію. Так, у пацієнтів, які лікувалися від біполярного розладу, ризик суїцидальних спроб і самогубств був значно нижчим під час лікування літієм, ніж під час лікування карбамазепіном або дівалпроексом.

Жодні дослідження не вивчали ризики суїцидальних спроб або суїцидів під час лікування іншими запропонованими препаратами для стабілізації настрою. З огляду на широке і зростаюче використання дівалпроексу, ламотриджину, окскарбазепіну, топірамату та інших протисудомних препаратів, часто замість літію, вкрай важливо включати вимірювання ризику смертності та суїцидальної поведінки в довгострокові дослідження ефективності цих та інших потенційних методів лікування біполярних розладів. Така інформація може з часом дозволити скласти приблизний рейтинг ефективності конкретних засобів щодо ризику суїцидальної поведінки.

d) Антипсихотичні засоби

Антипсихотичні засоби першого покоління, такі як флуфеназин, тіотіксен і галоперидол, є високоефективними в лікуванні марення і галюцинацій. Однак, невідомо, чи можуть вони мати позитивний вплив на зниження ризику суїциду у пацієнтів з психозами, і якщо так, то в якій мірі. У США щорічна кількість самогубств, пов'язаних з шизофренією, не знизилася помітно з моменту впровадження нейролептиків наприкінці 1950-х років (599-602), що свідчить про те, що антипсихотики першого покоління мають обмежений вплив на ризик суїциду.

Коментар робочої групи: *на момент розробки даної клінічної настанови лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою тіотіксен в Україні не зареєстрований.*

Деякі антипсихотичні засоби першого покоління також можуть мати позитивний вплив на великі афективні розлади. Практично всі антипсихотичні засоби мають високу і швидку ефективність при манії, також антипсихотичні препарати можуть мати сприятливий вплив на деяких пацієнтів з великою депресією, з психотичними ознаками або без них (596). Хоча ці переваги можуть відображати неспецифічне поліпшення таких симптомів як ажитація, безсоння та інших тривожних симптомів, а не специфічні антидепресивні ефекти, вони, тим не менш, можуть знижувати ризик самогубства у пацієнтів з високим рівнем ажитації, особливо з психотичними формами депресії та змішаними біполярними станами.

З іншого боку, галоперидол і, можливо, деякі інші антипсихотичні препарати першого покоління можуть погіршити депресію у пацієнтів з хронічними психічними розладами, а також у пацієнтів з великими афективними розладами, з психотичними проявами або без них (112, 797). Хоча і недостатньо вивчений, потенційно несприятливий ефект акатизії може фактично підвищувати ризик суїцидальних та інших імпульсивних або насильницьких дій (604, 605). Таким чином, зважаючи на інші переваги

антипсихотичних засобів другого покоління в лікуванні психотичних розладів (513) і, можливо, маніакальної, змішаної та депресивної фаз біполярного розладу (512), застосування антипсихотичних засобів першого покоління в осіб із суїцидальною поведінкою, як правило, має застосовуватись для тих, хто потребує посиленої прихильності до лікування, яку забезпечують депо-препарати.

З усіх антипсихотичних препаратів клозапін, на сьогоднішній день, є найбільш вивченим з точки зору специфічного позитивного впливу на суїцидальну поведінку. Як антипсихотичний прототип-препарат другого покоління, клозапін відрізняється від антипсихотиків першого покоління в декількох аспектах, включаючи помітно меншу властивість викликати побічні екстрапірамідні неврологічні ефекти (596). Клозапін особливо корисний у значній підгрупі пацієнтів з шизофренією, які погано переносять (798) або не реагують адекватно на препарати першого покоління (799) і, можливо, на інші антипсихотики (596). Крім того, клозапін може позитивно впливати на когнітивні процеси у пацієнтів з психозами (800, 801), покращувати соціальне та професійне функціонування (513), обмежувати ризик зловживання алкоголем та іншими речовинами (802, 803), а також зменшувати імпульсивну та агресивну поведінку (804-806).

Докази впливу клозапіну на ризик суїцидальної поведінки отримані з клінічних досліджень за участю пацієнтів з шизофренією та шизоафективним розладом, а також з досліджень реєстрів, які включають всіх пацієнтів, які отримували клозапін, незалежно від діагнозу. Дані національного реєстру клозапіну, наприклад, свідчать про зниження смертності на 75%-82%, що в першу чергу пов'язано зі зниженням ризику суїциду (608, 609). Додатковий аналіз даних цього реєстру виявив зниження ризику суїцидальних спроб на 67% (607). Зниження річного рівня ризику суїциду у пацієнтів, які отримували клозапін, порівняно з тими, хто приймав інші антипсихотичні засоби, також було виявлено в системі охорони психічного здоров'я штату Техас (609), а також у Великій Британії (610).

Sernyak та ін. (611) використовували дані про пацієнтів, які лікувалися в системі VA (Управління охорони здоров'я ветеранів), і порівняли всіх пацієнтів протягом 4-річного періоду, які почали лікування клозапіном під час госпіталізації (N=1 415), з контрольною групою пацієнтів з шизофренією, які були зіставлені з пацієнтами, що лікувалися клозапіном, за допомогою шкали схильності (propensity scoring, N=2 830). Протягом періоду спостереження пацієнти, які отримували клозапін під час індексної госпіталізації, мали нижчий рівень смертності, що пов'язано з нижчими показниками респіраторних розладів. Однак рівень самогубств не відрізнявся між групами, хоча спостерігалася незначна тенденція до зменшення кількості самогубств серед тих, хто отримував клозапін. Крім того, оскільки пацієнти не отримували клозапін протягом усього періоду спостереження, потенційний вплив клозапіну на суїцидальність міг бути менш вираженим (612, 613).

Вплив клозапіну на суїцидальні думки та суїцидальні спроби порівняно з вихідним рівнем суїцидальності пацієнтів було вперше вивчено в

ретроспективному дослідженні 88 пацієнтів з хронічною, резистентною до нейролептиків шизофренією DSM-III-R (N=55) або шизоафективним розладом (N=33) із середньою тривалістю захворювання 14 років (607). Монотерапію клозапіном у середній добовій дозі 500 мг розпочинали в лікарні, а суїцидальність оцінювали протягом середнього періоду спостереження 3,5 років. Під час подальшого спостереження було відмічено зменшення симптомів депресії та безнадії, а відсоток пацієнтів, які не мали суїцидальних думок, планів або спроб, збільшився з 53% на початковому етапі до 88% на фоні лікування клозапіном. Порівняно з 2-річним періодом до початку прийому клозапіну також спостерігалося зниження відносної летальності суїцидальних спроб та зменшення у 12,8 разів річної кількості суїцидальних спроб.

В інших дослідженнях порівнювали пацієнтів, які отримували клозапін, з пацієнтами, які лікувалися антипсихотичними засобами першого покоління. Glazer та Dickson (807), наприклад, виявили на 57% нижчий ризик суїцидальних спроб серед хворих на шизофренію, які отримували клозапін, порівняно з тими, хто лікувався галоперидолом (606). В іншому дослідженні Spivak та ін. (808) порівняли 30 пацієнтів з хронічною, резистентною до лікування шизофренією, які приймали клозапін щонайменше 1 рік, з такою ж кількістю пацієнтів, які лікувалися антипсихотичними препаратами першого покоління протягом аналогічного часу (808).

Вони виявили, що лікування клозапіном пов'язане зі значним зниженням оцінок імпульсивності та агресивності, а також з меншою кількістю спроб самогубства.

У міжнародному дослідженні профілактики самогубств (International Suicide Prevention Trial - InterSePT) - 2-річному багатоцентровому РКД з відкритим дизайном із замаскованими оцінками, порівнювали ефекти клозапіну (N=479) та оланзапіну (N=477) у пацієнтів з шизофренією (N=609) або шизоафективним розладом (N=371) за класифікацією DSM-IV. Лише 27% пацієнтів мали захворювання, яке не піддавалося попередньому лікуванню, але всі вони були віднесені до групи надзвичайно високого ризику суїциду на основі поточних суїцидальних думок або спроб суїциду протягом останніх 3 років. Частота суїцидальних спроб у цій групі до дослідження становила 21% на рік, або приблизно в чотири рази більше, ніж у ширших вибірках пацієнтів з шизофренією (603, 606, 607). Хоча тільки пацієнти, які отримували клозапін, здавали кров для контролю рівня лейкоцитів, всі пацієнти спостерігалися щотижня протягом 6 місяців, а потім двічі на тиждень протягом наступних 18 місяців, щоб мінімізувати похибку від більш частого контакту пацієнтів, які отримували клозапін, з медичним персоналом. Основні критерії оцінки, визначені сліпими оцінювачами і затверджені незалежною, сліпою, експертною радою з моніторингу самогубств, що складається з трьох членів, включали спроби самогубства (в тому числі ті, що призвели до смерті), госпіталізації з метою запобігання самогубствам, а також оцінку "набагато гіршого рівня суїцидальності" порівняно з вихідним рівнем. Пацієнти, рандомізовано обрані для прийому клозапіну, продемонстрували значно

довший час до суїцидальної події, як визначалося раніше, зі значним зниженням частоти всіх суїцидальних подій. Крім того, менше пацієнтів, які отримували клозапін, потребували госпіталізації або інших клінічних втручань, спрямованих на мінімізацію суїцидальної поведінки, або отримували антидепресанти чи седативні засоби. Значна перевага клозапіну була очевидною у пацієнтів з шизоафективним розладом, а також у пацієнтів з шизофренією. Крім того, пацієнти з більшою кількістю факторів ризику перед дослідженням показали відносно більше зниження частоти суїцидальної поведінки. Крім того, вища ефективність клозапіну не була зумовлена перевагою в лікуванні позитивних чи негативних симптомів, визначених як критерії оцінки. Невелика кількість учасників з групи високого ризику померли від самогубства під час дослідження (вісім з 956 [0,837%] протягом 2 років), а ризик самогубства був незначною мірою вищим при застосуванні клозапіну, ніж при застосуванні оланзапіну (1,044% і 0,629%, відповідно). Частота суїцидальних спроб була значно меншою під час лікування клозапіном, ніж під час лікування оланзапіном (7,7% та 13,8%, відповідно, без поправки на час експозиції). Однак частота суїцидальних спроб під час лікування оланзапіном була приблизно вдвічі меншою, ніж у пацієнтів з групи високого ризику до початку дослідження, що свідчить про те, що лікування оланзапіном мало певний позитивний вплив на ризик суїцидальної поведінки.

Загалом у дослідженнях ризику суїцидальної поведінки під час лікування клозапіном або іншими антипсихотичними засобами у пацієнтів з хронічними психозами взяли участь майже 134 000 осіб, які отримували клозапін, і 123 000 осіб, які отримували інші антипсихотичні препарати (809). Хоча відбір суб'єктів високого ризику в дослідженні InterSePT (603) призвів до значної гетерогенності частоти суїцидальних дій у різних дослідженнях, разом ці результати вказують на суттєву перевагу клозапіну над іншими антипсихотичними засобами у запобіганні суїцидальним діям у пацієнтів з шизофренією та шизоафективними розладами. Щодо інших розладів, таких як резистентний до інших методів лікування біполярний розлад, інформація про вплив клозапіну на ризик суїцидальної поведінки відсутня.

У клінічній практиці очевидну перевагу клозапіну в зниженні частоти суїцидальних спроб і, можливо, частоти самогубств слід зважувати з ризиком смерті від агранулоцитозу, кардіоміопатії, міокардиту та рідкісних атипових форм синдрому, схожого на нейролептичний злоякісний синдром (596). Інші потенційні побічні ефекти клозапіну, включаючи судоми, збільшення ваги, гіперліпідемію та діабет II типу, також можуть негативно впливати на тривалість життя. Таким чином, приймаючи рішення про початок або продовження лікування клозапіном пацієнтів з психозом, які мають ризик суїцидальної поведінки, лікар повинен зважити переваги та недоліки терапії клозапіном для конкретного пацієнта.

Для інших антипсихотичних засобів другого покоління, за винятком, можливо, оланзапіну, про який йшлося вище, існує мало прямих доказів впливу на суїцидальну поведінку. Для дослідження InterSePT оланзапін був обраний в якості компаратора через його використання в лікуванні шизофренії,

а також обмеженість доказів того, що він може мати кращий ефект у зниженні суїцидальної поведінки порівняно з галоперидолом (810). Існують також деякі докази того, що антипсихотичні засоби другого покоління, включаючи оланзапін і рисперидон, можуть підвищувати або стабілізувати настрій на додаток до поширеного антиманіакального ефекту практично всіх антипсихотичних засобів (112). Ці спостереження дозволили зробити висновок, що антипсихотичні засоби другого покоління також можуть бути більш корисними, ніж препарати першого покоління, для мінімізації суїцидальної поведінки (811).

Порівняно з антипсихотиками першого покоління, препарати другого покоління рідше пов’язані з порушенням прихильності, що є наслідком екстрапірамідних побічних ефектів, і частіше пов’язані зі стабільним або покращеним когнітивним станом і вищим рівнем соціального та професійного функціонування (801). Таким чином, існують загальні причини для того, щоб надавати перевагу використанню антипсихотичних препаратів другого покоління, а не антипсихотичних препаратів першого покоління для зниження ризику суїциду у пацієнтів з шизофренією. У той же час, ще належить з'ясувати, чи відрізняються конкретні антипсихотичні засоби другого покоління один від одного або від антипсихотиків першого покоління за відносним захисним ефектом проти суїцидальної поведінки.

е) Анксіолітичні препарати

Деякі пацієнти, які покінчили життя самогубством, мали симптоми сильної тривожності, паніки, ажитації або тяжкої форми безсоння незадовго суїцидального акту (79, 217, 218). Такі особи можуть також зловживати алкоголем або іншими психоактивними речовинами, можливо, у спробі "самолікування" нестерпно важких симптомів. Оскільки анксіолітичні засоби можуть обмежувати такі симптоми, вони також можуть знижувати ризик суїциду в короткостроковій перспективі. Деякі препарати, включаючи бензодіазепіни, буспірон, седативні засоби старого покоління, багато антидепресантів, низькі дози деяких антипсихотичних препаратів другого покоління та деякі протисудомні препарати, що змінюють настрій, можуть мати заспокійливий ефект у пацієнтів з симптомами сильної тривожності та ажитації, а отже, можна очікувати, що вони знижують ризик суїциду. Однак дослідження, які б підтвердили це ймовірне припущення, є обмеженими і непереконливими. Жодне клінічне дослідження не продемонструвало короткострокового чи довгострокового впливу на суїцидальну поведінку жодного з видів лікування із застосуванням анксіолітичних препаратів. Однак нещодавній аналіз даних, отриманих у контрольованих дослідженнях лікування тривожних розладів, не виявив суттєвих відмінностей у показниках суїцидальної поведінки між тими, хто отримував активні препарати, і тими, хто отримував плацебо (118).

При лікуванні потенційно суїцидальних пацієнтів часто уникають застосування бензодіазепінів через побоювання, що вони можуть викликати залежність (812), пригнічення дихання або розгальмованість, як це спостерігалося у деяких пацієнтів з межовим розладом особистості або

розумовою відсталістю (614, 615, 813-815). Тим не менш, ризик розгальмування видається невеликим (816). Крім того, бензодіазепіни можуть обмежувати психічний дистрес у пацієнтів з депресією, покращувати сон і, таким чином, потенціювати клінічні переваги терапії антидепресантами (617-619). Однак залишається недоведеним, чи пов'язані такі переваги зі зниженням ризику суїциду. І навпаки, відміна бензодіазепінів під час лікування може бути пов'язана з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки (817). Таким чином, при прийнятті рішення про початок або продовження прийому бензодіазепінів пацієнтами з суїцидальною поведінкою необхідно враховувати ці ризики та переваги, оскільки вони стосуються конкретного пацієнта.

Підсумовуючи, клінічно доцільно надавати лікування, спрямоване на зменшення тривоги, психічного дистресу, ажитації та безсоння, незалежно від первинного діагнозу, як частину комплексних зусиль з обмеження ризику суїциду, а анксіолітичні засоби можуть відігравати корисну емпіричну роль у таких ситуаціях, якщо вони застосовуються з належним урахуванням ризику розгальмованої імпульсивної або агресивної поведінки (219).

2. ECT (електросудомна терапія)

Виражена суїцидальність широко розглядається як клінічне показання для проведення ECT (511, 512, 623). Основні підстави застосування цієї практики є непрямими і ґрунтуються насамперед на встановленій та вищій ефективності ECT у лікуванні важкої депресії, яка часто пов’язана з суїцидальними думками та поведінкою (623).

ECT забезпечує більш швидку і стійку клінічну антидепресивну відповідь, ніж психофармакологічні, психосоціальні або інші методи лікування, особливо при важкому, гострому великому депресивному розладі, з психотичними ознаками або без них (623).

Лише чотири дослідження безпосередньо оцінювали короткострокові ефекти ECT на "суїцидальність", визначену як явне суїцидальне мислення. Rich та ін. (620) проаналізували показники депресії та суїциду в дослідженні, розробленому в першу чергу для вимірювання відповіді на лікування зі збільшенням кількості правосторонніх ECT, що проводяться почергово через день. Оцінки суїцидальності, що базуються на одному пункті шкали депресії Гамільтона, максимально покращилися протягом 1 тижня і значно швидше, ніж показники настрою, відсутності енергії чи інтересу. Таке ж швидке і стійке зниження рівня суїцидальності було виявлено в натуралістичному дослідженні пацієнтів з депресією та з медикаментозно-резистентним біполярним розладом, які отримували ECT з фармакотерапією (818). Prudic та Sackeim (621) також виявили швидке і помітне короткострокове зниження суїцидальності при застосуванні ECT у 148 пацієнтів з депресією, яке навіть перевищило показники інших пунктів шкали оцінки депресії Гамільтона, особливо, але не тільки, серед 49% осіб, які вважалися клінічно чутливими до ECT. За даними більшої вибірки з 405 пацієнтів з депресією, яких лікували із застосуванням ECT, які нещодавно проаналізували Kell ner та ін. (622), 58% пацієнтів вважалися суїцидальними на основі суїцидальних думок, суїцидальних планів або спроб самогубства. Пацієнтів лікували за допомогою

двосторонньої ЕСТ, і після однієї процедури прояви суїцидальності зникли у третини цих суїцидальних пацієнтів, у двох третин - після трьох процедур, і у 95% - до кінця клінічно визначеної серії процедур ЕСТ (в середньому трохи більше семи процедур при гострому перебігу).

Ці дослідження були обмежені залежністю від одного пункту з однієї шкали оцінювання. Крім того, вивчення впливу ЕСТ на суїцидальність було побічним щодо первинних цілей досліджень, а будь-які зміни в суїцидальності, пов'язані з ЕСТ, можливо, були побічними ефектами антидепресивного впливу ЕСТ. Більше того, дані які б безпосередньо оцінювали вплив ЕСТ на суїцидальну поведінку або смертність від самогубств, відсутні. Тим не менш, відповідно до клінічного досвіду, наявні дослідження вказують на те, що лікування гострих випадків із застосуванням ЕСТ пов'язане з частим і швидким зниженням явної суїцидальності, яке можливо виникає навіть раніше, ніж значне поліпшення інших симптомів депресії.

Для того, щоб оцінити можливі довгострокові переваги впливу ЕСТ на ризики суїциду, кілька досліджень вивчали рівень самогубств у різні періоди лікування, до і після застосування ЕСТ (та інших методів лікування), з періодами спостереження тривалістю до 10 років. Нещодавній мета-аналіз, який обчислював рівень самогубств за даними опублікованої літератури серед пацієнтів з афективними розладами, за якими велося натуралістичне спостереження протягом щонайменше 6 місяців після індексної госпіталізації, показав зниження рівня самогубств на 41%, з 1,33% до 0,770% на рік, між роками, що передували ЕСТ, і наступними роками, коли ЕСТ, а потім і антидепресанти, стали широко застосовуватися (819). Однак тлумачення цієї інформації щодо можливих ефектів ЕСТ ускладнюється невизначеною достовірністю ідентифікації осіб, які померли внаслідок суїциду в різні роки, а також впливом численних терапевтичних розробок протягом десятиліть, включених в аналіз.

У більш ранньому дослідженні, в якому порівнювалися клінічно підібрані вибірки пацієнтів з депресією з психіатричного реєстру округу Монро, штат Нью-Йорк, Babigian і Guttmacher (820) оцінили вплив ЕСТ на смертність протягом 5-річного спостереження між 1960 і 1975 роками за 1 587 пацієнтами, які отримували ЕСТ, і 1 587 пацієнтами, які не отримували ЕСТ. Групи не відрізнялися за ризиком суїцидальної поведінки або загальною смертністю, але їх порівняння може бути ускладнене відбором пацієнтів з важкими симптомами для лікування за допомогою ЕСТ. Додаткові дослідження використання ЕСТ були розглянуті Tanney (821), Prudic і Sackeim (621) та Sharma (822). Ці дослідження були переважно нерандомізованими, неконтрольованими, ретроспективними клінічними спостереженнями відносно невеликої серії випадків. Тому вони також не змогли знайти доказів тривалого впливу на рівень самогубств після короткострокової ЕСТ.

Таким чином, наявні дані свідчать про швидкі короткострокові переваги у боротьбі з суїцидальними думками, але не надають доказів стійкого зниження ризику суїциду після короткотривалої ЕСТ, незважаючи на її вищу ефективність при важкій депресії (623).

Подібно до ситуації з терапією спрямованою на лікування депресії, досі недостатньо інформації про результати систематично застосовуваного і оціненого довгострокового лікування за допомогою ЕСТ, які можна порівняти з доступними даними стосовно підтримуючого лікування літієм і клозапіном, і не варто очікувати довгострокового впливу на ризик суїциду від обмежених у часі лікувальних втручань будь-якого типу. Підсумовуючи, ще належить з'ясувати, чи довготривале застосування підтримуючої ЕСТ або короткочасної ЕСТ з подальшим довготривалим лікуванням антидепресантами або стабілізаторами настрою може вплинути на довготривалий ризик суїцидальної поведінки.

Е. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ

Окрім фармакотерапії та ЕСТ, психотерапія відіграє центральну роль в наданні допомоги пацієнтам з суїцидальною поведінкою у клінічній практиці. Хоча існує лише невелика кількість ретельних досліджень які безпосередньо вивчали, чи знижують ці втручання захворюваність або смертність від суїцидів як такі, клінічний консенсус свідчить, що психосоціальні втручання і специфічні психотерапевтичні підходи є корисними для пацієнтів з суїцидальною поведінкою. Крім того, в останні роки дослідження психотерапії продемонстрували її ефективність у лікуванні таких розладів, як депресія та межовий розлад особистості, які пов'язані з підвищеним ризиком суїциду (511, 515, 823-830). Очевидна перевага комбінованого лікування з застосуванням методів психотерапії та фармакотерапії в осіб з депресією також вказує на необхідність подальшого вивчення такого комбінованого лікування в осіб з суїцидальною поведінкою (824, 826-830). Інші психосоціальні втручання також можуть бути корисними для лікування пацієнтів з групи ризику суїциду, особливо з огляду на ефективність таких втручань у мінімізації симптомів і ризику рецидиву у пацієнтів з біполярним розладом і шизофренією (512, 513, 831).

1. Психодинамічна та психоаналітична психотерапія

Досвід застосування психодинамічно та психоаналітично орієнтованої психотерапії у пацієнтів з суїцидальною поведінкою є значним і підтримує використання таких підходів у клінічній практиці. Дані досліджень про вплив цих методів терапії на пацієнтів з суїцидальною поведінкою є більш обмеженими, але позитивними. Наприклад, Bateman та Fonagy (624, 625) рандомізовано розподілили 44 пацієнтів з межовим розладом особистості, діагностованим за стандартизованими критеріями, в групу стандартної психіатричної допомоги або групу пацієнтів, частину з яких було госпіталізовано, та які отримували індивідуальну і групову психоаналітичну психотерапію впродовж максимум 18 місяців. Наприкінці періоду лікування, а також під час 6-, 12- та 18-місячних спостережень пацієнти, віднесені до психоаналітично орієнтованої групи часткової госпіталізації, мали значно меншу кількість актів самокалічення та були більш схильні повністю утримуватися від самокалічення протягом попередніх 6 місяців. У групі

часткової госпіталізації спостерігалося аналогічне високозначуще зниження кількості суїцидальних спроб і кількості пацієнтів, які вчинили суїцидальну спробу протягом періоду спостереження. Під час і після лікування паралельно спостерігалося стійке поліпшення інших показників, включаючи меншу кількість днів перебування в стаціонарі, зменшення депресивних симптомів і поліпшення соціального і міжособистісного функціонування в групі, яка проходила психоаналітичне лікування. Ці дані демонструють ефективність психоаналітично орієнтованого лікування в групі частково госпіталізованих пацієнтів з межовим розладом особистості. Крім того, вони показують, що таке лікування може покращити показники стосовно таких факторів, як депресія та міжособистісне функціонування, які впливають на ризик суїциду, і може одночасно зменшити низку форм самоушкодження та суїцидальної поведінки.

Stevenson та Meares (832) досліджували групу з 30 амбулаторних пацієнтів з низькими показниками функціонування з межовим розладом особистості і виявили, що психодинамічна терапія двічі на тиждень призвела до значного зниження рівня самопошкодження, а також до поліпшення загальних результатів, порівняно з роком, що передував лікуванню. Крім того, 30 пацієнтів, які отримували психодинамічну терапію двічі на тиждень, також мали кращі результати і менше випадків самоушкодження порівняно з контрольною групою осіб, які отримували звичайне лікування (833). Таким чином, незважаючи на те, що ці дослідження обмежені невеликими вибірками і відсутністю випадкового розподілу в контрольній групі, вони також свідчать про користь психодинамічних підходів у зниженні самоушкоджувальної поведінки серед осіб з межовим розладом особистості.

Clarkin та ін. (834) розробили модифіковану форму психодинамічного лікування, що має назву "трансфер-фокусована терапія" (ТФП), і застосували цей підхід для лікування 23 пацієнток з діагнозом межового розладу особистості за DSM-IV. Лікування за допомогою ТФП двічі на тиждень призвело до значного зниження показників суїцидальності, самоушкоджуючої поведінки та використання медичних і психіатричних послуг порівняно з вихідними рівнями. Крім того, порівняно з роком, що передував лікуванню, значно зменшилася кількість пацієнтів, які мали спроби суїциду, а також знизився ступінь медичного ризику і тяжкості фізичних ушкоджень, пов'язаних з самоушкоджувальною поведінкою. Незважаючи на обмеженість невеликою вибіркою, а також відсутністю контрольної групи, ці висновки збігаються з клінічними спостереженнями користі психоаналітичної та психодинамічної психотерапії для пацієнтів із суїцидальними намірами.

2. Когнітивно-поведінкова терапія

Враховуючи докази ефективності КПТ в лікуванні депресії та пов'язаних з нею симптомів, таких як безнадія (511, 825, 835-837), можна очікувати, що вона також буде корисною в лікуванні суїцидальної поведінки. Однак, докази РКД є вкрай обмеженими. У РКД за участю 20 пацієнтів, Salkovskis та ін. (628) досліджували, яка терапія більш ефективна для осіб з високим ризиком повторних суїцидальних спроб - звичайне лікування чи КПТ, яке

зосереджувалося на навчанні методам вирішення проблем. Наприкінці лікування та під час подальшого спостереження протягом 1 року група, випадково призначена для лікування, спрямованого на вирішення проблем, продемонструвала значно кращі результати, ніж контрольна група, за показниками депресії, безнадії та суїцидальних думок, а протягом 6 місяців спостереження спостерігалося зменшення кількості суїцидальних спроб. Незважаючи на те, що вибірка була невеликою, ці результати дають певні докази користі КПТ для зменшення суїцидальних думок і поведінки у пацієнтів з високим ризиком повторних суїцидальних спроб.

3. Діалектична поведінкова терапія

ДПТ - психосоціальний метод лікування межового розладу особистості, який поєднує індивідуальну психотерапію з груповим відпрацюванням поведінкових навичок, також вивчався в РКД щодо впливу методу на самоушкоджувальну поведінку Протягом року лікування, а також протягом перших 6 місяців спостереження пацієнти, які отримували ДПТ, мали менше випадків самопошкодження, а ті, що траплялися, були менш серйозними з медичної точки зору. Показники функціонування, виміряні за Глобальною оціночною шкалою (Global Assessment Scale), та соціальна адаптація також були кращими в групі, яка отримувала ДПТ. Через 1 рік пацієнти, які отримували ДПТ, потребували значно меншої кількості днів перебування в психіатричній лікарні, але переваги втручання в плані зменшення кількості та тяжкості суїцидальних спроб вже не були очевидними. У наступному дослідженні Linehan та ін. (523) порівняли ДПТз традиційним лікуванням у групі пацієнтів з межовим розладом особистості та супутньою залежністю від психоактивних речовин. Пацієнти, які отримували ДПТ, при спостереженні протягом періоду до 16 місяців продемонстоували більше днів утримання від вживання психоактивних речовин. Що стосується самоушкоджуючої поведінки, то ДПТ не продемонструвала переваг над звичайним лікуванням, хоча пацієнти в обох групах зазнали зниження рівня самоушкоджень. У додатковому проспективному дослідженні (839) оцінювали 24 пацієнток з межовим розладом особистості, які пройшли 3-місячну програму лікування в стаціонарі і продовжили лікування ДПТ в амбулаторних умовах.

Порівняно з показниками на момент госпіталізації, через місяць після виписки було відзначено значне зниження частоти самоушкоджень, що збіглося з покращенням показників депресії, дисоціації, тривожності та глобального стресу.

Додаткові докази впливу ДПТ на результати лікування жінок з межовим розладом особистості отримані в РКД, проведеному Verheul та ін. (840). У цьому дослідженні 58 жінок з межовим розладом особистості пройшли 12-місячний курс лікування за допомогою ДПТ або звичайного лікування. Зокрема, у пацієнтів з історією частих самокалічень, ДПТ була пов'язана з більшим зниженням суїцидальної, самокалічачої та самопошкоджуючої імпульсивної поведінки, порівняно з пацієнтами які отримували звичайне лікування.

У сукупності дані цих досліджень свідчать про можливу корисність ДПТ в лікуванні суїцидальної та самоушкоджуючої поведінки в осіб з межовим розладом особистості. Однак розміри вибірок у цих дослідженнях були невеликими, і незрозуміло, чи були пацієнти репрезентативними для звичайної клінічної практики. Більші вибірки також потрібні для того, щоб визначити, чи можуть деякі пацієнти бути схильні до парадоксального посилення самоушкоджуючої поведінки при застосуванні ДПТ(841). Підсумовуючи, слід відзначити що оскільки відсутні дані щодо корисності ДПТ в лікуванні пацієнтів з іншими діагнозами, окрім межового розладу особистості, необхідні подальші дослідження, перш ніж рекомендувати ДПТ для рутинного використання в лікуванні осіб з суїцидальною поведінкою.

4. Інші психосоціальні втручання

Як зазначалося раніше, психосоціальні втручання, відмінні від психотерапії, продемонстрували чітку ефективність у лікуванні низки психічних розладів. Однак на сьогоднішній день РКД та повздовжні дослідження різних психосоціальних методів лікування дали суперечливі результати в осіб, схильних до суїцидальної поведінки. Більшість втручань були зосереджені на лікуванні осіб, виявлених під час індексної спроби самогубства. Наприклад, van der Sande та ін. (842) порівнювали клінічну ефективність інтенсивного психосоціального втручання та звичайного лікування у 274 рандомізовано відібраних осіб, які звернулися за медичною допомогою після спроби самогубства. Під час 12-місячного спостереження автори не виявили різниці в кількості повторних суїцидальних спроб у пацієнтів, які отримували звичайне лікування, порівняно з тими, хто проходив інтенсивне психосоціальне лікування, яке складалося з короткочасної госпіталізації у відділення кризового втручання та подальшої допомоги у вирішенні проблем. На противагу цьому, у РКД, яке порівнювало короткочасне психологічне лікування зі звичайним лікуванням у 119 осіб, які звернулися у відділення невідкладної допомоги з приводу самоотруєння, Guthrie та ін. (843) виявили значне зниження рівня суїцидальних думок та самоушкоджуючої поведінки. Крім того, у дослідженні 120 осіб, які намагалися вчинити самогубство, Welu (844) виявив статистично значуще зниження кількості суїцидальних спроб у тих, хто був випадковим чином розподілений на 4-місячну програму подальшого спостереження, порівняно з тими, хто отримував звичайне лікування.

Три щойно описані дослідження (842-844) були включені до великого огляду та мета-аналізу РКД психосоціальних втручань для лікування пацієнтів з навмисним самоушкодженням, проведеного Hawton та ін. (627, 633). Втручання, розглянуті в мета-аналізі, були різноманітними і включали терапію вирішення проблем, ДПТ, сімейну терапію на дому, надання картки невідкладної допомоги для швидкого доступу до медичної допомоги, а також інтенсивне втручання та інформаційно-просвітницьку роботу. Хоча багатообіцяючі результати були відзначені для терапії вирішення проблем і надання картки невідкладної допомоги, а також для ДПТ, розміри вибірок були

занадто малими, а дослідження - недостатньо потужними, щоб виявити клінічно значущі відмінності у впливі на повторення випадків навмисного самоушкодження. Таким чином, низка психосоціальних втручань була спрямована на осіб, які намагалися покінчити життя самогубством або мали інші форми самоушкоджуючої поведінки; однак наявні дані РКД є надто обмеженими, щоб зробити достовірні висновки про ефективність цих підходів для осіб із суїцидальною поведінкою.

Психосоціальні втручання не лише спрямовані на подолання суїцидальної поведінки, але й можуть опосередковано зменшити кількість суїцидальних спроб, покращуючи лікування основного діагнозу пацієнта.

175 пацієнтів з біполярним розладом I протягом 2 років, використовуючи переважно фармакотерапію літієм а також або психотерапію, специфічну для біполярного розладу, яка включала допомогу в упорядкуванні повсякденного життя, або неспецифічне інтенсивне клінічне ведення хвороби, що включало регулярні візити емпатичних лікарів-клініцистів. До початку дослідження частота суїцидальних спроб становила 1,05 на 100 людино-місяців. Під час гострої фази лікування частота суїцидальних спроб знизилася втричі, а під час підтримуючого лікування - у 17,5 разів, що свідчить про те, що лікування в максимально сприятливому середовищі може суттєво знизити суїцидальну поведінку у пацієнтів з біполярним розладом, які належать до групи високого ризику. Протягом періоду спостереження у пацієнтів, які отримували психотерапію, специфічну для біполярного розладу, відбулося менше суїцидальних спроб; однак через низьку кількість суїцидальних спроб під час лікування неможливо визначити, чи ці два психосоціальні втручання статистично відрізнялися за своєю ефективністю. Однак ці дані свідчать про те, що комбінації психосоціальних втручань та фармакотерапії є перспективними для зниження ризику суїцидальної поведінки в осіб з груп ризику.

ЧАСТИНА С: ПОТРЕБИ В ПРОВЕДЕННІ ДОДАТКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

При обстеженні та наданні послуг із догляду пацієнтами з суїцидальними думками та поведінкою залишається багато питань, на які потрібно відповісти, і які потребують додаткових досліджень. Ці майбутні напрями досліджень можна розділити на три основні категорії: окреслення нейробіологічних основ самогубства та інших видів суїцидальної поведінки, більш точне визначення факторів, які впливають на короткостроковий і довгостроковий ризик самогубства та інших суїцидальних дій, а також визначення найбільш ефективних втручань для зменшення таких ризиків.

З точки зору нейробіології, що лежить в основі суїциду та інших видів суїцидальної поведінки, великий обсяг робіт вже присвячено ролі серотонінергічної нейромедіаторної системи в здійсненні спроб самогубства та самого суїциду (366). Додаткові дослідження вказують на зв'язок між суїцидом і гіперактивністю осі HPA (757, 845), в той час як інші роботи вказують на кореляцію між суїцидальною поведінкою та рівнем холестерину в

сироватці крові (758, 759, 846). У відповідності до недавніх значних досягнень в області молекулярної генетики останнім часом також спостерігається підвищений інтерес до пошуку асоціацій між генами-кандидатами (в першу чергу, пов'язаними з серотонінергічною функцією) та ризиком суїциду. Хоча є підозра щодо полігенного успадкування, конкретна генетична модель суїцидальної поведінки залишається ефемерною (17, 368). Крім того, хоча біологічні маркери, описані вище, є потенційно корисними для розуміння біологічних основ суїцидальної поведінки, жоден з них не є достатньо чутливим або специфічним, щоб рекомендувати їх використання в рутинному скринінгу або в клінічній практиці. Очевидно, що необхідна додаткова робота для визначення конкретних генів, біологічних маркерів або результатів візуалізації, які вказують на особливо високий ризик суїциду або суїцидальної поведінки. Наявність таких маркерів дозволила б ідентифікувати людей з групи ризику і швидше їх лікувати, що, ймовірно, зменшило б ризик суїциду. Крім того, ідентифікація більш однорідних груп ризику може дозволити точніше спрямовувати лікування на усунення нейробіологічних відхилень, що лежать в основі суїцидальної поведінки.

Під час проведення багатьох досліджень вже вивчали конкретні фактори ризику та захисту від самогубств і суїцидальної поведінки, однак потрібно більше додаткової інформації. Зокрема, майбутні дослідження мають зосередитися на визначенні факторів, які пов'язані з модифікацією короткострокових ризиків (від кількох днів до кількох тижнів), порівняно з проміжними ризиками (від кількох тижнів до кількох місяців) або довгостроковими чи ризиками, які можуть існувати протягом усього життя. На додаток до зміцнення наявної доказової бази щодо багатьох факторів, які вже були розглянуті, майбутні дослідження мають також розглянути вплив багатьох факторів ризику, що виникають одночасно, а також відносний внесок різних факторів у загальний ризик суїциду чи іншої суїцидальної поведінки. Наприклад, дослідження зв’язку між фізичним захворюванням і самогубством необхідні для визначення впливу соціальних і психологічних факторів на самогубство у пацієнтів із фізичними захворюваннями. Подібним чином, із збільшенням рівня самогубств у певних професійних групах, необхідні додаткові дослідження, щоб визначити, чи пов’язаний ризик суїциду з уже існуючими факторами, такими як психіатричні захворювання, або з конкретними професійними стресорами та/або такими характеристиками, як доступ до летальних методів. слід чітко розмежовувати та аналізувати окремо від даних про осіб, які демонструють інші види суїцидальної поведінки, оскільки ці дві групи майже напевно становлять різні популяції, хоча й перекривають одна одну. Крім того, враховуючи низький рівень самогубств та інших видів суїцидальної поведінки серед населення, всі дослідження факторів ризику повинні мати достатню статистичну силу, щоб на основі їхніх результатів можна було зробити значущі висновки. Кінцеві цілі цих напрямів дослідження включатимуть покращену здатність оцінювати суїцидальний ризик у клінічному контексті. Такі висновки можуть також дозволити розробити надійну шкалу для оцінки самогубства, яка матиме більшу

позитивну прогностичну цінність і може бути використана для клінічного скринінгу осіб групи ризику на початку лікування або для поточної оцінки ризику під час лікування.

Замість простого виявлення зв’язків між самогубством і статичними факторами ризику, такими як демографічні змінні, дослідження повинно мати конкретну мету - виявити фактори, які можна змінити за допомогою інтервенцій. Крім того, майбутні дослідження повинні надати інформацію щодо показників випадків самогубства та інших форм суїцидальної поведінки в клінічно важливих підгрупах осіб із групи ризику, що може слугувати вихідними даними для досліджень конкретних інтервенцій з метою зниження ризиків. Хоча більшість зусиль у минулому були спрямовані на зменшення впливу факторів ризику суїциду, дослідження також мають розробити підходи до посилення впливу факторів, які захищають від самогубства. Нарешті, краще розуміння факторів ризику суїцидальної поведінки можуть запропонувати вибіркові або популяційні підходи до запобігання самогубствам, які потім можуть стати предметом емпіричної перевірки.

Що стосується лікування, дослідження застосування літію та клозапіну чітко продемонстрували, що інтервенції здатні зменшити ймовірність суїциду та інших форм суїцидальної поведінки. Додаткові дослідження з цими препаратами обхідно зосередити на окреслені таких факторів, як рівні сироватки крові, які можуть корелювати з покращенням відповіді на терапію, а також на визначенні популяцій пацієнтів, для яких ці лікарські засоби найімовірніше будуть ефективними (наприклад, для пацієнтів, згрупованих за діагнозами та діагностичними підтипами, пов’язаними клінічними симптомами, історіями лікування та передбачуваним рівнем суїцидальних ризиків). Також необхідні клінічні дослідження для того, щоб визначити, чи спостерігаються подібні переваги при застосуванні інших антипсихотичних препаратів другого покоління або протисудомних препаратів (наприклад, дівалпроексу, ламотриджину, карбамазепіну, окскарбазепіну та топірамату). Фармакоепідеміологічні дослідження можуть надати додаткову інформацію для повноти результатів клінічних досліджень.

При застосування ЕСТ ще належить з'ясувати, чи можна досягти довготривалого зниження рівня суїциду або інших видів суїцидальної поведінки шляхом тривалого застосування підтримуючої ЕСТ або гострого курсу ЕСТ з подальшим довготривалим лікуванням антидепресантами або стабілізаторами настрою. Якщо інші соматичні методи лікування, такі як транскраніальна магнітна стимуляція або стимуляція блукаючого нерва, продовжують демонструвати багатообіцяючі результати при лікуванні депресивних і/або психотичних розладів, слід також вивчити їхню здатність впливати на ризики самогубства та інших видів суїцидальної поведінки.

Клінічні дослідження психотерапії повинні не тільки вивчати вплив конкретних психотерапевтичних підходів на зниження рівня самогубств та інших видів суїцидальної поведінки, але також повинні бути спрямовані на виявлення специфічних аспектів цих психотерапевтичних підходів, які пов'язані з позитивними результатами. У додаткових дослідженнях необхідно

порівняти комбіноване лікування з психотерапією та фармакотерапією з лікуванням за допомогою лише однієї з цих форм терапії. Також критично важливими є дослідження у клінічно важливих підгрупах пацієнтів, таких як пацієнти з хронічними суїцидальними намірами або з супутніми соматичними діагнозами чи вживанням психоактивних речовин.

Слід також вивчити вплив інших інтервенцій, в тому числі порівняння підходів, таких як госпіталізація, які не були належним чином протестовані, але вважаються «найкращою практикою». З огляду на часте використання контрактів про запобігання самогубствам у клінічній практиці, їхню безпеку та ефективність слід оцінювати методологічно ретельно в ключових підгрупах пацієнтів. Інші можливі інтервенції можуть бути спрямовані на покращення прихильності до лікування, безперервності надання догляду чи доступу до служб екстреної допомоги.

При плануванні досліджень фармакотерапії, психотерапії та інших інтервенцій слід звернути увагу на конкретні фактори чи періоди часу, які пов'язані з підвищеним ризиком (наприклад, одразу після виписки з лікарні або після серйозної міжособистісної втрати). Як і у випадку з дослідженнями конкретних факторів ризику, дослідження щодо застосування інтервенцій повинні мати достатню статистичну потужність. Вони повинні чітко розмежовувати вплив на самогубство і вплив на інші види суїцидальної поведінки, а також мають бути сплановані таким чином, щоб надавати інформацію про ефекти лікування впродовж певних періодів ризику (наприклад, при негайному виникненні ризиків на противагу ризикам, які можуть існувати протягом усього життя). Крім того, слід спробувати визначити, чи є вплив на суїцидальну поведінку наслідком лікування супутніх психіатричних розладів, чи цей вплив не залежить від цього. Нарешті, вони повинні встановити режим та інтенсивність лікування, які принесуть оптимальну користь пацієнтам із суїцидальною поведінкою.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Для позначення характеру підтверджуючих доказових даних у посиланнях використовується наступна система кодування:

[A] Рандомізоване, подвійне сліпе клінічне дослідження. Дослідження інтервенцій, в якому суб'єкти проспективно спостерігаються протягом певного часу; є основна та контрольна групи; суб'єкти випадковим чином розподіляються на дві групи; розподіл як суб'єктів дослідження, так і дослідників здійснювали сліпим методом відбору..

[A–] Рандомізоване клінічне дослідження. Те ж саме, що й [A], але не є подвійним сліпим.

[B] Клінічне дослідження. Проспективне дослідження, під час якого здійснюються інтервенції, а результати цих інтервенцій відстежуються поздовжньо; дослідження не відповідає стандартам рандомізованого клінічного дослідження.

[C] Когортне або поздовжне (лонгітюдне) дослідження. Дослідження, при якому суб'єкти проспективно спостерігаються протягом певного часу без застосування будь-якої конкретної інтервенції.

[D] Контрольоване дослідження. Дослідження, під час якого група пацієнтів і група контрольних суб'єктів ідентифікуються на даний час, а інформація про них відстежується ретроспективно або в минулому.

[E] Оцінка з аналізом вторинних даних. Структурована аналітична оцінка існуючих даних, наприклад, мета-аналіз або аналіз прийняття рішень.

[F] Аналіз. Якісний аналіз та обговорення раніше опублікованої літератури без кількісного узагальнення даних.

[G] Інше. Підручники, експертні висновки, звіти про випадки захворювання та інші звіти, які не увійшли до вищезазначених категорій.

1. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM: Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:237–252 [G]

2. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ: Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. Suicide Life Threat Behav 1999; 29:131–140 [G]

3. Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL: Deaths: Final Data for 2000. National Vital Statistics Reports, vol 50, no 15. DHHS Publication PHS 2002-1120. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2002 [G]

4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Assess- ment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40:24S–51S [G]

5. American Psychiatric Association: Practice guideline for psychiatric evaluation of adults. Am J Psychiatry 1995; 152(Nov suppl):63–80 [G]

6. Shea SC: The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. New York, John Wiley & Sons, 2002 [G]

7. Jacobs DG (ed): The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Interven- tion. San Francisco, Jossey-Bass, 1998 [G]

8. Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol 1979; 47:343–352 [G]

9. Beck AT, Schuyler D, Herman I: Development of suicidal intent scales, in The Prevention of Suicide. Edited by Beck AT, Resnik H, Lettieri DJ. Bowie, Md, Charles Press, 1974, pp 45–56 [G]

10. Brown GK: A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, 2002. http://www.nimh. nih.gov/research/adultsuicide.pdf [F]

11. Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention: Fatal injury data for 2000. http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm [G]

12. Anderson RN: Deaths: Leading Causes for 1999. National Vital Statistics Reports, vol 49, no 11. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2001 [G]

13. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED: Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. Am J Geriatr Psychiatry 1999; 7:289–296 [D]

14. Moscicki EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatr Clin North Am 1997; 20:499–517 [F]

15. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED: Age differences in behaviors leading to completed suicide. Am J Geriatr Psychiatry 1998; 6:122–126 [D]

16. Frierson RL: Suicide attempts by the old and the very old. Arch Intern Med 1991; 151:141– 144 [E]

17. Institute of Medicine: Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC, Nation- al Academies Press, 2002. http://books.nap.edu/books/0309083214/html/index.html [G]

18. Phillips MR, Li X, Zhang Y: Suicide rates in China, 1995–99. Lancet 2002; 359:835–840 [G]

19. Cohen D, Llorente M, Eisdorfer C: Homicide-suicide in older persons. Am J Psychiatry 1998; 155:390–396 [G]

20. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS: The epidemiology of murder-suicide. JAMA 1992; 267:3179–3183 [F]

21. Murphy GE: Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry 1998; 39:165–175 [F]

22. Gibbs JT: African-American suicide: a cultural paradox. Suicide Life Threat Behav 1997; 27:68–79 [F]

23. Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S, Malone KM, Weissman MM, Mann JJ: Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. Am J Psychiatry 2001; 158:1652–1658 [G]

24. Kposowa AJ: Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychol Med 2001; 31:127–138 [C]

25. Harris EC, Barraclough BM: Suicide as an outcome for medical disorders. Medicine (Baltimore) 1994; 73:281–296 [E]

26. Hoyer G, Lund E: Suicide among women related to number of children in marriage. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:134–137 [C]

27. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB: Suicide and other causes of mortality after post- partum psychiatric admission. Br J Psychiatry 1998; 173:209–211 [D]

28. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ: Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. Am J Psychiatry 2001; 158:1856–1863 [C]

29. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY: Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13- year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychol Med 2001; 31:1181–1191 [C]

30. Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK, Jablensky AV, D'Arcy C, Holman J: Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. Psychol Med 2000; 30:813– 821 [G]

31. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156:181–189 [G]

32. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R: Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand 2001; 104:332–339 [G]

33. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL: Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. Psychol Med 2001; 31:965–977 [G]

34. Doyle JP, Frank E, Saltzman LE, McMahon PM, Fielding BD: Domestic violence and sexual abuse in women physicians: associated medical, psychiatric, and professional difficulties. J Womens Health Gend Based Med 1999; 8:955–965 [G]

35. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne MP, Statham DJ, Martin NG: Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:139–145 [G]

36. Plunkett A, O'Toole B, Swanston H, Oates RK, Shrimpton S, Parkinson P: Suicide risk following child sexual abuse. Ambul Pediatr 2001; 1:262–266 [D]

37. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, de Leon J, Saiz-Ruiz J: The relationship between menstrual cycle phases and suicide attempts. Psychosom Med 2000; 62:50–60 [D]

38. Baca-Garcia E, Sanchez-Gonzalez A, Gonzalez Diaz-Corralero P, Gonzalez Garcia I, de Leon J: Menstrual cycle and profiles of suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand 1998; 97:32–35 [G]

39. Singh GK, Siahpush M: All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. Am J Public Health 2001; 91:392–399 [G]

40. Kliewer EV, Ward RH: Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country. Am J Epidemiol 1988; 127:640–653 [G]

41. Sainsbury P: Suicide in London: An Ecological Study. London, Chapman and Hall, 1955 [G]

42. Tseng W: Handbook of Cultural Psychiatry. San Diego, Academic Press, 2001 [G]

43. Hovey JD: Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. Suicide Life Threat Behav 2000; 30:125–139 [C]

44. Committee on Cultural Psychiatry, Group for the Advancement of Psychiatry: Suicide and Ethnicity in the United States. New York, Brunner/Mazel, 1989 [G]

45. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H: Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. Am J Public Health 1987; 77:283–287 [C]

46. Luoma JB, Pearson JL: Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? Am J Public Health 2002; 92:1518–1522 [G]

47. Clark DC, Fawcett J: The relation of parenthood to suicide. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:160 [F]

48. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R: The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. Am J Public Health 1998; 88:57–60 [C]

49. Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E: Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153:487–493 [C]

50. Cochran SD, Mays VM: Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. Am J Public Health 2000; 90:573–578 [G]

51. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL: Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? Arch Gen Psychiatry 1999; 56:876–880 [C]

52. Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT: Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:867–874 [D]

53. Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, Binson D, Stall R: Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. Am J Public Health 2002; 92:1338–1345 [G]

54. Stack S: Occupation and suicide. Soc Sci Q 2001; 82:384–396 [E]

55. Stack S: Gender and suicide risk among laborers. Arch Suicide Res 1995; 1:19–26 [G]

56. Wasserman I: Economy, Work, Occupation, and Suicide. New York, Guilford, 1992 [G]

57. Boxer PA, Burnett C, Swanson N: Suicide and occupation: a review of the literature. J Occup Environ Med 1995; 37:442–452 [F]

58. Frank E, Biola H, Burnett CA: Mortality rates and causes among US physicians. Am J Prev Med 2000; 19:155–159 [G]

59. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993; 150:935–940 [C]

60. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, Gassner S, Kayes J: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health 1959; 49:888–899 [C]

61. Clark DC, Horton-Deutsch SL: Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides, in Assessment and Prediction of Suicide. Edited by Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI. New York, Guilford, 1992, pp 144–182 [G]

62. Jacobs DG, Klein-Benheim M: The psychological autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. Bull Am Acad Psychiatry Law 1995; 23:1–18 [G]

63. Jacobs DG, Klein ME: The expanding role of psychological autopsies: a review of the literature and two case examples, in Suicidology: Essays in Honor of Edwin S. Shneidman. Edited by Leenaars AA. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1993, pp 209–247 [G]

64. Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 170:205–228 [E]

65. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P: A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatry 1974; 125:355–373 [C]

66. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED: Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am J Psychiatry 1996; 153:1001–1008 [D]

67. Rich CL, Young D, Fowler RC: San Diego suicide study. I. young vs old subjects. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:577–582 [G]

68. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK: Suicide in bipolar disorder in Finland. Am J Psychiatry 1994; 151:1020–1024 [C]

69. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini RJ: Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and preven- tion. CNS Drugs 2003; 17:491–511 [F]

70. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE Jr, West SA: Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. Am J Psychiatry 1996; 153:674–676 [G]

71. Goldberg JF, Garno JL, Portera L, Leon AC, Kocsis JH, Whiteside JE: Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. J Affect Disord 1999; 56:75–81 [D]

72. Jamison KR: Suicide and manic-depressive illness: an overview and personal account, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs DG. San Francisco, Jossey-Bass, 1998, pp 251–269 [G/F]

73. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparen P: Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:844–850 [D]

74. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J: Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. J Affect Disord 2002; 68:167–181 [D]

75. Hoyer EH, Mortensen PB, Olesen AV: Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. Br J Psychiatry 2000; 176:76–82 [C]

76. Sharma R, Markar HR: Mortality in affective disorder. J Affect Disord 1994; 31:91–96 [G]

77. Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157:1925–1932 [F]

78. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR: Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol 2000; 68:371–377 [C]

79. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R: Time- related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry 1990; 147:1189–1194 [D]

80. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA: Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. Am J Psychiatry 1999; 156:1590–1595 [G]

81. Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, Woodring S, Vital-Herne J: Depression, delusions, and suicide. Am J Psychiatry 1983; 140:1159–1162 [D]

82. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC: Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2002; 63:469–476 [C]

83. Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT: Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. J Nerv Ment Dis 1991; 179:259–266 [C]

84. Black DW, Winokur G, Nasrallah A: Effect of psychosis on suicide risk in 1,593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. Am J Psychiatry 1988; 145:849–852 [C]

85. Coryell W, Tsuang MT: Primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:1181–1184 [G]

86. Grunebaum MF, Oquendo MA, Harkavy-Friedman JM, Ellis SP, Li S, Haas GL, Malone KM, Mann JJ: Delusions and suicidality. Am J Psychiatry 2001; 158:742–747 [G]

87. Kaplan KJ, Harrow M: Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenics versus depressives. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:105–121 [C]

88. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Gasperini M, Smeraldi E: Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression. Compr Psychiatry 1999; 40:358–362 [D]

89. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J: Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. Schizophr Res 2001; 47:127–134 [D]

90. Tsuang MT, Fleming JA, Simpson JC: Suicide and schizophrenia, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs DG. San Francisco, Jossey-Bass, 1998, pp 287–299 [G]

91. Black DW, Warrack G, Winokur G: Excess mortality among psychiatric patients: the Iowa Record-Linkage Study. JAMA 1985; 253:58–61 [C]

92. Allebeck P: Schizophrenia: a life-shortening disease. Schizophr Bull 1989; 15:81–89 [F]

93. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR: Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry 1997; 154:199–204 [C]

94. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 172:35–37 [F]

95. Rossau CD, Mortensen PB: Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. Br J Psychiatry 1997; 171:355–359 [D]

96. Roy A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:1089– 1095 [D]

97. Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton PG: Suicide among schizophrenics: a review. Compr Psychiatry 1985; 26:90–100 [F]

98. Black DW, Winokur G, Warrack G: Suicide in schizophrenia: the Iowa Record Linkage Study. J Clin Psychiatry 1985; 46:14–17 [C]

99. Miles CP: Conditions predisposing to suicide: a review. J Nerv Ment Dis 1977; 164:231–246 [F]

100. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex- specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154:1235–1242 [C]

101. Nyman AK, Jonsson H: Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1986; 73:252–262 [C]

102. Breier A, Astrachan BM: Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. Am J Psychiatry 1984; 141:206–209 [D]

103. Dingman CW, McGlashan TH: Discriminating characteristics of suicides: Chestnut Lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. Acta Psychiatr Scand 1986; 74:91–97 [D]

104. Roy A: Suicide in schizophrenia, in Suicide. Edited by Roy A. Baltimore, Williams & Wilkins, 1986, pp 97–112 [G]

105. Kaplan KJ, Harrow M: Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaffective patients: a disease-based interactive model. Suicide Life Threat Behav 1999; 29:10–24 [C]

106. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ: Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. J Clin Psychiatry 2003; 64:871–874 [D]

107. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsy- chotic medication. J Clin Psychiatry 1999; 60:200–208 [G]

108. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, Gorman JM: Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. Am J Psychiatry 1999; 156:1276–1278 [D]

109. Fawcett J, Clark DC, Busch K: Assessing and treating the patient at risk for suicide. Giornale Italiano di Suicidologia 1993; 3:9–23 [C]

110. Rich CL, Motooka MS, Fowler RC, Young D: Suicide by psychotics. Biol Psychiatry 1988; 24:595–601 [C]

111. Drake RE, Gates C, Cotton PG, Whitaker A: Suicide among schizophrenics: who is at risk? J Nerv Ment Dis 1984; 172:613–617 [E]

112. Siris SG: Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. Am J Psychiatry 2000; 157:1379–1389 [F]

113. McGlashan TH, Carpenter WT Jr: Postpsychotic depression in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1976; 33:231–239 [G]

114. Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. Curr Psychiatry Rep 2002; 4:279–283 [F]

115. Virkkunen M: Attitude to psychiatric treatment before suicide in schizophrenia and paranoid psychoses. Br J Psychiatry 1976; 128:47–49 [D]

116. Fenton WS, McGlashan TH: Natural history of schizophrenia subtypes. I. longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:969–977 [C]

117. Roy A, Mazonson A, Pickar D: Attempted suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1984; 144:303–306 [D]

118. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. J Affect Disord 2002; 68:183–190 [E]

119. Allgulander C: Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:708–712 [G]

120. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI: Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci 1995; 49(suppl 1):S111–S116 [C]

121. Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, Lonngvist J: Alcohol and drugs in suicides. Br J Psychiatry 1996; 169:75–80 [C]

122. Noyes R Jr, Christiansen J, Clancy J, Garvey MJ, Suelzer M, Anderson DJ: Predictors of serious suicide attempts among patients with panic disorder. Compr Psychiatry 1991; 32:261–267 [C]

123. Coryell W, Noyes R, Clancy J: Excess mortality in panic disorder: a comparison with primary unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:701–703 [G]

124. Cox BJ, Direnfeld DM, Swinson RP, Norton GR: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. Am J Psychiatry 1994; 151:882–887 [D]

125. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. N Engl J Med 1989; 321:1209–1214 [D]

126. King MK, Schmaling KB, Cowley DS, Dunner DL: Suicide attempt history in depressed patients with and without a history of panic attacks. Compr Psychiatry 1995; 36:25–30 [G]

127. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB: Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. Am J Psychiatry 2000; 157:1876–1878 [C]

128. Beck AT, Steer RA, Sanderson WC, Skeie TM: Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 1991; 148:1195–1199 [G]

129. Lepine JP, Chignon JM, Teherani M: Suicide attempts in patients with panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:144–149 [G]

130. Pilowsky DJ, Wu LT, Anthony JC: Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. Am J Psychiatry 1999; 156:1545–1549 [G]

131. Oquendo MA, Friend JM, Halberstam B, Brodsky BS, Burke AK, Grunebaum MF, Malone KM, Mann JJ: Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. Am J Psychiatry 2003; 160:580–582 [G]

132. Schaffer A, Levitt AJ, Bagby RM, Kennedy SH, Levitan RD, Joffe RT: Suicidal ideation in major depression: sex differences and impact of comorbid anxiety. Can J Psychiatry 2000; 45:822–826 [G]

133. Noyes R Jr: Suicide and panic disorder: a review. J Affect Disord 1991; 22:1–11 [F]

134. Weissman MM, Klerman GL, Johnson J: Panic disorder and suicidal ideation. Am J Psychiatry 1992; 149:1411–1412 [G]

135. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL: Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. Am J Psychiatry 2001; 158:1467–1473 [G]

136. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Arsenault A, Beitman BD: Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. Am J Med 1996; 101:371–380 [G]

137. Hornig CD, McNally RJ: Panic disorder and suicide attempt: a reanalysis of data from the Epidemiologic Catchment Area study. Br J Psychiatry 1995; 167:76–79 [E]

138. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB: Mortality in eating disorders: a descriptive study. Int J Eat Disord 2000; 28:20–26 [C]

139. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R: Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. Psychol Med 1995; 25:143–156 [C]

140. Coren S, Hewitt PL: Is anorexia nervosa associated with elevated rates of suicide? Am J Public Health 1998; 88:1206–1207 [D]

141. Kent A, Goddard KL, van den Berk PA, Raphael FJ, McCluskey SE, Lacey JH: Eating disorder in women admitted to hospital following deliberate self-poisoning. Acta Psychiatr Scand 1997; 95:140–144 [D]

142. Thompson KM, Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE: The neglected link between eating disturbances and aggressive behavior in girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:1277–1284 [D]

143. Nasser EH, Overholser JC: Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand 1999; 99:423–431 [C]

144. Murphy KR, Barkley RA, Bush T: Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. J Nerv Ment Dis 2002; 190:147–157 [D]

145. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:521–529 [D]

146. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, Connolly J, Constantine D: Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:69–75 [D]

147. Murphy GE: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Edited by Hawton K, van Heeringen K. Chichester, England, John Wiley & Sons, 2000, pp 135–146 [F]

148. Murphy GE, Wetzel RD: The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1990; 47:383–392 [F]

149. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:459–463 [C]

150. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Herrmann JH Jr, Cox C, Barrington DS, Caine ED: After the drinking stops: completed suicide in individuals with remitted alcohol use disorders. J Psychoactive Drugs 2000; 32:333–337 [G]

151. Brent DA, Perper JA, Allman CJ: Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. JAMA 1987; 257:3369–3372 [G]

152. Murphy GE, Armstrong JW Jr, Hermele SL, Fischer JR, Clendenin WW: Suicide and alcohol- ism: interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch Gen Psychiatry 1979; 36:65–69 [C]

153. Murphy GE: Suicide and substance abuse. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:593–594 [G]

154. Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, Lonnqvist JK: Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. Alcohol Alcohol 2000; 35:70–75 [C]

155. Beskow J: Suicide and mental disorder in Swedish men. Acta Psychiatr Scand Suppl 1979; 277:1–138 [E]

156. Murphy GE, Robins E: Social factors in suicide. JAMA 1967; 199:303–308 [D]

157. Berglund M: Suicide in alcoholism: a prospective study of 88 suicides. I. the multidimen- sional diagnosis at first admission. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:888–891 [C]

158. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D: San Diego Suicide Study. III. relationships between diagnoses and stressors. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:589–592 [G]

159. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:339–348 [D]

160. Pokorny AD: Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:249–257 [D]

161. Hirschfeld RM, Russell JM: Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med 1997; 337:910–915 [G]

162. Gomberg ES: Suicide risk among women with alcohol problems. Am J Public Health 1989; 79:1363–1365 [D]

163. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC: An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990; 25:193–199 [E]

164. Hjelmeland H: Repetition of parasuicide: a predictive study. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:395–404 [C]

165. Roy A, Lamparski D, DeJong J, Moore V, Linnoila M: Characteristics of alcoholics who attempt suicide. Am J Psychiatry 1990; 147:761–765 [D]

166. Hesselbrock M, Hesselbrock V, Syzmanski K, Weidenman M: Suicide attempts and alcoholism. J Stud Alcohol 1988; 49:436–442 [D]

167. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Buckman K, Bierut L, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Reich T: Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. Alcohol Clin Exp Res 2002; 26:471–477 [D]

168. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hessel- brock V, Kramer JR: Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. Am J Psychiatry 2003; 160:56–63 [C]

169. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GR, Dasher AC, Hesselbrock MN, Hessel- brock VM, Nurnberger JI Jr: A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. J Stud Alcohol 2002; 63:498–502 [G]

170. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, Ulrich RF, Thase ME, Mann JJ: Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depres- sion and alcoholism. Am J Psychiatry 1995; 152:358–364 [D]

171. Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ: Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. Alcohol Clin Exp Res 1996; 20:1451–1455 [G]

172. Harris EC, Barraclough B: Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998; 173:11–53 [E]

173. Fowler RC, Rich CL, Young D: San Diego Suicide Study. II. substance abuse in young cases. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:962–965 [D]

174. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, Loyer M: Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. Am J Psychiatry 1994; 151:1063–1068 [D]

175. Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male—results from a nationwide psychological autopsy study. Compr Psychiatry 1999; 40:101–107 [C]

176. Borges G, Walters EE, Kessler RC: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. Am J Epidemiol 2000; 151:781–789 [C]

177. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case- control study. Am J Psychiatry 1996; 153:1009–1014 [D]

178. Rossow I, Lauritzen G: Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. Addiction 1999; 94:209–219 [G]

179. Johnsson E, Fridell M: Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1997; 96:362–366 [C]

180. Roy A: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. Am J Psychiatry 2001; 158:1215–1219 [D]

181. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT: Cannabis abuse and serious suicide attempts. Addiction 1999; 94:1155–1164 [D]

182. Goldberg JF, Singer TM, Garno JL: Suicidality and substance abuse in affective disorders. J Clin Psychiatry 2001; 62:35–43 [F]

183. Bronisch T: The typology of personality disorders—diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior. Crisis 1996; 17:55–58 [F]

184. Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Edited by Hawton K, van Heeringen K. Chichester, England, John Wiley & Sons, 2000, pp 147–178 [G]

185. Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Psychiatr Clin North Am 1987; 10:185–206 [C]

186. Duberstein PR, Conwell Y: Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. Clin Psychol Sci Pract 1997; 4:359–376 [E]

187. Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Suicide among subjects with personality disorders. Am J Psychiatry 1996; 153:667–673 [C]

188. Baxter D, Appleby L: Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry 1999; 175:322–326 [C]

189. Heikkinen ME, Isometsa ET, Henriksson MM, Marttunen MJ: Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders. Acta Psychiatr Scand 1997; 95:49–57 [C]

190. Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK: Recent life events and suicide in personality disorders. J Nerv Ment Dis 1997; 185:373–381 [D]

191. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK: Suicide attempts and personality disorder. Acta Psychiatr Scand 2000; 102:118–125 [C]

192. Van Gastel A, Schotte C, Maes M: The prediction of suicidal intent in depressed patients. Acta Psychiatr Scand 1997; 96:254–259 [C]

193. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R: Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1994; 151:1316–1323 [G]

194. Ahrens B, Haug HJ: Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. Crisis 1996; 17:59–63 [D]

195. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ: Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. J Affect Disord 1996; 39:61–72 [D]

196. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry 1997; 154:1715–1719 [C]

197. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ: Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. Am J Psychiatry 2000; 157:601–608 [D]

198. Pirkis J, Burgess P, Jolley D: Suicide attempts by psychiatric patients in acute inpatient, long- stay inpatient and community care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34:634–644 [G]

199. Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J: Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 94:234–240 [C]

200. Persson ML, Runeson BS, Wasserman D: Diagnoses, psychosocial stressors and adaptive functioning in attempted suicide. Ann Clin Psychiatry 1999; 11:119–128 [D]

201. Pirkola SP, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: The treatment received by substance-dependent male and female suicide victims. Acta Psychiatr Scand 1999; 99:207–213 [C]

202. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. Am J Psychiatry 1985; 142:1061–1064 [D]

203. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ: Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:581–588 [G]

204. Rich CL, Runeson BS: Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. Acta Psychiatr Scand 1992; 86:335–339 [C]

205. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML: Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. J Affect Disord 1999; 55:171–178 [G]

206. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Suicide in major depression. Am J Psychiatry 1994; 151:530–536 [D]

207. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmsson K: Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. Am J Psychiatry 2002; 159:450– 455 [D]

208. Berglund M, Ojehagen A: The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22:333S–345S [G]

209. Stone MH: The course of borderline personality disorder, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, vol 8. Edited by Tasman A, Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp 103–122 [G]

210. McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study. III. long-term outcome of border- line personalities. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:20–30 [C]

211. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU: Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1998; 248:87–95 [G]

212. Hall RC, Platt DE, Hall RC: Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care. Psychosomatics 1999; 40:18–27 [C]

213. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Minnai GP, Salis P, Scamonatti L, Masia M, Ghiani C, Mannu P: Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):63–69 [G]

214. Potash JB, Kane HS, Chiu YF, Simpson SG, MacKinnon DF, McInnis MG, McMahon FJ, DePaulo JR Jr: Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. Am J Psychiatry 2000; 157:2048–2050 [G]

215. Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH: Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. Am J Psychiatry 1993; 150:928–934 [G]

216. Goodwin RD, Hamilton SP: Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. Psychiatry Res 2003; 117:159–166 [G]

217. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED: Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. Suicide Life Threat Behav 2001; 31:367–385 [F]

218. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG: Clinical correlates of inpatient suicide. J Clin Psychiatry 2003; 64:14–19 [C]

219. Fawcett J: Predictors of early suicide: identification and appropriate intervention. J Clin Psychiatry 1988; 49(suppl):7–8 [C]

220. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ: Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. Am J Psychiatry 2000; 157:1614–1618 [D]

221. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 1990; 147:190–195 [C]

222. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B: Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry 1985; 142:559–563 [C]

223. Beck AT, Brown G, Steer RA: Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. J Consult Clin Psychol 1989; 57:309–310 [C]

224. Beck AT, Steer RA: Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. J Affect Disord 1989; 17:203–209 [C]

225. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF: Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. Suicide Life Threat Behav 1993; 23:139–145 [D]

226. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Fawcett JA: Interactions of risk factors in predicting suicide. Am J Psychiatry 1994; 151:434–435 [C]

227. Beck AT, Steer RA, Trexler LD: Alcohol abuse and eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of alcohol-abusing suicide attempters. J Stud Alcohol 1989; 50:202–209 [C]

228. Uncapher H, Gallagher-Thompson D, Osgood NJ, Bongar B: Hopelessness and suicidal ideation in older adults. Gerontologist 1998; 38:62–70 [D]

229. Cohen S, Lavelle J, Rich CL, Bromet E: Rates and correlates of suicide attempts in first- admission psychotic patients. Acta Psychiatr Scand 1994; 90:167–171 [G]

230. Kaslow N, Thompson M, Meadows L, Chance S, Puett R, Hollins L, Jessee S, Kellermann A: Risk factors for suicide attempts among African American women. Depress Anxiety 2000; 12:13–20 [D]

231. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ: Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. Am J Psychiatry 2000; 157:1084–1088 [D]

232. Mendonca JD, Holden RR: Interaction of affective and cognitive impairments in the suicidal state: a brief elaboration. Acta Psychiatr Scand 1998; 97:149–152 [C]

233. Weissman AN, Beck AT, Kovacs M: Drug abuse, hopelessness, and suicidal behavior. Int J Addict 1979; 14:451–464 [D]

234. Young MA, Fogg LF, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J: Stable trait components of hopelessness: baseline and sensitivity to depression. J Abnorm Psychol 1996; 105:155–165 [G]

235. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Weissenburger J, Hollon SD: Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. Am J Psychiatry 1982; 139:862–866 [G]

236. Dahlsgaard KK, Beck AT, Brown GK: Inadequate response to therapy as a predictor of suicide. Suicide Life Threat Behavior 1998; 28:197–204 [D]

237. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A, Krarup G, Hemming- sen R, Jorgensen P: OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry Suppl 2002; 43:S98–S106 [A–]

238. Resnick P: Command Hallucination Questionnaire. Cleveland, Case Western Reserve University, 1992 [G]

239. Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste DV: Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 1995; 56:462–465 [G]

240. Hellerstein D, Frosch W, Koenigsberg HW: The clinical significance of command halluci- nations. Am J Psychiatry 1987; 144:219–221 [G]

241. Junginger J: Predicting compliance with command hallucinations. Am J Psychiatry 1990; 147:245–247 [D]

242. Junginger J: Command hallucinations and the prediction of dangerousness. Psychiatr Serv 1995; 46:911–914 [D]

243. Kasper ME, Rogers R, Adams PA: Dangerousness and command hallucinations: an investigation of psychotic inpatients. Bull Am Acad Psychiatry Law 1996; 24:219–224 [D]

244. Rogers R, Gillis JR, Turner RE, Frise-Smith T: The clinical presentation of command hallucinations in a forensic population. Am J Psychiatry 1990; 147:1304–1307 [D]

245. Erkwoh R, Willmes K, Eming-Erdmann A, Kunert HJ: Command hallucinations: who obeys and who resists when? Psychopathology 2002; 35:272–279 [G]

246. Duberstein P, Seidlitz L, Conwell Y: Reconsidering the role of hostility in completed suicide: a lifecourse perspective, in Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychology. Edited by Bornstein RF, Masling J. Washington, DC, American Psychological Association, 1996, pp 257–323 [G]

247. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, Solomon D, Clayton P: Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? a 14-year prospective study. Suicide Life Threat Behav 2002; 32:10–32 [C]

248. Angst J, Clayton P: Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. Compr Psychiatry 1986; 27:511–532 [C]

249. Kotler M, Iancu I, Efroni R, Amir M: Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis 2001; 189:162–167 [D]

250. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ: The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry 2001; 158:1871–1877 [D]

251. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Am J Psychiatry 2001; 158:427–432 [D]

252. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ: Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord 2000; 59:107–117 [G]

253. Herpertz S, Steinmeyer SM, Marx D, Oidtmann A, Sass H: The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behavior. Pharmacopsychiatry 1995; 28(suppl 2):64–72 [D]

254. Frances RJ, Franklin J, Flavin DK: Suicide and alcoholism. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 13:327–341 [G]

255. Hayward L, Zubrick SR, Silburn S: Blood alcohol levels in suicide cases. J Epidemiol Community Health 1992; 46:256–260 [C]

256. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C: Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. Am J Dis Child 1993; 147:1066–1071 [D]

257. Hlady WG, Middaugh JP: Suicides in Alaska: firearms and alcohol. Am J Public Health 1988; 78:179–180 [G]

258. Suokas J, Lonnqvist J: Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:36–40 [D]

259. Ostamo A, Lonnqvist J: Excess mortality of suicide attempters. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36:29–35 [C]

260. Pirkola S, Isometsa E, Heikkinen M, Lonnqvist J: Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. Alcohol Clin Exp Res 1997; 21:1704–1706 [C]

261. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK: Treatment received by alcohol-dependent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand 1999; 99:214–219 [C]

262. Marzuk PM, Mann JJ: Suicide and substance abuse. Psychiatr Ann 1988; 18:639–645 [G]

263. Arensman E, Kerkhof JF: Classification of attempted suicide: a review of empirical studies, 1963–1993. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:46–67 [F]

264. Ferreira de Castro E, Cunha MA, Pimenta F, Costa I: Parasuicide and mental disorders. Acta Psychiatr Scand 1998; 97:25–31 [D]

265. Isacsson G, Rich CL: Management of patients who deliberately harm themselves. Br Med J 2001; 322:213–215 [F]

266. Isometsa ET, Lonnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998; 173:531–535 [C]

267. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, Sackeim HA, Mann JJ: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. Am J Psychiatry 2002; 159:1746–1751 [C]

268. Ekeberg O, Ellingsen O, Jacobsen D: Suicide and other causes of death in a five-year follow- up of patients treated for self-poisoning in Oslo. Acta Psychiatr Scand 1991; 83:432–437 [C]

269. Nielsen B, Wang AG, Brille-Brahe U: Attempted suicide in Denmark. IV. a five-year follow- up. Acta Psychiatr Scand 1990; 81:250–254 [C]

270. Nordstrom P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C: Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. Acta Psychiatr Scand 1995; 92:345–350 [C]

271. Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J: Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide—findings of a 14-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand 2001; 104:117–121 [C]

272. Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM: Attempted suicide: repetition and survival— findings of a follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1999; 100:205–211 [C]

273. Clark DC, Fawcett J: An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder, in Suicide and Clinical Practice. Edited by Jacobs D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp 16–48 [G]

274. de Moore GM, Robertson AR: Suicide in the 18 years after deliberate self-harm: a prospective study. Br J Psychiatry 1996; 169:489–494 [C]

275. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M: Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:336–340 [C]

276. Barber ME, Marzuk PM, Leon AC, Portera L: Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. Am J Psychiatry 1998; 155:385–389 [F]

277. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Portera L, Weiner C: The prevalence of aborted suicide attempts among psychiatric in-patients. Acta Psychiatr Scand 1997; 96:492–496 [C]

278. Hall DJ, O'Brien F, Stark C, Pelosi A, Smith H: Thirteen-year follow-up of deliberate self- harm, using linked data. Br J Psychiatry 1998; 172:239–242 [C]

279. Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H: Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected popula- tion at risk of suicide. J Psychosom Res 2001; 50:87–93 [C]

280. Jauregui J, Martinez ML, Rubio G, Santo-Domingo J: Patients who attempted suicide and failed to attend mental health centres. Eur Psychiatry 1999; 14:205–209 [D]

281. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA 2001; 286:3089–3096 [C]

282. Fergusson DM, Lynskey MT: Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. Child Abuse Negl 1997; 21:617–630 [C]

283. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998; 14:245–258 [G]

284. Kaplan M, Asnis GM, Lipschitz DS, Chorney P: Suicidal behavior and abuse in psychiatric outpatients. Compr Psychiatry 1995; 36:229–235 [D]

285. van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL: Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry 1991; 148:1665–1671 [C]

286. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT: Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II. psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:1365–1374 [C]

287. Frank E, Dingle AD: Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. Am J Psychiatry 1999; 156:1887–1894 [G]

288. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB: Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. Am J Psychiatry 1995; 152:1322–1328 [D]

289. Anderson PL, Tiro JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ: Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. Suicide Life Threat Behav 2002; 32:131–138 [G]

290. Roy A: Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. Suicide Life Threat Behav 2001; 31:194–196 [G]

291. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE: Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. Am J Psychiatry 1995; 152:1336–1342 [D]

292. Dinwiddie S, Heath AC, Dunne MP, Bucholz KK, Madden PA, Slutske WS, Bierut LJ, Statham DB, Martin NG: Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin- control study. Psychol Med 2000; 30:41–52 [D]

293. Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG: The association of sexual assault and attempted suicide within the community. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:550–555 [D]

294. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM: Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:1490–1496 [C]

295. Chu JA: Trauma and suicide, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs D. San Francisco, Jossey-Bass, 1998, pp 332–354 [F]

296. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA: Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. Am J Emerg Med 1998; 16:128–131 [G]

297. Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A: Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. Am J Prev Med 2000; 19:270–275 [G]

298. Simon TR, Anderso M, Thompson MP, Crosby A, Sacks JJ: Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of US adults. Suicide Life Threat Behav 2002; 32:42–50 [G]

299. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR: Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 1995; 273:1763– 1767 [G]

300. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR: The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med 1995; 123:737–746 [D]

301. Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB, Puett R, Thompson NJ, Meadows L: Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. J Trauma Stress 1999; 12:59–72 [D]

302. Ernst AA, Nick TG, Weiss SJ, Houry D, Mills T: Domestic violence in an inner-city ED. Ann Emerg Med 1997; 30:190–197 [G]

303. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y: Domestic violence, separation, and suicide in young men with early onset alcoholism: reanalyses of Murphy's data. Suicide Life Threat Behav 2000; 30:354–359 [G]

304. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G: Aftercare and clinical charac- teristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. Lancet 1999; 353:1397–1400 [D]

305. Sachs GS, Yan LJ, Swann AC, Allen MH: Integration of suicide prevention into outpatient management of bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2001; 62(suppl 25):3–11 [F]

306. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. Br Med J 1999; 318:1235–1239 [G]

307. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K: Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. Lancet 1993; 342:283–286 [E]

308. Roy A: Suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1982; 141:171–177 [D]

309. Pirkis J, Burgess P: Suicide and recency of health care contacts: a systematic review. Br J Psychiatry 1998; 173:462–474 [E]

310. Himmelhoch JM: Lest treatment abet suicide. J Clin Psychiatry 1987; 48(suppl):44–54 [F]

311. Bradvik L, Berglund M: Treatment and suicide in severe depression: a case-control study of antidepressant therapy at last contact before suicide. J ECT 2000; 16:399–408 [D]

312. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ: Major depression and the risk of attempted suicide. J Affect Disord 1995; 34:173–185 [G]

313. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. Am J Psychiatry 1987; 144:35–40 [D]

314. Baldessarini RJ, Tondo L: Antisuicidal effect of lithium treatment in major mood disorders, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs DG. San Francisco, Jossey-Bass, 1998, pp 355–371 [F]

315. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Floris G, Silvetti F, Tohen M: Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. J Clin Psychiatry 1998; 59:405–414 [B]

316. Ahrens B, Berghofer A, Wolf T, Muller-Oerlinghausen B: Suicide attempts, age and duration of illness in recurrent affective disorders. J Affect Disord 1995; 36:43–49 [E]

317. Bradvik L, Berglund M: Late mortality in severe depression. Acta Psychiatr Scand 2001; 103:111–116 [C]

318. Clark DC, Gibbons RD, Fawcett J, Scheftner WA: What is the mechanism by which suicide attempts predispose to later suicide attempts? a mathematical model. J Abnorm Psychol 1989; 98:42–49 [G]

319. Hagnell O, Rorsman B: Suicide in the Lundby study: a comparative investigation of clinical aspects. Neuropsychobiology 1979; 5:61–73 [D]

320. Fenton WS, McGlashan TH: Natural history of schizophrenia subtypes. II. positive and negative symptoms and long-term course. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:978–986 [C]

321. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, Caine ED: Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. J Am Geriatr Soc 2000; 48:23–29 [D]

322. Conwell Y, Henderson R, Caine E: Suicide and neurological illness. Neurolog 1995; 1:284– 294 [F]

323. Stenager EN, Stenager E: Suicide and patients with neurologic diseases: methodologic problems. Arch Neurol 1992; 49:1296–1303 [E]

324. White SJ, McLean AE, Howland C: Anticonvulsant drugs and cancer: a cohort study in patients with severe epilepsy. Lancet 1979; 2:458–461 [C]

325. Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, Asberg M, Tomson T: Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study. Epilepsia 2002; 43:644–651 [D]

326. Rafnsson V, Olafsson E, Hauser WA, Gudmundsson G: Cause-specific mortality in adults with unprovoked seizures: a population-based incidence cohort study. Neuroepidemiology 2001; 20:232–236 [G]

327. Fukuchi T, Kanemoto K, Kato M, Ishida S, Yuasa S, Kawasaki J, Suzuki S, Onuma T: Death in epilepsy with special attention to suicide cases. Epilepsy Res 2002; 51:233–236 [D]

328. Barraclough BM: The suicide rate of epilepsy. Acta Psychiatr Scand 1987; 76:339–345 [F]

329. Mendez MF, Cummings JL, Benson DF: Depression in epilepsy: significance and phenom- enology. Arch Neurol 1986; 43:766–770 [D]

330. Hawton K, Fagg J, Marsack P: Association between epilepsy and attempted suicide. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1980; 43:168–170 [G]

331. Mendez MF, Grau R, Doss RC, Taylor JL: Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. Neurology 1993; 43:1073–1077 [G]

332. Arciniegas DB, Anderson CA: Suicide in neurologic illness. Curr Treat Options Neurol 2002; 4:457–468 [G]

333. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P: Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. Br Med J 2002; 324:1355 [D]

334. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Bronnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, Bille-Brahe U: Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992; 55:542–545 [C]

335. Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, Gross EM, Morgan EB, Hsu MA, Mann JJ: Increased risk of suicide in persons with AIDS. JAMA 1988; 259:1333–1337 [E]

336. Cote TR, Biggar RJ, Dannenberg AL: Risk of suicide among persons with AIDS: a national assessment. JAMA 1992; 268:2066–2068 [G]

337. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ: Association between physical illness and suicide among the elderly. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37:190–197 [D]

338. Grabbe L, Demi A, Camann MA, Potter L: The health status of elderly persons in the last year of life: a comparison of deaths by suicide, injury, and natural causes. Am J Public Health 1997; 87:434–437 [D]

339. Whitlock FA: Suicide and physical illness, in Suicide. Edited by Roy A. Baltimore, Williams & Wilkins, 1986, pp 151–170 [G]

340. Fishbain DA, Goldberg M, Rosomoff RS, Rosomoff H: Completed suicide in chronic pain. Clin J Pain 1991; 7:29–36 [E]

341. Fishbain DA: The association of chronic pain and suicide. Semin Clin Neuropsychiatry 1999; 4:221–227 [F]

342. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ: Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995; 152:1185–1191 [C]

343. Cattell H, Jolley DJ: One hundred cases of suicide in elderly people. Br J Psychiatry 1995; 166:451–457 [G]

344. Woodruff RAJ, Clayton PJ, Guze SB: Suicide attempts and psychiatric diagnosis. Dis Nerv Syst 1972; 33:617–621 [G]

345. Roy A: Family history of suicide. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:971–974 [D]

346. Tsuang MT: Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives, and controls. J Clin Psychiatry 1983; 44:396–400 [D]

347. Linkowski P, de Maertelaer V, Mendlewicz J: Suicidal behavior in major depressive illness. Acta Psychiatr Scand 1985; 72:233–238 [G]

348. Runeson B, Beskow J: Borderline personality disorder in young Swedish suicides. J Nerv Ment Dis 1991; 179:153–156 [G]

349. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T: Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:1087–1097 [D]

350. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly B: Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:1145– 1152 [D]

351. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D: Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:1155–1162 [D]

352. Johnson BA, Brent DA, Bridge J, Connolly J: The familial aggregation of adolescent suicide attempts. Acta Psychiatr Scand 1998; 97:18–24 [D]

353. Foster T, Gillispie K, Patterson C: Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder: case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. Br J Psychiatry 1999; 175:175–179 [D]

354. Cavazzoni P, Grof P, Zvolsky P, Alda M: A family study of suicidal behavior in bipolar- spectrum disorders. Bipolar Disord 1999; 1:27–28 [G]

355. Vijayakumar L, Rajkumar S: Are risk factors for suicide universal? a case-control study in India. Acta Psychiatr Scand 1999; 99:407–411 [D]

356. Cheng AT, Jenkins R: Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. Br J Psychiatry 2000; 177:360–365 [D]

357. Powell J, Geddes J, Hawton K: Suicide in psychiatric hospital inpatients: risk factors and their predictive power. Br J Psychiatry 2000; 176:266–272 [D]

358. Roy A: Relation of family history of suicide to suicide attempts in alcoholics. Am J Psychiatry 2000; 157:2050–2051 [G]

359. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Bridge J, Ellis S, Salazar JO, Mann JJ: Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:801–807 [C]

360. Egeland JA, Sussex JN: Suicide and family loading for affective disorders. JAMA 1985; 254:915–918 [G]

361. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J, Lyons MJ, Tsuang MT, Jacob T, True MR, Eisen SA: A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. Psychol Med 2002; 32:11–24 [G]

362. Grossman DC, Milligan BC, Deyo RA: Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. Am J Public Health 1991; 81:870–874 [G]

363. Reynolds P, Eaton P: Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. Can J Psychiatry 1986; 31:328–330 [G]

364. Runeson BS: History of suicidal behaviour in the families of young suicides. Acta Psychiatr Scand 1998; 98:497–501 [G]

365. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N: Genetics of suicide in depression. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):12–17 [F]

366. Mann JJ, Brent DA, Arango V: The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. Neuropsychopharmacology 2001; 24:467–477 [F]

367. McGuffin P, Marusic A, Farmer A: What can psychiatric genetics offer suicidology? Crisis 2001; 22:61–65 [E]

368. Turecki G: Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? Bipolar Disord 2001; 3:335– 349 [F]

369. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M: Genetics of suicides: family studies and molecular genetics. Ann N Y Acad Sci 1997; 836:135–157 [F]

370. Kallman F, Anastasio M: Twin studies on the psychopathology of suicide. J Nerv Ment Dis 1947; 105:40–55 [G]

371. Haberlandt W: Aportacion a la genetica del suicidio (Contribution to the genetics of suicide). Folia Clin Int (Barc) 1967; 17:319–322 [F]

372. Juel-Nielsen N, Videbech T: A twin study of suicide. Acta Genet Med Gemellol (Roma) 1970; 19:307–310 [G]

373. Zair K: A suicidal family. Br J Psychiatry 1981; 189:68–69 [G]

374. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD: Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:29–32 [C]

375. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, Slutske WS, Dunne MP, Martin NG: Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. Psychol Med 1998; 28:839–855 [G]

376. Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F: The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. J Psychiatr Res 1968; 6(suppl 1):345–362 [D]

377. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender R: A family study of suicide, in Origins, Prevention, and Treatment of Affective Disorders. Edited by Schou M, Stromgren E. New York, Academic Press, 1979, pp 277–287 [G]

378. Wender PH, Kety SS, Rosenthal D, Schulsinger F, Ortmann J, Lunde I: Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:923–929 [D]

379. Durkheim E: Suicide: A Study in Sociology. New York, Free Press, 1951 [G]

380. Platt S: Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. Soc Sci Med 1984; 19:93–115 [F]

381. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT: Unemployment and serious suicide attempts. Psychol Med 1998; 28:209–218 [D]

382. Owens D, Dennis M, Read S, Davis N: Outcome of deliberate self-poisoning: an exami- nation of risk factors for repetition. Br J Psychiatry 1994; 165:797–801 [C]

383. Pirkis J, Burgess P, Dunt D: Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. Crisis 2000; 21:16–25 [G]

384. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M: Factors associated with suicide after parasuicide in young people. Br Med J 1993; 306:1641–1644 [D]

385. Johansson SE, Sundquist J: Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: an 11-year follow-up study of a cross-sectional sample of 37,789 people. Public Health 1997; 111:41–45 [C]

386. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D: The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. Psychol Med 2001; 31:827–836 [D]

387. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y: Age-related patterns of factors associated with completed suicide in men with alcohol dependence. Am J Addict 1999; 8:312–318 [G]

388. Tsuang MT, Simpson JC, Fleming JA: Epidemiology of suicide. Int Rev Psychiatry 1992; 4:117–129 [E]

389. Khan MM, Reza H: The pattern of suicide in Pakistan. Crisis 2000; 21:31–35 [G]

390. Kamal Z, Lowenthal KM: Suicide beliefs and behaviour among young Muslims and Hindus in the UK. Ment Health Relig Cult 2002; 5:111–118 [D]

391. Ineichen B: The influence of religion on the suicide rate: Islam and Hinduism compared. Ment Health Relig Cult 1998; 1:31–36 [G]

392. Simpson ME, Conklin GH: Socioeconomic development, suicide, and religion. Social Forces 1989; 67:945–964 [G]

393. Lester D: Islam and suicide. Psychol Rep 2000; 87:692 [G]

394. Maris RW: Pathways to Suicide: A Survey of Self-Destructive Behaviors. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981 [G]

395. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL: Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. Am J Epidemiol 2002; 155:413–419 [G]

396. Neeleman J, Wessely S, Lewis G: Suicide acceptability in African- and white Americans: the role of religion. J Nerv Ment Dis 1998; 186:12–16 [G]

397. Neeleman J, Halpern D, Leon D, Lewis G: Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. Psychol Med 1997; 27:1165–1171 [G]

398. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L: The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. J Nerv Ment Dis 2000; 188:543–546 [D]

399. Miller M: Geriatric suicide: the Arizona study. Gerontologist 1978; 18:488–495 [D]

400. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, Wallace R: Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. Am J Geriatr Psychiatry 2002; 10:398–406 [C]

401. Stravynski A, Boyer R: Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. Suicide Life Threat Behav 2001; 31:32–40 [C]

402. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK: Social factors in suicide. Br J Psychiatry 1995; 167:747–753 [C]

403. Beautrais AL: A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. Suicide Life Threat Behav 2002; 32:1–9 [D]

404. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M: Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet 2002; 360:1728–1736 [D]

405. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P: Life events and psychosocial factors in elderly suicides—a case-control study. Psychol Med 2001; 31:1193–1202 [D]

406. Beautrais AL: Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychol Med 2001; 31:837–845 [D]

407. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA: Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. J Consult Clin Psychol 1983; 51:276–286 [D]

408. Wenz FV: Family constellation factors and parent suicide potential. J Nerv Ment Dis 1982; 170:270–274 [G]

409. Josepho SA, Plutchik R: Stress, coping, and suicide risk in psychiatric inpatients. Suicide Life Threat Behav 1994; 24:48–57 [D]

410. Shneidman ES: Overview: a multidimensional approach to suicide, in Suicide: Understand- ing and Responding. Edited by Jacobs D, Brown HN. Madison, Conn, International Universities Press, 1989, pp 1–30 [G]

411. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK: Antisocial behaviour in adoles- cent suicide. Acta Psychiatr Scand 1994; 89:167–173 [G]

412. Maltsberger JT: Suicide danger: clinical estimation and decision. Suicide Life Threat Behav 1988; 18:47–54 [G]

413. Kaslow NJ, Reviere SL, Chance SE, Rogers JH, Hatcher CA, Wasserman F, Smith L, Jessee S, James ME, Seelig B: An empirical study of the psychodynamics of suicide. J Am Psychoanal Assoc 1998; 46:777–796 [D]

414. Gabbard GO: Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contem- porary approach. Bull Menninger Clin 2001; 65:41–57 [G]

415. Menninger K: Psychoanalytic aspects of suicide. Int J Psychoanal 1933; 14:376–390 [G]

416. Asch SS: Suicide and the hidden executioner. Int Rev Psychoanal 1980; 7:51–60 [G]

417. Meissner WW: Psychotherapy and the Paranoid Process. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986 [G]

418. Fenichel O: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, WW Norton, 1945 [G]

419. Dorpat TL: Suicide, loss, and mourning. Suicide Life Threat Behav 1973; 3:213–224 [G]

420. Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000 [G]

421. Shneidman ES: Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. J Nerv Ment Dis 1993; 181:147–149 [G]

422. Hughes SL, Neimeyer RA: Cognitive predictors of suicide risk among hospitalized psychiatric patients: a prospective study. Death Stud 1993; 17:103–124 [C]

423. Duberstein PR: Are closed-minded people more open to the idea of killing themselves? Suicide Life Threat Behav 2001; 31:9–14 [C]

424. Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED: Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. Psychiatry 1994; 57:213–224 [D]

425. Shulman E: Vulnerability factors in Sylvia Plath's suicide. Death Stud 1998; 22:597–613 [G]

426. Birtchnell J: Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. Am J Psychother 1983; 37:24–36 [G]

427. Kessler RC, Borges G, Walters EE: Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:617–626 [C]

428. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR: Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat Behav 1999; 29:1–9 [C]

429. Kroll J: Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. Am J Psychiatry 2000; 157:1684–1686 [C]

430. Drew BL: Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. Arch Psychiatr Nurs 2001; 15:99–106 [C]

431. Robins E: The Final Months: A Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide. New York, Oxford University Press, 1981 [G]

432. Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow MJ, O'Carroll PW: Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav 2001; 32:49–59 [D]

433. Weissman A, Worden JW: Risk-rescue rating in suicide assessment. Arch Gen Psychiatry 1972; 26:553–560 [G]

434. Kaplan MS, Geling O: Sociodemographic and geographic patterns of firearm suicide in the United States, 1989–1993. Health Place 1999; 5:179–185 [F]

435. Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J: Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. Br Med J 2001; 322:1203–1207 [C]

436. Gunnell D, Middleton N, Frankel S: Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950–1975. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35:437–443 [C]

437. Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K, Morgan EB, Stajic M, Mann JJ: The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:451–458 [C]

438. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP: The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. JAMA 1991; 266:2989–2995 [D]

439. Beck AT, Beck R, Kovacs M: Classification of suicidal behaviors. I. quantifying intent and medical lethality. Am J Psychiatry 1975; 132:285–287 [G]

440. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L: Classification of suicidal behaviors. II. dimen- sions of suicidal intent. Arch Gen Psychiatry 1976; 33:835–837 [G]

441. Pierce DW: The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. Br J Psychiatry 1981; 139:391–396 [C]

442. Sharma V, Persad E, Kueneman K: A closer look at inpatient suicide. J Affect Disord 1998; 47:123–129 [D]

443. Myers DH, Neal CD: Suicide in psychiatric patients. Br J Psychiatry 1978; 133:38–44 [G]

444. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ: Acute intoxication and substance abuse among patients presenting to a psychiatric emergency service. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18:183– 191 [G]

445. Jacobs D: Evaluation and care of suicidal behavior in emergency settings. Int J Psychiatry Med 1982; 12:295–310 [F]

446. Schnyder U, Valach L: Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. Gen Hosp Psychiatry 1997; 19:119–129 [G]

447. Szuster RR, Schanbacher BL, McCann SC: Characteristics of psychiatric emergency room patients with alcohol- or drug-induced disorders. Hosp Community Psychiatry 1990; 41:1342–1345 [G]

448. Hillard JR, Ramm D, Zung WW, Holland JM: Suicide in a psychiatric emergency room population. Am J Psychiatry 1983; 140:459–462 [C]

449. Skelton H, Dann LM, Ong RT, Hamilton T, Ilett KF: Drug screening of patients who deliberately harm themselves admitted to the emergency department. Ther Drug Monit 1998; 20:98–103 [G]

450. Dennis M, Beach M, Evans PA, Winston A, Friedman T: An examination of the accident and emergency management of deliberate self harm. J Accid Emerg Med 1997; 14:311–315 [G]

451. Dhossche DM: Suicidal behavior in psychiatric emergency room patients. South Med J 2000; 93:310–314 [G]

452. Hawley CJ, James DV, Birkett PL, Baldwin DS, de Ruiter MJ, Priest RG: Suicidal ideation as a presenting complaint: associated diagnoses and characteristics in a casualty population. Br J Psychiatry 1991; 159:232–238 [G]

453. McGrath J: A survey of deliberate self-poisoning. Med J Aust 1989; 150:317–318, 320– 321, 324 [G]

454. Varadaraj R, Mendonca J: A survey of blood-alcohol levels in self-poisoning cases. Adv Alcohol Subst Abuse 1987; 7:63–69 [G]

455. Simon RI, Goetz S: Forensic issues in the psychiatric emergency department. Psychiatr Clin North Am 1999; 22:851–864 [G]

456. Kastenbaum R, Mishara BL: Premature death and self-injurious behavior in old age. Geriatrics 1971; 26:71–81 [C]

457. Nelson FL, Farberow NL: The development of an Indirect Self-Destructive Behaviour Scale for use with chronically ill medical patients. Int J Soc Psychiatry 1982; 28:5–14 [C]

458. Draper B, Brodaty H, Low LF: Types of nursing home residents with self-destructive behaviours: analysis of the Harmful Behaviours Scale. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17:670–675 [G]

459. Draper B, Brodaty H, Low LF, Richards V, Paton H, Lie D: Self-destructive behaviors in nursing home residents. J Am Geriatr Soc 2002; 50:354–358 [G]

460. Osgood NJ, Brant BA: Suicidal behavior in long-term care facilities. Suicide Life Threat Behav 1990; 20:113–122 [G]

461. Abrams RC, Young RC, Holt JH, Alexopoulos GS: Suicide in New York City nursing homes: 1980–1986. Am J Psychiatry 1988; 145:1487–1488 [G]

462. Rovner BW, Kafonek S, Filipp L, Lucas MJ, Folstein MF: Prevalence of mental illness in a community nursing home. Am J Psychiatry 1986; 143:1446–1449 [G]

463. Tariot PN, Podgorski CA, Blazina L, Leibovici A: Mental disorders in the nursing home: another perspective. Am J Psychiatry 1993; 150:1063–1069 [G]

464. Nelson FL, Farberow NL: Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. J Gerontol 1980; 35:949–957 [G]

465. American Psychiatric Association: Psychiatric Services in Jails and Prisons, 2nd ed. Wash- ington, DC, American Psychiatric Association, 2000 [G]

466. Metzner JL, Miller RD, Kleinsasser D: Mental health screening and evaluation within prisons. Bull Am Acad Psychiatry Law 1994; 22:451–457 [F]

467. Metzner JL: Class action litigation in correctional psychiatry. J Am Acad Psychiatry Law 2002; 30:19–29 [F]

468. Maruschak LM: HIV in Prisons and Jails, 1999. Bureau of Justice Statistics Bulletin NCJ 187456. Washington, DC, US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, July 2001 [E]

469. Hayes LM: Prison Suicide: An Overview and Guide to Prevention. Washington, DC, US Department of Justice, National Institute of Corrections, 1995 [G]

470. McKee GR: Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. Psychol Rep 1998; 82:611–614 [G]

471. Bell CC: Correctional psychiatry, in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Edited by Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (in press) [G]

472. Metzner JL: An introduction to correctional psychiatry, part I. J Am Acad Psychiatry Law 1997; 25:375–381 [F]

473. Marcus P, Alcabes P: Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. Hosp Commu- nity Psychiatry 1993; 44:256–261 [C]

474. Hayes LM, Kajden B: And Darkness Closes In...A National Study of Jail Suicides: Final Report to the National Institute of Corrections. Washington, DC, National Center on Institutions and Alternatives, 1981 [E]

475. Salive ME, Smith GS, Brewer TF: Suicide mortality in the Maryland state prison system, 1979 through 1987. JAMA 1989; 262:365–369 [G]

476. Hayes LM: National study of jail suicides: seven years later. Psychiatr Q 1989; 60:7–29 [F]

477. Dooley E: Prison suicide in England and Wales, 1972–87. Br J Psychiatry 1990; 156:40–45 [G]

478. Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P: Causes of death among people in custody in Ontario, 1990–1999. Can Med Assoc J 2002; 167:1109–1113 [G]

479. Bonner RL: Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars, in Assessment and Prediction of Suicide. Edited by Berman AL, Maris RW, Maltsberger JT, Yufit RI. New York, Guilford, 2002, pp 398–419 [F]

480. Felthous AR: Does "isolation" cause jail suicides? J Am Acad Psychiatry Law 1997; 25:285– 294 [F]

481. Cox JF, Landsberg G, Paravati MP: The essential components of a crisis intervention program for local jails: the New York Local Forensic Suicide Prevention Crisis Service Model. Psychiatr Q 1989; 60:103–117 [F]

482. Freeman A, Alaimo C: Prevention of suicide in a large urban jail. Psychiatr Ann 2001; 31:447– 452 [F]

483. Rowan JR, Hayes LM: Training Curriculum on Suicide Detection and Prevention in Jails and Lockups. Washington, DC, National Institute of Corrections, 1995 [G]

484. National Commission on Correctional Health Care: Standards for Health Services in Jails. Chicago, National Commission on Correctional Health Care, 1996 [G]

485. National Commission on Correctional Health Care: Standards for Health Services in Prisons. Chicago, National Commission on Correctional Health Care, 1997 [G]

486. Sherman LG, Morschauser PC: Screening for suicide risk in inmates. Psychiatr Q 1989; 60:119–138 [F]

487. National Commission on Correctional Health Care: Correctional Mental Health Care: Standards and Guidelines for Delivering Services. Chicago, National Commission on Correctional Health Care, 1999 [G]

488. Havens LL: The anatomy of a suicide. N Engl J Med 1965; 272:401–406 [G]

489. Jacobs D: Psychotherapy with suicidal patients: the empathic method, in Suicide: Under- standing and Responding. Edited by Jacobs D, Brown HN. Madison, Conn, International Universities Press, 1989, pp 329–342 [G]

490. Hendin H: Psychotherapy and suicide. Am J Psychother 1981; 35:469–480 [G]

491. Schwartz D, Flinn DE, Slawson PF: Treatment of the suicidal character. Am J Psychother 1974; 28:194–207 [G]

492. Shneidman E: Psychotherapy with suicidal patients, in Specialized Techniques in Individual Psychotherapy. Edited by Karasu TB, Bellak L. New York, Brunner/Mazel, 1980, pp 304– 313 [G]

493. Richmond J, Eyman JR: Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approach- es, in Understanding Suicide: The State of the Art. Edited by Lester D. Philadelphia, Charles C Thomas, 1990, pp 139–158 [G]

494. Smith K, Eyman J: Ego structure and object differentiation in suicidal patients, in Primitive Mental States and the Rorschach. Edited by Lerner HD, Lerner PM. New York, International Universities Press, 1988, pp 175–202 [G]

495. Gabbard G, Lester E: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1995 [G]

496. Maltsberger JT, Buie DH: The devices of suicide. Int Rev Psychoanal 1980; 7:61–71 [G]

497. Jacobs D: Evaluation and management of the violent patient in emergency settings. Psychiatr Clin North Am 1983; 6:259–269 [G]

498. American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Asso- ciation of Psychiatric Health Systems: Learning From Each Other: Success Stories and Ideas for Reducing Restraint/Seclusion in Behavioral Health. Arlington, Va, American Psychiatric Association, 2003. http://www.psych. org/clin_res/learningfromeachother.cfm [G]

499. McCulloch LE, McNiel DE, Binder RL, Hatcher C: Effects of a weapon screening procedure in a psychiatric emergency room. Hosp Community Psychiatry 1986; 37:837–838 [G]

500. Paris J: Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv 2002; 53:738–742 [E]

501. Waterhouse J, Platt S: General hospital admission in the management of parasuicide: a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 1990; 156:236–242 [A–]

502. Bongar B, Maris RW, Berman AL, Litman RE, Silverman MM: Inpatient standards of care and the suicidal patient, part I: general clinical formulations and legal considerations. Suicide Life Threat Behav 1993; 23:245–256 [G]

503. McCormick JJ, Currier GW: Emergency medicine and mental health law. Top Emerg Med 1999; 21:28–37 [G]

504. Stewart SE, Manion IG, Davidson S, Cloutier P: Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40:580–587 [G]

505. Craig TJ, Huffine CL, Brooks M: Completion of referral to psychiatric services by inner city residents. Arch Gen Psychiatry 1974; 31:353–357 [B]

506. Knesper DJ: A study of referral failures for potentially suicidal patients: a method of medical care evaluation. Hosp Community Psychiatry 1982; 33:49–52 [G]

507. Jellinek M: Referrals from a psychiatric emergency room: relationship of compliance to demographic and interview variables. Am J Psychiatry 1978; 135:209–213 [G]

508. Dressler DM, Prusoff B, Mark H, Shapiro D: Clinician attitudes toward the suicide attempter. J Nerv Ment Dis 1975; 160:146–155 [G]

509. Gillig PM, Hillard JR, Deddens JA, Bell J, Combs HE: Clinicians' self-reported reactions to psychiatric emergency patients: effect on treatment decisions. Psychiatr Q 1990; 61:155– 162 [G]

510. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR, Song J: The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol 2000; 68:1081–1093 [C]

511. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry 2000; 157(April suppl):1–45 [G]

512. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am J Psychiatry 2002; 159(April suppl):1–50 [G]

513. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154(April suppl):1–63 [G]

514. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1998; 155(May suppl):1–34 [G]

515. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158(Oct suppl):1–52 [G]

516. Cornelius JR, Salloum IM, Lynch K, Clark DB, Mann JJ: Treating the substance-abusing suicidal patient. Ann N Y Acad Sci 2001; 932:78–90 [E]

517. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, Robinson P: The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. Med Care 1995; 33:67–74 [B]

518. Welch SS: A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatr Serv 2001; 52:368–375 [F]

519. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM: Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self- injury in women with borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 2002; 111:198– 202 [G]

520. Favazza A: Self-mutilation, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs DG. San Francisco, Jossey-Bass, 1998, pp 125–145 [F]

521. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R: Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. J Personal Disord 1994; 8:257–267 [D/E]

522. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:1060–1064 [A–]

523. Linehan MM, Schmidt H III, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA: Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict 1999; 8:279–292 [A]

524. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH: Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. J Abnorm Psychol 1996; 105:541–550 [C]

525. Gerbasi JB, Bonnie RJ, Binder RL: Resource document on mandatory outpatient treat- ment. J Am Acad Psychiatry Law 2000; 28:127–144 [F]

526. Baldessarini RJ: Drugs and the treatment of psychiatric disorders: antidepressant and antianxiety agents, in Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics,

10th ed. Edited by Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG. New York, McGraw-Hill, 2001, pp 485–520 [G]

527. Cornelius JR, Salloum IM, Thase ME, Haskett RF, Daley DC, Jones-Barlock A, Upsher C, Perel JM: Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholic cocaine abusers. Psychophar- macol Bull 1998; 34:117–121 [A]

528. Malone KM: Pharmacotherapy of affectively ill suicidal patients. Psychiatr Clin North Am 1997; 20:613–625 [G]

529. Angst J, Sellaro R, Angst F: Long-term outcome and mortality of treated vs untreated bipolar and depressed patients: a preliminary report. Int J Psychiatr Clin Pract 1998; 2:115–119 [D]

530. Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A: Antidepressants and suicidal risk. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):94–99 [F]

531. Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J: Antidepressant medication and suicide in Sweden. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2001; 10:525–530 [G]

532. Joyce PR: Improvements in the recognition and treatment of depression and decreasing suicide rates. N Z Med J 2001; 114:535–536 [G]

533. Baldessarini RJ, Hennen J, Kwok KW, Ioanitescu DO, Ragade J, Tondo L, Simhandl C: Suicidal risk and assessment and antidepressant treatment: a meta-analysis (unpublished manuscript). Mailman Research Center, McLean Hospital, Belmont, Mass, 2002 [E]

534. Prien RF, Klett CJ, Caffey CM: Lithium prophylaxis in recurrent affective illness. Am J Psychiatry 1974; 131:198–203 [B]

535. Avery D, Winokur G: Suicide, attempted suicide, and relapse rates in depression. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:749–753 [C]

536. Rouillon F, Phillips R, Serrurier D, Ansart E, Gérard MJ: Rechutes de dépression unipolaire et efficacité de la maprotiline (RECURRENCE OF UNIPOLAR DEPRESSION AND EFFICACY OF MAPROTILINE). L'Éncephale 1989; 15:527–534 [A]

537. Beasley CM Jr, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AHJ, Heiligenstein JH, Thompson VL, Murphy DJ, Masica DN: Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. Br Med J 1991; 303:685–692 [E]

538. Jick H, Ulcickas M, Dean A: Comparison of frequencies of suicidal tendencies among patients receiving fluoxetine, lofepramine, mianserin, or trazodone. Pharmacotherapy 1992; 12:451– 454 [G]

539. Möller H-J, Steinmeyer EM: Are serotonergic reuptake inhibitors more potent in reducing suicidality? an empirical study on paroxetine. Eur Neuropsychopharmacol 1994; 4:55–59 [A]

540. Jick SS, Dean AD, Jick H: Antidepressants and suicide. Br Med J 1995; 310:215–218 [C/D]

541. Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC: Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. Eur Neuropsychopharmacol 1995; 5:5–13 [E]

542. Warshaw MG, Keller MB: The relationships between fluoxetine use and suicidal behavior in 654 subjects with anxiety disorders. J Clin Psychiatry 1996; 57:158–166 [C]

543. Kasper S: The place of milnacipran in the treatment of depression. Hum Psychopharmacol 1997; 12(suppl):135–141 [F]

544. Mucci M: Reboxetine: a review of antidepressant tolerability. J Psychopharmacol 1997; 11(suppl 4):S33–S37 [B]

545. Leon AC, Keller MB, Warshaw MG, Mueller TI, Solomon DA, Coryell W, Endicott J: Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects. Am J Psychiatry 1999; 156:195–201 [C]

546. Khan A, Warner HA, Brown WA: Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administra- tion database. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:311–317 [G]

547. Khan A, Khan SR, Leventhal RM, Brown WA: Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. Am J Psychiatry 2001; 158:1449–1454 [C]

548. Khan A, Khan S, Kolts R, Brown WA: Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepres- sants, and placebo: analysis of FDA reports. Am J Psychiatry 2003; 160:790–792 [E]

549. Ohberg A, Vuori E, Klaukka T, Lonnqvist J: Antidepressants and suicide mortality. J Affect Disord 1998; 50:225–233 [F]

550. Isacsson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U: Psychotropics and suicide prevention: implications from toxicological screening of 5,281 suicides in Sweden 1992–1994. Br J Psychiatry 1999; 174:259–265 [G]

551. Rothschild AJ, Locke CA: Re-exposure to fluoxetine after serious suicide attempts by three patients: the role of akathisia. J Clin Psychiatry 1992; 52:491–492 [G]

552. Teicher MH, Glod C, Cole JO: Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. Am J Psychiatry 1990; 147:207–210 [E]

553. Healy D, Langmaak C, Savage M: Suicide in the course of the treatment of depression. J Psychopharmacol 1999; 13:94–99 [F]

554. Tollefson GD, Rampey AH, Beasley CM, Enas GG, Potvin JH: Absence of a relationship between adverse events and suicidality during pharmacotherapy for depression. J Clin Psycho- pharmacol 1994; 14:163–169 [E]

555. Beasley CM Jr, Potvin JH, Masica DN, Wheadon DE, Dornseif BE, Genduso LA: Fluoxetine: no association with suicidality in obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord 1992; 24:1–10 [A]

556. Cassidy S, Henry J: Fatal toxicity of antidepressant drugs in overdose. Br Med J 1987; 295:1021–1024 [G]

557. Kapur S, Mieczkowski T, Mann JJ: Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. JAMA 1992; 268:3441–3445 [E]

558. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J: Treating the suicidal patient with bipolar disorder: reducing suicide risk with lithium. Ann N Y Acad Sci 2001; 932:24–38 [E]

559. Coppen A, Standish-Barry H, Bailey J, Houston G, Silcocks P, Hermon S: Does lithium reduce mortality of recurrent mood disorders? J Affect Disord 1991; 23:1–7 [C]

560. Crundwell JK: Lithium and its potential benefit in reducing increased mortality rates due to suicide. Lithium 1994; 5:193–204 [C]

561. Nilsson A: Lithium therapy and suicide risk. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):85–88 [C]

562. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J, Viguera AC: Is lithium still worth using? an update of selected recent research. Harv Rev Psychiatry 2002; 10:59–75 [E]

563. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J: Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. J Clin Psychiatry 2003; 64(suppl 5):44–52 [E]

564. Tondo L, Ghiani C, Albert M: Pharmacologic interventions in suicide prevention. J Clin Psychiatry 2001; 62:51–55 [F]

565. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ: Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2001; 104:163–172 [E]

566. Baastrup PC, Poulsen JC, Schou M, Thomsen K, Amdisen A: Prophylactic lithium: double- blind discontinuation in manic-depressive and recurrent-depressive disorders. Lancet 1970; 1:326–330 [A]

567. Bech P, Vendsborg PB, Rafaelsen O: Lithium maintenance treatment of manic-melancholic patients: its role in the daily routine. Acta Psychiatr Scand 1976; 53:70–81 [G]

568. Kay DWK, Petterson U: Manic-depressive illness. Acta Psychiatr Scand 1977; 269(suppl): 55–60 [G]

569. Poole AJ, James HD, Hughes WC: Treatment experiences in the lithium clinic at St. Thomas' Hospital. J R Soc Med 1978; 71:890–894 [C]

570. Glen AIM, Dodd M, Hulme EB, Kreitman N: Mortality on lithium. Neuropsychobiology 1979; 5:167–173 [G]

571. Ahlfors UG, Baastrup PC, Dencker SJ, Elgen K, Lingjærde O, Pedersen V, Schou M, Aaskoven O: Flupentixol decanoate in recurrent manic-depressive illness: a comparison with lithium. Acta Psychiatr Scand 1981; 64:226–237 [A–]

572. Venkoba-Rao A, Hariharasubramanian N, Parvathi-Devi S, Sugumar A, Srinivasan V: Lithium prophylaxis in affective disorder. Indian J Psychiatry 1982; 23:22–23 [C]

573. Hanus K, Zalpetálek M: Suicidal activity of patients with affective disorders in the course of lithium prophylaxis. Ceskoslovenská Psychiatrie 1984; 80:97–100 [C]

574. Norton B, Whalley LH: Mortality of a lithium treatment population. Br J Psychiatry 1984; 145:277–282 [C]

575. Lepkifker E, Horesh N, Floru S: Long-term lithium prophylaxis in recurrent unipolar depression: a controversial indication. Acta Psychiatr Belg 1985; 85:434–443 [C]

576. Jamison KR: Suicide and bipolar disorders. Ann N Y Acad Sci 1986; 487:301–315 [F]

577. Page C, Benaim S, Lappin F: A long-term retrospective follow-up study of patients treated with prophylactic lithium carbonate. Br J Psychiatry 1987; 150:175–179 [C]

578. Schou M, Weeke A: Did manic-depressive patients who committed suicide receive prophy- lactic or continuation treatment at the time? Br J Psychiatry 1988; 153:324–327 [G]

579. Wehr TS, Sack DA, Rosenthal NE, Cowdry RW: Rapid cycling affective disorder: contributing factors and treatment responses in 51 patients. Am J Psychiatry 1988; 145:179–184 [G]

580. Nilsson AR, Axelsson R: Lithium discontinuers: clinical characteristics and outcome. Acta Psychiatr Scand 1990; 82:433–438 [C]

581. O'Connell R, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson VB, O'Brien NE: Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. Br J Psychiatry 1991; 159:123–129 [B]

582. Vestergaard P, Aagaard J: Five-year mortality in lithium-treated manic-depressive patients. J Affect Disord 1991; 21:33–38 [C]

583. Modestin J, Schwartzenbach F: Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in discharged psychiatric inpatients. Acta Psychiatr Scand 1992; 85:173–175 [D]

584. Müller-Oerlinghausen B, Müser-Causemann B, Volk J: Suicides and parasuicides in a high- risk patient group on and off lithium long-term medication. J Affect Disord 1992; 25:261–270 [C]

585. Rihmer Z, Rutz W, Barsi J: Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physicians in Hungary. Acta Psychiatr Scand 1993; 88:391–394 [G]

586. Felber W, Kyber A: Suizide und parasuizide während und ausserhalb einer lithium prophy- laxe, in Ziele und Ergebnisse der Medikamentosen Prophylaxe Affektiver Psychosen. Edited by Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A. Stuttgart, Germany, G Thieme Verlag, 1994, pp 53–59 [G]

587. Lenz G, Ahrens B, Denk BE, Müller-Oerlinghausen B, Schatzberger-Topitz A, Simhandl C, Wancata J: Mortalität nach ausschneiden aus der lithiumambulanz (Increased mortality after drop-out from lithium clinic), in Ziele und Ergebnisse der Medicamentösen Prophylaxe Affecktiver Psychosen. Edited by Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A. Stuttgart, Germany, G Theme Verlag, 1994, pp 49–52 [G]

588. Müller-Oerlinghausen B: Die "IGSLI" Studie zur mortalität lithium behandelter patienten mit affektiven psychosen, in Ziele und Ergebnisse der Medikamentosen Prophylaxe Affek- tiver Psychosen. Edited by Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A. Stuttgart, Germany, G Thieme Verlag, 1994, pp 35–40 [F]

589. Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B, Schou M, Wolf T, Alda M, Grof E, Grof P, Simhandl C, Thau K, Vestergaard P, Wolf R, Möller HJ: Excess cardiovascular and suicide mortality of affective disorders may be reduced by lithium prophylaxis. J Affect Disord 1995; 33:67–75 [E]

590. Koukopoulos A, Reginaldi D, Minnai G, Serra G, Pani L, Johnson FN: The long-term prophylaxis of affective disorders, in Depression and Mania: From Neurobiology to Treatment. Edited by Gessa G, Fratta W, Pani L, Serra G. New York, Raven Press, 1995, pp 127–147 [G]

591. Nilsson A: Mortality in recurrent mood disorders during periods on and off lithium: a complete population study in 362 patients. Pharmacopsychiatry 1995; 28:8–13 [C]

592. Thies-Flechtner K, Müller-Oerlinghausen B, Seibert W, Walther A, Greil W: Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. Pharmacopsychiatry 1996; 29:103–107 [A–]

593. Bocchetta A, Ardau R, Burrai C, Chillotti C, Quesada G, Del Zompo M: Suicidal behavior on and off lithium prophylaxis in a group of patients with prior suicide attempts. J Clin Psychopharmacol 1998; 18:384–389 [C]

594. Coppen A, Farmer R: Suicide mortality in patients on lithium maintenance therapy. J Affect Disord 1988; 50:261–267 [C]

595. Rucci P, Frank E, Kostelnik B, Fagiolini A, Mallinger AG, Swartz HA, Thase ME, Siegel L, Wilson D, Kupfer DJ: Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. Am J Psychiatry 2002; 159:1160–1164 [B]

596. Baldessarini RJ, Tarazi FI: Drugs and the treatment of psychiatric disorders: psychosis and mania, in Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10th ed. Edited by Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG. New York, McGraw-Hill, 2001, pp 485– 520 [G]

597. Greil W, Kleindienst N: The comparative prophylactic efficacy of lithium and carbamazepine in patients with bipolar I disorder. Int Clin Psychopharmacol 1999; 14:277–281 [C/A–]

598. Goodwin F, Fireman B, Simon G, Hunkeler E, Lee J, Revicki D: Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium, divalproex, and carbamazepine. JAMA (in press) [D]

599. Beisser AR, Blanchette JE: A study of suicide in a mental hospital. Dis Nerv Syst 1961; 22:365–369 [B]

600. Cohen S, Leonard CV, Farberow NL, Shneidman ES: Tranquilizers and suicide in the schizophrenic patient. Arch Gen Psychiatry 1964; 11:312–321 [C]

601. Ciompi L: Late suicide in former mental patients. Psychiatr Clin (Basel) 1976; 9:59–63 [D] 602. Palmer DD, Henter ID, Wyatt RJ: Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):100–103 [F]

603. Meltzer H, Alphs L, Green A, Altamura A, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam M, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer J-P, Potkin S: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry 2003; 60:82–91 [A–]

604. Shear MK, Frances A, Weiden P: Suicide associated with akathisia and depot fluphenazine treatment. J Clin Psychopharmacol 1983; 3:235–236 [C]

605. Drake RE, Ehrlich J: Suicide attempts associated with akathisia. Am J Psychiatry 1985; 142:499–501 [C]

606. Glazer WM: Formulary decisions and health economics. J Clin Psychiatry 1998; 59(suppl 19):23–29 [C]

607. Meltzer HY, Okayli G: Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic- resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. Am J Psychiatry 1995; 152:183– 190 [D]

608. Walker AM, Lanza LL, Arellano F, Rothman KJ: Mortality in current and former users of clozapine. Epidemiology 1997; 8:671–677 [D]

609. Reid WH, Mason M, Hogan T: Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder. Psychiatr Serv 1998; 49:1029–1033 [C]

610. Munro J, O'Sullivan D, Andrews C, Arana A, Mortimer A, Kerwin R: Active monitoring of 12,760 clozapine recipients in the UK and Ireland: beyond pharmacovigilance. Br J Psychiatry 1999; 175:576–580 [E]

611. Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, Rosenheck R: Impact of clozapine on completed suicide. Am J Psychiatry 2001; 158:931–937 [D]

612. Ertugrul A: Clozapine and suicide (letter). Am J Psychiatry 2002; 159:323 [G] 613. Meltzer H: Clozapine and suicide (letter). Am J Psychiatry 2002; 159:323–324 [G]

614. Cowdry RW, Gardner DL: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:111– 119 [A]

615. Gardner DL, Cowdry RW: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality dis- order. Am J Psychiatry 1985; 142:98–100 [G]

616. Gaertner I, Gilot C, Heidrich P, Gaertner HJ: A case control study on psychopharmaco- therapy before suicide committed by 61 psychiatric inpatients. Pharmacopsychiatry 2002; 35:37–43 [D]

617. Londborg PD, Smith WT, Glaudin V, Painter JR: Short-term cotherapy with clonazepam and fluoxetine: anxiety, sleep disturbance and core symptoms of depression. J Affect Disord 2000; 61:73–79 [A]

618. Smith WT, Londborg PD, Glaudin V, Painter JR: Short-term augmentation of fluoxetine with clonazepam in the treatment of depression: a double-blind study. Am J Psychiatry 1998; 155:1339–1345 [A]

619. Smith WT, Londborg PD, Glaudin V, Painter JR: Is extended clonazepam cotherapy of fluoxetine effective for outpatients with major depression? J Affect Disord 2002; 70:251– 259 [A–]

620. Rich CL, Spiker DG, Jewell SW, Neil JF: Response of energy and suicidal ideation to ECT. J Clin Psychiatry 1986; 47:31–32 [C]

621. Prudic J, Sackeim HA: Electroconvulsive therapy and suicide risk. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):104–110 [C]

622. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, Rasmussen K, Mueller M, O'Connor K, Smith G, Bernstein H, Biggs M, Bailine S, Rush AJ: Bilateral ECT rapidly relieves suicidality: findings from phase I of the CORE ECT study. Am J Psychiatry (submitted) [A]

623. American Psychiatric Association: The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommen- dations for Treatment, Training, and Privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association, 2nd ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001 [G]

624. Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 1999; 156:1563–1569 [A–]

625. Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry 2001; 158:36– 42 [C/A–]

626. Linehan MM: Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. Ann N Y Acad Sci 1997; 836:302–328 [F]

627. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Traskman-Bendz L: Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. Br Med J 1998; 317:441–447 [F]

628. Salkovskis PM, Atha C, Storer D: Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. Br J Psychiatry 1990; 157:871–876 [A]

629. Patsiokas AT, Clum GA: Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. Psychother Theory Res Pract Train 1985; 22:281–290 [A]

630. Liberman RP, Eckman T: Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. Arch Gen Psychiatry 1981; 38:1126–1130 [A]

631. Hawton K, McKeown S, Day A, Martin P, O'Connor M, Yule J: Evaluation of out-patient counselling compared with general practitioner care following overdoses. Psychol Med 1987; 17:751–761 [A]

632. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K: The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol Med 2001; 31:979–988 [E]

633. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K: Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD001764 [E]

634. Simon RI: Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for Clinical Risk Management. Arlington, Va, American Psychiatric Publishing (in press) [G]

635. Gutheil TJ, Applebaum PS: Clinical Handbook of Psychiatry and the Law, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000 [G]

636. Austin KM, Moline ME, Williams GT: Confronting Malpractice: Legal and Ethical Dilemmas in Psychotherapy. Newbury Park, Calif, Sage Publications, 1990 [G]

637. Simon RI: Taking the "sue" out of suicide. Psychiatr Ann 2000; 30:399–407 [G]

638. American Psychoanalytic Association: Charting psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 1997; 45:656–672 [G]

639. Miller M: Suicide-prevention contacts: advantages, disadvantages, and an alternative ap- proach, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs D. San Francisco, Jossey-Bass, 1998, pp 463–481 [G]

640. Simon RI: The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. J Am Acad Psychiatry Law 1999; 27:445–450 [F]

641. Stanford EJ, Goetz RR, Bloom JD: The no harm contract in the emergency assessment of suicidal risk. J Clin Psychiatry 1994; 55:344–348 [F]

642. Miller MC, Jacobs DG, Gutheil TG: Talisman or taboo: the controversy of the suicide- prevention contract. Harv Rev Psychiatry 1998; 6:78–87 [C]

643. American Psychiatric Association: The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001 [G]

644. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY: Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. Am J Psychiatry 1988; 145:224–228 [G]

645. Rubenstein HJ: Psychotherapists' Experiences of Patient Suicide (doctoral dissertation).

New York, City University of New York, Department of Psychology, 2002 [G]

646. Hendin H, Lipschitz A, Maltsberger JT, Haas AP, Wynecoop S: Therapists' reactions to patients' suicides. Am J Psychiatry 2000; 157:2022–2027 [G]

647. Gitlin MJ: A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. Am J Psychiatry 1999; 156:1630– 1634 [G]

648. Slovenko R: Psychiatry in Law. New York, Brunner-Rutledge, 2002 [G]

649. Simon RI: Clinical Psychiatry and the Law, 2nd ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, p 80 [G]

650. Saarinen PI, Viinamaeki H, Hintikka J, Lehtonen J, Lonnqvist J: Psychological symptoms of close relatives of suicide victims. Eur J Psychiatry 1999; 13:33–39 [C]

651. Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R: The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:253–259 [D]

652. Seguin M, Lesage A, Kiely MC: Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. Suicide Life Threat Behav 1995; 25:489–492 [C]

653. Shepherd D, Barraclough BM: The aftermath of suicide. Br Med J 1974; 2:600–603 [C]

654. Saarinen PI, Hintikka J, Viinamaki H, Lehtonen J, Lonnqvist J: Is it possible to adapt to the suicide of a close individual? results of a 10-year prospective follow-up study. Int J Soc Psychiatry 2000; 46:182–190 [C]

655. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman CJ, Roth C, Schweers J, Balach L: The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. Acta Psychiatr Scand 1993; 87:118–122 [G]

656. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Canobbio R: Major depression or uncomplicated bereavement? a follow-up of youth exposed to suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:231–239 [D]

657. Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, Beery LC, Rosenheck RA, Jacobs SC, Bierhals AJ, Kupfer DJ, Brent DA: Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. Am J Psychiatry 1999; 156:1994–1995 [G]

658. Callahan J: Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. Suicide Life Threat Behavior 2000; 30:104–124 [C]

659. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR: PTSD following bereavement. Ann Clin Psychiatry 1998; 10:157–163 [C]

660. Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R: Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:646–653 [C]

661. Gessner BD: Temporal trends and geographic patterns of teen suicide in Alaska, 1979– 1993. Suicide Life Threat Behav 1997; 27:264–273 [C]

662. Garlow SJ: Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. Am J Psychiatry 2002; 159:615–619 [C]

663. Joe S, Kaplan MS: Firearm-related suicide among young African-American males. Psychiatr Serv 2002; 53:332–334 [C]

664. Conwell Y: Suicide in the elderly. Crisis 1992; 13:6–8 [G]

665. Blazer DG, Bachar JR, Manton KG: Suicide in late life: review and commentary. J Am Geriatr Soc 1986; 34:519–525 [F]

666. Haas AP, Hendin H: Suicide among older people: projections for the future. Suicide Life Threat Behav 1983; 13:147–154 [C]

667. Lish JD, Zimmerman M, Farber NJ, Lush DT, Kuzma MA, Plescia G: Suicide screening in a primary care setting at a Veterans Affairs medical center. Psychosomatics 1996; 37:413– 424 [D]

668. Callahan CM, Hendrie HC, Nienaber NA, Tierney WM: Suicidal ideation among older primary care patients. J Am Geriatr Soc 1996; 44:1205–1209 [C]

669. Skoog I, Aevarsson O, Beskow J, Larsson L, Palsson S, Waern M, Landahl S, Ostling S: Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. Am J Psychiatry 1996; 153:1015–1020 [D]

670. Schwab JJ, Warheit GJ, Holzer CE III: Suicidal ideation and behavior in a general population. Dis Nerv Syst 1972; 33:745–748 [G]

671. Linden M, Barnow S: 1997 IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Aging Study. Int Psychogeriatr 1997; 9:291–307 [G]

672. Kposowa AJ: Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. J Epidemiol Community Health 2000; 54:254–261 [G]

673. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289:3095–3105 [G]

674. Cutright P, Fernquist RM: Firearms and suicide: the American experience, 1926–1996. Death Stud 2000; 24:705–719 [G]

675. Dannenberg AL, Carter DM, Lawson HW, Ashton DM, Dorfman SF, Graham EH: Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. Am J Obstet Gynecol 1995; 172:1557–1564 [G]

676. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, Iqbal MI: Lower risk of suicide during pregnancy. Am J Psychiatry 1997; 154:122–123 [G]

677. Appleby L: Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. BMJ 1991; 302:137– 140 [C]

678. Poussaint A, Alexander A: Lay My Burden Down. Boston, Beacon Press, 2000 [G]

679. Joe S, Kaplan MS: Suicide among African American men. Suicide Life Threat Behav 2001; 31(suppl):106–121 [F]

680. Ialongo N, McCreary BK, Pearson JL, Koenig AL, Wagner BM, Schmidt NB, Poduska J, Kellam SG: Suicidal behavior among urban, African American young adults. Suicide Life Threat Behav 2002; 32:256–271 [G]

681. Nisbet PA: Protective factors for suicidal black females. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:325–341 [C]

682. National Mental Health Association: Clincial Depression and African Americans (fact sheet). Alexandria, Va, National Mental Health Association, 2000 [G]

683. Van Winkle NW, May PA: Native American suicide in New Mexico, 1957–1979: a comparative study. Human Organization 1986; 45:296–309 [G]

684. Klausner SZ, Foulks EF: Eskimo Capitalists: Oil, Politics, and Alcohol. Totowa, NJ, Allan- held, Osmun, 1982 [G]

685. Yuen NY, Nahulu LB, Hishinuma ES, Miyamoto RH: Cultural identification and attempt- ed suicide in Native Hawaiian adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:360–367 [G]

686. Sorenson SB, Golding JM: Prevalence of suicide attempts in a Mexican-American popula- tion: prevention implications of immigration and cultural issues. Suicide Life Threat Behav 1988; 18:322–333 [G]

687. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, Williams B, Ross JG, Lowry R, Kolbe L: Youth risk behavior surveillance—United States, 2001. MMWR Surveill Summ 2002; 51:1–62 [G]

688. Lester D: Differences in the epidemiology of suicide in Asian Americans by nation of origin. Omega 1994; 29:89–93 [G]

689. Lee E: Asian American families: an overview, in Ethnicity and Family Therapy. Edited by McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK. New York, Guilford, 1996, pp 227–248 [G]

690. Shiang J, Blinn R, Bongar B, Stephens B, Allison D, Schatzberg A: Suicide in San Francisco, CA: a comparison of Caucasian and Asian groups, 1987–1994. Suicide Life Threat Behav 1997; 27:80–91 [C]

691. Smith JC, Mercy JA, Conn JM: Marital status and the risk of suicide. Am J Public Health 1988; 78:78–80 [G]

692. Rich CL, Fowler RC, Young D, Blenkush M: San Diego suicide study: comparison of gay to straight males. Suicide Life Threat Behav 1986; 16:448–457 [G]

693. Stack S: The effect of female participation in the labor force on suicide: a time series analysis. Sociol Forum 1987; 2:257–277 [G]

694. Clark DC, Goebel-Fabbri AE: Lifetime risk of suicide in major affective disorders, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs DG. San Francisco, Jossey-Bass, 1999, pp 270–286 [F]

695. Sher L, Oquendo MA, Mann JJ: Risk of suicide in mood disorders. Clinical Neuroscience Research 2001; 1:337–344 [C]

696. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J: Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):77–84 [E]

697. Guze SB, Robins E: Suicide and primary affective disorders. Br J Psychiatry 1970; 117:437– 438 [G]

698. Perris C, d'Elia G: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: X. mortality, suicide, and life-cycles. Acta Psychiatr Scand Suppl 1966; 194:172– 189 [G]

699. Buchholtz-Hansen PE, Wang AG, Kragh-Sorensen P: Mortality in major affective disorder: relationship to subtype of depression. The Danish University Antidepressant Group. Acta Psychiatr Scand 1993; 87:329–335 [C]

700. Tondo L, Baldessarini RJ: Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. J Clin Psychiatry 2000; 61(suppl 9):97–104 [F]

701. Isometsa E, Heikkinen M, Henriksson M, Aro H, Lonnqvist J: Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder: a comparison with major depressive suicides. J Affect Disord 1995; 33:99–106 [D]

702. Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ: Neuropsycho- logical dysfunction in depressed suicide attempters. Am J Psychiatry 2001; 158:735–741 [D]

703. Gladstone GL, Mitchell PB, Parker G, Wilhelm K, Austin MP, Eyers K: Indicators of suicide over 10 years in a specialist mood disorders unit sample. J Clin Psychiatry 2001; 62:945–951 [C]

704. Young AS, Nuechterlein KH, Mintz J, Ventura J, Gitlin M, Liberman RP: Suicidal ideation and suicide attempts in recent-onset schizophrenia. Schizophr Bull 1998; 24:629–634 [C]

705. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY: Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Schizophr Res 2003; 60:71–80 [D]

706. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am J Psychiatry 1996; 153:1185–1188 [G]

707. Henriksson MM, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK: Panic disorder in completed suicide. J Clin Psychiatry 1996; 57:275–281 [G]

708. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL: Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. Arch Gen Psychiatry 1990; 47:805–808 [G]

709. Fleet RP, Dupuis G, Kaczorowski J, Marchand A, Beitman BD: Suicidal ideation in emergency department chest pain patients: panic disorder a risk factor. Am J Emerg Med 1997; 15:345–349 [G]

710. Friedman S, Jones JC, Chernen L, Barlow DH: Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two outpatient clinics. Am J Psychiatry 1992; 149:680–685 [D]

711. Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, Cornelius MD, Black A, Mann JJ: Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. Addict Behav 1998; 23:119–121 [D]

712. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861–865 [G]

713. Tomasson K: Hopelessness as a predictor of suicide. Am J Psychiatry 1990; 147:1577–1578 [G] 714. Goodwin DW, Alderson P, Rosenthal R: Clinical significance of hallucinations in psychiatric

disorders: a study of 116 hallucinatory patients. Arch Gen Psychiatry 1971; 24:76–80 [G] 715. Borges G, Rosovsky H: Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. J Stud Alcohol 1996; 57:543–548 [D]

716. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M: Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. Child Abuse Negl 2001; 25:357–367 [D]

717. Elliott AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy-Byrne PP: A profile of medically serious suicide attempts. J Clin Psychiatry 1996; 57:567–571 [D]

718. Simon GE, VonKorff M: Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. Am J Epidemiol 1998; 147:155–160 [G]

719. Jamison KR: Night Falls Fast: Understanding Suicide. New York, Knopf, 1999 [G]

720. Stenager EN, Madsen C, Stenager E, Boldsen J: Suicide in patients with stroke: epidemio- logical study. BMJ 1998; 316:1206 [D]

721. Brown JH, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ: Is it normal for terminally ill patients to desire death? Am J Psychiatry 1986; 143:208–211 [G]

722. Kalichman SC, Heckman T, Kochman A, Sikkema K, Bergholte J: Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. Psychiatr Serv 2000; 51:903–907 [G]

723. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Hartwell N, Portera L, Iqbal MI: HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991–1993. Am J Psychiatry 1997; 154:1720–1725 [G]

724. Perry S, Jacobsberg L, Fishman B: Suicidal ideation and HIV testing. JAMA 1990; 263:679–682 [C]

725. Clark D: Suicide risk and persons with AIDS. Suicide Research Digest 1992; 6:12–13 [G] 726. Breault KD: Beyond the quick and dirty: reply to Girard. AJS 1988; 93:1479–1486 [G] 727. Platt S, Micciolo R, Tansella M: Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends. Soc Sci Med 1992; 34:1191–1201 [G]

728. Lester D: The effect of war on suicide rates: a study of France from 1826 to 1913. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993; 242:248–249 [G]

729. Varnik A, Wasserman D: Suicides in the former Soviet republics. Acta Psychiatr Scand 1992; 86:76–78 [G]

730. Stack S: Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide Life Threat Behav 2000; 30:163–176 [F]

731. Sainsbury P, Jenkins J, Levey A: The social correlates of suicide in Europe, in The Suicide Syndrome. Edited by Farmer R, Hirsch S. London, Croom and Helm, 1980, pp 38–53 [G]

732. Wasserman IM: Political business cycles, presidential elections, and suicide and mortality patterns. Am Sociol Rev 1983; 48:711–720 [G]

733. Pescosolido BA, Georgianna S: Durkheim, suicide, and religion: toward a network theory of suicide. Am Sociol Rev 1989; 54:33–48 [G]

734. Boudewyn AC, Liem JH: Psychological, interpersonal, and behavioral correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. Psychol Rep 1995; 77:1283–1297 [D]

735. Ohberg A, Lonnqvist J, Sarna S, Vuori E: Trends and availability of suicide methods in Finland: proposals for restrictive measures. Br J Psychiatry 1995; 166:35–43 [G]

736. Ikeda RM, Gorwitz R, James SP, Powell KE, Mercy JA: Trends in fatal firearm-related injuries, United States, 1962–1993. Am J Prev Med 1997; 13:396–400 [C]

737. Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL: Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. Int J Epidemiol 1998; 27:214–221 [C]

738. Fox J, Stahlsmith L, Nashold R, Remington P: Increasing use of firearms in completed suicides in Wisconsin, 1979–1994. Wis Med J 1996; 95:283–285 [F]

739. Pierce D: Suicidal intent and repeated self-harm. Psychol Med 1984; 14:655–659 [C] 740. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G: The prediction of suicide: sensitivity,

specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:418–422 [C]

741. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF: Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychol 1988; 44:499–505 [G]

742. Nimeus A, Alsen M, Traeskman-Bendz L: The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. Eur Psychiatry 2000; 15:416–423 [C]

743. Litinsky AM, Haslam N: Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. J Pers Assess 1998; 71:368–378 [D]

744. Watson D, Goldney R, Fisher L, Merritt M: The measurement of suicidal ideation. Crisis 2001; 22:12–14 [C]

745. Shneidman ES: The Psychological Pain Assessment Scale. Suicide Life Threat Behav 1999; 29:287–294 [G]

746. Mann JJ: The neurobiology of suicide. Nat Med 1998; 4:25–30 [G]

747. Verona E, Patrick CJ: Suicide risk in externalizing syndromes: tempermental and neuro- biological underpinnings, in Suicide Science: Expanding the Boundaries. Edited by Joiner TE, Rudd D. Boston, Kluwer Academic, 2000, pp 137–173 [F]

748. Traskman L, Asberg M, Bertilsson L, Sjostrand L: Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior. Arch Gen Psychiatry 1981; 38:631–636 [D]

749. Correa H, Duval F, Mokrani MC, Bailey P, Tremeau F, Staner L, Diep TS, Crocq MA, Macher JP: Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia. Schizophr Res 2002; 56:75–85 [B]

750. Bunney WEJ, Fawcett JA: The possibility of a biochemical test for suicidal potential. Arch Gen Psychiatry 1965; 13:232–238 [G]

751. Dumser T, Barocka A, Schubert E: Weight of adrenal glands may be increased in persons who commit suicide. Am J Forensic Med Pathol 1998; 19:72–76 [D]

752. Szigethy E, Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED: Adrenal weight and morphology in victims of completed suicide. Biol Psychiatry 1994; 36:374–380 [D]

753. Dorovini-Zis K, Zis AP: Increased adrenal weight in victims of violent suicide. Am J Psychiatry 1987; 144:1214–1215 [D]

754. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G, Andorn AC, Stanley M: Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:577–579 [D]

755. Austin MC, Janosky JE, Murphy HA: Increased corticotropin-releasing hormone immuno- reactivity in monoamine-containing pontine nuclei of depressed suicide men. Mol Psychiatry 2003; 8:324–332 [D]

756. Coryell W, Schlesser MA: Suicide and the dexamethasone suppression test in unipolar depression. Am J Psychiatry 1981; 138:1120–1121 [B]

757. Coryell W, Schlesser M: The dexamethasone suppression test and suicide prediction. Am J Psychiatry 2001; 158:748–753 [C]

758. Partonen T, Haukka J, Virtamo J, Taylor PR, Lonnqvist J: Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide. Br J Psychiatry 1999; 175:259–262 [C]

759. Ellison LF, Morrison HI: Low serum cholesterol concentration and risk of suicide. Epi- demiology 2001; 12:168–172 [C]

760. Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, Kravitz HM, Fogg L: Suicide: a four-pathway clinical- biochemical model. Ann N Y Acad Sci 1997; 836:288–301 [E]

761. Garland M, Hickey D, Corvin A, Golden J, Fitzpatrick P, Cunningham S, Walsh N: Total serum cholesterol in relation to psychological correlates in parasuicide. Br J Psychiatry 2000; 177:77–83 [A]

762. Bocchetta A, Chillotti C, Carboni G, Oi A, Ponti M, Del Zompo M: Association of personal and familial suicide risk with low serum cholesterol concentration in male lithium patients. Acta Psychiatr Scand 2001; 104:37–41 [D]

763. Alvarez JC, Cremniter D, Gluck N, Quintin P, Leboyer M, Berlin I, Therond P, Spreux- Varoquaux O: Low serum cholesterol in violent but not in non-violent suicide attempters. Psychiatry Res 2000; 95:103–108 [D]

764. Manfredini R, Caracciolo S, Salmi R, Boari B, Tomelli A, Gallerani M: The association of low serum cholesterol with depression and suicidal behaviours: new hypotheses for the missing link. J Int Med Res 2000; 28:247–257 [E]

765. Plutchik R: Outward and inward directed aggressiveness: the interaction between violence and suicidality. Pharmacopsychiatry 1995; 28(suppl 2):47–57 [F]

766. Nock MK, Marzuk PM: Murder-suicide: phenomenology and clinical implications, in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs DG. San Francisco, Jossey-Bass, 1999, pp 188–209 [G]

767. Berman AL: Dyadic death: a typology. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:342–350 [G] 768. Allen NH: Homicide followed by suicide: Los Angeles, 1970–1979. Suicide Life Threat Behav 1983; 13:155–165 [E]

769. Trezza GR, Popp SM: The substance user at risk of harm to self or others: assessment and treatment issues. J Clin Psychol 2000; 56:1193–1205 [F]

770. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC: Role of antidepressants in murder and suicide. Am J Psychiatry 2002; 159:1248–1249 [G]

771. Fishbain DA, D'Achille L, Barsky S, Aldrich TE: A controlled study of suicide pacts. J Clin Psychiatry 1984; 45:154–157 [D]

772. Brown M, King E, Barraclough B: Nine suicide pacts: a clinical study of a consecutive series 1974–93. Br J Psychiatry 1995; 167:448–451 [D]

773. Brown M, Barraclough B: Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988–92. BMJ 1997; 315:286–287 [C]

774. Evans J, Platts H, Liebenau A: Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of "first-timers" and "repeaters." Acta Psychiatr Scand 1996; 93:378–380 [C]

775. Isacsson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U: The utilization of antidepressants—a key issue in the prevention of suicide. An analysis of 5,281 suicides in Sweden 1992–94. Acta Psychiatr Scand 1997; 96:94–100 [E]

776. Frey R, Schreinzer D, Stimpfl T, Vycudilik W, Berzlanovich A, Kasper S: Suicide by antide- pressant intoxication identified at autopsy in Vienna from 1991–1997: the favourable conse- quences of the increasing use of SSRIs. Eur Neuropsychopharmacol 2000; 10:133–142 [G]

777. Freemantle N, House A, Song F, Mason JM, Sheldon TA: Prescribing selective serotonin reuptake inhibitors as strategy for prevention of suicide. Br Med J 1994; 309:249–253 [F]

778. Mäkinen IH, Wasserman D: Suicide prevention and cultural resistance: stability in suicide ranking of European countries, 1970–88. Ital J Suicidology 1997; 7:73–85 [G]

779. Rihmer Z, Belso N, Kalmár S: Antidepressants and suicide prevention in Hungary. Acta Psychiatr Scand 2001; 103:238–239 [G]

780. Monk M: Epidemiology of suicide. Epidemiol Rev 1987; 9:51–69 [F]

781. Klerman GL, Weissman MM: Increasing rate of depression. JAMA 1989; 261:2229–2235 [G] 782. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF: Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. Acta Psychiatr Scand 2001; 104:458–465 [G]

783. Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ: Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. Am J Psychiatry 1999; 156:190–194 [D]

784. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK: Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. Am J Psychiatry 1998; 155:1778–1780 [G]

785. Verkes RJ, van der Mast RC, Hengeveld MW, Tuyl JP, Zwinderman AH, van Kempen GM: Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. Am J Psychiatry 1998; 155:543–547 [A]

786. Hirschfeld RMA: Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: com- parison with TCAs. J Clin Psychiatry 1999; 60:326–335 [E]

787. Mann JJ, Kapur S: The emergence of suicidal ideation and behavior during antidepressant pharmacotherapy. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:1027–1033 [F]

788. Letizia C, Kapik B, Flanders WD: Suicidal risk during controlled clinical investigations of fluvoxamine. J Clin Psychiatry 1996; 57:415–421 [E]

789. Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G: Long-term clinical effectiveness of lithium maintenance treatment in types I and II bipolar disorders. Br J Psychiatry Suppl 2001; 41:s184–s190 [C]

790. Baldessarini RJ, Jamison KR: Effects of medical interventions on suicidal behavior: sum- mary and conclusions. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl 2):117–122 [G]

791. Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC: Effects of discontinuing lithium maintenance treatment. Bipolar Disord 1999; 1:17–24 [C]

792. Diekstra RF: The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand Suppl 1993; 371:9–20 [G]

793. Faedda GL, Tondo L, Baldessarini RJ, Suppes T, Tohen M: Outcome after rapid vs gradual discontinuation of lithium treatment in bipolar disorders. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:448–455 [C]

794. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ: Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry 2000; 157:179–184 [G]

795. Wickham EA, Reed JV: Lithium for the control of aggressive and self-mutilating behaviour.

Int Clin Psychopharmacol 1987; 2:181–190 [F]

796. Meltzer HY, Anand R, Alphs L: Reducing suicide risk in schizophrenia: focus on the role of clozapine. CNS Drugs 2000; 14:355–365 [F]

797. Van Putten T, May RP: "Akinetic depression" in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:1101–1107 [G]

798. Claghorn J, Honigfeld G, Abuzzahab FS Sr, Wang R, Steinbook R, Tuason V, Klerman G: The risks and benefits of clozapine versus chlorpromazine. J Clin Psychopharmacol 1987; 7:377–384 [A]

799. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H: Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:789–796 [A]

800. Hagger C, Buckley P, Kenny JT, Friedman L, Ubogy D, Meltzer HY: Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic pa- tients receiving clozapine. Biol Psychiatry 1993; 34:702–712 [B]

801. Meltzer HY, McGurk SR: The effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. Schizophr Bull 1999; 25:233–255 [E]

802. Green AI, Burgess ES, Dawson R, Zimmet SV, Strous RD: Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs risperidone. Schizophr Res 2003; 60:81–85 [G]

803. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D: Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. Drugs 2002; 62:743–755 [F]

804. Citrome L, Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, McEvoy J, Cooper TB, Chakos M, Lieberman JA: Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2001; 52:1510–1514 [A]

805. Brieden T, Ujeyl M, Naber D: Psychopharmacological treatment of aggression in schizo- phrenic patients. Pharmacopsychiatry 2002; 35:83–89 [F]

806. Chengappa KN, Vasile J, Levine J, Ulrich R, Baker R, Gopalani A, Schooler N: Clozapine: its impact on aggressive behavior among patients in a state psychiatric hospital. Schizophr Res 2002; 53:1–6 [G]

807. Glazer WM, Dickson RA: Clozapine reduces violence and persistent aggression in schizo- phrenia. J Clin Psychiatry 1998; 59(suppl 3):8–14 [D]

808. Spivak B, Roitman S, Vered Y, Mester R, Graff E, Talmon Y, Guy N, Gonen N, Weizman A: Diminished suicidal and aggressive behavior, high plasma norepinephrine levels, and serum triglyceride levels in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients maintained on clozapine. Clin Neuropharmacol 1998; 21:245–250 [D]

809. Baldessarini RJ, Hennen J: Effects of clozapine treatment on suicide risk in psychotic patients: a meta-analysis (unpublished manuscript). Mailman Research Center, McLean Hospital, Belmont, Mass, 2003 [E]

810. Beasley CM, Dellva MA, Tamura RN, Morgenstern H, Glazer WM, Ferguson K, Tollefson GD: Randomised double-blind comparison of the incidence of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia during long-term treatment with olanzapine or haloperidol. Br J Psychiatry 1999; 174:23–30 [A]

811. Keck PE Jr, Strakowski SM, McElroy SL: The efficacy of atypical antipsychotics in the treatment of depressive symptoms, hostility, and suicidality in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2000; 61(suppl 3):4–9 [F]

812. Salzman C: Addiction to benzodiazepines. Psychiatr Q 1998; 69:251–261 [F]

813. Dietch JT, Jennings RK: Aggressive dyscontrol in patients treated with benzodiazepines. J Clin Psychiatry 1988; 49:184–188 [F]

814. O'Sullivan GH, Noshirvani H, Basoglu M, Marks IM, Swinson R, Kuch K, Kirby M: Safety and side-effects of alprazolam: controlled study in agoraphobia with panic disorder. Br J Psychiatry 1994; 165:79–86 [A–]

815. Kalachnik JE, Hanzel TE, Sevenich R, Harder SR: Benzodiazepine behavioral side effects: review and implications for individuals with mental retardation. Am J Ment Retard 2002; 107:376–410 [F]

816. Rothschild AJ, Shindul R, Viguera A, Murray M, Brewster S: Comparison of the frequency of behavioral disinhibition on alprazolam, clonazepam, or no benzodiazepine in hospital- ized psychiatric patients. J Clin Psychopharmacol 2000; 20:7–11 [G]

817. Joughin N, Tata P, Collins M, Hooper C, Falkowski J: In-patient withdrawal from long- term benzodiazepine use. Br J Addict 1991; 86:449–455 [G]

818. Ciapparelli A, Dell'Osso L, Tundo A, Pini S, Chiavacci MC, Di Sacco I, Cassano GB: Electroconvulsive therapy in medication-nonresponsive patients with mixed mania and bipolar depression. J Clin Psychiatry 2001; 62:552–555 [C]

819. O'Leary D, Paykel E, Todd C, Vardulaki K: Suicide in primary affective disorders revisited: a systematic review by treatment era. J Clin Psychiatry 2001; 62:804–811 [E]

820. Babigian HM, Guttmacher LB: Epidemiologic considerations in electroconvulsive therapy.

Arch Gen Psychiatry 1984; 41:246–253 [C]

821. Tanney BL: Electroconvulsive therapy and suicide. Suicide Life Threat Behav 1986; 16:198– 222 [F]

822. Sharma V: The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders. Can J Psychiatry 2001; 46:704–709 [F]

823. Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC: Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:381–388 [B]

824. Hirschfeld RM, Dunner DL, Keitner G, Klein DN, Koran LM, Kornstein SG, Markowitz JC, Miller I, Nemeroff CB, Ninan PT, Rush AJ, Schatzberg AF, Thase ME, Trivedi MH, Borian FE, Crits-Christoph P, Keller MB: Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? a comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. Biol Psychiatry 2002; 51:123–133 [A–]

825. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD: Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. Am J Psychiatry 1999; 156:1007–1013 [E]

826. Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, Buysse DJ, Cherry CR, Houck PR, Stapf DM, Kupfer DJ: Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. J Clin Psychiatry 2000; 61:51–57 [B]

827. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka J: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combina- tion for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 2000; 342:1462–1470 [A–]

828. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, Jenaway A, Cornwall PL, Hayhurst H, Abbott R, Pope M: Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:829–835 [A–]

829. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ: Nortriptyline and interpersonal psycho- therapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. JAMA 1999; 281:39–45 [A]

830. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, III, Pilkonis PA, Hurley K, Grochocinski V, Kupfer DJ: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:1009–1015 [E]

831. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J: A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:402–407 [A–]

832. Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1992; 149:358–362 [B]

833. Meares R, Stevenson J, Comerford A: Psychotherapy with borderline patients: I. a compar- ison between treated and untreated cohorts. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33:467–472 [B]

834. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a prelimi- nary study of behavioral change. J Personal Disord 2001; 15:487–495 [B]

835. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J Affect Disord 1998; 49:59–72 [E]

836. Dobson KS: A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1989; 57:414–419 [E]

837. Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM: Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1995; 63:966–980 [E]

838. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE: Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:971–974 [A]

839. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Bohme R, Linehan M: Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. Behav Res Ther 2000; 38:875–887 [B]

840. Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink: Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. Br J Psychiatry 2003; 182:135–140 [A–]

841. Barley W, Buie SE, Peterson EW, Hollingsworth A, Griva M, Hickerson S, Lawson J, Bailey B: Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. J Personal Disord 1993; 7:232–240 [B]

842. van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E, Allart E: Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. a randomised controlled interven- tion study. Br J Psychiatry 1997; 171:35–41 [A]

843. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, Marino- Francis F, Sanderson S, Turpin C, Boddy G, Tomenson B: Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. BMJ 2001; 323:135–138 [A]

844. Welu TC: A follow-up program for suicide attempters: evaluation of effectiveness. Suicide Life Threat Behav 1977; 7:17–20 [A]

845. Lopez JF, Vazquez DM, Chalmers DT, Watson SJ: Regulation of 5-HT receptors and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: implications for the neurobiology of suicide. Ann N Y Acad Sci 1997; 836:106–134 [F]

846. Lester D: Serum cholesterol levels and suicide: a meta-analysis. Suicide Life Threat Behav 2002; 32:333–346 [E]