

Суицид: оценка рисков и первая помощь

Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS)

Цукарзи Э.Э.

Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития России, отдел терапии психических заболеваний

РЕЗЮМЕ Статья имеет практическую направленность. В ней освещены важнейшие аспекты urgentных терапевтических мероприятий при суицидах. Наибольшее внимание уделено анализу клинических, демографических и социальных факторов, влияющих на суицидальное поведение. Даны практические рекомендации по определению этих факторов и выявлению отдельных клинических маркеров, определяющих риск суицида. В качестве инструмента для оценки суицидального риска предложена «Калифорнийская шкала оценки суицидального риска», даны инструкции по её применению и интерпретации полученных данных. В заключении представлен алгоритм urgentных терапевтических мероприятий при суицидоопасном поведении.

Суициды остаются одной из важнейших проблем здравоохранения и общества, являясь наиболее частой причиной обращения для оказания urgentной психиатрической помощи. По показателям смертности суициды занимают 11 место в ряду других медицинских заболеваний и состояний (36). В нашей стране уровень суицидов чрезвычайно высок, по этому показателю мы занимаем второе место в мире (4, 36). В США, где ситуация с данной проблемой несколько более благоприятна, ежегодно происходит свыше 33 000 завершённых суицидов (27). Этот показатель эквивалентен 91 суициду в день и одному суициду каждые 16 минут. Безусловно, далеко не каждая суицидальная попытка сопряжена с трагическим исходом. Количественное соотношение завершённых суицидов к суицидальным попыткам составляет, в среднем, 1:8 (25, 26, 29). Тем не менее, каждая попытка увеличивает риск смерти, получения серьёзного физического увечья и психологического страдания. Ещё одна крайне важная проблема заключается в том, что, пациенты или точнее лица, совершившие суицидальную попытку, в последующем нередко её повторяют. Этот показатель соответствует 20-25%, причем в 1% случаев в течение годового катамнеза повторный суицид заканчивается летальным исходом (33).

Демография суицидов

Возраст. Распространенность суицидов и летальность существенно варьирует в различных возрастных группах (21, 24, 32, 34). Частота суицидов наиболее высока в возрасте от 15 до 34, а летальность – у пожилых людей. В молодой популяции 1 суицид приходится на 100-200 попыток, а у пожилых старше 65 лет этот показатель соответствует 1:4 (20). Тем не менее, у молодых в возрасте от 25 до 34 лет суицид является 2-й по частоте причиной смерти, а в диапазоне 14-24 года – 3-й, охватывая 12% всех случаев. Несмотря на общее снижение уровня подростковых суицидов в развитых странах, в среднем, на 25% за последнее десятилетие, эта проблема по-прежнему остается крайне актуальной. Уязвимость данного возраста связана с психологическими (новые впечатления, контакты, мысли о будущем и т.д.) и физическими (изменения тела вследствие гормональной перестройки) факторами. Эти изменения

могут влиять на аффект и приводить к нарушению адаптации, повышая риск суицида.

В возрастной популяции старше 65 лет характерным является более высокий уровень суицидов после 70 и особенно после 80 лет (28).

Пол. Суицид как причина смерти занимает 8 место у мужчин и 16 у женщин. В течение жизни женщины совершают в 2-3 раза больше суицидальных попыток и при этом мужчины почти в 4 раза чаще погибают вследствие завершённого суицида (28, 29).

Факторы риска суицида

Очевидно, что эта область к настоящему времени является достаточно хорошо изученной. Представляется крайне важным определение наличия факторов риска суицида у конкретного пациента. Как правило, присутствуют несколько факторов риска. Поэтому необходимо оценивать их взаимодействие, поскольку очень часто оно может иметь кумулятивный характер. В качестве примера: наличие у пациента клинически очерченной депрессии и, одновременно, злоупотребления алкоголем. В данном случае риск будет достаточно высоким, поскольку алкоголь повышает импульсивность больного.

Важнейшими демографическими параметрами, влияющими на риск суицида являются семейное положение, возраст, пол, сексуальная ориентация и расовая/этническая принадлежность (21, 24, 32, 33, 34). Брак считается в данном случае важным и мощным протективным фактором. Одинокие, в первую очередь, вдовцы и разведенные, преобладают среди суицидентов. Этот фактор имеет большее значение для мужчин, а особенно в пожилом возрасте, где он приобретает буквально драматическое значение. Среди пожилых мужчин, ставших жертвой суицида, почти 84% одиноки (4, 28).

Влияние возрастного фактора на суицидальный риск необходимо рассматривать в контексте пола, а также расовой/этнической принадлежности. Так, возраст старше 65 является фактором риска суицида у мужчин-европейцев и у женщин азиатской расы (12). Среди молодых до 30% суицидов и суицидальных попыток связаны с «сексуальной самоидентификацией», то есть имеют сексуальный контент, особенно у представителей сексуальных меньшинств (12).

Психические расстройства. Считается, что подавляющее большинство (до 90%) лиц, совершивших суицид, имело психическое заболевание (2, 4, 8, 12, 13). Аффективные расстройства, психозы, злоупотребление ПАВ, расстройства личности характеризуются достаточно высоким уровнем суицидов. Конечно, в первую очередь, риск суицида мы предполагаем и оцениваем в депрессивной фазе. В ещё большей степени суицидальный риск возрастает при смешанных состояниях у больных биполярным аффективным расстройством (так называемые «улыбающиеся» депрессии) (1, 2, 8, 12). У пациентов с аффективными расстройствами также риск выше при наличии коморбидной патологии (злоупотребление алкоголем, тревога и панические атаки, стойкая инсомния) (2, 8, 12).

Высокий риск суицида имеется у больных шизофренией / шизоаффективным психозом, особенно у тех, у кого имелся высокий преморбидный уровень социального функционирования (3, 5, 7, 12). Имеется четкая тенденция повышения риска суицида непосредственно после госпитализации (21, 24, 32, 34). Важно, что суицидальные попытки у больных шизофренией характеризуются более высокой летальностью, а также большей тяжестью наносимых повреждений, чем в целом в популяции (3, 5, 7, 21, 24, 32, 34).

Как уже отмечалось, наличие коморбидной психической патологии повышает риск суицида. В частности, в одном проведенном анализе показано, что в среднем у пациента, совершившего суицид, имеется «2,36 психиатрических диагнозов» (13). Наиболее частыми вариантами сочетаний являются коморбидность депрессии со злоупотреблением ПАВ или личностным расстройством (2, 4, 12, 21, 24, 32, 34). Также необходимо отметить высокую сопряженность феноменов агрессии и аутоагрессии. Так, у лиц, совершивших суицид, часто наблюдались эпизоды агрессии в прошлом (21, 24, 32, 34).

Симптомы тревоги, а также витальные переживания (чувство душевной боли) являются факторами, повышающими риск суицида при депрессии (19, 23). Кроме того, в некоторых клиничко-психологических исследованиях в качестве «кульминационного» фактора рассматривается **чувство безысходности** (23). К другим маркерам суицидального поведения относятся заниженная самооценка, чувство стыда, собственной никчемности, которые, выражаясь психологическим языком, «у ранимых личностей могут приводить к труднопереносимой нарциссической травме», провоцирующей суицидальные тенденции (12).

Психосоциальные факторы. К так называемым стрессорным факторам, повышающим суицидальный риск, относятся: потеря близкого человека, конфликты с близкими родственниками, экономические трудности, отсутствие социальной поддержки, увольнение, лишение/ограничение свободы (12, 21, 24, 32, 34). Кроме того, владение или доступ к оружию при наличии аффективной патологии и особенно с коморбидным злоупотреблением ПАВ существенно повышает риск суицида (26).

Детская травма. Известно, что перенесенная детская травма, особенно эпизоды физической и сексуальной агрессии, сопряжена с формированием во взрослом возрасте тяжелых и дезадаптирующих психических расстройств. В первую очередь, таких как расстройства личности, особенно диссоциативные, ПТСР, нарушения пищевого поведения и злоупотребления ПАВ (17, 21, 24, 32, 34). Кроме того, для этих пациентов характерны импульсивность, эмоциональная лабильность и склонность к нанесению самоповреждений (22, 24). Наличие этих симптомов утяжеляет

клиническую картину имеющихся заболеваний и повышает суицидальный риск.

Наследственность. До настоящего времени нет определенной доказательной базы о специфическом влиянии генетического фактора, «передающего» пробандам модели суицидального поведения. Вместе с тем, показано, что наличие суицидов и суицидальных попыток у родственников первой степени сопряжено с более высоким риском суицида (12, 22, 24).

Соматические заболевания. Онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, рассеянный склероз, системная красная волчанка, тяжелая почечная недостаточность, язвенная болезнь, хронические заболевания легких и некоторые другие заболевания ассоциированы с повышенным риском суицида (18). Вероятно, это связано с длительным болевым синдромом, хроническим течением, нарушением социального функционирования и дезадаптацией. Следует отметить, что среди соматических заболеваний, наряду со злокачественными новообразованиями, выделяются по особо высоким показателям суицидов хронические заболевания легких (бронхиальная астма, бронхиты). Эти данные не находят определенного объяснения, но тем не менее они подтверждаются в целом ряде исследований (18, 24, 32).

Клиническая оценка

При клинической оценке пациентов с суицидальными мыслями и поведением требуется очень четкая квалификация психического статуса и имеющихся рисков. В свою очередь, результатом оценки должно быть установление типологии суицида. Однако здесь имеются определенные дидактические трудности, связанные с отсутствием четкого определения суицидального поведения и одновременного существования множества терминов, описывающих схожие поведенческие акты. Кроме того, в клинической практике характерны тенденции в недооценке тяжести и истинности намерений и расширении границ так называемого манипулятивного поведения у лица, совершившего суицидальную попытку. Представляется, что на настоящий момент наиболее четкие и практически удобные определения различных вариантов суицидального поведения разработаны в Институте Психиатрии Нью-Йорка (30). В них выделяются: **истинная, прерванная и остановленная** попытки самоубийства, а также **несуицидальное самоповреждающее поведение**.

Истинная попытка самоубийства – акт, потенциально направленный против самого себя и совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. При этом реальные повреждения в результате попытки суицида не обязательны, достаточно потенциальной возможности их нанесения. Примером такого поведения, когда нет повреждений, является осечка при выстреле из оружия.

Прерванная попытка суицида квалифицируется в тех случаях, когда лицу не удается начать действие (его прерывают или имеются другие внешние обстоятельства), потенциально направленное против самого себя.

Остановленная попытка суицида – пациент начинает действия с целью осуществить попытку суицида, но самостоятельно себя останавливает до фактического начала самодеструктивных действий.

Несуицидальное самоповреждающее поведение устанавливается в тех случаях, когда самоповреждения наносились не с целью умереть, а по другим причинам. Причиной может быть как внутреннее состояние (для снятия

боли, улучшения самочувствия и т.д.) так и внешние обстоятельства (стремление привлечь к себе внимание, сочувствие, а также в некоторых случаях – разозлить себя и т.д.). Принципиальным моментом является то, что желание умереть должно при этом четко и абсолютно отсутствовать.

Ещё одной категорией суицидального поведения являются **подготовительные действия**. К ним относятся не только действия по приготовлению попытки суицида (приобретение таблеток и т.д.), но и любые приготовления к собственной смерти в результате суицида.

Обязательной оценке также должно подвергаться содержание идеаторной сферы пациентов. Это такие категории как **суицидальные мысли, суицидальные намерения и наличие суицидального плана**.

Объективная оценка пациента может осложняться его нежеланием или неспособностью представить информацию о себе в необходимом объеме. Очень часто больные стараются преуменьшить тяжесть своих переживаний и скрыть сам факт существования жизненных проблем. Клинический опыт врача здесь крайне важен, но не всегда достаточен. При наличии так называемой кризисной бригады другие специалисты могут внести важные дополнительные данные. Заключительная оценка больного должна учитывать эту информацию, и только после этого разрабатывается план терапии.

В кризисной бригаде роль психиатра должна быть ведущей. Кроме того, крайне важно быстрое получение объективных данных. Соответственно уже на самом первом этапе помощи персонал должен самостоятельно активно выходить на контакт с родственниками, друзьями и, при необходимости, даже коллегами пациента для выяснения провоцирующего фактора. Обстоятельство, непосредственно спровоцировавшее суицид, должно быть выявлено уже при начальной оценке больного. Это позволит минимизировать факторы риска повторных суицидов, целенаправленно начать проведение кризисной интервенции и, наконец, помочь в дифференциации и установлении диагноза.

Психический статус

Оценка психического статуса в данных случаях имеет свои особенности. Безусловно, необходимы выявление и квалификация ключевого синдрома (депрессии, психоза и т.п.). Вместе с тем, обязательным является оценка наличия отдельных симптомов, которые могут иметь неблагоприятную прогностическую значимость как факторы риска повторных суицидов. К ним относятся импульсивность, возбуждение, тревога, ангедония, чувство безысходности, стойкая инсомния, панические атаки, а также проявления агрессивного поведения (19, 21, 24, 32, 34).

Анамнестические сведения

Серьезным фактором риска суицидального поведения является наличие суицидальных попыток в прошлом (21, 24, 26, 32, 34). Кроме того, необходимо не только установление самого факта различных вариантов суицидального поведения (суицидальные попытки, незавершенные суициды, аутодеструктивное поведение), но и его всесторонний анализ. Это поможет прогнозировать динамику состояния больного в последующие часы, дни и на более отдаленный период. Должна быть собрана детальная информация обо всех обстоятельствах суицидов, их частоте, смысловом содержании и тяжести имевших место повреждений. Оценка этих данных не всегда проста, но очень важна. Например, мы выяснили, что суицидальная попытка предпринята в состоянии алкогольного опьянения. В этом случае опьянение за счет усиления импульсивности может невольно

«спровоцировать» суицидальную попытку. Другим вариантом может быть то, что достижение опьянения является составной частью суицидального плана с целью облегчения его реализации. Как мы видим, в первом и втором случаях имеет место различная глубина или тяжесть суицидальных идей и, соответственно, прогноз и тактика ведения больного также должны отличаться. Специалисты, исследующие проблему суицидов, предлагают разделять прошлые попытки по тяжести: с **высоким и более низким риском** суицида. Если попытка сопровождалась тяжелым нарушением сознания, существенными повреждениями и требовала госпитализации – то она расценивается как тяжелая или имеющая высокий риск суицида (23).

Другой первоочередной мишенью для получения объективных данных является оценка наличия у больного острого или хронического стресса. Понимание актуального психосоциального статуса больного поможет оказать ему целенаправленную помощь и поддержку, что в свою очередь снизит риск повторного суицида.

Анализ суицида

Он включает оценку **суицидальных мыслей, суицидальных намерений, суицидального плана и суицидального поведения**. Причем, мы должны дать две оценки этих параметров. Первая основывается на актуальном статусе пациента, а вторая, по возможности, проводится ретроспективно на период, предшествовавший суицидальной попытке.

Суицидальные мысли и намерения

Должна быть определена степень тяжести суицидальных идей. Она основана на соотношении показателей интенсивности и частоты их возникновения. В этом случае необходимо выяснять у пациента: когда они возникают, как часто, может ли он их контролировать, носят ли они навязчивый характер. Основания для суицидальных идей, а также наличие сдерживающих факторов также должно быть предметом анализа. Также необходимо обязательно оценить характер суицидальных идей: пассивны ли они (желание умереть/не жить, заснуть и не проснуться...) или наполнены активным содержанием, достигая уровня конкретных **намерений**. Иногда пациенты неохотно беседуют на эти темы либо вовсе их закрывают. В этом случае рекомендуется акцентировать расспрос на будущем больного, попросить его рассказать о своих планах.

Планирование суицида и суицидальное поведение

Крайне важно установить наличие плана суицида, а также его летальность. Для плана с высокой летальностью характерна практически необратимость суицида. В первую очередь, это план с использованием оружия, падения с большой высоты, самоповешения и автокатастрофы. Также необходимо выяснить, готовился ли пациент к плану и, возможно, репетировал ли он его. Подготовка и «репетиция» свидетельствуют о сильном желании умереть. **Обязательное правило:** если, по мнению врача, реализация имеющегося плана объективно может не привести к летальному исходу – об этом нельзя сообщать пациенту.

Определение уровня суицидального риска

Риск определяется врачом на основе обобщения клинических данных и их соотношения с актуальными психосоциальными факторами. К сожалению, к настоящему

времени мы не имеем доказательных данных о том, как точно определить риск суицида у конкретного больного. Более того, многочисленные исследования не обнаружили четких предикторов совершения суицида у депрессивных больных. Мотивация может быть самой различной, включая отказ от сопротивления перед непреодолимыми трудностями или желание покончить с кажущимися бесконечными мучительными душевными переживаниями. Известно, что факторы риска суицида в каждом конкретном случае способны к кумулятивному или синергическому взаимодействию. Вместе с тем, наряду с факторами риска необходимо также активное **определение факторов, сдерживающих реализацию суицида**. К ним относятся: терапевтический альянс, поддержка родных и близких, наличие детей, беременности, религиозность, понимание своих семейных обязанностей, полная занятость, наличие психологических навыков преодоления, таких как способность переживать утрату, потерю или унижение; подвижность психики и наличие определенного жизненного оптимизма (12, 21, 24, 32, 34). Конечно, установление индивидуального прогноза, даже краткосрочного для пациента, совершившего суицидальную попытку, является крайне сложной задачей. Базируясь исключительно на клинической оценке, этот прогноз зависит от знаний и опыта врача, от так называемой врачебной интуиции, и, к сожалению, нередко формируется в преломлении через личность самого психиатра и его жизненной позиции. С целью минимизации влияния этих факторов неоднократно предпринимались попытки внедрения в практическую работу в качестве объективного дополнения различных шкал и опросников, оценивающих суицидальный риск (6, 7, 11, 14, 16, 21, 24, 35).

Пожалуй, наиболее успешным шагом в этом направлении явилась разработка и валидизация Колумбийской шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) (31). За сравнительно короткую историю применения шкала уже успела получить широкое признание как чувствительный и удобный инструмент для оценки тяжести суицида и суицидального риска.

Шкала состоит из четырех модулей (Приложение 1):

- 1) **суицидальные идеи,**
- 2) **интенсивность суицидальных идей,**
- 3) **суицидальное поведение,**
- 4) **реальная/потенциальная опасность суицидальных попыток.**

Модуль «суицидальные мысли» состоит из 5 пунктов с градацией от более легкого (1-й пункт – желание умереть) до самого тяжелого (5-й – актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерениями). Каждый пункт требует положительного или отрицательного ответа, причем ответ дается дважды – на период оценки и также на наличие данного симптома когда-либо в прошлом.

Модуль «интенсивность суицидальных идей» заполняется при наличии положительных ответов в разделе суицидальные идеи. На каждый ответ «да» в первом модуле заполняется отдельный бланк второго модуля. Интенсивность суицидальных идей оценивается по сумме баллов показателей частоты, продолжительности, контролируемости суицидальных идей, а также наличия сдерживающих факторов и оснований для суицидальных идей.

Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале, где 5 считается максимальной выраженностью признака. Для каждого балла приведены четкие критерии оценки. Оценка проводится также по двум временным интервалам, причем оцениваются те периоды, когда показатели интенсивности были наиболее высоки.

Третий модуль посвящен квалификации суицидального поведения. Он состоит из 6 пунктов: истинная попытка самоубийства, прерванная попытка самоубийства, остановленная попытка самоубийства, подготовительные действия или поведение, суицидальное поведение во время периода наблюдения и осуществленная попытка самоубийства. На каждый пункт также дается отдельное детализированное определение с клиническими примерами и пояснениями. Как и в первом модуле, каждый пункт мы оцениваем дважды – на период оценки и на наличие данного проявления когда-либо в прошлом.

И, наконец, последний модуль заполняется только при наличии истинных суицидальных попыток. Он состоит всего из двух пунктов: «реальная опасность/ущерб здоровью» и «потенциальная опасность». Оценка проводится трехкратно: для самой недавней попытки, для самой тяжелой попытки и самой первой суицидальной попытки. Пункт «потенциальная опасность» заполняется лишь в случае, если пункт «реальная опасность» оценен в 0 баллов (физических повреждений нет или они весьма незначительны /например: неглубокие царапины/). Пункт «реальная опасность» оценивается в зависимости от тяжести от 0 до 5, а «потенциальная опасность» от 0 до 2. Также для каждого балла приведены критерии оценки. Несомненно, удобным является то, что структурированное интервью для данной шкалы инкорпировано в саму шкалу (рекомендуемые вопросы, которые должны быть заданы пациенту, вставлены в каждый пункт). **Крайне важно при оценке по шкале задавать предлагаемые вопросы («структурированное интервью»)**. Это обеспечит достоверность полученных результатов.

Интерпретация полученных данных достаточно проста. Оценка в тяжести суицидальных идей в «3» балла и выше свидетельствует о серьезном риске суицида. Оценка в «5» баллов, а также любые выявленные суицидальные действия означают наличие крайне высокого риска и абсолютной необходимости urgentных терапевтических мероприятий и госпитализации. Раздел «интенсивность суицидальных идей» позволяет более точно оценить тяжесть состояния, а также спрогнозировать его динамику. Здесь очень важны пункты, отражающие способность контроля, наличие сдерживающих факторов и оснований для совершения суицида. Безусловным достоинством шкалы является возможность ретроспективной оценки прежних эпизодов, связанных с повышенным риском суицида. Это очень важно с практической точки зрения, поскольку дает дополнительную возможность моделировать развитие актуальной ситуации у больного. Но, пожалуй, самое важное практическое значение Калифорнийской шкалы заключается в том, что она, по сути, является своеобразной дорожной картой для обследования и оценки суицидального пациента.

Ведение пациента с суицидом или самоповреждающим поведением

Urgentные терапевтические мероприятия проводятся 3 категориям больных:

- после совершенной суицидальной попытки,
- депрессивным больным с суицидальным поведением,
- пациентам с другой психической патологией и высоким риском суицида.

Больные после совершенной суицидальной попытки требуют тщательного обследования, мониторингирования

Таблица 1. АЛГОРИТМ УРГЕНТНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СУИЦИДОПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

А. Абсолютные показания для госпитализации:
1) После суицидальной попытки или парасуицида, когда: – больной в психозе – тяжелая суицидальная попытка с высоким риском летальности – планируемый повторный суицид или активные мысли о суициде – риски повторения суицида трудно установить (в т.ч. когда пациент не раскрывает переживаний) – сохраняющиеся/усиливающиеся внешние факторы, явившиеся причиной суицида – мужской пол, старше 45 лет, особенно если пациент первичный – у пациента нет/недостаточно семейной или социальной поддержки – наличие в психическом статусе следующих признаков/симптомов: возбуждение, импульсивность, нескритичность и отказ от помощи – изменения психического статуса, вероятно, имеют органический генез (токсический, инфекции и др.)
2) Суицидальной попытки не было, имеются: – наличие плана суицида с высоким риском летальности – активные суицидальные мысли
Б. Госпитализация может быть необходима:
1) После суицидальной попытки или парасуицида и при наличии суицидальных мыслей, когда: – у пациента имеется другое тяжелое психическое расстройство – суицидальные попытки имели место в прошлом, особенно если они были тяжелыми – возможное наличие соматического заболевания (рак, инсульт и т.д.) – неэффективность (а также отказ от помощи) предыдущего лечения в амбулаторных и полустационарных условиях – необходимость обследования, в т.ч. лабораторно-диагностического – недостаточность семейной или социальной поддержки, плохие жилищные условия – терапевтический контакт трудно установить – удаленное проживание для амбулаторного лечения
2) Суицидальной попытки не было, о мыслях и/или планировании суицида больной также не сообщает. Однако высокий риск суицида выявляется при оценке психического статуса либо подтверждается объективными данными (2*)
В. Возможно лечение в режиме дневного стационара:
После суицидальной попытки, а также при наличии суицидального плана или мыслей, когда: – они являются реакцией на произошедшие события (межличностные проблемы, провал экзаменов т.д.), при условии, если взгляд пациента на ситуацию изменился – суицидальный план /мысли имеют низкий риск летальности – у больного имеется хорошая семейная/социальная поддержка – пациент сотрудничает, выполняет рекомендации, «заключен лечебный контракт»
Г. Другие формы помощи предпочтительнее госпитализации:
У больного очень длительное время присутствуют суицидальные мысли, также возможны нетяжелые самоповреждения (поверхностные порезы и т.д.) при наличии хорошей семейной/социальной поддержки и разработанного терапевтического плана в амбулаторных условиях

Примечания:

1) Под **установками на отказ от суицида** понимается высказываемое пациентом понимание ситуации, его способность принимать самостоятельные адекватные решения с твердым отказом от последующих попыток. В отечественной практике данная оценка проводится психиатром, в ряде зарубежных стран это решение также может принимать врач общей практики.

2*) Среди клинических признаков (кроме собственно суицидальных мыслей), наличие которых должно вызывать **настороженность в плане риска суицида**, необходимо отметить такие симптомы как тяжесть депрессии, идеи вины, самоуничтожения, чувство безнадежности, выраженная тревога, а также отгороженность пациента с погруженностью в свои мысли.

жизненно-важных функций и скрининга лекарственных препаратов в моче.

Существуют ключевые вопросы, которые необходимо в первую очередь выяснить у больного:

- Наличие ведущего стрессового фактора. Когда и почему суицидальные мысли стали определять поведение больного?
- Почему именно сейчас? Были ли аналогичные ситуации в прошлом, и как пациент с ними справлялся?
- Были ли суицидальные попытки в прошлом? Если ДА, то насколько они были тяжелы?
- Планируется ли совершение суицида (повторения суицидальных попыток)?

Первоочередным терапевтическим мероприятием является оценка уровня риска суицида (оценка индивидуальных факторов риска и протекции) и разработка плана по его минимизации.

Одновременно ещё одной задачей является выбор условий для проведения терапевтических мероприятий (9, 10, 15). Это ответственное решение в пользу или против госпитализации пациента. Оно должно быть взвешенным, базироваться на обеспечении безопасности пациента, при этом необходимо избегать мер чрезмерного стеснения. Существуют абсолютные показания для госпитализации и состояния, когда госпитализация возможна или целесообразна (см. табл.) (15, 32, 34). В других случаях лечение может оказываться в режиме дневного стационара, либо в других формах активной амбулаторной терапии. Наконец, в отдельных случаях помощь может оказываться в «обычных» амбулаторных условиях.

Как видно из таблицы, **госпитализация** абсолютно необходима при установлении высокого риска повторения суицида, а также пациентам после тяжелых суицидальных попыток. Абсолютными показаниями к госпитализации после

суицидальной попытки также являются наличие у больного **психотических симптомов, малодоступности, возбуждения, импульсивности**, а также **некритичности к состоянию** или **отсутствие комплайенса**. При установлении органической природы (интоксикация и др.) изменения психического состояния госпитализация также необходима. Существуют также ряд социальных и демографических факторов, при наличии которых лучше «перестраховаться». К ним относятся: отсутствие семейной поддержки, а также мужской пол и возраст старше 45 лет. В стационаре за такими больными должно быть установлено круглосуточное непрерывное наблюдение, предпочтителен индивидуальный пост, применение фиксации противопоказано (1, 9, 10, 32, 34). Пациент должен находиться на расстоянии от окон и дверей. Из помещения надо изъять все предметы, которые могут служить орудием самоубийства.

Кроме того, существует целый ряд состояний или ситуаций, когда госпитализация **не обязательна, но целесообразна**. Это наличие тяжелого психического или соматического расстройства, неэффективность или плохая приверженность предшествующему лечению, повторные суициды в анамнезе, слабая семейная поддержка, удаленное проживание, а также необходимость проведения диагностического обследования. Кроме того, также желательно госпитализировать пациента, который вызывает

определенную **настороженность в плане риска суицида** даже при отсутствии суицидальной попытки.

Выбор режима **дневного стационара** возможен при наличии у больного убедительных установок на помощь, лечение и отказ от суицида при имеющейся хорошей семейной поддержке. Также возможна данная форма лечения, если суицидальная попытка (план) характеризуется низким риском летальности.

Другие (**амбулаторные**) условия для помощи целесообразны после суицидальных (парасуицидальных) попыток с крайне низким риском летальности (например, поверхностные порезы) а также для пациентов, у которых суицидальные мысли присутствуют длительное время при наличии хорошей семейной поддержки и разработанного лечебного плана.

Таким образом, неотложные терапевтические мероприятия при суициде включают в себя два основных аспекта: **обеспечение безопасности пациента** и его **клиническая оценка**. Клиническая оценка должна быть направлена как на определение возможного психиатрического диагноза, так и на установление рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение. Раннее выявление индивидуальных факторов, способных предупредить повторные попытки позволят обеспечить успех кризисной интервенции и психотерапии.

Приложение 1

КОЛУМБИЙСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СУИЦИДА (C-SSRS) Posner K., Brent D. et al., 2007

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ	
Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ «да», то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».	
1. Желание умереть Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. Возникло ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться? Если да, опишите:	Да ☐ Нет ☐
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/совершить самоубийство «Я думал(а) о том, чтобы убить себя» при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя? Если да, опишите:	Да ☐ Нет ☐
3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: «Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это ... И я бы никогда не довел(а) дело до конца». Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать? Если да, опишите:	Да ☐ Нет ☐
4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана. Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о <u>некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями</u> , в отличие от подобного утверждения: «Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать». Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? Если да, опишите:	Да ☐ Нет ☐
5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план. Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Намереваетесь ли Вы осуществить этот план? Если да, опишите:	Да ☐ Нет ☐

Цукарзи ЭЭ

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ	
Тип идеи Тип № (1-5) Описание идеи Первое исследование Наиболее опасные идеи: _____	Вся жизнь – Момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой
Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидной идеи (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 – наибольший). Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.	Наиболее опасные
Частота Сколько раз Вас посещали подобные мысли? 1. Реже одного раза в неделю 2. Раз в неделю 3. 2–5 раз в неделю 4. Каждый день или почти каждый день 5. Многократно каждый день	–
Продолжительность Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся? 1. Они мимолетны – несколько секунд или минут 2. Менее часа / недолго 3. 1–4 часа / долго 4. 4–8 часов / большую часть дня 5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны	–
Контролируемость Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть? 1. С легкостью может контролировать такие мысли 2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями 3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями 4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями 5. Не в состоянии контролировать такие мысли 0. Не пытается контролировать такие мысли	–
Сдерживающие факторы Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве? 1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства 2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас 3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас 4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас 5. Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас 0. Данный пункт не применим	–
Основания суицидальных идей Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое? 1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 2. Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 3. В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль 4. Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали) 5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали) 0. Данный пункт не применим	–

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ <i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i>	Вся жизнь	
Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. Осуществленные действия отчасти замыслились как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть какое-нибудь намерение / желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно , достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет слома, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства.	Да ☐	Нет ☐
Установление преднамеренности: Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определено не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти. Предпринимали ли Вы попытку самоубийства? Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред? Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти? Что Вы предпринимали? Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой? Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____? Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____? Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____? Или Вы сделали это по совершенно другим причинам / безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)? (Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство) Если да, опишите: Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?	Общее количество попыток —	Да ☐ Нет ☐
Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (иначе произошла бы истинная попытка самоубийства). Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился — его остановили. Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо? Если да, опишите:	Да ☐	Нет ☐
Остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее. Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо? Если да, опишите:	Да ☐	Нет ☐
Подготовительные действия или поведение: Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).	Да ☐	Нет ☐
Предпринимали ли Вы какие либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)? Если да, опишите:		
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ <i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i>	Вся жизнь	
Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.	Да ☐	Нет ☐

Отвечать только для истинных попыток самоубийства	Дата самой недавней попытки:	Дата наиболее тяжелой /опасной попытки:	Дата самой первой попытки:
Реальная опасность /ущерб здоровью: 0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). 1. Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 2. Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть.	Ввести код	Ввести код	Ввести код
Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность=0 Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал). 0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам 1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть 2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи	Ввести код	Ввести код	Ввести код

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. – М.: «Медицина», 1979. – 192с
2. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. В кн.: Комплексные исследования в суицидологии. М 1986; 7–25.
3. Данилова М.Б., Пепеляева Т.И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией: Методические рекомендации. М 1987
4. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема. Журн неврол и психиат. 1997; 97: 6: 9–15.
5. Ласый Е.В., Евстигнеев Р.А. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска. Ж. Соц. и клин психиат. 1999; 2: 14–17.
6. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М 1978; 82: 59–73.
7. Цупрун В.Е. Особенности суицидоопасного контингента больных психоневрологического диспансера. Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 5-й: Материалы. М 1985; 3: 362–363.
8. Морозов Г.В. Неотложная помощь в психиатрии. В сб.: Проблемы неотложной психиатрии. – М. – 1985. – С.3–5.
9. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная помощь в психиатрии. В кн.: Неотложная помощь в медицинской практике (под ред. Веркина А.Б., Брискина Б.С.), М., «Литера», 2007, с. 57–93.
10. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная терапия в психиатрии. Ж. Медицина критических состояний, 2005, 6: 36–42.
11. Allen M. (Ed). Emergency psychiatry. Review of psychiatry. Vol.21 (3). American Psychiatric publishing. Washington, DC, 2002.
12. American Psychiatric Association: Practice guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry, 2003; 160 (suppl): 1–6.
13. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. Psychiatric diagnosis in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4: 37, 2004.
14. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale of suicidal ideation. J.Consult.Clin.Psychol., 1979; 47(2): 343–352.
15. Breslow R.E., Ericson B.J., Cavanaugh K.C. The psychiatric emergency service: where we've been and where we're going. Psychiatr., 2000; Q71: 101–121.
16. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale of suicidal ideation. J.Consult.Clin.Psychol., 1979; 47(2): 343–352.
17. Chu J.A. Trauma and suicide. In Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs D.G. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999, 332–354.
18. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. Arch.Intern.Med., 2000, 160: 1522–1526.
19. Fawcett J. Profiles of completed suicides. In Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs D.G. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999, 115–124.
20. Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M. (Eds). Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC, National Academy Press, 2002.
21. Hillard R., Zitek B.,... Emergency psychiatry, 2004
22. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome of mental disorders: a meta-analysis. Br.J.Psychiatry, 1997, 170:205–228.
23. Jacobs D.G., Brewer M., Klein-Benheit M. Suicide assessment: an overview and recommended protocol. In Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Edited by Jacobs D.G. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999, 3–39.
24. Maris R.W., Berman A.L., Silverman M.M. Comprehensive Textbook of suicidology. London, Guilford, 2000.
25. Massachusetts Department of Mental Health (MA DMH). Mortality report, 2000. The Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Health and Human Services Department of Mental Health. 2002 From <http://www.mass.gov/dmh/publications/DeathReport200011-06-02.pdf>.
26. Moscicki E.K. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. J Clin.Neurosci.Res., 2001; 1: 310–323.
27. Center for Disease control and Prevention. Suicide fact at a glance. 2009. Available at <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>. Accessed September 20, 2009.

28. National Strategy for Suicide Prevention: At a glance – suicide among the elderly. Available at: <http://mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/elderly.asp>. Accessed September 20, 2009.

29. National Institute of Mental Health: Suicide in the U.S.: statistics and prevention. July 27, 2009. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention.html>. Accessed September 20, 2009.

30. Oquendo, M.A., Halberstam, B., Mann, J.J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In: First, M.B. (Ed.), Standardized Assessment for the Clinician. APPI, Washington, D.C. 2003; 537-539.

31. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's

Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry, 200; 164:1035-1043.

32. Riba M., Ravindranath D. (Eds) Clinical manual of Emergency Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc, 2010.

33. Rihmer, Z. Suicide risk in mood disorders. Curr. Opin.Psychiatry, 2007; 20: 17-22.

34. Semple D., Smyth R., Puri B., Treasaden I. Oxford Handbook of Psychiatry and Emergencies in Psychiatry Pack. Oxford University Press, USA, 2009.

35. Simon R.I. Suicide risk assessment: is clinical experience enough? J.Am.Acad.Psychiatry Law, 2006, 34: 276-278.

36. World Health Organization. Figures and Facts about Suicide (Doc. WHO/MNH/MBD/99.1). WHO: Geneva, 1999

ПРАКТИКА

Бланк бесплатной подписки на журнал

«Современная терапия психических расстройств»

Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ Психиатрии, проф. Мосолову С.Н или по e-mail: 13oe@mail.ru					





ОЛЬГА ПЕТРОВНА ВЕРТОГРАДОВА

Доктор медицинских наук, профессор Ольга Петровна Вертоградова – потомственный врач, видный отечественный психиатр, ведущий специалист России по вопросам современной диагностики и лечения депрессивных расстройств, скончалась 5 августа 2011 года на 86-м году жизни.

О.П.Вертоградова окончила 1-й Московский медицинский институт, ординатуру, аспирантуру и с 1954 года в течение 57 лет беспрерывно работала в Московском НИИ психиатрии. В 1955 году Ольга Петровна защитила кандидатскую диссертацию, в 1964 году стажировалась во Франции, в 1969 году стала доктором наук, а в 1984 году ей было присвоено звание профессора.

За годы беззаветного труда в области психиатрии Ольга Петровна прошла путь от младшего научного сотрудника до руководителя отдела общей психопатологии, а затем аффективных расстройств, который она возглавляла в течение 32 лет. Ольга Петровна является автором более 200 печатных работ, под ее руководством выпущено 7 монотематических сборников по вопросам общей и аффективной патологии, защищено 33 кандидатских и 5 докторских диссертаций. Типология депрессивного аффекта, разработанная Ольгой Петровной, стала основой современной отечественной классификации аффективного компонента депрессивных состояний.

Ольга Петровна Вертоградова вела большую научно-организационную работу, являлась председателем проблемной комиссии при Московском НИИ психиатрии, состояла членом проблемной комиссии при ВНИЦПЗ, Ученого Совета НЦПЗ РАМН, неоднократно избиралась членом Правления Всесоюзного и Всероссийского обществ психиатров и неврологов, председателем комиссии по работе с кафедрами и органами здравоохранения, входила в состав специализированного Ученого Совета Московского НИИ психиатрии.

Высокий профессионализм Ольги Петровны, ее эрудиция, неизменная творческая активность, требовательность к методологической строгости и последовательности в решении научных задач всегда сочетались с доброжелательностью и мудрой поддержкой начинающих коллег.

На всех этапах своей научной деятельности Ольга Петровна оставалась прежде всего врачом, не только наделенным неиссякаемым состраданием к пациентам и стремлением помогать, но и обладающим огромным клиническим опытом и высочайшим профессионализмом.

Светлая память об Ольге Петровне Вертоградовой навсегда сохранится в сердцах ее коллег, учеников, пациентов. Похоронена Ольга Петровна Вертоградова на Хованском кладбище г. Москвы.



МАГАЛИФ АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ

Магалиф Александр Юрьевич, видный российский психиатр, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинической наркологии, руководитель клиники психологической адаптации, почётный профессор психотерапии МОП, скончался 12 июля 2011 года на 74 году жизни.

После окончания I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова А.Ю. Магалиф работал врачом-психиатром в Московской психиатрической больнице № 4 им. П.Б. Ганнушкина, а с 1969 года – научным сотрудником в отделе психофармакотерапии под руководством профессора Г.Я. Авруцкого в Московском НИИ психиатрии. В 1970 году защитил диссертацию «Принципы дифференцированного лечения экстрапиримидных побочных нарушений, вызываемых нейролептическими средствами».

С 1975 года заведовал сектором психофизиологических исследований в НИИ по биологическому испытанию химических соединений и проявил себя как генератор идей, организатор, сплотивший вокруг себя сильный коллектив учёных, пришедших из

разных научных областей. Одновременно он вёл активную клиническую работу в качестве консультанта в Московской психиатрической больнице №3 им. В.А. Гиляровского.

В 1985 году в связи с расформированием НИИ по БИХС А.Ю. Магалиф вернулся в НИИ психиатрии и возглавил работу научной группы по подростковой наркологии, был Ученым секретарем Республиканской проблемной комиссии по наркологии, являлся членом проблемной комиссии института психиатрии.

В 1992 году А.Ю. Магалиф организовал частную клинику психологической адаптации амбулаторного типа. А.Ю. Магалиф – автор множества психотерапевтических реабилитационных программ для больных, страдающих депрессиями, пограничными состояниями, алкоголизмом и другими патологическими зависимостями, научно-практических статей и патентов на изобретение новых способов лечения алкоголизма.

Одновременно с научно-практической деятельностью А.Ю. Магалиф проводил большую образовательную работу на общественных началах. Он более десяти лет вёл практические семинары для врачей на базе Московской психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского. Это были настоящие мастер-классы по развитию клинического мышления врачей. Итогом такой многолетней педагогической работы стала книга «Клинические разборы в психиатрической практике», выпущенная в 2006 году. А.Ю. Магалиф входил также в редакционную коллегию «Независимого психиатрического журнала», где публиковались его статьи и клинические разборы.

С 1999 года А.Ю. Магалиф стал членом Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников. А.Ю. Магалиф был разносторонне одаренным, ярким и энергичным человеком. В его жизни всегда оставалось место для увлечений мотоциклом, подводным плаванием, путешествиями. Литературный талант Александра Юрьевича проявился в написанных им сказках и рассказах.

А.Ю. Магалиф оставил о себе светлую память огромного количества людей: родных, друзей, коллег, пациентов. Похоронен Александр Юрьевич на территории Николо-Архангельского кладбища.