

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Carlo Carandang, Clare Gray,
Heizer Marval-Ospino, Shannon MacPhee

Дети и подростки с признаками острого нарушения психической деятельности требуют проведения быстрой и, вместе с тем, систематизированной оценки состояния, для того чтобы определиться, страдает ли молодой человек острым психическим расстройством или проблемы с психикой связаны с кризисом. Однако, прежде чем может быть продолжена неотложная психиатрическая оценка, следует исключить соматические осложнения, вызванные проблемами с психикой. И наконец, неотложная психиатрическая оценка нужна для того, чтобы определить, необходима ли пациенту квалифицированная помощь, такая как направление в специализированный психиатрический стационар, в учреждение по оказанию кризисной/поэтапной помощи или в неотложную амбулаторную психиатрическую клинику.

ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В ПСИХИАТРИИ

Экстренная психиатрическая диагностическая оценка молодых людей в кризисном состоянии может проводиться амбулаторно, однако идеальными являются условия отделения неотложной помощи (ОНП) больницы. ОНП, в большинстве случаев, оборудованы для безопасного содержания пациентов в кризисных состояниях и быстрого установления очередности медицинской помощи. Кроме того, пациенты детского и подросткового возраста в кризисном состоянии часто не склонны к сотрудничеству и возможно неконтролируемое поведение, которое может потребовать незамедлительной изоляции, для того чтобы обезопасить самих пациентов и окружающих.

В этой главе мы подробно остановимся на экстренной психиатрической диагностике в ОНП. Все больше и больше пациентов с проблемами психики поступает в детские отделения неотложной помощи (Newton et al, 2009). Такая тенденция, кроме прочего, объясняется увеличением распространенности психических заболеваний в контексте ограниченной доступности ресурсов для решения проблем, связанных с психическим здоровьем и растущего потребления психоактивных веществ, особенно алкоголя и амфетаминов, хотя ситуация может варьировать в разных странах. ОНП – исходный пункт оказания кризисной помощи, связующее

звено для общественных служб, и описаны как «страховочная сетка» для пациентов и их родственников в те моменты, когда срочно требуется психиатрическая помощь. К наиболее распространенным проявлениям нарушения психической деятельности, с которыми сталкиваются специалисты детских ОНП в западных странах, относятся: злоупотребление психоактивными веществами, передозировки, эмоциональные и тревожные расстройства, а также расстройства поведения (Newton et al, 2009). Кроме того, сотрудники ОНП будут сталкиваться с суицидальным и агрессивным поведением, которое потребует быстрой, краткой, но, тем не менее, систематической оценки и изоляции для безопасности самих пациентов и окружающих. Предметом дискуссий является также решение в условиях ОНП проблем жестокого обращения с детьми. В данной главе клиницистам даются рекомендации, как проводить экстренную диагностическую оценку, при этом разряжая кризис и сдерживая потенциально неконтролируемую и опасную ситуацию.

Цели неотложной диагностической оценки

Цели неотложной диагностической оценки заключаются в следующем:

1. Определить непосредственный риск причинения пациентом вреда самому себе и окружающим
2. Установить наличие одного или более психических расстройств
3. Выявить факторы, которые могли стать причиной или способствовать возникновению данных проблем, и оценить их устойчивость (генетические, связанные с развитием, семейные, социальные, медицинские)
4. Оценить уровень нормального функционирования пациента, и до какой степени оно нарушено болезненным состоянием
5. Установить сильные стороны и источники потенциальной поддержки внутри семьи и в более широком социальном окружении
6. Определить целевые проблемы для лечения
7. Решить, есть ли необходимость в госпитализации в психиатрический стационар.

Оценка детей и подростков отличается от таковой у взрослых по нескольким параметрам. Большинство взрослых самостоятельно обращаются за помощью, тогда как дети редко делают это. Кроме того, в связи с возрастными особенностями и стадией развития, некоторые дети просто не способны предоставлять определенные анамнестические сведения и клинически необходимую информацию. Таким образом, первичным источником информации становятся их родители или опекуны (однако это не означает, что дети должны быть исключены из этого процесса). Подчеркивается также важность получения необходимых сведений от многих информантов, таких как учителя, специалисты, оказывающие дневную медицинскую помощь или другие, знающие пациента, лица. Еще одним значимым аспектом клинической оценки в этой популяции, при определении того, насколько поведение и функционирование отвечает необходимым требованиям, является уровень развития ребенка. Для того чтобы сделать точные выводы о поведении ребенка, необходимо иметь четкие представления о том, что требуется для того, что-

бы соответствовать уровню развития. Тем не менее, как и у взрослых, клиническая оценка включает в себя подробный анамнез, исследование психического статуса (и оценку параметров соматического состояния), формулировку случая (интегрирование всех доступных данных, касающихся биологических, психологических и социальных аспектов), установление диагноза и дифференциальную диагностику. Такую интегрированную формулировку случая необходимо сообщить пациенту и его родителям, и использовать ее для обсуждения плана лечения.

Общие рекомендации

Взгляды клиницистов относительно того, как структурировать клинические интервью, могут отличаться, хотя большинство согласится с тем, что такие интервью будут изменяться в зависимости от уровня развития и возраста ребенка. После краткого приветствия и знакомства, некоторые специалисты предпочитают осмотреть подростка индивидуально, и только потом вместе с родителями, или побеседовать с родителями и с подростком отдельно, если предполагается конфликт. В отношении детей предпочтение отдается противоположной тактике: сначала ребенок осматривается вместе с родителями или проводится беседа с родителями, и только после этого ребенок опрашивается индивидуально. Дети младше двенадцати лет с меньшей вероятностью будут давать достоверные ответы на вопросы о настроении, возникновении и длительности симптомов, а также на те вопросы, которые требуют самостоятельности суждений, и не смогут сравнивать себя со сверстниками (Granero Perez et al, 1998). Кроме того, предварительная беседа с родителями позволяет сориентироваться клиницисту на какие сферы необходимо обратить особое внимание при осмотре ребенка. При проведении опроса, особенно детей младшего возраста, полезно начинать разговор с нейтральных тем, для того чтобы ребенок мог успокоиться. Такой подход позволяет также оценить особенности речи ребенка, паттерны его рассуждений и мышления. Вопросы о поведении и эмоциях должны быть простыми (например, касаться одной конкретной темы: «Чувствовал ли ты себя в последние несколько дней так плохо, что тебе приходилось часто плакать?»). Более полезно узнать, как ребенок чувствует, мыслит или ведет себя, а не пытаться найти объяснения почему.

Подростки высоко ценят собственную приватность и независимость, и с большей вероятностью поделятся информацией, если убеждены, что будет соблюдена конфиденциальность. Вопросы, касающиеся конфиденциальности, следует обсудить с самого начала. Клиницистам необходимо четко обозначить условия, при которых они поделятся информацией с родителями – такие, как проблемы безопасности (суицидальные или гомицидальные идеи). Если есть подозрения о совершении насилия, необходимо также объяснить роль клинициста, как лица обязанного по закону (в большинстве стран) сообщать об этом. Поскольку первостепенной должна быть защита ребенка, раскрытую ребенком врачу информацию о насилии в отношении его или других лиц необходимо передать в местное учреждение, занимающееся обеспечением безопасности детей. Деликатные темы, такие как злоупотребление психоактивными веществами, сексуальная активность и беременность необязательно требуют нарушения конфиденциальности до возникновения особых обстоятельств,

таких, например, как повторяющиеся случаи управления транспортным средством в состоянии интоксикации. Вполне уместным будет поощрять молодых людей к тому, чтобы они делились такой информацией со своими родителями напрямую.

Диагноз

Важно определить, страдает ли пациент психическим расстройством или у него психологические проблемы. Проявления острого психического расстройства, как правило, требуют другого подхода в лечении, чем проблемы с адаптацией после разрыва отношений с другом или подругой. Острые психические расстройства и острые проблемы с психическим здоровьем обсуждаются дальше.

Сведения о проводившемся ранее лечении

Описание и оценка проведенного ранее лечения, включая данные о фармако-терапии и психотерапии, имеют важное значение. Целесообразно провести подробный обзор предыдущего лечения, собрать сведения о его длительности, дозах лекарственных препаратов, побочных эффектах, соблюдении схемы лечения, повышенной чувствительности и информацию о том, демонстрировал ли пациент позитивную или негативную реакцию.

Сопутствующие расстройства

В условиях неотложной помощи усилия должны быть направлены, в первую очередь, на наиболее выраженное и острое психическое расстройство (например, если подросток страдает СДВГ и манией, в ОНП, в первую очередь, необходимо заняться лечением мании). Лечение менее тяжелого и имеющего менее острый характер сопутствующего расстройства можно провести в другое время в амбулаторных условиях.

Оценка семьи

При проведении экстренной оценки внимание, в первую очередь, следует сосредоточить на проблемах с психическим здоровьем в семье, имеющих высокий риск, таких как суицид, злоупотребление алкоголем и наркотиками, расстройства настроения и психоз. Наличие в анамнезе психического заболевания может указывать на то, что обследуемый относится к группе высокого риска возникновения такого же заболевания.

ОСТРЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, С КОТОРЫМИ ПАЦИЕНТЫ ПОСТУПАЮТ В ОНП

Важно определить, присутствует ли у пациента, доставленного в ОНП в критическом состоянии, основное психическое расстройство. Ниже перечислены наиболее распространенные психические расстройства, остро проявляющиеся в ОНП, а также приведены краткие клинические описания и мнемонические схемы (Таблица J.1.1). Для получения более детального описания каждого из этих расстройств вы можете обратиться к соответствующей главе данного руководства.

Психоз

Психоз – это расстройство мышления (бредовые идеи) или восприятия (галлюцинации), при котором наблюдается грубое нарушение восприятия реальности. Молодые люди с психозом, до того как появятся психотические симптомы, могут переживать снижение социального и когнитивного функционирования. Часто такое снижение манифестирует социальной изоляцией, ухудшением успеваемости в школе, странными или эксцентричными мыслями и поступками, неопрятностью, подозрительностью, тревогой, раздражительностью, враждебностью или агрессией. Пациенты могут не обращаться за медицинской помощью и часто их доставляют родители. Такие молодые люди в отделении неотложной помощи могут испытывать тревогу, быть напуганными, раздражительными или возбужденными. Мнемоническая схема THREAD (Таблица J.1.1) может помочь клиницистам запомнить критерии психоза.

Острая мания

Признаком маниакального эпизода является наличие раздражительного, приподнятого или экспансивного настроения, которое представляет собой значительное отклонение от свойственного ребенку настроения и присутствует, по меньшей мере, в течение недели. Для оценки симптомов мании у молодых людей рекомендуется стратегия **FIND** (дословно – находить) (**F**requency, **I**ntensity, **N**umber and **D**uration – частота, интенсивность, количество и длительность) (Kowatch et al, 2005). Изменение настроения у молодого человека обычно сопровождается нарушением восприятия собственной личности, проявляющимся грандиозностью. Во время эпизода мании у подростков наблюдается сниженная потребность во сне, речевой напор, скачка идей, повышенный интерес ко многим занятиям, повышенная сексуальная активность, обусловленная снижением контроля над импульсами и неверными суждениями, также могут происходить провокационные изменения стиля одежды. В первые дни маниакального эпизода может отмечаться повышенная активность; однако обычно она малопродуктивна из-за чрезмерной отвлекаемости. Больше чем у половины подростков с манией возникают психотические симптомы, которые обычно соответствуют настроению (Yatham et al, 2009). Для облегчения запоминания симптомов мании может быть использована мнемоническая схема DIGFAST, разработанная William Falk (Ghaemi, 2003).

Депрессия

Молодые люди с депрессией будут скорее раздражительными, чем подавленными. Около 60% будут иметь также суицидальные мысли и 30% совершать суицидальные попытки (Birmaher et al, 2007). Депрессивные молодые люди испытывают раздражительность или депрессивное настроение, которое сохраняется дольше двух недель и ассоциировано с нарушением функционирования. У них также можно наблюдать ангедонию, социальную отгороженность, снижение успеваемости в школе, нарушения сна, изменения аппетита и веса, а также утомляемость. Негативное восприятие самого себя, низкая самооценка и когнитивные искажения

в мышлении приводят к возникновению чувства вины, мыслей о бесполезности, безысходности, смерти и самоубийстве. У детей могут наблюдаться соматические симптомы или проблемы с поведением, так как они могут не обладать когнитивной способностью выражать на словах мысли о чувстве вины и безысходности или идентифицировать свое собственное эмоциональное состояние (Baren et al, 2008). Психотические симптомы и меланхолия менее вероятны у детей с депрессией (Rao et al, 2009). Мнемоническая схема **SIGECAPS** (Таблица J.1.1) для депрессии разработана Carrey Gross (Ghaemi, 2003, стр. 11).

Тревожные расстройства

У молодых людей могут наблюдаться разные подтипы тревожных расстройств, но мы остановимся на остром стрессовом расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве, паническом расстройстве и социальной фобии, так как эти состояния могут требовать особого внимания в ОНП.

Острое стрессовое расстройство

Проявления острого стрессового расстройства у молодых людей, в плане симптоматики, сходны с теми, что наблюдаются при посттравматическом стрессовом расстройстве. Однако, так как острое стрессовое расстройство ограничено одним месяцем, следующим за травматическим событием, при субъективном описании симптомов молодые люди более сосредоточены на травме, чем на повторном ее переживании. При обсуждении травматического события, из того, как они описывают происходившее, можно сделать вывод, что они пережили его диссоциативно. Например, они могут рассказывать, что наблюдали за происходившим с ними как бы со стороны, не реагируя эмоционально или не в состоянии полностью воспроизвести событие.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

ПТСР требует наличия травматического события, во время которого человек переживает сильный страх, безысходность или ужас. У молодых людей это расстройство может проявляться возбужденным или дезорганизованным поведением. Травматический опыт приводит к повторному переживанию симптомов, ассоциированных с травмой, избеганию стимулов, связанных с травмой и перевозбуждению, которое вызывает тяжелый дистресс или функциональные нарушения. Некоторые из таких симптомов бывают у большинства лиц, подвергшихся тяжелой травме, однако обычно они длятся не больше месяца. Если симптомы сохраняются больше месяца, то это служит основанием для диагностирования ПТСР. Поскольку травматическое событие связано с появлением симптомов, у детей и подростков могут наблюдаться симптомы или нарушения поведения, которых у них не было раньше. Родители не всегда знают о том, что их ребенок был травмирован, либо они могут выступать в роли виновников травматического события. Трудность диагностики этого расстройства у молодых людей связана с тем, что из-за такого явления, как избегание, им сложно описать или воспроизвести травматический опыт. Дети младшего возраста могут воспроизводить трав-

Таблица J.1.1. Мнемонические схемы для облегчения запоминания симптомов острых психических расстройств у детей и подростков

THREAD (психоз)

Thinking may become disordered – может нарушаться мышление

Hallucinations may occur – могут возникать галлюцинации

Reduced contact with reality – неполный контакт с реальностью

Emotional control affected (incongruent affect, affective flattening) – нарушен эмоциональный контроль (неадекватный аффект, эмоциональная уплощенность)

Arousal may lead to worsening of symptoms – возбуждение может приводить к ухудшению симптомов

Delusions might occur – могут возникать бредовые идеи

DIG FAST (мания)

Distractibility – повышенная отвлекаемость

Insomnia (decreased need for sleep) – бессонница (сниженная потребность во сне)

Grandiosity – грандиозность

Flight of ideas – скачка идей

Activity increase – повышенная активность

Speech pressured – речевой напор

Thoughlessness- reckless behavior – легкомыслие – неосторожное поведение

SIGECAPS (депрессия)

Suicidal thoughts – суицидальные мысли

Interests decreased – потеря жизненных интересов

Guilt – вина

Energy decreased – потеря жизненной энергии

Concentration decreased – снижение способности к концентрации внимания

Appetite disturbance (increased or decreased) – нарушение аппетита (повышен или снижен)

Psychomotor changes (agitation or retardation) – психомоторные изменения (возбуждение или заторможенность)

Sleep disturbance (increased or decreased) – нарушения сна (бессонница или сонливость)

TRAUMA (ПТСР)

Traumatic event – травматическое событие

Re-experience – повторное переживание

Avoidance – избегание

Unable to function – нарушение функционирования

Month or more of symptoms – симптомы длятся месяц и больше

Arousal increased – повышенная возбудимость

WILD (злоупотребление психоактивными веществами)

Work, school and home role obligations failures – пренебрежение обязанностями на работе, в школе и дома

Interpersonal or social consequences – межличностные и социальные последствия

Legal problems – проблемы с законом

Dangerous use – опасное употребление

ADDICTeD (зависимость от психоактивного вещества)

Activities are given up or reduced – отказ от деятельности или снижение активности

Dependence – physical – Tolerance – зависимость – психологическая – толерантность

Dependence – physical – Withdrawal – зависимость – физическая – синдром отмены

Intrapersonal (internal) consequences: physical or psychological – внутриличностные (внутренние) последствия: физические или психологические

Can't cut down use or control use – не может ограничить употребление, или употреблять контролировано

Time-consuming – отнимает много времени

Duration of use is greater than intended – длительность употребления больше, чем первоначально планировалось.

матический опыт в играх, переживать пугающие сновидения, не связанные по содержанию с травмой, становиться агрессивными, либо у них может возникать сепарационная тревога или страхи, не обязательно связанные с травматическим опытом. У детей старшего возраста и подростков могут отмечаться симптомы генерализованной тревоги, употребление психоактивных веществ и саморазрушающее поведение. Для ПТСП разработана мнемоническая схема TRAUMA (Khouzam, 2001) (Таблица J.1.1).

Паническое расстройство

Паническая атака – это внезапное возникновение интенсивного страха и связанных с ним симптомов, достигающих своего пика в течение десяти минут: учащенное сердцебиение, одышка, парестезии, головокружение, потливость, тремор и ощущение удушья. Дети и подростки могут испытывать панические атаки в ответ на провоцирующие тревогу стимулы при тревожном расстройстве, других психических нарушениях и при некоторых соматических состояниях. Можно утверждать, что у ребенка или подростка тревожное расстройство в том случае, если панические атаки повторяются и возникают как в ответ на стимулы, так и без них. Дети и подростки обычно боятся возникновения панических атак в будущем и меняют свое поведение, пытаются избежать их.

Социальная фобия

Дети и подростки с социальной фобией переживают ощутимый дистресс и страх в социальных ситуациях, которые в результате приводят к паттерну избегания и тревоге ожидания таких ситуаций. Дети младшего возраста в большинстве случаев не могут выразить словами ситуации, провоцирующие тревогу; таким образом, их тревога может проявлять себя вспышками раздражения или приступами рыданий. У детей более старшего возраста и подростков могут быть соматические симптомы, такие как тошнота, боли в животе или головные боли, связанные с социальными ситуациями. Как результат, они могут не принимать участия или не посещать неизвестных им событий или требующих активного их участия. Связанные с этим нарушения поведения могут проявляться в диапазоне от избегания поднятия руки на уроке, до полного отказа от посещения школы или каких-либо собраний и встреч.

Дизруптивные (дезорганизованные) расстройства поведения

Расстройства поведения в ОНП могут проявляться агрессией или дизруптивным поведением. Такие симптомы характерны для таких расстройств, как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) и расстройство поведения.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Ключевые симптомы СДВГ – невнимательность, гиперактивность и импульсивность. Первые симптомы этого расстройства появляются у детей в возрасте до 7 лет и приводят к функциональным нарушениям, проявляющимся, по меньшей мере, в двух типах ситуаций. Симптомы возникают часто и могут обостряться, если ребенок находится в группе или вовлечен в занятия, требующие концентрации внимания или при отсутствии новизны или интереса. Симптомы гиперактивности и импульсивности более заметны, когда ребенок становится дезорганизованным и шумным, или когда ему трудно оставаться малоподвижным или ждать; в результате гиперактивности такие дети часто травмируют себя. Дети с СДВГ, которых можно встретить в ОНП, поступают туда обычно в связи с агрессией или дезорганизованным поведением.

Оппозиционно-вызывающее расстройство

Главный признак этого расстройства – это паттерн не соответствующего уровню развития вызывающего, непокорного, негативистского и враждебного поведения по отношению к старшим. Необходимо, чтобы такой паттерн присутствовал на протяжении, по меньшей мере, шести месяцев и приводил к нарушению академического, социального или профессионального функционирования. Дети и подростки часто спорят со своими родителями или отказываются следовать их правилам, поэтому оппозиционно-вызывающее расстройство более заметно в домашних условиях. Такие молодые люди легко теряют самообладание и могут становиться агрессивными, обычно вербально при этом агрессия не достигает такого значимого уровня, как при расстройстве поведения.

Расстройство поведения

Дети и подростки с расстройством поведения не способны признавать важность благополучия других людей и, причиняя им вред, не испытывают чувства вины или угрызений совести. Они демонстрируют повторяющийся и стойкий паттерн поведения, когда нарушаются основные права и главные социальные нормы других людей. У них в анамнезе частые длительные отстранения от занятий в школе, участия в драках, случаи агрессивного и деструктивного поведения. Такие дети и подростки часто используют ложь для того, чтобы избежать попадания в неприятные ситуации, и нередко прибегают к воровству. К четырем главным кластерам симптомов относятся: агрессия или угрозы причинения вреда людям и животным; намеренное повреждение собственности; частые повторяющиеся случаи несоблюдения домашних или школьных правил, либо нарушения закона; и постоянная ложь, чтобы избежать последствий (American Psychiatric Association, 1994). Этот паттерн вызывает значительные нарушения социального, академического или профессионального функционирования.

Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ

Подростки, употребляющие психоактивные вещества, часто поступают в ОНП в связи с острой интоксикацией или синдромом отмены. Тем не менее, важно оценить паттерн употребления алкоголя или наркотиков, для того чтобы установить, что в данном случае имеет место: злоупотребление психоактивными веществами или зависимость. Оба эти состояния связаны с психологическими нарушениями или академической неуспеваемостью.

Злоупотребление психоактивными веществами

Основным признаком злоупотребления алкоголем или наркотиками является продолжение употребления этих веществ, несмотря на последствия, включая реальный или потенциальный вред. Для злоупотребления психоактивными веществами используется мнемоническая схема **WILD** (Таблица J.1.1) (Bogenschutz et al, 2001).

Зависимость от психоактивных веществ

После длительного воздействия веществ, способных вызывать зависимость, формируется модель привычного и компульсивного употребления. Молодой человек теряет способность контролировать употребление как в отношении количества, так и частоты. Нарушается функционирование, так как подросток все больше вовлекается в употребление вещества в ущерб прежней деятельности (друзья, семья, увлечения, школа и работа). Неадаптивная модель употребления сохраняется, несмотря на то, что влечет за собой возникновение физических и психологических проблем. Вместе с изменением модели употребления, у молодого человека повышается толерантность, то есть, для достижения прежнего эффекта необходимо употребить более высокие дозы вещества, или возникают симптомы синдрома отмены при снижении дозы или прекращении употребления. Мнемоническая схема для зависимости от психоактивных веществ – **ADDICTeD** (Bogenschutz et al, 2001), представлена в (Таблица J.1.1).

ОСТРЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Острые психиатрические состояния, с которыми сталкиваются специалисты ОНП, могут быть связаны и не связаны с психическим расстройством. Кроме диагностики психического заболевания, важно также провести оценку острых проблем с психическим здоровьем, таких как суицидальное поведение, агрессия, конфликт между родителями и детьми, проблемы адаптации, насилие или бродяжничество.

Суицидальное поведение

Суицидальные попытки наиболее частая причина поступления молодых людей в ОНП. После фармакологической стабилизации состояния пациента, клиницисту необходимо оценить его суицидальный риск. Суицид – одна из самых серьезных проблем общественного здравоохранения во всем мире. Результаты недавно проведенного исследования, в котором были изучены данные из 90 стран, указывают на то, что показатель распространенности суицида составляет 7,4 на 100 000 для подростков в возрасте от 15 до 19 лет, при этом показатель более высокий у мальчиков (10,5) по сравнению с девочками (4,1). В этом же исследовании было обнаружено, что 9,1% смертей в этой возрастной группе связаны с суицидом, который занимает третье место среди причин смерти у девочек и четвертое место у мальчиков (Wasserman et al., 2005). Среди состояний, которые приводят к смерти в США, суицид занимает третье место в возрастной группе от 15 до 24 лет, являясь причиной 12,2% всех смертей в этом возрасте (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Данные, полученные в одном из исследований в США, показали, что в течение года у 14% школьников 9–12 классов имели место суицидальные мысли. Кроме того, это исследование также показало, что в течение года 11% школьников планировали суицид, 6% совершили, по меньшей мере, одну суицидальную попытку и 2% совершили суицидальную попытку, требовавшую медицинского внимания (Eaton et al, 2009) (см. также Главу Е.4).

Оценка суицидального риска

Два аспекта имеют важное значение: степень надежности (достоверности оценки) и непостоянство (риска). Важно также помнить, что сами по себе факторы риска не являются причиной суицида, они, скорее, представляют собой характеристики, связанные с суицидальным поведением. Как таковые, они выступают в роли ориентиров при проведении оценки склонности пациента к суициду.

Контакт

Контакт имеет ключевое значение при выявлении, оценке суицидального риска и решении связанных с ним проблем. Следует оценить уровень контакта, так как это влияет на надежность оценки риска. Например, нежелание сотрудничать со стороны пациента и неумение клинициста установить надлежащий контакт с ним,

может привести к некачественному выявлению и оценке, в свою очередь, способствуя низкой надежности оценки риска и, следовательно, повышению риска.

Первый шаг – создание терапевтического альянса. Существует много способов как это сделать, но важнее всего, чтобы клиницист в условиях повышенной занятости в ОНП, нашел возможность сесть рядом с пациентом, установить с ним зрительный контакт и не выглядеть растерянным или слишком занятым (например, побеседовать с пациентом в кабинете, а не на ходу в коридоре). Создайте спокойную и безопасную атмосферу. Проявляйте эмпатию. Подросток с большей вероятностью откроется и расскажет о своих суицидальных мыслях и планах, если почувствует, что врач проявляет к нему интерес и старается понять. Врачам важно также осознавать свои собственные чувства по отношению к суицидальному пациенту – контрперенос. Будьте открытыми и восприимчивыми к убеждениям и чувствам подростка. В большинстве культур суицид воспринимается негативно, однако при проведении диагностической оценки суицидального ребенка или подростка важно быть не осуждающим, так как это благоприятствует терапевтическому альянсу, способствуя открытому и честному общению.

Ограничения конфиденциальности следует четко и ясно объяснить в начале диагностической оценки. Конфиденциальность должна соблюдаться до тех пор, пока не возникнет риск причинения вреда самому себе (суицид) или другим людям (гомицид), либо причинения вреда ребенку или подростку со стороны других людей (жестокое обращение с детьми). Эти ситуации позволяют нарушить конфиденциальность медицинской информации.

Выявление

Выявление касается оценки персональных факторов риска, намерений, потенциала летальности, психического статуса и получения информации из дополнительных источников. Важно спросить прямо о суицидальных мыслях и планах; это не приводит к повышению суицидального риска (Gould et al, 2005). Как уже отмечалось ранее, важное значение для выявления имеет качество контакта с пациентом: начинайте обсуждать тему осторожно, задавая общие вопросы, и постепенно переходите к более прямым. Например:

- Было ли у тебя когда-либо чувство, что тебе не хочется вставать утром, чтобы поприветствовать новый день?
- Были ли у тебя когда-либо мысли, что ты не справляешься со своими проблемами?
- Думал ли ты когда-нибудь, что лучше было бы уснуть и не проснуться?
- Были ли у тебя когда-либо мысли о том, чтобы покончить с собой?
- Планировал ли ты когда-либо покончить с собой?
- Если да, то расскажи мне о своих планах
- Как близко ты подошел к реализации своего плана?

Индивидуальные факторы риска

Психическое заболевание является одним из факторов риска суицида. Посмертное психологическое исследование показало, что среди подростков с завершённым

суицидом примерно 90% имели диагноз психического расстройства, чаще всего это была депрессия, но также биполярное расстройство, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства поведения (Brent et al, 1993; Shaffer & Pfeffer, 2001). Молодые люди в психотическом состоянии подвержены высокому риску суицида, особенно если они испытывают императивные галлюцинации, приказывающие им покончить с собой. Значительный риск суицида отмечается также при депрессии, особенно если она сопровождается глубоким чувством безысходности. Таким образом, необходимо оценить степень выраженности этого чувства безысходности. В оценке этого важного фактора может помочь вопрос: «Ты надеешься, что твое положение улучшится?». Пациенты, которые совсем не надеются, что их положение улучшится, подвержены высокому риску суицида. Вопросы о планах на ближайшее будущее (т.е. на ближайшие выходные или на вечер), а также о более отдаленных (т.е. после окончания школы), могут помочь определить, видит ли пациент себя в будущем; пациенты, не ориентированные на будущее, подвержены высокому риску совершения суицида.

Составление плана самоубийства также сопряжено с высоким риском. И наоборот, пассивные суицидальные мысли несут в себе более низкий риск. Недавно совершенная суицидальная попытка также является фактором риска; молодые люди, совершающие суицидальные попытки, относятся к группе повышенного риска совершения таких попыток в будущем. В этой группе пациентов периодом наиболее вероятного повторного совершения суицида является первый год после первой попытки (Gould et al, 2003). К другим факторам риска относятся важные жизненные события в недавнем прошлом, особенно потери (разрыв взаимоотношений, потеря работы), унижения (приводящие к чувству стыда, вины, или злости) или дисциплинарный кризис. Выбор времени совершения суицидальной попытки часто связан со стрессовым жизненным событием. Кроме этого, к факторам риска совершения суицида относятся: недавняя выписка (в пределах одного месяца) из психиатрического стационара и алкогольная интоксикация.

Молодые люди с суицидом в семейном анамнезе относятся к группе повышенного риска как завершеного суицида, так и суицидальных попыток. Не совсем понятно, связан ли этот высокий риск с генетическими факторами или факторами внешней среды, или с теми и другими. Что касается генетического влияния, то возможна связь с передачей специфической тенденции к суициду или к психическому заболеванию, так как обычно эти факторы присутствуют одновременно (Gould et al, 2003).

Намеренность – это характеристика, которая указывает на то, действительно ли подросток или ребенок пытается убить себя или нет (как в случае несуйцидального самоповреждения) и, если да, насколько решительно он настроен. Молодым людям, которые нередко испытывают трудности с выражением собственных мыслей и эмоций, может помочь шкала от 1 до 10. Например, «если взять шкалу от 1 до 10, при этом 1 означает, что никаких намерений не было, а 10, что были решительные намерения покончить с собой, то как можно оценить вероятность того, что ты реализовал бы свой суицидальный план?». У большинства людей наличие у них суицидальных мыслей приводит к серьезным психологическим страданиям, и они более чем охотно сообщают об этом, если их об этом расспросить.

Потенциал летальности

При проведении оценки суицидального риска после совершенной суицидальной попытки важно собрать подробные сведения об обстоятельствах и событиях, предшествовавших попытке и последовавших за ней. К вопросам, касающимся потенциала летальности, относятся:

- Попытка была тщательно спланированной или импульсивной?
- *Спасение* было ожидаемым или предполагаемым?
- Были ли предприняты какие-либо меры или проведены приготовления, для того чтобы гарантировать вероятность смерти?
- Верили ли они в то, что могут умереть?
- Были ли завершены личные дела? (например, даны распоряжения, касающиеся домашних животных, долгов, передачи собственности; написано прощальное письмо)
- Были ли доступны летальные средства?

Клиницистам необходимо оценить летальный потенциал попытки с учетом как объективных, так и субъективных реалий. Медицинские работники знают, какие медикаменты потенциально летальны (например, ацетаминофен), тогда как пациенты могут не владеть этой информацией; так, например, пациент может принять повышенную, но не смертельную дозу (например, пенициллина), веря в то, что она потенциально смертельна, так как препарат продается по рецепту врача. Собирая информацию об обстоятельствах, связанных с суицидальной попыткой, важно также оценить доступность помощи и возможность прерывания попытки, так как это позволит получить дополнительную информацию о степени намеренности.

Начните с открытых вопросов, таких как «Что с вами произошло, что Вы оказались здесь?», или «Можете описать, что с Вами произошло?». Это дает возможность пациентам рассказать свою историю собственными словами. Затем перейдите к более прямым вопросам, чтобы выяснить мысли и эмоции пациента до, во время, и после события. Например (в случае передозировки лекарственного препарата):

- Как Вы себя чувствовали за день до приема таблеток?
- Как вы приобрели таблетки?
- О чем Вы думали и что чувствовали, когда глотали таблетки?
- Где Вы находились, когда приняли решение принять таблетки?
- Кто был рядом с Вами? Вы были одни?
- Как вы приняли таблетки? По одной? Все сразу?
- Что произошло после того, как Вы проглотили таблетки?
- Как Вы себя чувствовали, после того, как проглотили таблетки?
- Как Вы думаете, чему Вас научила эта ситуация?
- Какой может быть Ваша реакция в следующий раз?

В США, где огнестрельное оружие распространено среди населения, было доказано, что доступность такого оружия повышает риск суицида среди детей и подростков. В одном из исследований было обнаружено, что в домах, в которых было огнестрельное оружие риск завершенных суицидов выше в два раза (Brent et al, 1991).

Оценка психического состояния

К психическим состояниям с повышенным риском относятся: тяжелая депрессия, императивные галлюцинации или бредовые идеи самоуничтожения, озабоченность безысходностью, отчаяние, ощущение собственной никчёмности, сильная злость и враждебность.

Информация из дополнительных источников

Информация из дополнительных источников нужна для того, чтобы проверить достоверность сведений, сообщенных пациентом, чтобы узнать о прежних психиатрических диагнозах и применявшихся методах лечения, а также, чтобы выяснить имело ли место суицидальное поведение в прошлом. Информация может быть получена из медицинских записей, отчетов среднего медицинского персонала, полиции, других учреждений и специалистов, оказывающих медицинские услуги, а также семейных врачей. Информация от членов семьи и друзей поможет установить противоречит ли поведение характеру пациента, с какого времени оно стало очевидным и доступна ли помощь.

Непостоянство риска

Состояние риска динамично и требует повторной оценки. Важно идентифицировать слишком неустойчивое состояние риска, так как от степени неустойчивости риска будет зависеть время, через которое клиницисту необходимо будет провести повторную оценку. Алкогольная интоксикация у суицидальных индивидов является индикатором неустойчивого риска и низкой надежности его оценки, поскольку находящиеся в состоянии интоксикации лица предоставляют неправдивую информацию, а алкоголь ослабляет самоконтроль. Слишком неустойчивый риск предполагает необходимость тщательной повторной его оценки и более высокой бдительности в плане безопасности (например, повторная оценка в течение 24 часов).

Надежность оценки риска

На надежность (достоверность) оценки риска влияют много факторов. На низкую надёжность оценки указывают:

- *Факторы, связанные с пациентом:* импульсивность, злоупотребление алкоголем или наркотиками, неспособность установить доверительный контакт, отсутствие сотрудничества
- *Факторы социального окружения:* назревающее судебное дело, развод и спор относительно опеки над ребенком
- *Факторы, связанные с клинической оценкой:* неполная оценка, отсутствие возможности получить информацию из дополнительных источников.

Как и в случае с высокой неустойчивостью риска, низкая надежность оценки указывает на необходимость тщательной повторной оценки (например, в течение 24 часов). В свете неполной информации и недостаточности рапорта необходима большая бдительность и дополнительные меры в плане безопасности.

Степень суицидального риска и особенности организации помощи

После завершения оценки следующим шагом будет принятие соответствующих мер. Молодые люди, отнесенные к группе высокого суицидального риска, в целях обеспечения их безопасности, нуждаются в направлении в стационар. Нежелающие сотрудничать и отказывающиеся от госпитализации молодые люди с несомненной угрозой суицидального риска могут нуждаться в помещении их в больницу в принудительном порядке, для того чтобы можно было гарантировать их безопасность (в соответствии с местными законами и процедурами). Молодые люди с низким и средним риском нуждаются в продуманном плане выписки, разработанном совместно с пациентами и их родителями. Такой план будет меняться от пациента к пациенту. Он должен включать в себя подробное описание амбулаторного наблюдения, важную контактную информацию и рекомендации по медикаментозному лечению (если есть необходимость в таком лечении). Необходимо обсудить с родителями/опекунами и пациентом возможности создания дома безопасной окружающей среды путем ограничения доступа к средствам самоубийства (оружие, медикаменты). Завершающим компонентом плана выписки должно быть напоминание молодым людям и их родителями о том, что они могут вернуться в ОНП в любой момент, как только возникнет в этом необходимость.

Высокий риск, как правило, включает в себя несколько из перечисленных ниже компонентов:

- Психическое состояние с повышенным риском (например, тяжелая депрессия; императивные галлюцинации или бредовые идеи самоуничтожения; озабоченность безысходностью, отчаяние, ощущение собственной никчёмности, сильная злость и враждебность)
- Суицидальная попытка или суицидальные мысли (например, постоянные/специфические мысли), доказательства явного намерения, предыдущая попытка с высоким потенциалом летальности
- Употребление психоактивных веществ (например, текущая интоксикация алкоголем)
- Подтверждающий анамнез (например, трудности с получением информации или противоречивые данные)
- Сильные стороны и возможности получения поддержки (например, подросток, отказывающийся от помощи; отсутствие поддерживающих взаимоотношений/враждебные взаимоотношения).

Пациенты с высоким суицидальным риском нуждаются в спокойном и безопасном окружении. Решение о принудительной госпитализации принимается в том случае, если недоступны другие возможности обеспечения безопасности пациента и, *если* (1) суицидальные мысли или намерения носят стойкий и интенсивный характер; *или* (2) по своему характеру суицидальная попытка была серьезной, *или* (3) есть данные о наличии тяжелого психического заболевания. Если пациент с высоким суицидальным риском самовольно покидает отделение, должны быть предприняты все необходимые меры по определению его местонахождения, в том

числе и информирование полиции. К другим возможностям для пациентов с высоким суицидальным риском относятся: добровольная госпитализация; содержание в домашних условиях (если семья может обеспечить круглосуточный надзор и риск не слишком высок); а также непрерывная опека и тщательное наблюдение. Всегда должен быть план действий на случай непредвиденных обстоятельств для быстрой организации повторного диагностического осмотра при обострении психологического напряжения или симптомов.

Если пациент с высоким суицидальным риском не госпитализирован, повторный осмотр должен быть проведен в течение 24 часов. При умеренном риске повторный осмотр проводится через неделю, при низком – через месяц. При отсутствии ожидаемого риска, пациента целесообразно направить в амбулаторное психиатрическое учреждение или к семейному врачу для решения проблем с психическим здоровьем.

Проблема заключается в том, что высокая неустойчивость риска повлияет на его оценку, и клиницисту стоит разработать план безопасности и обеспечить проведение повторного осмотра и диагностической оценки в течение 24 часов. Низкая

Четырнадцатилетняя девочка была доставлена в ОНП для неотложной диагностической оценки. Она выглядела тихой и застенчивой. На руках у девочки были множественные поверхностные порезы (около 50), она наносила их себе в течение года. Месяц назад она рассказала родителям о том, что наносит себе порезы. Обычно это происходило, когда у нее снижалось настроение. Девочка отрицала, что хотела лишиться себя жизни. Однако она продолжала надрезать кожу, и порезы, по всей видимости, становились глубже. Девочка рассказала, что у нее были навязчивые мысли о суициде, которые в последнее время стали более частыми и интенсивными, и о том, что в школе дети насмехались над ней. Несмотря на наличие таких симптомов, функционирование девочки не было нарушено; она хорошо успевала в школе, была достаточно проницательной для своего возраста и утверждала, что наносила себе порезы для того, чтобы снять напряжение или избавиться от чувства одиночества. Она описывала «падения» настроения, которые, похоже, провоцировались стрессовыми ситуациями, и жаловалась на плохой сон. В семье по линии матери были случаи депрессии. Девочка отрицала употребление алкоголя или наркотиков и не обнаруживала признаков интоксикации. У нее были хорошие взаимоотношения с родителями, которые описывали ее как «хорошего ребенка».

Состояние девочки расценили как преднамеренное самоповреждение с вероятным диагнозом глубокой депрессии. Суицидальный риск оценен как низкий, и она была выписана домой с направлением в амбулаторное психиатрическое учреждение. Девочка вернулась в ОНП через шесть дней, после амбулаторного осмотра, во время которого она поделилась своими суицидальными мыслями, пожаловалась, что чувствует себя измученной и хочет «покончить со всем этим». У нее определенно были суицидальные мысли, но отрицала, что планировала самоубийство. Девочка отказалась разговаривать с сотрудником кризисного центра. В конце концов, она рассказала, что накануне умерла от суицида ее хорошая подруга. «Моя подружка всегда улыбалась, и никто ничего не знал, потому что она никому ничего не рассказывала – как и я». Пациентка в последующем была принята в добровольном порядке в подростковую психиатрическую клинику в связи с высоким риском суицида.

надежность также окажет влияние на оценку риска, поэтому в данном случае также целесообразно обеспечить безопасность пациента и при необходимости повторно осмотреть его и оценить состояние.

Из года в год многие клиницисты использовали стратегию «заключение контракта по безопасности» или «несуицидального контракта» при выписке пациентов с суицидальными мыслями из ОНП. Отсутствуют какие-либо научные доказательства в поддержку таких контрактов, которые могут давать ложное утешение (Garvey et al, 2009). Более реалистичным является составление плана безопасности для пациента; такой план следует разрабатывать совместно с ним самим и его родителями. В плане безопасности в основном перечисляют действия, которые пациент соглашается предпринять в случае возобновления или ухудшения суицидальных мыслей. Ключевыми элементами плана безопасности являются: избавление от средств совершения суицида (таких как огнестрельное оружие или медикаменты) и составление списка:

- Триггеров, которые приводят к возникновению суицидальных мыслей
- Стратегий решения проблем, которые пациент может применить при возникновении суицидального настроения (таких, как физические упражнения, прослушивание музыки, принятие ванны, чтение)
- Друзей и отдельных членов семьи, которым пациент может позвонить, чтобы получить поддержку, если начнет думать о самоубийстве
- Номеров контактных телефонов кризисных центров, специалистов в области психиатрии, групп взаимопомощи
- Условий возвращения в ОНП.

Агрессивное и неконтролируемое поведение

Агрессия у детей и подростков охватывает широкий диапазон моделей поведения от нежелания сотрудничать, потери контроля, открытого неповиновения и несоблюдения рекомендаций, до прямой враждебности и насилия. Детей и подростков, демонстрирующие такое поведение часто доставляют в ОНП родители, полиция или социальные службы. Лечение и содержание агрессивных молодых людей – одна из наиболее сложных задач в ОНП. Проблема заключается не только в том, что нужен квалифицированный и чуткий персонал, но также соответствующие условия в отделениях, охрана и хорошая связь со структурами по обеспечению правопорядка, органами правосудия и системой опеки и попечительства. Все эти требования должны быть удовлетворены заблаговременно или в противном случае ситуация может выйти из-под контроля и стать опасной для пациента, персонала или других людей, получающих помощь в ОНП.

К наиболее распространенным психиатрическим диагнозам, связанных с потерей контроля над поведением, относятся: дизруптивные (дезорганизованные) расстройства поведения (синдром дефицита внимания и гиперактивности, оппозиционно-вызывающее расстройство), аффективные расстройства (раздражительность при депрессии и мании) и злоупотребление психоактивными веществами (интоксикация). Другие диагнозы, сочетающиеся с агрессией – это нарушения развития (интеллектуальная недостаточность, аутизм), психозы и общие соматические

заболевания, такие как травмы головы, особенно если они происходят в контексте дисфункциональной или эмоционально неблагополучной семьи.

В условиях ОНП профилактика эскалации агрессивного поведения может включать в себя такие меры, как присутствие охраны, использование металлодетекторов для обнаружения оружия и средств нападения, использование изоляторов, а также специально обученного персонала, умеющего своевременно выявлять потенциально опасные ситуации. В действительности предупреждение насилия и агрессии очень сложная задача даже для наиболее опытных клиницистов.

Важную роль в оказании помощи при агрессивном или насильственном поведении может играть планировка ОНП. Наличие наблюдательной психиатрической палаты со специальной мебелью, видеокамеры, передающей изображение на пост медсестры или на контрольно-пропускной пункт для наблюдения за пациентами, запасной двери, открывающейся наружу, которая позволяет персоналу в случае необходимости быстро покинуть помещение, и сигналов тревоги может сыграть важную роль в обеспечении безопасности для всех.

Купирование острой агрессии или потери контроля следует начинать с использования техник вербальной деэскалации. К стратегиям решения потенциально опасных ситуаций относятся:

- Предоставьте пациенту как можно больше свободного пространства
- Не блокируйте выходы и оставьте двери в палату открытыми
- Расположитесь между пациентом и дверью
- Разговаривайте с пациентом прямо и откровенно
- Слушайте, проявляйте сопереживание
- Говорите медленно и спокойно
- Позвольте делать выбор, насколько это возможно
- Предложите поесть и попить
- Будьте бесконфликтным
- Избегайте прямого зрительного контакта или резких движений
- Стойте как минимум на расстоянии вытянутой руки
- Установите границы («Я здесь для того, чтобы помочь Вам с Вашими проблемами, но не могу позволить Вам продолжать угрожающее поведение»)
- Постарайтесь максимально позитивно реагировать на просьбы человека (Конечно же, мы можем вам дать что-нибудь поесть, но сначала нужно...»)
- Удержитесь от критики или споров с человеком
- Не прерывайте
- Не оправдывайтесь
- Не принимайте злость пациента на свой счет.

Если молодой человек не реагирует на вербальные техники, может возникнуть необходимость в химическом сдерживании (именуемом также быстрой транквилизацией). Химическое или физическое сдерживание должно применяться только в том случае, если ребенок или подросток активно пытается причинить вред себе или окружающим. По возможности следует получить согласие родителей. В качестве

первого шага всегда следует предлагать пероральный прием медикаментов. Внутримышечные инъекции должны быть последним средством.

Для химического сдерживания используются три группы медикаментов – бензодиазепины, типичные и атипичные нейролептики. У детей и подростков следует стремиться к тому, чтобы избежать использования мощных типичных нейролептиков, таких как галоперидол, так как существует риск острой дистонии, особенно у мальчиков младшего возраста. Несмотря на то, что можно использовать бензодиазепины, такие как лоразепам, следует всегда помнить, что у детей и подростков возможны парадоксальные реакции, проявляющиеся усилением возбуждения. Несмотря на отсутствие консенсуса или систематических доказательств, большинство специалистов сходятся во мнении, что наилучшим лекарственными средствами для химического сдерживания являются атипичные нейролептики, такие как оланзапин или zipразидон.

Физическое или химическое сдерживание должно использоваться как крайнее средство. Если существует риск неизбежного вреда для пациента или персонала, могут быть задействованы команды специалистов, обученные применению физического сдерживания. Физическое сдерживание должно применяться в максимально короткий период времени, необходимый для успокоения пациента. Физически

После длительной поездки в Ливан, у пятнадцатилетней канадской девочки ливанского происхождения появились проблемы с адаптацией по возвращению домой (в ее нынешней школе было всего несколько учеников не канадского происхождения, и она чувствует себя «не на своем месте»). Родители заметили, что поведение их дочери сильно изменилось, и это привело к конфликту «родители-ребенок». Девочка начала вовлекаться в рискованное поведение – оставалась на ночь вне дома, прогуливала уроки в школе, стала вести себя вызывающе и непочтительно, и против воли родителей начала посещать другую общину, где было много сверстников ливанского происхождения. Родители, потрясенные ее поведением, начали часто обращаться в ОНП и настаивали на том, что их дочь «психически больна». Однажды девочка набросилась на свою мать, в связи с чем против нее были выдвинуты обвинения и ее заставили на время выселиться из дома. Девочка не смогла следовать правилам в соседском доме, куда она была временно помещена. Вспышки агрессии привели к более частым визитам в ОНП, сопровождавшимся изнуряющими встречами с родителями и попытками исправить ситуацию.

В ожидании амбулаторной консультации психиатра, семейный врач с целью купирования импульсивной агрессии девочки, выписал ей рисперидон. Позже, после конфликта с матерью она села в автобус, где проглотила 10 таблеток рисперидона. Когда развилось учащение сердцебиения, она сильно испугалась и позвонила матери, которая доставила ее обратно в ОНП, где ее взяли под контроль и ночное наблюдение. На следующее утро девочка рассказала специалисту кризисного центра, что у нее не было намерения покончить с собой. Ей была предложена госпитализация, но она отказалась. Тем не менее, она начала сотрудничать и согласилась начать составлять план безопасности, который включал временное переселение в семью близких родственников и постоянное наблюдение. Она была взята под амбулаторное психиатрическое наблюдение.

сдерживаемых пациентов необходимо часто осматривать не только для того, чтобы убедиться, что они не могут причинить себя вреда, но и для того, чтобы как можно раньше отменить эту процедуру.

Конфликт «родители – ребенок»

Конфликт «родители– ребенок» может приобретать разные формы и возникать по разным причинам. Не имея ресурсов или возможностей разрешить этот конфликт, родители, когда ситуация выходит из-под контроля, могут прибегать к помещению ребенка в ОНП. Внешне такой конфликт может проявляться проблемами с соблюдением дисциплины, частыми ссорами, неповиновением, фрустрацией, злостью и в тяжелых случаях, насилием.

Конфликты между детьми и родителями могут возникать в любом возрасте, но именно в подростковые годы у таких конфликтов отмечается тенденция к эскалации. Стремление подростков к независимости и самостоятельности может вступать в прямое противоречие с желанием родителей продолжать контролировать действия и поведение своего ребенка. Экстренные ситуации обычно возникают после юридического или дисциплинарного кризиса, который приводит к тому, что ребенок теряет контроль и становится агрессивным по отношению к себе, другим людям или собственности на фоне хронических проблем, которые могут длиться годами.

Клиницисту необходимо выяснить, в чем заключается текущая проблема, опрашивая ребенка и родителей либо по отдельности, либо вместе, не забывая о том, что с обеих сторон накопилась враждебность и огромное количество эмоций, которые необходимо сдерживать. Крайне важно понять проблему, так чтобы можно было совместно принять эффективное правильное решение. Для этого потребуется общение с ребенком и его родителями в одном и том же помещении. Полезно акцентировать внимание родителей на том, что они могут овладеть искусством договариваться и искать компромисс дома, и что они лучше других могут обучить этому своих детей в соответствии со стадией их развития. Определить, какая же на самом деле проблема лежит в основе конфликта бывает очень сложно, и текущая ссора часто является всего лишь симптомом более глубоких давних проблем.

Цель ОНП заключается в том, чтобы выяснить наличие тяжелого соматического или психического заболевания, и разрядить ситуацию так, чтобы ребенок мог вернуться домой в безопасную среду. Планирование выписки должно включать в себя направление в доступные общественные ресурсы для прохождения семейной терапии и тренировки навыков воспитания с целью формирования более эффективной коммуникации и выработки навыков решения проблем. Конфликт «родители – ребенок» оказывает влияние на всю семью и, в идеале, к разрешению конфликта следует привлечь всех ее членов.

Нарушения адаптации

Нарушения адаптации довольно часто служат причиной направления детей и подростков в ОНП. По определению, они являются реакцией на специфический стрессор, которая находится за пределами нормальной ожидаемой

реакции или вызывает значительные нарушения функционирования. Смерть близкого человека, переезд в новый город или в новую школу, издевательства со стороны сверстников, разрыв романтических взаимоотношений, низкая академическая успеваемость – это всего лишь некоторые примеры событий, которые могут послужить пусковым механизмом расстройства адаптации у восприимчивого ребенка или подростка. Диагностическая оценка должна включать в себя обсуждение недавних стрессоров, предшествовавших поступлению в ОНП. Несмотря на то, что пациенты с расстройством адаптации не удовлетворяют критериям диагностики большого депрессивного эпизода, они подвержены значительному риску суицида, таким образом, их всегда следует подвергать скринингу на наличие такого риска. Если нет показаний для помещения в отделение неотложной помощи (например, низкий суицидальный риск) планирование выписки должно включать в себя направление на амбулаторное лечение.

Насилие

Жестокое обращение с ребенком может приобретать разные формы, в том числе физического, вербального и сексуального насилия, равно как и отсутствия заботы (см. Главу В.3). Поддерживая высокий уровень настороженности, врач ОНП находится в выгодном положении относительно выявления фактов жестокого обращения с ребенком. Неоценимую помощь в плане принятия решения относительно дальнейшего обращения с ребенком, который подвергается насилию, может оказать консультирование с группой специалистов, занимающихся защитой детей. В большинстве стран закон требует сообщать о фактах подозрения на насилие над детьми, и это следует делать в соответствии с местным законодательством.

Пациентка – шестнадцатилетняя девушка, выпускница 9-го класса, проживающая со своей матерью. В течение последних двух месяцев у нее возникли симптомы депрессии, в виде повышенной плаксивости и нарушений сна. Четыре месяца назад пациентку и ее мать были выселили из квартиры и они вынуждены были провести несколько недель в приюте для бездомных. Позже они нашли квартиру, но пациентка теперь обеспокоена тем, что мать выгонит ее из этой квартиры, так как недавно ей исполнилось шестнадцать лет, и мать говорила о том, что теперь дочери нужно найти работу, так как в дальнейшем ей нужно будет самой заботиться о себе. Временами у них не было денег, чтобы купить себе поесть. Пациентка и ее мать постоянно ссорились между собой; девушка перестала посещать школу, так как ее жизнь дома была слишком напряженной, и она не могла сосредоточиться на школьных домашних заданиях. Мать доставила пациентку в ОНП, так как была обеспокоена тем, что у дочери депрессия и она не посещает занятий в школе, проводя большую часть времени, закрывшись в своей комнате и ни с кем не общаясь. Пациентка отрицала наличие у нее суицидальных мыслей. У нее диагностировали расстройство адаптации с депрессивным настроением, и направили для дальнейшего лечения и наблюдения в амбулаторное психиатрическое учреждение.

Бездомные дети и подростки

Бездомные дети и подростки регулярно поступают в отделения неотложной помощи из-за проблем, связанных с психическим здоровьем. Их часто доставляет полиция по причине опасного или рискованного поведения. Важно быть непредвзятым, открытым и сопереживающим при проведении диагностического осмотра любого ребенка или подростка, но особенно это важно в отношении бездомных молодых людей, которые постоянно сталкиваются с негативным отношением и осуждением. Их внешний вид может быть отталкивающим из-за того, что они могут быть грязными, небритыми, покрытыми татуировками и пирсингом. В США и в других экономически развитых странах бездомные молодые люди часто проживают в приемных семьях или групповых домах и переживают глубокую семейную дисфункцию. Они чаще всего по собственной воле уходят из дома из-за конфликтов или насилия, редко посещают школу и часто вовлечены в употребление алкоголя, наркотиков и преступное поведение. У них слабая система поддержки, состоящая из таких же бездомных молодых людей с идентичным происхождением и поведением. Для сравнения, бездомные дети и подростки в других частях света, особенно в странах с низким экономическим уровнем, становятся таковыми из-за бедности, голода, нищеты, войны или политической нестабильности. В таких ситуациях бездомные дети и подростки остаются в своих семьях и не одиноки (см. Главу J.4).

Недавнее исследование, в котором изучалась распространенность психических нарушений среди бездомных подростков в Германии, обнаружило, что у 80% участников было диагностируемое психическое расстройство. Наиболее распространенный диагноз – злоупотребление психоактивными веществами и зависимость (65%). Кроме того, диагностировались аффективные расстройства, расстройства питания и тревожные расстройства. Более половины испытуемых имели в анамнезе самоповреждения и 25% сообщали о том, что совершили, по меньшей мере, одну суицидальную попытку. Это исследование показало также, что чем дольше подросток был бездомным, тем выше вероятность возникновения у него психического расстройства. Бездомные подростки чаще, чем их сверстники в общей популяции вовлечены в рискованное поведение (Milburn et al, 2006). К такому рискованному поведению относятся: мелкое воровство в магазинах, проституция, употребление психоактивных веществ, беспорядочные сексуальные контакты и вовлечение в преступную группировку.

Установление раппорта имеет крайне важное значение, так как это позволяет получить точную и честную информацию от молодого человека; сядьте, установите зрительный контакт, будьте терпеливы и проявляйте эмпатию. Диагностический осмотр должен включать в себя оценку риска суицида и гомицида, а также состояния физического здоровья. Необходимо также выяснить жизненную ситуацию пациента и обеспечить ему условия для проживания, предоставить финансовую помощь и возможности для продолжения учебы, а также помощь в приобретении профессии. Может быть показано направление в службы социальной поддержки и на амбулаторное психиатрическое наблюдение; для этой группы пациентов, как правило, характерен низкий уровень комплаенса.

МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИКИ В ОНП

Прежде чем продолжить неотложную психиатрическую оценку, необходимо исключить наличие соматического заболевания как связанного, так и не связанного с психическими нарушениями. Молодые люди с психическими расстройствами могут страдать также острыми соматическими заболеваниями, которые не имеют отношения к нарушениям психической деятельности. Соматические осложнения психических заболеваний или их лечения могут приводить к высоким показателям заболеваемости и смертности, если их своевременно не выявлять и не лечить надлежащим образом.

Передозировка

С передозировкой лекарственных препаратов связано примерно 25% завешенных суицидов. Во многих странах, преднамеренная передозировка безрецептурными лекарствами и натуральными продуктами наиболее частая форма самоповреждений, наблюдаемых в ОНП. В большинстве стран существуют токсикологические центры, в которых можно получить информацию об особенностях оказания помощи при употреблении любого вещества. В данной главе мы более подробно остановимся на ацетаминофене и салицилатах, так как эти препараты легко доступны и часто употребляются в целях отравления. Также описаны трициклические антидепрессанты, так как клиницистам необходимо знать какую серьезную угрозу они представляют для жизни, и иметь четкий план оказания помощи при передозировке этими лекарственными средствами.

Салицилаты

Салицилаты применяются очень широко благодаря их болеутоляющим и жаропонижающим свойствам, и в связи с тем, что их можно купить без рецепта врача. Умеренно выраженная интоксикация может возникнуть при одновременном приеме 150 мг/кг ацетилсалициловой кислоты. Тяжелая интоксикация возникает при дозе 300 – 500 мг/кг. Крайне токсичной формой безрецептурных салицилатов является винтергриновое масло, пять миллилитров которого эквивалентны 7,5 г ацетилсалициловой кислоты (Olson et al, 2007). Даже одна капля винтергринового масла может быть фатальной для ребенка младшего возраста и представляет серьезную угрозу для жизни пациента, употребившего его намеренно. Салицилаты при передозировке вызывают глубокие метаболические и респираторные нарушения. К основным механизмам токсичности относятся:

- Центральная стимуляция дыхательного центра, приводящая к *респираторному алкалозу*
- Повышение *интенсивности обмена веществ* за счет разобщения окислительного фосфорилирования
- Глубокий *метаболический ацидоз* за счет ингибирования обмена углеводов и липидов, которые проявляются тахикардией, тахипноэ, гипогликемией и лихорадкой
- Разрушение гепатоцитов
- Ингибирование агрегации тромбоцитов.

На ранней стадии после перорального приема салицилатов появляется рвота. Позже пациенты жалуются на шум в ушах, у них наблюдается тахипноэ, вялость и гипертермия. Со временем клинические проявления прогрессируют до судорог, комы, отека легких и, в конечном счете, сердечно-сосудистой недостаточности (Olson et al, 2007). При отсутствии анамнестических данных об употреблении салицилатов серьезные подозрения в плане преднамеренной передозировки должно вызывать сочетание респираторного алкалоза и метаболического ацидоза. Необходимо провести следующие лабораторные исследования: определение уровня салицилатов в сыворотке крови, глюкозы, углекислого газа, электролитов, развернутый анализ крови и пробу на коагуляцию (частичное тромбопластиновое время/международный коэффициент нормализации). В начале обследования следует сделать рентгенографию органов грудной клетки, для того чтобы подтвердить или исключить наличие отека легких, если присутствуют клинические симптомы.

Если пациент поступает в отделение в течение часа после подтвержденного употребления салицилатов, то можно дать ему выпить активированный уголь. Если таблетки были с энтерорастворимым покрытием или с замедленным высвобождением лекарственного вещества, необходимо рассмотреть возможность повторного приема активированного угля.

Следует организовать постоянное наблюдение за пациентом, а лечение будет соответствовать осложнениям. Основой терапии является форсированный диурез. Решение о назначении гидрокарбоната натрия основывается на наличии симптомов, независимо от уровня салицилатов в сыворотке крови. Гидрокарбонат натрия ускоряет выведение салицилатов с мочой за счет механизма захвата ионов. Цель терапии состоит в поддержании pH мочи в пределах 7,5–8 и диуреза на уровне 1 мл/кг/час. Один раз в/в струйно вводится 1–2 мЭкв/кг бикарбоната натрия (NaHCO_3), после чего 5% декстроза (D5) с NaHCO_3 и 20–40 мЭкв/кг хлорида калия (KCl). В обязательном порядке проводится тщательный мониторинг диуреза, pH мочи и сыворотки крови, уровня калия в сыворотке крови, психического состояния и дыхания.

Необходимо предпринять меры против потенциальных осложнений отравления салицилатами, включая:

- Проведение искусственной вентиляции легких в случае необходимости
- Снижение температуры тела физическим охлаждением
- Введение бензодиазепинов при судорогах
- Восполнение дефицита жидкости кристаллоидными растворами
- Коррекцию гипокалиемии (у пациентов, у которых нет анурии)
- Купирования гипогликемии введением раствора декстрозы.

Пациентам с выраженным стойким ацидозом, глубокими нарушениями электролитного обмена, тяжелым токсическим поражением ЦНС или клиническим ухудшением, несмотря на алкализацию мочи, показан гемодиализ. Считается, что при решении о необходимости проведения гемодиализа более важное значение имеет клинический статус пациента, но в некоторых научных публикациях сообщается, что дополнительным индикатором может быть повышение уровня салицилатов в крови свыше 1000 мг/л (Olson et al, 2007).

Ацетаминофен

Анальгетики – наиболее частая причина случайной и неслучайной передозировки (Bronstein et al, 2010). Ацетаминофен может вызывать токсический эффект при одновременном приеме более 200 мг/кг. Первым органом, который страдает при передозировке ацетаминофена, является печень. Гепатоксичность развивается, когда чрезмерное образование N-ацетил р-бензохинона (NAPQI) под влиянием ферментов цитохром P450 превосходит детоксикационные возможности печени (Dart et al, 2006). NAPQI оказывает прямое цитотоксическое влияние на гепатоциты. Если пациент доставлен в отделение в период до двух часов после отравления, ему следует дать активированный уголь. Если прошло больше четырех часов после употребления, необходимо определить уровень ацетаминофена в крови, а также АСТ и АЛТ, и полученные показатели нанести на номограмму Румака-Мэттью. Если воздействие находится в токсическом диапазоне, назначают N-ацетилцистеин, способный снижать смертность и ограничивать гепатоцеллюлярные повреждения (Dart et al, 2006). Ацетилцистеин доступен в двух формах (пероральной и для внутривенного введения), которые обладают одинаковой эффективностью (Perry & Shannon, 1998).

Трициклические антидепрессанты

Общий показатель летальности трициклических антидепрессантов (ТЦА) составляет 6% (Eyer et al, 2009). Сразу же необходимо проконсультироваться с региональным токсикологическим центром и местным отделением интенсивной терапии и реанимации. Если пациент доставляется в ОНП в течение часа после отравления, ему необходимо дать активированный уголь. Следует подозревать передозировку ТЦА у пациентов с острым антихолинергическим интоксикационным синдромом, а также сердечной и неврологической дисфункцией. Для лучшего запоминания симптомов антихолинергического интоксикационного синдрома можно воспользоваться мнемонической схемой: «*Hot as a hare; blind as a bat; dry as a bone; red as a beet; mad as a hatter*». (дословный перевод – Горячий как заяц; слепой как крот; высушенный как кость; красный как рак; безумен как шляпник – прим. переводчика).

Основные показатели состояния организма варьируют в зависимости от состояния пациента и могут достигать крайних значений как в плане гипо-, так и гипертензии. Чаще всего наблюдается тахикардия и повышение артериального давления, которые являются результатом ингибирования обратного захвата катехоламинов. Гипотензия, как правило, имеет умеренный характер и связана с трициклической блокадой периферических альфа-адренергических рецепторов, что приводит к вазодилатации и снижению артериального давления. Справиться с гипотензией может помочь принятие положения Тренделенбурга или в/в струйное введение кристаллоидных растворов (Olson et al, 2007).

Прямая кардиотоксичность или нарушение сердечной проводимости возникают в результате ингибирования быстрых натриевых каналов и блокировки мембранно-транспортной системы. Одним из наиболее важных исследований является электрокардиография. Удлинение комплекса QRS более чем на 100 мс наиболее показательный клинический коррелят тяжести токсичности (Braden et al, 1986).

О задержке реполяризации желудочков свидетельствует удлинение не только комплекса QRS, но и интервалов QT и PR. Пациент подвержен риску возникновения эктопического желудочкового ритма, включая фибрилляцию желудочков, желудочковую тахикардию и асистолию. Метаболический и респираторный ацидоз дополнительно способствуют сердечным аритмиям. Введение бикарбоната натрия в дозировке 1-2 мгЭкв/кг может снимать блокировку мембранно-транспортной системы и ингибирования быстрых натриевых каналов, и показано при удлинении комплекса QRS более 100 миллисекунд. Специфические сердечные аритмии необходимо лечить в соответствии со стандартными протоколами Американской кардиологической ассоциации. При передозировке трициклическими антидепрессантами следует избегать применения прокаиномидов, так как благодаря своему механизму действия он может обострять кардиотоксичность.

Неврологические последствия передозировки трициклических антидепрессантов возникают спустя некоторое время после отравления. Такие пациенты обычно поступают в состоянии возбуждения, которое может быстро сменяться глубоким нарушением сознания с исчезновением защитных дыхательных рефлексов. Поскольку 2 из 3 пациентов, поступающих в ОНП в связи с передозировкой, принимают несколько лекарственных средств, из состояния комы их необходимо выводить эмпирическим путем с применением налоксона и глюкозы. Остановка дыхания и исчезновение защитных дыхательных рефлексов может наступать внезапно. Клиницист должен предвидеть возможность такого резкого ухудшения состояния и быть готовым к ранней интубации, оказывая помощь пациентам с передозировкой трициклических антидепрессантов.

Судороги при передозировке трициклических антидепрессантов возникают в 20% случаев. На начальном этапе оказания помощи целесообразно использовать бензодиазепины. Однако в качестве терапии второго ряда проводится нервно-мышечная блокада с помощью недеполяризующих мышечных релаксантов с целью предупреждения гипертермии и рабдомиолиза, которые ассоциируются с затянувшимися судорогами. Если пациент парализован и находится на аппарате искусственной вентиляции легких, необходим непрерывный мониторинг ЭЭГ для оценки судорожной активности (Olson et al, 2007).

Самоповреждения

Самоповреждения – это сложная группа поступков и действий, характеризующихся намеренным повреждением тканей собственного тела; это распространенная среди подростков форма причинения себе вреда без суицидальных намерений, ассоциирующаяся с органическими, психологическими и психическими нарушениями. Наиболее частый вариант самоповреждений – это нанесение порезов или ожогов поверхностных слоев кожи на руках и предплечьях. Кроме тщательного обследования на наличие сопутствующих суицидальных мыслей и других психических расстройств, необходимо обработать раны, защитить их и наложить асептические повязки. Отношение к таким пациентам должно быть непредвзятым. Нужно выяснить, когда проводилась прививка против столбняка, и при необходимости повторить ее. Следует также выяснить, понимает ли

пациент, что если он для нанесения самопорезов использует чужие лезвия или другие острые предметы общего пользования, то подвергает себя серьезному риску заражения гепатитом или ВИЧ (Dallam, 1997).

Интоксикация

Состояние острой интоксикации у подростков – нарастающая проблема, с которой сталкиваются сотрудники ОНП. Когда подросток находится в состоянии интоксикации, у него нарушаются способности к восприятию, координации действий, принятию решений. В таком состоянии молодой человек подвержен высокому риску травматизации, таким образом, необходимо провести полный соматический осмотр, для того чтобы исключить сопутствующие повреждения. Тот факт, что пациент проглотил известное вещество, не означает, что нет необходимости в проведении тщательной дифференциальной диагностики. У пациентов с измененным состоянием сознания наверняка могут быть травмы головы или следы физического нападения.

В большинстве случаев состояния острой интоксикации вследствие употребления психоактивных веществ лечатся консервативным путем. Лечение направлено на стабилизацию жизненных показателей и контроль над причиняющими беспокойство побочными эффектами, такими как психомоторное возбуждение. Общепринятой практикой является определение уровня ацетаминофена, ацетилсалициловой кислоты и этанола в крови у пациентов, в отношении которых известно, какое они употребили вещество (смотри выше). Химикотоксикологический анализ мочи на наличие наркотических веществ показан в редких случаях и не проводится, если это не имеет существенного значения для оказания помощи пациенту.

Эпидемиологические тенденции употребления запрещенных наркотиков варьируют от города к городу, от страны к стране и из года в год. Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотическими средствами предоставляет оперативную информацию о таких тенденциях для разных центров в США, но в других странах ситуация может отличаться. Тем не менее, каждый врач должен уметь распознавать состояние интоксикации вследствие употребления алкоголя, кокаина, фенилциклидина, опиатов, экстази, кетамина и гамма-гидроксимасляной кислоты, и оказывать соответствующую помощь.

Этанол

Острая интоксикация этанолом, как правило, проявляется невнятной речью, помутнением сознания и потерей двигательных навыков, однако высокая концентрация этого вещества в крови может приводить к угнетению дыхания и ЦНС, потере защитных рефлексов и смерти (смотри также Главу G.1). Пациентам не показаны стандартные анализы крови, кроме определения уровня сахара крови в случае умеренно выраженной интоксикации. Однако более тяжелые случаи часто требуют определения уровня этанола, глюкозы, газов крови и осмолярного разрыва. Необходимо также исключить потенциальные повреждения и сопутствующее употребление других веществ.

Метанол

Употребление метанола и этиленгликоля приводит к высокой заболеваемости и смертности. Вначале состояние у таких пациентов не отличается от стандартной интоксикации этанолом. Однако в процессе метаболизации этих спиртов их продукты распада вызывают метаболический ацидоз. Кроме глубокого метаболического ацидоза, при отравлении метанолом, его метаболит – муравьиная кислота вызывает повреждение многих органов-мишеней; наиболее заметны повреждения глаз. *Прием внутрь метанола может в результате приводить к слепоте.*

Накапливание глиоксиловой кислоты в результате метаболизма этиленгликоля приводит к тому, что через двадцать четыре часа после его приема постепенно нарастают симптомы гипервентиляции, нарушения ритма сердца и в дальнейшем – почечной недостаточности. При лабораторном исследовании обнаруживается метаболический ацидоз с увеличенным анионным интервалом и увеличенный осмолярный интервал, обусловленный присутствием этиленгликоля и метанола. Не всегда удается быстро получить данные об уровне метанола и этиленгликоля в крови. Если доступ к таким данным ограничен, незамедлительно необходимо начинать эмпирическое лечение фомепизолом. Для коррекции выраженного метаболического ацидоза внутривенно вводят бикарбонат натрия. При отравлении метанолом, назначают фолиновую кислоту из расчета 1 мг/кг, тогда как при отравлении этиленгликолем назначают тиамин и пиридоксин. Такие схемы лечения способствуют как уменьшению образования токсических метаболитов, так и их выведению из организма.

В прошлом, при отравлении метанолом и этиленгликолем очень широко применялось введение этанола, исходя из того, что он действует как конкурентный антагонист этих веществ. Из-за выраженных побочных эффектов в виде угнетения дыхания и ЦНС, вызванных действием этанола, этот метод лечения вышел из употребления в свете широкой доступности фомепизола.

Кокаин

Кокаин – это симпатомиметик, вызывающий повышение частоты сердечных сокращений, дыхательных движений и температуры. Пациенты, принявшие большую дозу кокаина, возбуждены, у них отмечается повышенная двигательная активность, и они подвержены риску возникновения рабдомиолиза. Продолжительное течение заболевания связано не только со способностью кокаина быстро вызывать зависимость, но и с серьезными кардиологическими и неврологическими осложнениями, связанными с его употреблением. К таким осложнениям относятся: инфаркт миокарда, ишемический и геморрагический инсульт. Лечение носит симптоматический характер и направлено на любые возможные осложнения. Для купирования возбуждения обычно используются бензодиазепины. При необходимости принимаются дополнительные меры для контроля гипертермии или кардиологических осложнений.

Фенциклидин (PCP)

PCP могут употреблять перорально, внутривенно или интраназально и часто в сочетании с другими психоактивными веществами, включая марихуану. PCP об-

ладает симпатомиметическими и диссоциативными свойствами. При отравлении проводится симптоматическое лечение. В отношении пациентов с тяжелым психомоторным возбуждением может быть применено физическое удержание. Выраженная лабильность настроения и проблемы с поведением купируют с помощью бензодиазепинов и атипичных нейролептиков, таких как оланзапин.

Опиаты

Передозировка опиатами легко распознается, благодаря таким симптомам, как суженные зрачки, угнетение дыхания и характерное изменение психического состояния. Налоксон – эффективный антидот, который быстро восстанавливает нормальное функционирование. Необходимо назначить поддерживающее лечение с учетом того, что может возникнуть угнетение дыхания.

Экстази

Кетамин – рекреационный препарат, употребляемый из-за способности вызывать диссоциативный эффект. У потребителей этого препарата обычно наблюдаются: тахикардия, гипертензия, нистагм и изменение психического состояния. При передозировке кетамина может развиваться гипертермия, судороги и угнетение дыхания. Проводится симптоматическое лечение с использованием, при необходимости, бензодиазепинов.

Гамма-оксимасляная кислота (ГОМК)

ГОМК обладает анксиолитическим и седативным действием. У пациентов с передозировкой этого препарата может наблюдаться угнетение дыхания и центральной нервной системы, и лечение должно быть соответствующим.

Серотониновый синдром

Серотониновый синдром – это довольно частое осложнение лечения антидепрессантами, особенно в тех случаях, когда их принимают в сочетании с другими безрецептурными фармакологическими препаратами или лекарственными средствами. Диапазон тяжести проявлений серотонинового синдрома может быть очень широким. Легкие симптомы, такие как диарея, беспокойство и тревога, могут остаться нераспознанными и частично перекрываться проявлениями основного расстройства пациента. Однако, если эти симптомы остаются нераспознанными и в дополнение к этому необоснованно повышается доза антидепрессанта (например, селективного ингибитора обратного захвата серотонина), то это может привести к тяжелым клиническим симптомам.

Триада симптомов, описанных при серотониновом синдроме, включает в себя: изменения психического состояния, повышенную активность вегетативной нервной системы и нервно-мышечные нарушения. К симптомам гиперактивности вегетативной нервной системы относятся:

- Тахикардия
- Гипертензия
- Гипертермия

- Мидриаз
- Профузное потоотделение
- Звуки, свидетельствующие о гиперактивности кишечника
- Тремор.

В самом начале у пациентов может наблюдаться тремор. К другим нейромышечным симптомам, которые часто более выражены в нижних конечностях, относятся повышенный тонус мышц и миоклонус. При серотониновом синдроме описан также клонус глазодвигательных мышц. Пациенты, страдающие серотониновым синдромом, выглядят возбужденными и у них наблюдается патологическое усиление речевой активности.

Лечение таких пациентов зависит от степени тяжести серотонинового синдрома. Состояние пациентов с легкими симптомами можно корректировать консервативным путем и с помощью бензодиазепинов (например, диазепама). Следует избегать физического удержания: дальнейшая повышенная мышечная активность будет обострять гипертермию и способствовать острому некрозу скелетных мышц. Ребенка младшего возраста необходимо обездвизжить, произвести интубацию трахеи и применить искусственную вентиляцию легких. Выбор миорелаксанта ограничен недеполяризующим средством (векурониум), используемым для предупреждения мышечной активности и дальнейшего повышения температуры. Крайне важно в этом контексте избегать использования сукцинилхолина из-за риска развития рабдомиолиза, гиперкалиемии и последующей сердечной аритмии. Для контроля синдрома может быть использована терапия антагонистами серотонина, такими как ципрогептадин. Для коррекции тяжелых симптомов можно применить другие фармакологические препараты из группы антагонистов 5-HT_{2A}-рецепторов, такие как оланзапин. Необходимо прекратить воздействие провоцирующего фактора (Boyer, 2011).

Острые экстрапирамидные симптомы

Под экстрапирамидными симптомами подразумевают целый ряд двигательных расстройств, которые возникают при приеме пациентом блокаторов дофаминовых рецепторов. Эти двигательные расстройства ассоциируются с противорвотными средствами, блокаторами кальциевых каналов (метоклопрамид), антагонистами кальциевых каналов (флунаризин) и нейролептиками. Атипичные нейролептики в отличие от более старых препаратов этого класса вызывают менее выраженные, хотя все еще устойчивые, экстрапирамидные симптомы (Dayalu & Cho, 2008). Экстрапирамидные синдромы могут быть подразделены на две группы: острые и отдаленные (поздние). К острым синдромам относятся:

- Острая дистония
- Псевдопаркинсонизм
- Акатизия.

Дистония связана с нарушением дофаминергического-холинергического баланса. Примерно половина всех случаев острой дистонии наблюдается в первые двадцать четыре часа применения лекарственного препарата (van Harten et al, 1999). Пациенты переживают острую дистоническую реакцию, которая обычно характеризуется мед-

ленными (тоническими) или повторяющимися быстрыми (клонико-тоническими) движениями, вызывающими вращение, сгибание или разгибание туловища и конечностей с формированием патологических поз. Такая мышечная активность чрезвычайно болезненна для пациентов. Чаще всего дистония охватывает мышцы лица, шеи и глотки и проявляется такими синдромами, как спазм зора, опистотонус, тризм и кривошея.

Немедленное внутривенное или внутримышечное введение бензатропина 1 – 2 мг, или дифенгидрамина от 25 до 50 мг приведет к быстрому восстановлению первоначального состояния пациента. Лечение можно повторить через 30-минутные интервалы. Врачу, назначающему лечение, следует пересмотреть использование нейролептиков, либо одновременно назначить антихолинергический лекарственный препарат.

Наиболее серьезной дисфункциональной реакцией является ларингоспазм. Это угрожающее жизни состояние возникает, когда происходит внезапное непроизвольное сокращение мускулатуры гортани, приводящее к полному закрытию голосовой щели. В начале у пациента появляется стрidor, но если состояние вовремя не распознается и не оказывается необходимая помощь, то может развиться полное нарушение проходимости дыхательных путей. Это крайне редкое осложнение нейролептиков, но может быть распознано по поведению и внешнему виду пациента, который выглядит крайне перепуганным и не может дышать. Неотложная помощь при ларингоспазме направлена на обеспечение вентиляции с положительным давлением (ИВЛ), для того чтобы избежать обструкции. Пациенту необходимо немедленно ввести антихолинергическое лекарственное средство (бензатропин 0,5 – 2 мг в/м или в/в или дифенгидрамин 25 – 50 мг в/м или в/в). Если насыщение кислородом продолжает падать, облегчить вентиляцию с положительным давлением может применение мышечного релаксанта (Miller et al, 2009). Сукцинилхолин – 4 – 5 мг в/м является релаксантом выбора при оказании неотложной помощи, когда внутривенное введение невозможно. Важно также отметить, что пациенту, перенесшему острую дистоническую реакцию, необходимо будет принимать пероральный антихолинергический препарат, как минимум, на протяжении четырех недель после выписки.

Клиническая картина *псевдопаркинсонизма* включает в себя наличие, по меньшей мере, одного из следующих симптомов: брадикинезия, ригидность, тремор или поструральная неустойчивость. Тремор появляется при расслаблении и исчезает при движении. Ригидность определяется как устойчивое повышение мышечного тонуса, равномерное сопротивление мышц во всех фазах пассивного движения конечностей, шеи и туловища, а так называемую ригидность «по типу зубчатого колеса» можно вызвать, главным образом, при исследовании мышечного тонуса верхних конечностей, при этом сопротивление движению то усиливается, то ослабевает, что дает ощущение прерывистости, ступенчатости движения в виде равномерных толчков. Признаками брадикинезии, наиболее часто связанной с применением нейролептиков, является обеднение мимики и трудности с координацией движений. Постуральная неустойчивость характеризуется нарушением способности удерживать равновесие в той или иной позе или при изменении позы. Псевдопаркинсонизм может наблюдаться на протяжении нескольких недель во время лечения. Симптомы постепенно ослабнут при прекращении приема нейролептиков, но могут сохраняться несколько недель и даже месяцев (Dayalu & Chou,

2008). Кроме отмены антагониста дофамина, послужившего причиной возникновения ригидности «по типу зубчатого колеса», этот симптом может быть ослаблен пероральным приемом антихолинергического лекарственного средства.

Акатизия клинически проявляется неусидчивостью из-за внутренней потребности двигаться и менять позу, неспособностью долго сидеть в одной позе или долго оставаться без движения. Такие пациенты жалуются на чувство внутреннего беспокойства и тревоги. Риск возникновения акатизии составляет 20 – 40% при применении типичных нейролептиков и, по имеющимся наблюдениям, значительно ниже при использовании атипичных. Коррекция акатизии может быть комплексной. Первым шагом должно быть снижение дозы нейролептика или замена лекарственного препарата. Показано также применение бета-блокаторов, антихолинергических и антигистаминных лекарственных препаратов.

Токсичность лития

Механизм действия лития остается неясным, несмотря на то, что он применяется более 60 лет. К серьезным отделённым последствиям относятся: увеличение массы тела, нарушения функции щитовидной железы, почечная недостаточность, несахарный диабет и когнитивные нарушения (Waring et al, 2006). Спектр токсичности лития зависит от клинического контекста:

- Острая токсичность у лиц, не принимавших ранее препараты лития
- Острая токсичность при постоянном длительном употреблении
- Хроническая токсичность (это часто происходит при недостаточном мониторинге и здесь не обсуждается).

Острая токсичность при постоянном длительном употреблении вызывает особое беспокойство, так как период полувыведения лития значительно длиннее у пациентов, находящихся на продолжительной терапии по сравнению с теми, кто ранее не принимал препараты лития (период полувыведения 51 час против 13 часов соответственно). Наиболее высокому риску возникновения токсического эффекта подвержены пациенты, принимающие сверх-терапевтические дозы лития.

В клинической картине литиевой интоксикации преобладают неврологические и кардиологические симптомы. У таких пациентов наблюдается невнятная речь, нарушения координации движений и необычное поведение. При дальнейшем нарастании уровня лития в крови симптомы могут нарастать до комы, судорог или смерти. Стойкие неврологические повреждения могут возникнуть, несмотря на то, каким образом купировалась интоксикация. К кардиологическим нарушениям, возникающим в результате литиевой интоксикации относятся: атриовентрикулярная (АВ-) блокада, аритмия и неспецифические изменения сегмента ST или зубца Т.

Активированный уголь не абсорбирует литий в остаточном объеме и маловероятно, что будет эффективным при острой передозировке. Наиболее эффективны в плане снижения уровня концентрации лития в крови гемодиализ и гемодиализация. Выбор метода лечения острой интоксикации у лиц, ранее не принимавших препараты лития или острой интоксикации при длительном приеме этих препаратов, зависит от доступности местных ресурсов и принятой практики (Waring et al, 2006).

Травматическое повреждение головного мозга

Дети с психическими нарушениями могут быть подвержены более высокому риску травматического повреждения головного мозга, чем другие популяции. Из-за рискованного поведения, такого как употребление алкоголя и самоповреждений дети и подростки могут оказываться в ситуациях, которые приводят к травмам головного мозга. У детей, перенесших травму головы, могут наблюдаться головные боли, судороги, потери сознания, рвота, амнезия или спутанность сознания.

Очередность оказания медицинской помощи детям с травмами головы должны определять опытные врачи. Дети или подростки с нестабильным состоянием, отклоняющимися от нормы жизненными показателями, с оценкой менее 15 баллов по Шкале комы Глазго (Glasgow Coma Scale (GCS)) или с явными очаговыми неврологическими симптомами нуждаются в неотложной медицинской помощи в целях стабилизации жизненно важных параметров. Большое многоцентровое исследование, проведенное в Канаде, показало, что у 4,1% детей/подростков, поступивших на лечение по поводу черепно-мозговой травмы, имели внутримозговую гематому и только 0,6% нуждались в нейрохирургическом вмешательстве (Osmond et al, 2010). Osmond et al (2010) разработали алгоритм принятия решения об использовании компьютерной томографии при обследовании детей с травмами головы. Наличие любого из перечисленных ниже факторов указывает клиницисту на необходимость назначения КТ сканирования при травме головы:

- Менее 15 баллов по Шкале комы Глазго через два часа после травмы
- Подозрение на открытый или вдавленный перелом черепа
- Указания на усиления головных болей в анамнезе
- Раздражительность при осмотре
- Любые признаки перелома основания черепа
- Большая, мягкая при пальпации, гематома под кожей черепа
- Опасный механизм травмы.

Детей, не соответствующих критериям КТ, необходимо наблюдать в течение шести часов и затем выписать домой под опекой кого-либо из взрослых. Лица, осуществляющие уход за ребенком должны быть инструктированы о необходимости обращения за медицинской помощью, если у ребенка после выписки нарушается сознание, наблюдается частая рвота, усиливаются головные боли или возникают новые очаговые неврологические симптомы. Примерно у 20% пациентов с эпидуральной гематомой будет отмечаться светлый промежуток, после которого в течение 24 часов наступит ухудшение. Это подчеркивает важность хорошего инструктирования при выписке.

Делирий

Делирий может наблюдаться в любом возрасте и наиболее часто встречается в педиатрической популяции. Делирий характеризуется снижением способности ориентироваться в окружающей обстановке и изменением мышления, развивающимся в течение нескольких часов или дней и имеющим нестабильное течение.

Таблица J.1.2 Наиболее распространенные причины делирия у детей и подростков

Медицинские

- Лихорадка
- Бессудорожный эпилептический статус
- Мигрень с острой спутанностью сознания в детском возрасте
- Церебральные повреждения при системной красной волчанке

Связанные с фармакологическими препаратами

- Антихолинергические средства
- Нейролептики
- Синдром отмены бензодиазепинов
- Химические вещества, вызывающие зависимость

Целый ряд различных состояний связаны с делириозным состоянием у детей, включая и те, что представлены с Таблице J.1.2.

Клинические проявления делирия детского возраста очень похожи на те, что наблюдаются у взрослых. К наиболее распространенным симптомам относятся:

- Раздражительность и возбуждение
- Нарушение цикла сон-бодрствование
- Изменчивость настроения.

Тем не менее, присутствуют нюансы, характерные для педиатрической популяции, включая регрессию к более ранним этапам развития, ослабление зрительного контакта и безутешность, несмотря на присутствие опекуна (Hatherill & Flisher, 2010). Присутствие родителей и знакомых предметов может способствовать разрешению делириозного состояния. Отсутствует единое мнение по поводу медикаментозного лечения делирия в детском возрасте. Следует рассмотреть возможность применения таких фармакологических препаратов, как галоперидол (0,15–0,25 мг/кг в/в) и рisperидон (0,1–0,2 мг/кг перорально). Бензодиазепины могут оказывать растормаживающее действие на пациента и, возможно, обострять делирий.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ В ОНП

Конфиденциальность – ключевой компонент взаимоотношений врач-пациент. Важно, чтобы дети, подростки и их родители понимали, когда информация, касающаяся пациента, будет храниться в тайне, а когда она может быть раскрыта перед другими лицами и организациями, такими как агентство по защите прав детей. Границы конфиденциальности должны быть четко определены в самом начале диагностической оценки. Несмотря на то, что законодательство и общепринятая практика могут отличаться в разных странах, и варьировать в зависимости от возраста пациента, конфиденциальность должна соблюдаться до тех пор, пока не поступит информация, что ребенок или подросток подвержен риску причинения

вреда самому себе (риск суицида), или другим лицам (риск гомицида), а также, что кто-либо причиняет ему вред (жестокое обращение с ребенком). Такие ситуации требуют нарушения конфиденциальности для выполнения соответствующей оценки и организации необходимого наблюдения.

Подростки, поступающие на лечение по поводу проблем с психическим здоровьем, могут беспокоиться по поводу того, какая часть информации, которую они сообщают врачу, станет доступной их родителям. Очерчивание границ конфиденциальности должно ослабить это беспокойство. Если ребенок или подросток понимает важность соблюдения конфиденциальности (за исключением случаев, описанных выше), то он гораздо охотнее раскроется и будет более откровенно рассказывать о своих симптомах и проблемах.

В целом, врач может без ограничений получать информацию от родителей и из других неклинических источников (персонал школы, полиция, опекуны), не получая от ребенка или подростка согласия на такие действия, но не должен делиться информацией с родителями или неклиническими источниками без согласия пациента (за исключением вышеупомянутых случаев), хотя такие требования могут варьировать в зависимости от страны.

Законодательство, касающееся неприкосновенности частной жизни, отличается в разных странах. Некоторые юрисдикции позволяют врачам делиться клинической информацией о пациенте с другими медицинскими работниками, входящими в «систему оказания помощи», без письменного согласия пациента. Разным может быть также возраст, начиная с которого пациент может давать письменное согласие на раскрытие медицинской информации – в большинстве стран это 16 лет. Крайне важно, чтобы клиницист хорошо ориентировался в местном законодательстве о неприкосновенности частной жизни (см. Главу А.1).

РЕЗЮМЕ

Клиническая диагностика неотложных психиатрических состояний требует систематической, но вместе с тем краткой и быстрой оценки острых психиатрических заболеваний, острых проблем с психическим здоровьем и острых соматических осложнений, которые могут возникнуть у психически больных пациентов. При проведении диагностики и лечения острых неотложных психиатрических состояний у детей и подростков в ОНП необходим командный подход. В идеале, в состав такой команды специалистов должны входить: детский психиатр, сотрудник кризисного центра или социальный работник, средний медицинский персонал и врач ОНП. После лечения соматических осложнений, главной целью неотложной психиатрической оценки в ОНП становится определение степени угрозы безопасности пациента. Если имеет место риск причинения вреда себе и другим людям, обусловленный психическим заболеванием или острыми проблемами с психическим здоровьем, то это является основанием для направления в стационарное психиатрическое учреждение; иногда это делается против воли пациента и его родителей, но только для того, чтобы гарантировать его безопасность.