

Суицидальное расстройство поведения как диагностическая единица классификации DSM-5: плюсов больше, чем минусов

Maria A. Oquendo^{1,2}, Enrique Baca-Garcia^{1,3,4}

¹ Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA (США)

² Molecular Imaging and Neuropathology Division, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA (США)

³ CIBERSAM, Madrid, Spain (Испания)

⁴ Department of Psychiatry, Fundación Jiménez Díaz Hospital and Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain (Испания)

Перевод: Данилова М.Ю.

Редактура: Алфимов П.В.

(World Psychiatry 2014; 13 №2: 128-130)

Каждый год в результате суицида по всему миру погибает более миллиона людей, при этом суицидальные попытки без летального исхода встречаются от 25 до 50 раз чаще [1]. Выявление лиц с повышенным суицидальным риском является одной из ключевых задач общественного здравоохранения, однако, и учёные и клиницисты до сих пор безуспешно бьются над созданием эффективной стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики суицидов, направленной на снижение уровня самоубийств. Очень часто наши прогнозы в этой сфере не оправдываются, что особенно касается выявления краткосрочного риска суицида.

Невозможность прогнозировать суицидальное поведение с большой долей вероятности может быть связана с тем, насколько тщательно определяются его признаки и как они отражаются в медицинской документации. Наше предложение заключается в том, чтобы использовать суицидальное поведение в анамнезе в качестве основного фактора риска для суицидальных попыток и истинного суицида. Вынесение суицидального расстройства поведения в качестве самостоятельного диагноза [2] и выделение для него чётко определённых критериев позволит добиться соответствия данной нозологии установленным всемирной психиатрической ассоциацией характеристикам и создать для него единую для всех стран номенклатуру. Важно отметить, что это позволит выработать методы по выявлению суицидального поведения у отдельных пациентов, с соответствующими отметками в медицинской документации, что является ключом к разработке вторичных и третичных стратегий профилактики суицидов.

ПОЧЕМУ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫНЕСЕНО В КАЧЕСТВЕ ОТДЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА?

Суицидальное поведение часто отмечается в рамках другой психопатологии, однако, это не всегда так. К примеру, в США приблизительно у 10 % лиц, погибших в результате суицида, не было зафиксировано никакого психического заболевания. В Китае этот показатель достигает 37 % [3]. В то же время, большинство пациентов, страдающих психическими заболеваниями с повышенным риском суицидального поведения, не совершают суицид. Например, из данных общепопуляционных исследований известно, что среди лиц, подходящих под критерии биполярного расстройства, суицидальная попытка в анамнезе имеется в 29 % случаев [4],

что означает, что у значительного большинства пациентов подобного поведения не отмечается. Таким образом, суицидальное поведение не обязательно может свидетельствовать о наличии какого-либо психического заболевания.

Намного более корректно рассматривать суицидальное поведение в качестве сопутствующего заболевания, что хорошо соответствует его эпидемиологии, указывающей на то, что данное состояние встречается при широком спектре психических расстройств. Однако, в текущей нозологии данного заболевания эти данные не учитываются, и суицидальные мысли и попытки рассматриваются как симптом либо большого депрессивного расстройства, либо пограничного расстройства личности, и, следовательно, не рассматривается в качестве весомого повода для беспокойства при шизофрении, злоупотреблением алкоголем или посттравматическом стрессовом расстройстве, в то время как для всех этих заболеваний характерен значительный риск суицидальных попыток и смерти.

Выделение суицидального поведения в качестве отдельного диагноза позволит улучшить его выявление в клинической практике

Обследование пациента всегда начинается с выяснения его жалоб. На их основании врач делает предварительные выводы о диагнозе, выявляет отдельные симптомокомплексы для определения наличия сопутствующей патологии и проводит оценку текущего психического статуса пациента. Если при оценке психического статуса ничто не указывает на наличие депрессии или пограничного расстройства личности, а пациент не демонстрирует суицидальных мыслей и поведения, то у врача нет повода выявлять наличие у пациента суицидального поведения в прошлом.

Если же у пациента время от времени проскальзывают суицидальные высказывания, то ситуация становится несколько рискованной, поскольку врач может упустить жизненно важную информацию. Более того, даже если у пациента имеется зафиксированная суицидальная попытка, данные о суицидальном риске часто бывают утеряны и не включены в выписной эпикриз [5]. В отдельных больницах и клиниках имеется чётко выработанная система фиксации суицидального риска в медицинской документации, благодаря которой эти данные всегда сохраняются, однако в учреждениях с менее упорядоченной организацией высока вероятность того, что суицидальный риск пациента не будет зафиксирован.

Суицидальное поведение соответствует тем же критериям обоснованности и надёжности, что и другие психические расстройства

Интересным является тот факт, что суицидальное поведение соответствует критериям диагностической обоснованности, выделенным Robins и Guze в 1970 г [6]: оно достаточно описано в клинике, имеет определённые биологические маркёры, может быть чётко дифференцировано с другими заболеваниями, согласно данным катанестических исследований встречается чаще у лиц, уже страдавших этим расстройством и передаётся по наследству. В документе, определяющем требования к включаемым в DSM-5 диагнозам, выделяются следующие пункты, которым должен соответствовать диагноз: а) являться поведенческим или психологическим синдромом или паттерном, наблюдающимся у отдельного индивидуума; б) представлять собой клинически значимую патологию или ограничивать трудоспособность; в) быть диагностически валидным (например, иметь определённое прогностическое значение, быть связанным с ответом на терапию); г) быть полезным в клинической практике (например, способствовать улучшению оценки состояния и лечения) и д) отражать лежащие в основе процесса психо-биологические механизмы. В то же время, диагноз не должен быть продиктован социокультурной необходимостью или отражать отдельные социальные девиации или конфликты с обществом. Помимо всего прочего, диагноз должен обладать тремя показателями валидности [7]: предшествующим, текущим и прогностическим. Суицидальное поведение соответствует всем вышеперечисленным критериям.

Среди предшествующих показателей валидности ведущим фактором риска суицидального поведения является наличие психического заболевания. Однако, этот риск так же обусловлен рядом факторов внешней среды, такими как безработица, распад супружеских отношений и финансовый кризис. Из данных исследования наследственности и близнецовых методов обследования следует, что суицидальное поведение обнаруживается у лиц, не имеющих наследственной предрасположенности к колебаниям настроения или других психических расстройств в семейном анамнезе [8]. Следует отметить хорошо известную зависимость суицида и суицидальных попыток от социодемографических (пол, возраст) и культуральных факторов (расовая принадлежность, место рождения, религия). Таким образом, для суицидального поведения можно выделить четыре основные категории предшествующих показателей валидности.

Если говорить о текущих показателях валидности, то имеются достаточные доказательства существования сопутствующих факторов, не связанных с диагностическими критериями, но указывающих на риск развития суицидального поведения. В качестве примера можно привести расстройства из спектра когнитивных (проблемы с разрешением трудностей, когнитивная ригидность), эмоциональных (чувство безнадежности, тревога, сниженный фон настроения), темперамента (агрессия, импульсивность) и личностных (пограничное, нарциссическое или антисоциальное личностное расстройство) доменов. Так же имеется несколько биологических маркеров, указывающих на риск, такие как серотониновая недостаточность ЦНС и нарушение отрицательной обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, часто наблюдаемые как у лиц, предпринимающих суицидальные попытки, так и у лиц, погибших в результате суицида. Важно отметить, что суицидальное поведение является сопутствующим для целого спектра расстройств, от шизофрении до злоупотребления алкоголем и расстройств настроения. В то же время, другие заболевания, такие как личностные расстройства кластеров А и С (DSM), представляют собой меньший риск для развития суицидального поведения.

Существует три категории прогностических показателей валидности, и суицидальное поведение отлично подходит под критерии одной из них – диагностической стабильности. Одним из наиболее достоверных документируемых факторов, указывающим на возможность развития в будущем суицидального поведения, является предшествующая суицидальная попытка. Однако, как и при других психических расстройствах, прогноз заболевания может быть очень разным. Некоторые пациенты предпринимают за всю свою жизнь всего одну суицидальную попытку, в то время как другие могут совершать повторные попытки или умереть в результате суицида. В отношении ответа на терапию суицидальное поведение схоже с другими расстройствами, при которых могут быть эффективными несколько видов лечения; так, например, при суицидальном поведении у лиц, страдающих шизофренией, может применяться клозапин или когнитивная терапия, однако, не у всех пациентов имеется положительный эффект от лечения.

Ещё одним ключевым фактором, определяющим возможность включения расстройства в DSM-5 является доказательство надёжности и валидности определения заболевания. Определение суицидального поведения, приводимое в секции III DSM-5, основано на определении, предложенном O'Carroll и соавт. [9] и утверждённом Институтом медицины в 2002 г. Оно так же не противоречит определениям Центра по контролю за заболеваниями США и Управления по надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, основанным на Колумбийском алгоритме классификации для оценки суицида (C-CASA) [10]. Согласно данным из множества различных источников, это определение является достоверным. Например, по данным Колумбийского опросника суицидального анамнеза, коэффициент корреляции надёжности результатов, полученных различными экспертами, составил 0,97. То же определение используется в Колумбийской шкале оценки выраженности суицидальных тенденций (C-SSRS) [11], обладающей превосходной валидностью при сравнении с определениями, составленными группой экспертов (чувствительность >95% и специфичность >95% для суицидальных попыток).

ОГРАНИЧЕНИЯ

На предложение вынести суицидальное поведение в качестве отдельного диагноза были высказаны некоторые возражения. Критики считают, что суицидальное поведение является симптомом. Тем не менее, другие диагнозы, такие как энурез или пиромания, так же включены в DSM-5, несмотря на то, что они являются менее сложными, чем суицидальное поведение. В частности, для суицидального поведения имеется несколько измерений, основанных на степени выраженности желания индивидуума умереть, уровне проработки деталей при планировании суицида или степени жестокости выбранного метода самоубийства.

В критических замечаниях относительно суицидального поведения как диагноза так же говорится о том, что это может повлечь за собой подобное отношение к убийству человека, «медиализацию» подобного поведения. Однако, не следует забывать о том, что, в то время как большая часть суицидальных попыток связана с сопутствующими психическими расстройствами, для убийств это свойственно значительно реже (всего 34%) [12]. Более того, суицидальное поведение уже давно находится в центре внимания терапевтов и других клиницистов и по сути является отдельным медицинским доменом. Конечно, убийство и насилие могут так же являться проявлениями психопатологии, например, при психозе [12], но это характерно для меньшей части случаев.

Помимо всего прочего, высказываются предположения, что включение суицидального поведения в DSM-5 может повлечь за собой повышение ответственности

психиатров. Однако, по крайней мере, в США, в течение многих десятилетий самоубийство пациентов является основной причиной судебного преследования врачей-психиатров. Выделение суицидального поведения в качестве отдельного расстройства вместо повышения ответственности может привести к улучшению обмена информацией при передаче пациента от врача к врачу и к повышению внимания к этому расстройству в клинической практике.

Немаловажен и тот факт, что включение суицидального поведения в DSM-5 может позволить проводить исследования, основанные на медицинской документации обширных национальных баз данных или баз страховых компаний, которые являются важными источниками данных о целой популяции. На основании этих баз данных можно объективно судить о статистике суицидов, что может способствовать выявлению новых показателей риска.

Благодарности

Данная статья была написана при поддержке Национального Института Психического Здоровья США (гранты R01 MH48514 и P50 MH090964).

Библиография

1. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). www.who.int.
2. Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ et al. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008;165:1383-4.
3. Phillips MR, Yang G, Zhang Y et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728-36.
4. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896-9.
5. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM et al. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1995;152:1601-7.
6. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
7. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92-8.
8. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360:1126-30.
9. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW et al. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-52.
10. Posner K, Oquendo MA, Gould M et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007;164:1035-43.
11. Posner K, Brown GK, Stanley B et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168:1266-77.
12. Shaw J, Hunt IM, Flynn S et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:143-7.

DOI 10.1002/wps.20116