

Оценка риска суицида: инструменты и сложности

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно более 800 000 человек кончают жизнь самоубийством, и на каждого из них приходится еще 20 человек, совершивших суицидную попытку¹. Оценка и коррекция риска совершения самоубийства являются одними из основных функций психиатров, но посвященные этому клинические рекомендации разнятся, и не существует общепризнанного стандарта. Оценку и коррекцию риска лучше всего представлять как процесс (а не одно событие), который включает структурированную оценку, вмешательство и повторную оценку. Здесь мы рассмотрим преимущества оценки риска, выбор инструментов, оценку риска у пациентов с аутоагрессивными тенденциями и уникальную проблему работы с пациентами, у которых есть суицидные мысли, которые они не раскрывают.

Некоторые психиатры неохотно используют инструменты оценки риска суицида, беспокоясь о том, что стратификация риска слишком неточна, чтобы быть полезной; что методы лечения, направленные на предотвращение суицида, включающие психофармакотерапию и психотерапию, недоступны или не улучшают исходы; или что чрезмерный упор на управление рисками может привести к оборонительной медицине. Хотя инструменты не совершенны, большинство экспертов сходятся во мнении, что структурированная оценка, то есть последовательная оценка и учет факторов риска и антисуицидальных факторов, с большей вероятностью позволят собрать соответствующую информацию о пациенте и рассчитать степень суицидального риска. Кроме того, существует несколько основанных на принципах доказательной медицины

методов, направленных на снижение суицидального риска, включая распространенные лекарства, все более доступную психотерапию и относительно простые мультидисциплинарные вмешательства². В то время как неопределенность в отношении суицидального риска пациента может вести к консервативным подходам, использование и документирование процесса оценки риска, информирование пациентов о нем, выбор в качестве приоритетов автономии и амбулаторного лечения, должны привести к надлежащему индивидуальному наблюдению, эффективному взаимодействию с другими специалистами и медико-правовой защите.

Растущий объем литературы поддерживает это утверждение. Модель Коллективной оценки и коррекции суицидальности (The Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS) является примером клинической структуры, основанной на коллективном заполнении количественной и качественной Карты оценки суицидальности (Suicide Status Form, SSF). Эта модель, поощряющая проблемно-решающее поведение, способствующее снижению влияния суицидальных факторов («драйверов» суицида) и стимулирующее копирование, предназначена для усиления союза пациента и клинициста, построения мотивации и предотвращения госпитализаций. Первичное заполнение SSF позволяет выявить суицидогенные факторы, а краткая карта дальнейшего наблюдения – проследить улучшение³. Опираясь на CAMS, спонсируемые армией исследователи разработали более полный и гибкий подход, систему Терапевтической коррекции риска (Therapeutic Risk-Management, TRM). Она подразумевает, что врачи увеличивают эффективность обследования с помощью метода оценки риска по своему выбору для стратификации риска с точки зрения выраженности (низкий, средний или высокий риск) и временных рамок (острый или хронический) и совместно разрабатывают план обеспечения безопасности на основе шаблона из шести шагов⁴. В моделях CAMS и TRM акцентируется внимание на недопущении принудительных госпитализаций, поскольку это может повредить альянсу больного с врачом и привести к психосоциальному спаду, что может усугубить долгосрочный риск самоубийства.

Для психиатров, не обученных работе с CAMS, мы рекомендуем систему TRM, включая применение методов оценки суицидального риска. Для выбора метода следует обратить внимание на то, валидизирован ли он, имеет ли количественный компонент, может ли быть использован повторно, нет ли у него диагностической специфичности, доступен ли данный метод в различных форматах и на необходимых языках. С нашей точки зрения, Шкала Суицидных Намерений Бека (SSI)⁵ и Колумбийская Шкала серьезности суицидальных намерений (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C SSRS)⁶ являются хорошими вариантами.

SSI – это состоящий из 19 пунктов опросник, используя который, клиницист, помимо всего прочего, может оценить желание пациента умереть, желание жить, длительность и интенсивность мыслей о самоубийстве. Каждый пункт оценивается по 3 балльной шкале от 0 до 2 с суммарной оценкой в диапазоне от 0 до 38 баллов. Границы нормы и отношения шансов для суицидального поведения были определены для различных популяций⁵, а шкала была валидизирована на нескольких языках. SSI можно применять при первичном обследовании, а затем повторно для оценки улучшения.

Аналогично, C SSRS позволяет охарактеризовать текущие мысли о самоубийстве и суицидальное поведение в прошлом. Эта методика представляет собой проводимый клиницистом опросник для первичного обследования, версию для оценки динамики состояния и самоопросник. Исследования показали, что C SSRS является чувствительной, специфичной и отражает изменения в состоянии пациентов⁶. C SSRS также была переведена на несколько языков и валидизирована.

Многие пациенты, особенно подростки и лица с пограничным расстройством личности, осуществляют самоповреждения и/или склонны к проявлениям суицидального поведения с низким уровнем летальности. В прошлом врачи рассматривали самоповреждения как нечто отличное от суицидального поведения и/или считали проявления суицидального поведения с низким уровнем летальности парасуицидами. Некоторые обеспокоены тем, что повторные оценки риска суицида могут стимулировать такое поведение или не отражают достаточно достоверно риск суицида. Однако, пациенты, наносящие самоповреждения, на самом деле имеют высокий риск смерти в результате самоубийства, и этот риск еще выше среди пациентов, которые осуществляют повторные самоповреждения или сообщают о суицидальных намерениях, вне зависимости от их серьезности⁷. Кроме того, неизменное внимание и согласованная стратегия терапии суицидальных кризисов являются составляющим пяти доказательно обоснованных методов терапии пограничных состояний⁸. Таким образом, мы рекомендуем серьезно относиться как к самоповреждениям, так и к суицидальному поведению с низкой вероятностью летального исхода, информируя этих пациентов о наличии у них повышенного риска суицида, диагностируя расстройство личности при его наличии и предлагая ориентированную на безопасность терапию.

Некоторые суицидальные пациенты отрицают наличие у них суицидных мыслей. Это может быть как сознательной попыткой избежать госпитализации или ускорить выписку, так и неосознанной обороной против суицидных побуждений. Некоторые пациенты страдают от транзитных, но интенсивных суицидных мыслей, которые не регистрируются в момент обследования. В любом случае, обязательство вовлекать и лечить пациентов, которые чувствуют, что они не хотят или не нуждаются в помощи – это особая проблема в психиатрии. Новые исследования говорят о том, что объективная оценка показателей когнитивного функционирования пациентов может позволить уточнить их суицидальный риск. В частности, в проспективном исследовании было показано, что «тест ассоциаций со смертью/суицидом» («death/suicide implicit association test»), в котором пациенту необходимо как можно быстрее классифицировать слова, связанные с жизнью и самоубийством, может успешно применяться для прогнозирования суицидального поведения среди ветеранов лучше других известных факторов риска⁹. Исследователи также начинают выделять подтипы суицидального поведения и изучать потенциально самостоятельный механизм импульсивных попыток самоубийства¹⁰.

Несмотря на необходимость дальнейших исследований, направленных на улучшение оценки риска и профилактики суицидального поведения, были достигнуты бесспорные успехи в нашей способности лечить пациентов суицидальным поведением. Психиатры могут уменьшить риск суицида без излишнего применения ограничивающих и дорогостоящих условий лечения, комбинируя базовые этические и клинические понятия, такие, как уважение автономии и важность взаимоотношений пациента и клинициста, и используя ориентированную на процесс модель и имеющие доказательную базу инструменты и методы лечения.

Maria A. Oquendo, Joel A. Bermanke

Columbia University Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, США

Перевод: Дорофейкова М. В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Руженкова В. В. (Белгород)

(WorldPsychiatry 2016;16(1):28-29)

Библиография

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.
2. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. *BMJ* 2015;351:h4978.
3. Jobes DA. *Suicide Life Threat Behav* 2012;42:640-53.
4. Silverman MM. *J Psychiatry Pract* 2014;20:373-8.
5. Beck AT, Brown GK, Steer RA. *Behav Res Ther* 1997;35:1039-46.
6. Posner K, Brown GK, Stanley B et al. *Am J Psychiatry* 2011;168: 1266-77.
7. Chan M, Bhatti H, Meader N et al. *Br J Psychiatry* 2016;209:277-83.
8. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt M et al. *J Clin Psychiatry* 2010;71:699-706.
9. Barnes SM, Bahraini NH, Forster JE et al. *Suicide Life Threat Behav* (in press).
10. Oquendo MA. *J Clin Psychiatry* 2016;77:813-4.