

Факторы, защищающие ветеранов боевых действий от появления мыслей о суициде

Растущий уровень суицида среди ветеранов боевых действий является важной проблемой общественного здравоохранения^{1,2}. Следовательно, существует острая необходимость улучшить выявление ветеранов с повышенным риском и обеспечить ранние целенаправленные вмешательства³. Многочисленные исследования изучали факторы риска суицида среди ветеранов, сфокусированные в

основном на проблемах психического и соматического здоровья^{4,5}. В поразительно малом числе исследований была предпринята попытка определить изменяемые защитные факторы, несмотря на возникновение теоретических схем риска суицида, акцентирующихся на следующих факторах: психологическая устойчивость (то есть психологические качества, позволяющие человеку лучше

справляться с неприятностями, такие как вера в собственные силы и когнитивная гибкость), основанный на принятии копинг (то есть принятие того, что тяжелые и травмирующие жизненные события реальны, и на них нужно обращать внимание), социальная поддержка, оптимизм и любопытство⁶⁻⁸.

Описание факторов риска и защиты, связанных с ранними признаками риска суицида, такими как суицидальные мысли, является решающим для информирования о целенаправленных попытках по предотвращению суицида³. Наиболее подходящими для выявления таких факторов являются проспективные когортные исследования, ведущие наблюдение за популяционной психиатрической выборкой ещё до развития суицидальных мыслей. В ходе четырехлетнего периода наблюдения за национально репрезентативной выборкой ветеранов боевых действий, мы исследовали эти защитные факторы и факторы риска, связанные с развитием суицидальных мыслей.

Мы проанализировали данные из национального исследования здоровья и устойчивости ветеранов (National Health and Resilience in Veterans Study), которое является национально репрезентативным ретроспективным и проспективным когортным исследованием ветеранов США. Эта выборка была сформирована из панельного опроса 50,000 взрослых людей в США, выполненного GfK Knowledge Networks Inc. Исходное обследование было проведено в сентябре-октябре 2011 г., а повторные обследования – в сентябре-октябре 2013 и 2015 гг. В текущем исследовании мы проанализировали данные 2,093 ветеранов, у которых не были зафиксированы суицидальные мысли в начале наблюдения, и которые прошли как минимум одно повторное обследование в течение четырехлетнего периода наблюдения. Это исследование было одобрено Human Subjects Subcommittee комитета по делам ветеранов системы здравоохранения Коннектикута.

Суицидальные мысли оценивались с использованием двухчастного вопроса из опросника по состоянию здоровья-9 (Patient Health Questionnaire-9): "Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы: Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред?" Результаты были закодированы как 0 ("ни разу"), 1 ("несколько дней"), 2 ("более половины дней") или 3 ("почти каждый день"). Эпизод суицидальных мыслей засчитывался как "1" или выше по обоим вопросам в течение четырехлетнего периода наблюдений. Был рассмотрен полный спектр социо-демографических, военных и психосоциальных (осознаваемая устойчивость, оптимизм, воля к жизни, социальная поддержка, копинг стратегии и религиозность/духовность) характеристик⁹.

Чтобы оценить исходные прогностические факторы эпизодов суицидальных мыслей в течение четырехлетнего периода наблюдений, был проведен анализ с помощью иерархической мультивариантной бинарной логистической регрессии. Социо-демографические (например, возраст) и военные (например, статус ветерана боевых действий) переменные вводились на первом этапе; потенциальные факторы риска (например, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), проблемы с соматическим здоровьем) – на втором этапе; и потенциальные защитные факторы (например, баллы при оценке психосоциальных характеристик и социальной включенности) – на третьем этапе. Эпизоды суицидальных мыслей (нет/да) являлись зависимой переменной. Чтобы позволить обобщить результаты на всю популяцию ветеранов США, к данному анализу было применено постстратификационное взвешивание, основанное на демографическом распределении из самой современной переписи населения, выполненной бюро переписи США.

Средний возраст выборки был $62,4 \pm 13,8$ года (диапазон от 22 до 93 лет) и включал в подавляющем большинстве лиц мужского пола (92,0%), европеоидных (78,5%) и не подвергнувшихся боевым действиям (68,4%) ветеранов. У 143 (взвешенные 7,5%) ветеранов развились суицидальные мысли в течение четырехлетнего периода наблюдения.

Повышенный риск эпизодов суицидальных мыслей был связан с одиночеством (то есть баллами по Short Loneliness Scale (короткой шкале одиночества); относительное соотношение рисков, RRR=1,22, $p=0,002$, относительное объяснение дисперсии, RVE=16,5%); с неспособностью к полезной деятельности в повседневной жизни (то есть с подтверждением необходимости в помощи при такой деятельности, как работа по дому и надлежащий прием лекарств; RRR=3,46, $p<0,001$; RVE=14,8%); с симптомами ПТСР (баллы по опроснику ПТСР (PTSD Checklist); RRR=1,05, $p<0,001$; RVE=7,9%); с проблемами с соматическим здоровьем (то есть с баллами по подшкале соматизации Brief Symptom Inventory-18 (короткого опросника симптомов-18); RRR=1,09, $p<0,001$; RVE=7,0%); с проблемами употребления алкоголя (то есть с баллами по тесту на определение связанных с потреблением алкоголя заболеваний (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption); RRR=1,10, $p=0,001$; RVR=5,7%); с основанными на отрицании копинговыми стратегиями (то есть с одобрением использования отрицания, чтобы справиться с травмой по Brief COPE; RRR=3,36, $p=0,002$; RVE=4,3%); и с более старшим возрастом (RRR=1,02, $p=0,015$; RVE= 2,0%).

Сниженный риск возникновения суицидальных идей был независимо связан с большей социальной поддержкой (оценка по шкале социальной поддержки по медицинским показателям-5 (Medical Outcomes Study Social Support Scale-5), RRR=0,94, $p=0,002$; RVE=20,3%); открытостью новому опыту (оценка по пункту «Я часто нахожусь в поиске новых возможностей личностного роста (например, информация, люди, ресурсы)» из опросника открытости и заинтересованности новому опыту (Curiosity and Exploration Inventory), RRR=0,85, $p<0,001$, RVE=9,3%); устойчивость (оценка по шкале устойчивости Коннора-Дэвидсона-10 (Connor-Davidson Resilience Scale-10); RRR=0,96, $p=0,009$; RVE=8,0%); и копинг стратегиями, основанным на принятии (одобрение использования копинг стратегий, основанных на принятии по Brief COPE; RRR=0,60, $p=0,014$, RVE=4,2%).

На настоящий момент это исследование дает одну из самых полных оценок риска и защитных факторов развития суицидальных мыслей в репрезентативной на всю нацию выборке ветеранов боевых действий. Оно повторяет предыдущие работы, включающие проблемы психического и соматического здоровья как факторы риска суицидальности ветеранов^{4,5}, и расширяет эти выводы, предполагая, что одиночество, неспособность к полезной деятельности в повседневной жизни и основанные на отрицании копинг стратегии в этой популяции могут вносить дополнительный вклад в риск развития суицидальных мыслей.

Большой уровень социальной поддержки, открытость новому опыту, устойчивость и основанные на принятии копинг стратегии отвечали за более чем 40% от всех переменных при прогнозировании риска суицидальных мыслей. Эти защитные факторы изменяемы, и с ними работает современная когнитивно-поведенческая психотерапия⁶⁻⁸, и поэтому они могут быть перспективными целями для профилактических мероприятий, направленных на уменьшение суицидального риска у ветеранов.

Вместе взятые, результаты данного исследования подчеркивают важность полной и мультимодальной оценки, наблюдения, профилактики и терапевтических подходов, направленных на широкий спектр факторов риска суицидальных мыслей и факторов, от них защищающих¹⁰.

**Robert H. Pietrzak^{1,2}, Barbara L. Pitts³,
Ian Harpaz-Rotem^{1,2}, Steven M. Southwick^{1,2},
Julia M. Whealin^{3,4}**

¹US Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder, VA Connecticut Healthcare System, West Haven, CT, USA;

²Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; ³US Department of Veterans Affairs VA Pacific Islands Healthcare System, Honolulu, HI, USA; ⁴University of Hawaii School of Medicine, Manoa, HI, USA

Перевод: Красавин Г. А. (Москва)

Редактор: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

(*World Psychiatry* 2017;16(3):326–327)

Библиография

1. US Department of Veterans Affairs Office of Suicide Prevention. Suicide among veterans and other Americans 2001-2014. www.mentalhealth.va.gov.
2. Sareen J, Afxf1 TO, Taillieu Tet al. *Can Med I* 2016;188:K261-7.
3. Knox K. *Ann Intern Med* 2014;161:151-2.
4. Fanning JR, Pietrzak RH. *J Psychiatr Res* 2013;47:1766-75.
5. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE et al. *JAMA Psychiatry* 2014;71: 493-503.
6. O'Connor RC, Nock MK. *Lancet Psychiatry* 2014;1:73-85.
7. Denneson LM, Smolenski DJ, Bush NE et al. *Psychiatry Res* 2017;249: 125-31.
8. Nock MK, Deming CA, Fullerton CS et al. *Psychiatry* 2013;76:97-125.
9. Isaacs K, Mota NR Tsai J et al. *J Psychiatr Res* 2017;84:301-9.
10. Wahlbeck K. *World Psychiatry* 2015;14:36-42.

DOI: 10.1002/wps.20467