

Снижение смертности в результате суицида на фоне депрессии после госпитализации в психиатрический стационар в Финляндии с 1991 по 2014 год

Депрессия – психическое расстройство, наиболее значимое в плане суицидального риска. Риск суицида в течение жизни у больных депрессией оценивался в многочисленных исследованиях, в том числе в Датском национальном исследовании¹. За последние десятилетия организация помощи и подходы к терапии депрессии претерпели значительные изменения, включая более широкое использование антидепрессантов, уклон в сторону оказания помощи по месту жительства и деинституционализацию. Временные тренды изменения смертности в результате суицида могут быть ожидаемы, но еще не изучены.

Мы изучили популяционную когорту пациентов с депрессией в Финляндии (N=56 826) вплоть до 2014 года, чья первая госпитализация пришлась на период с 1991 по 2011 год (максимальная длительность наблюдения – 24 года). В данной статье опубликованы как данные о суммарном риске суицида, так и временные тренды смертности в результате суицида.

Исследование берет свое начало из проекта MERTTU². Полные данные по каждому пациенту были взяты из Финского регистра выписанных больных, включая данные обо всех госпитализациях, и данные о причинах смерти из Финского статистического регистра.

Мы выявили всех людей старше 18 лет (включительно) с психиатрическим диагнозом, госпитализировавшихся в психиатрические клиники или психиатрические отделения общесоматических стационаров в период с 1987 по 2011 год из Финского регистра выписанных больных. Затем мы получили данные о госпитализациях пациентов с психиатрическими диагнозами за период с 1980 по 2011 год. Первичные госпитализации по поводу депрессивного расстройства (основной диагноз) с 1991 по 2011 год выявлялись по кодам финской версии МКБ-9 (использовалась в период 1987–1995 годов) 296.1 A-G (МДП, депрессивный тип, включая депрессивные состояния БДУ) и 296.8 A (другие аффективные психозы) и по кодам МКБ-10 F32-33. Начиная с 1987 года были введены в эксплуатацию клинические критерии психиатрических диагнозов (финская версия МКБ-9 была основана на DSM-III-R критериях, а МКБ-10 – на основании исследовательских критериев МКБ-10). Данные Финского регистра выписанных больных демонстрируют полный охват и высокую точность психиатрических диагнозов⁴.

Из исследования были исключены пациенты, госпитализировавшиеся до 1980 года, имевшие изначально диагноз психотического расстройства и те, кто умер в течение первой госпитализации.

Мы получили точное время и причины смерти для всех случаев и таким образом выявили суициды (коды по МКБ-9: E950A-K, E951A-E957A, E959A-C, E959X; коды по МКБ-10: X60-X76, X78, X80-X84, Z91.5, Y87.0). В Финляндии весьма высок процент судебно-медицинских вскрытий (осуществляемых судебно-медицинскими экспертами, которые дают оценку всем случаям суицида и насильственной смерти). В итоге, в ходе процесса расследования остается лишь небольшой процент невыявленных причин смерти⁵.

Наблюдение за пациентами продолжалось с момента выписки из больницы и вплоть до их смерти в результате суицида или других причин, либо до 31 декабря 2014 года, в зависимости от того, какое событие наступало раньше. Все случаи смертей не в результате суицида выбывали из исследования. Случаи с изменением диагноза на психоз или биполярное

аффективное расстройство также не включались в исследование во избежание влияния на ошибку выжившего.

Функция выживаемости и суммарный риск суицида оценивались с помощью процедуры Каплана–Мейера. Для анализа тенденций во времени мы сформировали последовательные группы по 5-летним интервалам поступления в стационар. Для каждой когорты (например, для группы с поступлениями с 1991 по 1995 год) мы установили ассоциированные с полом и возрастом пропорциональные факторы риска суицида в период трех лет (равная продолжительность индивидуальных наблюдений) и до 24 лет наблюдения максимум (разная продолжительность индивидуальных сроков наблюдения). Мы использовали программное обеспечение R и *Surv*.

Национальная когорта из 56 826 пациентов (25 188 мужчин и 31 638 женщин) с первой в жизни госпитализацией по поводу депрессии была прослежена для 628 514 человеко-лет (продолжительность наблюдения: среднее 11,1 года, медиана 10,7 года, максимум 24 года). Из 15 063 пациентов, умерших в период наблюдения, 2567 (17,0%) человек совершили заверченный суицид (1598 мужчин и 969 женщин). Суммарный риск суицида составил в среднем 6,13% (95% CI: 5,80–6,46%), 8,64% среди мужчин (95% CI: 8,00–9,27%) и 4,14% у женщин (95% CI: 3,83–4,45%). Уровень смертности от самоубийств среди пациентов мужского пола составил 23,05 на 1000 человеко-лет (95% CI: 21,20–25,02) в первые 12 мес; 8,84 на 1000 человеко-лет (95% CI: 7,69–10,10) за 12–24 мес.; и 6,12 на 1000 человеко-лет (95% CI: 5,17–7,20) за 24–36 мес. Для женского пола эти показатели составили 9,73 на 1000 человеко-лет (95% CI: 8,68–10,87), 3,82 на 1000 человеко-лет (95% CI: 3,17–4,57) и 3,19 на 1000 человеко-лет (95% CI: 2,60–3,88) соответственно.

Относительно базового периода 1991–1995 годов пол- и возраст-ассоциированный риск суицида в течение 3 лет после выписки составил 0,69 (95% CI: 0,61–0,79; $p < 0,0001$) в 1996–2000 годах, 0,54 (95% CI: 0,47–0,63; $p < 0,0001$) в 2001–2005 годах, 0,48 (95% CI: 0,42–0,56; $p < 0,0001$) в 2006–2011 годах. Соответствующее отношение риска для максимального 24-летнего наблюдения составляло 0,70 (95% CI: 0,63–0,77, $p < 0,0001$) в 1996–2000 годах, 0,57 (95% CI: 0,51–0,64, $p < 0,0001$) в 2001–2005 годах и 0,49 (95% CI: 0,43–0,55; $p < 0,0001$) в 2006–2011 годах.

Суммарный риск суицида в Финляндии (8,6% для мужчин и 4,1% для женщин) оказался несколько выше, чем в датском исследовании (6,7 и 3,8% соответственно среди амбулаторных и стационарных больных с депрессией¹). Наиболее вероятно, разница обусловлена более высоким уровнем смертности в результате суицида в Финляндии и включением в наше исследование только стационарных больных. Таким образом, результаты исследования только стационарной группы больных переоценивают риск смертности от суицида у пациентов с депрессией на 30–50%⁶.

Наши результаты демонстрируют значимое и устойчивое снижение смертности в результате суицида в долгосрочной перспективе, начиная с 1991 года, в отличие от недавнего метаанализа выписанных пациентов из психиатрического стационара⁷. Пик суицидов в Финляндии пришелся на 1990 год, а к 2014 году показатель смертности уменьшился вдвое. Наши результаты также соответствуют общему паттерну.

Наравне с общемировыми тенденциями, многое в Финляндии изменилось с 1990 года. Во-первых, в начале 90-х годов был внедрен национальный проект Suicide Preven-

tion (профилактика суицида). Во-вторых, за период наблюдения потребление антидепрессантов увеличилось в 8 раз⁸. В-третьих, объем потребляемого алкоголя на душу населения, увеличивавшийся в период с 1990 по 2005 годы, с 2007 года стал снижаться. В-четвертых, в процессе деинституционализации число коек в психиатрических стационарах уменьшилось более чем на 60% (сравнявшись в 2011 году со средним показателем по странам участников Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР): 71 на 100 тыс. населения против 70 на 100 тыс.)⁸. С 1994 по 2011 год сроки пребывания в стационаре уменьшились вдвое, а количество пациентов, госпитализированных в стационар, сократилось на 10%⁹. В-пятых, улучшилась доступность амбулаторной психиатрической помощи, а ориентированные на амбулаторное оказание помощи службы связаны с более низкой смертностью от суицидов².

В заключение, суммарный риск суицида при депрессии варьирует в зависимости от периода времени и контекста. Значительное снижение смертности в результате суицида в Финляндии к настоящему моменту воодушевляет продолжать попытки предотвращения самоубийств при депрессии.

Kari I. Aaltonen^{1,2}, Erkki Isometsa¹, Reijo Sund^{3,4}, Sami Pirkola^{2,5}

¹Department of Psychiatry, University of Helsinki and Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland; ²Department of Public Health Solutions, Mental Health Unit, National Institute for Health and Welfare,

Helsinki, Finland; ³Centre for Research Methods, Faculty of Social Sciences, University of Helsinki, Helsinki, Finland; ⁴Institute of Clinical Medicine, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland; ⁵Faculty of Social Sciences, University of Tampere and Pirkanmaa Hospital District, Tampere, Finland

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2018;17(1):110-112)

Библиография

1. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Arch Gen Psychiatry 2011;68:1058-64.
2. Pirkola S, Sund R, Sailas E et al. Lancet 2009;373:147-53.
3. Kuoppasalmi K, Lonnqvist J, Pylkkanen K et al. Psychiatria Fennica 1989;20:65-81.
4. Sund R. Scand J Publ Health 2012;40:505-15.
5. Ohberg A, Lonnqvist J. Acta Psychiatr Scand 1998;98:214-8.
6. Crump C, Ioannidis JP, Sundquist K et al. J Psychiatr Res 2013;47:1298-303.
7. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D et al. JAMA Psychiatry 2017;74:694-702.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <http://stats.oecd.org>
9. Finnish National Institute for Health and Welfare. <https://www.sotkanet.fi>

DOI:10.1002/wps.20501

Комплексное ПТСР и его корреляты среди езидок – жертв сексуального рабства, проживающих в лагерях после освобождения из оккупации ИГИЛ

Чудовищные преступления, совершаемые Исламским Государством на территориях Ирака и Леванта (ИГИЛ; *деятельность запрещена в России*) имеют серьезные психологические последствия по всему миру^{1,2}. Езиды, курдское религиозное меньшинство, сильнее всех пострадали от рук ИГИЛ³. Множество мужчин казнили, а женщин взяли в плен с целью сексуальной эксплуатации, заставив снова и снова переживать насилие и надругательства. Пагубное воздействие пыток и сексуального насилия неоднократно отражалось в литературе^{4,5}, но геноцид езидов включает в себя оба этих элемента и до сих пор не был описан. Данное предварительное исследование оценивало посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) среди женщин-езидок, проживающих в лагерях после освобождения из оккупации ИГИЛ.

В результате травматического события может возникнуть как ПТСР, так и КПТСР. ПТСР обычно вызывается единичным травматическим событием, в то время как КПТСР связан с пролонгированной травмой, когда судьба человека находится под чужим контролем, и избежать воздействия этой травмы не представляется возможным⁶. Согласно предварительной версии МКБ-11, ПТСР характеризуется тремя симптомами: повторным переживанием травматического события; избеганием мыслей и воспоминаний; состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы. КПТСР включает в себя еще три симптома, вызывающих нарушения в самоорганизации: трудности в регуляции эмоций, негативную самооценку и трудности в поддержании взаимоотношений. Предыдущие данные о беженцах, подвергнутых пыткам, показали, что, в то время

как 19% из них имеют ПТСР, 32% удовлетворяют критериям КПТСР⁴. Важно выявлять и ПТСР, и КПТСР, поскольку эти состояния могут коррелировать с различными переменными и требовать разных вмешательств^{7,8}.

Вернувшиеся из плена езидские женщины (N=108, средний возраст 24,4±5,7 года; средняя продолжительность обучения 2,8±4,0 года; 45,4% были замужем; среднее время пребывания в плену 7,7±2,7 мес; перепроданные в среднем 4,3±5,7 раза; бывшие в плену в среднем с 32,3±80,0 людьми) были выбраны в период с февраля по март 2017 года из четырех лагерей Северного Ирака/Курдистана, бывших в оккупации ИГИЛ.

Дихотомический подход (да/нет) к оценке видов воздействия (была свидетелем массовых убийств, одиночных убийств людей; пострадала от увечий, пыток, артобстрела, стрельбы, сексуального насилия, физического насилия; есть убитые или раненые члены семьи), ответы были суммированы, чтобы произвести совокупную оценку воздействия стрессоров. Мы использовали опросник МКБ-11 на ПТСР, который включал 6 пунктов, основанных на трех предложенных в МКБ-11 критериях⁶ (alpha=0,71), и опросник МКБ-11 на КПТСР, включающий 6 дополнительных пунктов, основанных на трех предложенных критериях⁶ МКБ-11 (alpha=0,71). Факторная структура для двух связанных, но все же различных концепций (ПТСР и КПТСР) была несколько лучше, чем единая конструкция. Мы также оценили уровень стресса в лагерях, бывших в оккупации ИГИЛ, в том числе опыт жестокого обращения, физического насилия, сексуального насилия и голода. Эти 4 фактора были отражены в шкале Ликерта, где для каждого фактора есть 5 степеней выраженности (от 1=нисколько до 5=очень сильно; alpha=0,79).