доверием и неспособностью эмоционально и рационально принять факт смерти близкого человека.

Поскольку ключевым симптомом ЗПРГ является сильная тоска по умершему, есть определенное сходство с диагностическими критериями аддиктивных расстройств. Например, такие симптомы ЗПРГ, как тоска, гнев и протест против разлуки с важным человеком, могут напоминать состояние тяги и симптомы отмены, характерные для аддиктивных расстройств. Эти сходства указывают на то, что в зоне риска развития ЗПРГ находятся те люди, для кого умерший был главным источником любви, поддержки, безопасности, самоидентификации и признания – то есть своего рода психологическим вознаграждением. Этот вывод также позволяет предположить, что различные вмешательства – как психосоциальные, так и фармакологические – способны уменьшить эффект вознаграждения, ранее ассоциировавшийся с умершим (например, посредством применения налтрексона). Это, в свою очередь, может ослабить чувство тоски, помочь человеку переключиться на общение с живыми людьми, которые могли бы восполнить «социальную пустоту». Таким образом, такие подходы могут уменьшить проявления симптомов ЗПРГ и способствовать более успешной адаптации к утрате[7].

Наконец, горе воспринимается как универсальная человеческая реакция на утрату близкого, хотя оно не является исключительно человеческой чертой: оно наблюдается и среди других млекопитающих, таких как слоны, обезьяны, полевки. Однако мы также признаем, что культура значительно влияет на то, какие формы принимает это переживание. То, что в одной культуре может считаться нормальным или ожидаемым (например, воздержание от свиданий или ношение определенной одежды), в другой культуре может восприниматься как отклонение от нормы. Кроме того, языковые различия могут осложнять оценку симптомов горя (например, если в языке нет подходящих слов или синонимов критериев ЗПРГ). В МКБ-11 и DSM-5-TR делается особый акцент на «культурную оговорку», согласно которой необходимо учитывать культурный контекст скорбящего при оценке того, является ли его реакция на утрату нормальной или патологической[8].

Чтобы помочь клиницистам в учете культурных особенностей при постановке ЗПРГ, было разработано Культуральное интервью[9] горя и утраты (Grief and Bereavement Cultural Interview). Такие статистические подходы, как современная теория тестирования (item response theory), могут помочь определить, какие вопросы дают наиболее достоверную информацию о ключевых аспектах горя в контексте конкретной культуры или языка. Чтобы обеспечить точность и межкультурную универсальность критериев ЗПРГ, необходимо использовать как клинические, так и статистические методы.

В заключение, ЗПРГ является новым психическим расстройством, о котором клиницисты могут пока не иметь достаточного представления и испытывать затруднения с его выявлением, диагностикой или лечением. Мы кратко рассмотрели некоторые из наиболее частых вопросов, которые возникают у специалистов по оценке ЗПРГ, и предложили рекомендации по мероприятиям, направленным на обеспечение соответствия наиболее современным и эффективным способам помощи людям, переживающим утрату.

Holly G. Prigerson, Paul K. Maciejewski

Department of Radiology, Weill Cornell Medicine, NewYork City, NY, USA; Cornell Center for Research on End-of-Life Care, New York City, NY, USA

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Maciejewski PK, Prigerson HG. In: Reynolds CF (ed). Grief and prolonged grief disorder. Washington: American Psychiatric Association, 2024:151-2.
2. Johnson JG, First MB, Block S et al. Death Stud 2009;33:691-711.
3. Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW et al. Psychiatr Serv 2011;62:1225-9.
4. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Am J Psychiatry 1999;156:202-8.
5. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Boelen PA et al. J Consult Clin Psychol 2024;92:236-48.
6. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J et al. World Psychiatry 2021;20:96-106.
7. Prigerson HG, Singer J, Killikelly C. Am J Geriatr Psychiatry 2024;32:634.
8. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
9. Smid GE, Groen S, de la Rie SM et al. Psychiatr Serv 2018;69:1050-2.

DOI:10.1002/wps.21228

Синдром суицидального кризиса: специальный диагноз для предотвращения суицидов

Igor Galynker, Sarah Bloch-Elkouby, Lisa J. Cohen. Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention. *World Psychiatry*. 2024;23(3):362-363

Суициды представляют собой серьезную глобальную проблему общественного здравоохранения. Ежегодно суициды уносят более 700 тыс. жизней по всему миру. Между тем, существует множество возможностей для предотвращения трагедий, так как половина людей, совершивших суицид, обращались за медицинской помощью в течение месяца до своей смерти. Оценка риска суицида в таких случаях обычно основана на словах самих пациентов о наличии суицидальных намерений, а также на анализе постоянных факторов риска, таких как предыдущие суицидальные попытки или диагностированные ранее диагнозы психических расстройств. Однако исследования показывают, что до 75% людей, погибших в результате суицида, при последнем контакте с медработником явно отрицали наличие суицидальных намерений[1]. Более того, у почти 20% тех, кто предпринимал суицидальные попытки, не было выявлено каких-либо психических расстройств[2]. Учет традиционных факторов риска, таких как предыдущие попытки суицида и наличие психических расстройств в анамнезе, недостаточно эффективен для прогнозирования краткосрочного риска суицида[3].

За последнее десятилетие несколько независимых групп исследователей зафиксировали существование особых острых психических состояний, связанных с суицидальным поведением. Однако ни DSM, ни МКБ до сих пор не включали диагноз, который охватывал бы подобные состояния. Для устранения пробелов в классификации психических расстройств был предложен синдром суицидального кризиса (ССК), который в настоящее время рассматривается для включения в DSM. Этот диагноз предоставляет систематический подход для распознавания и лечения психического расстройства, связанного с высоким риском суицида, без опоры исключительно на высказываемые человеком суицидальные намерения[4].

ССК представляет собой финальную и наиболее острую стадию в нарративно-кризисной модели суицида (Narrative Crisis Model of suicide, NCM), отражающей развитие суицидального риска – от постоянных факторов риска до неизбежного суицидального исхода. Эта модель предлагает основу для разработки и внедрения терапевтических подходов, направленных на каждую из четырех стадий суицидального процесса[5].

Критерии ССК, основанные на эмпирических данных, формировалась на протяжении 15 лет. Они охватывают пять эмпирически обоснованных доменов, которые вместе образуют единую синдромальную структуру. При этом суицидальные мысли не включены в данные критерии, т.к. было доказано, что они не являются надежным показателем неизбежного суицидального поведения. Первый домен синдрома суицидального кризиса, критерий А, характеризуется постоянным и интенсивным чувством отчаянной безнадежности, при котором человек ощущает себя в ловушке ситуации, переживаемой как невыносимая и безвыходная. Критерий В включает четыре отдельных измерения симптомов: В1 – аффективные нарушения, В2 – потеря когнитивного контроля, В3 – гипервозбуждение и В4 – социальная изоляция.

Пункт В1. Аффективные нарушения могут проявляться следующим образом: 1) ощущение эмоциональной боли; 2) депрессивное возбуждение; 3) сильная тревога, сопровождающаяся необычными физическими ощущениями; 4) сильная ангедония (неспособность испытывать удовольствие).

Пункт В2. Утрата когнитивного контроля может проявляться следующим образом: 1) навязчивые размышления (руминации); 2) когнитивная ригидность (негибкость мышления); 3) неспособность справляться с нежелательными мыслями; и 4) интенсивный поток навязчивых мыслей – чувство утраты контроля над мыслями, сопровождающееся головными болями или ощущением давления в голове.

Пункт В3. Гипервозбуждение может проявляться следующим образом: 1) возбуждение/беспокойство; 2) гиперчувствительность, т.е. интенсивная и чрезмерная реакция на сенсорные стимулы; 3) раздражительность; 4) бессонница.

Пункт В4 (социальная изоляция) проявляется избеганием социальных взаимодействий и общения.

Для установления диагноза ССК пациенты должны соответствовать критерию А, а также иметь как минимум один симптом из каждого критерия В1 – В4.

Для оценки ССК было создано несколько инструментов, подходящих для использования в различных группах населения. Среди последних валидизированных самоопросников – Пересмотренный опросник суицидального кризиса (Revised Suicide Crisis Inventory, SCI-2) и его краткая форма (Suicide Crisis Inventory – Short Form, SCI-SF). Полная версия опросника SCI-2 состоит из 61 пункта и охватывает пять аспектов ССК, при этом ответы оцениваются по пятибалльной шкале Ликерта. Оценка клиницистов включает использование 14-пунктового чек-листа ССК (SCS Checklist, SCS-C)[6], прошедшего через косвенную валидизацию, а также его сокращенную версию, внедренную в клиническую практику (Abbreviated SCS Checklist, A-SCS-C) и состоящую из пяти пунктов, отражающих пять основных симптоматических областей[7]. Оба инструмента позволяют установить наличие либо отсутствие ССК.

Диагноз ССК показал высокую внутреннюю согласованность как внутри, так и между пятью измеряемыми категориями симптомов в выборках из США и других стран. Ряд исследований, проведенных в США, а также в Индии, Корее, Тайване, России и Бразилии, дополнительно подтвердили однородность структуры и наличие пятифакторной модели ССК. Показатели SCI и его обновленной версии SCI-2 были ассоциированы с наличием суицидальных мыслей и поведения как на текущий момент (в течение последнего месяца), так и в течение жизни. Также эти показатели продемонстрировали дискриминантную валидность по отношению к депрессивным, тревожным и психотическим симптомам[8].

На сегодняшний день более пятнадцати исследований подтвердили прогностическую валидность ССК в оценке риска возникновения неизбежных суицидальных мыслей, подготовительных действий и суицидальных попыток. Более того, по сравнению с текущими или прошлыми суицидальными мыслями и попытками, ССК, измеряемый с помощью инструментов SCI и SCI-2, либо оказался единственным значимым предиктором суицидальных попыток, либо показал превосходящую прогностическую валидность в оценке суицидальных мыслей и поведения в течение последующего месяца[9]. Наиболее точный прогноз суицидального поведения был достигнут при учете всех пяти компонентов ССК.

Будучи категориальным объективным диагнозом, ССК предоставляет клиницистам ценные данные, которые помогают упростить процесс принятия решений при работе с пациентами из группы высокого риска в отделениях неотложной помощи, стационарных и амбулаторных условиях. Особенно важно то, что применение ССК в клинической практике, по мнению врачей, показало значительную воспринимаемую полезность, а также реальную практическую ценность при принятии решений о госпитализации или выписке: 91% соответствия диагнозу ССК («есть»/«отсутствует»). Кроме того, у пациентов с установленным ССК на 75% ниже показатель повторной госпитализации в отделение неотложной помощи после выписки из стационара, как в связи с общими заболеваниями, так и по причине суицида по сравнению с пациентами без этого диагноза.

В свете психометрической надежности и клинической целесообразности ССК, все большее число медицинских учреждений по всему миру начинают внедрять в свою повседневную практику диагностические инструменты по выявлению ССК (в частности, в Израиле, Венгрии, Норвегии, Тайване, Чили, Турции и Испании). С этой целью SCI-2 и ССК-С были переведены на 14 различных языков в 16 странах на четырех континентах. Текущее исследование, проводимое в рамках Международного сотрудничества по оценке и предотвращению суицида (International Suicide Prevention Assessment Research Collaboration), показывает, что ССК является надежным межкультурным предиктором суицидального поведения. Показатель эффективности метода, площадь под кривой (Area Under the Curve, AUC) составляет от 0,83 до 0,95, что подтверждает высокую точность инструмента.

Быстрое распространение оценки ССК как клинического инструмента и предложение его включения в DSM в качестве специфического диагноза, связанного с суицидом, открыло путь к важным научным вопросам. Во-первых, необходимо укрепление доказательной базы, подтверждающей дискриминативную валидность ССК в сравнении с другими расстройствами в DSM. Хотя ССК демонстрирует дивергентную валидность в отношении дименсиональных измерений депрессии, враждебности, фобической тревоги и межличностных проблем, его дискриминативная валидность в контексте ряда диагнозов, таких как большое депрессивное расстройство, паническое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство, все еще активно изучается. Во-вторых, необходимо уточнить продолжительность эпизодов ССК, а также определить ассоциацию между повторяющимися эпизодами ССК и риском суицидального поведения. В-третьих, требуется дальнейшая проверка клинической целесообразности оценки ССК как инструмента для принятия клинических решений в различных амбулаторных, стационарных и экстренных условиях по всему миру. Наконец, необходимы клинические испытания для оценки эффективности фармакологических и психотерапевтических методов лечения ССК. Все эти вопросы в настоящее время изучаются нашей исследовательской группой и десятками других ученых по всему миру.

Диагноз ССК по классификации DSM (и, возможно, МКБ) с присвоенным диагностическим кодом мог бы стать для врачей системным инструментом для оценки и снижения суицидального риска, даже у лиц с высоким риском, отрицающих наличие суицидальных мыслей и намерений. Это также поможет выделять пациентов, заявляющих о суицидальных мыслях, которые на самом деле имеют низкий риск суицидального поведения. Кроме того, концептуальная и практическая понятность диагноза ССК, вероятно,

снизит уровень тревоги у специалистов при работе с суицидальными пациентами, что, в свою очередь, будет способствовать развитию эффективного терапевтического альянса. Наконец, мы считаем, что ясность в оценке суицидального риска благодаря диагнозу ССК, основанному на классификации DSM, поможет сократить юридические споры, усилить образовательные программы и стимулировать исследования новых методов лечения, что крайне важно для повышения эффективности профилактики суицида.

Igor Galynker, Sarah Bloch-Elkouby, Lisa J. Cohen

Mount Sinai Suicide Prevention Research Laboratory, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

Авторы выражают благодарность за поддержку American Foundation for Suicide Prevention (TBT-1-136-22 Focus Grant).

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва
Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Berman AL, Silverman MM. Arch Suicide Res 2020;24(Suppl. 2):S370-80.
2. Oquendo MA, Wall M, Wang S et al. JAMA Psychiatry 2024;81:572-8.
3. Cohen LJ, Ardalan F, Yaseen Z et al. Suicide Life Threat Behav 2018;48:613-23.
4. Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A et al. Depress Anxiety 2017;34:147-58.
5. Galynker I. The suicidal crisis: clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. Oxford: Oxford University Press, 2023.
6. Bafna A, Rogers ML, Galynker II. J Psychiatr Res 2022;156:228-35.
7. Karsen E, Cohen LJ, White B et al. J Clin Psychiatry 2023;84:22m14655.
8. Melzer L, Forkmann T, Teismann T. Suicide Life Threat Behav 2024;54:556-74.
9. Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS et al. J Affect Disord 2021;295:1280-91.

DOI:10.1002/wps.21229