

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ – НЕ БОЛЕЗНЬ: КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ НЕЕЛЕМАНА И ДЕ ГРООТА

К. ван Гейринген

Отдел изучения самоубийств, Гентский университет, Бельгия

Й.Неелеман и М.Х.де Гроот пытаются показать, что суицидальность может быть отдельным расстройством, а не всегда только частью других расстройств. На основании выборочного исследования литературы они приходят к выводу о том, что суицидальность является хроническим дегенеративным расстройством, которое облигатно не связано ни с одним из психических или соматических расстройств и которое имеет собственную этиологию, патогенез, течение и ответ на лечение. Иными словами, они выступают за включение суицидальности в диагностическую классификационную систему в качестве отдельной единицы.

Некоторые аргументы, приведенные авторами, представляются приемлемыми. Так, суицидальность, согласно DSM-IV, есть факультативный симптом двух расстройств, а именно, депрессивного расстройства и пограничного личностного расстройства. Помимо этого, суицидальность также отмечается при иных психических расстройствах, например, при шизофрении или расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Суицидальность может наследоваться, причем независимо от наследования других психических расстройств.

Позитивная сторона вывода Й.Неелемана и М.Х.де Гроота состоит в том, что суицидальность не описывается как неотъемлемый симптом депрессии, что совершенно обоснованно означает, что для прогноза и превенции суицидального поведения недостаточно только диагностики и лечения депрессии. Очевидно, что из этого вытекают важные последствия, касающиеся профилактики суицидального поведения на уровне как отдельного пациента, так и общей популяции в целом.

Вместе с тем, существует ряд проблем концептуального характера, которые ослабляют позицию авторов. Во-первых, они не дают дефиниции суицидальности. В статье освещается эпидемиология суицидов и суицидальных попыток, но в ней, например, не упоминаются суицидальные мысли, а они также являются частью суицидальности. Во-вторых, ряд приведенных аргументов неспецифич-

ны для суицидальности. В частности, описанные авторами психические расстройства, а также усугубляющие и защищающие факторы не являются специфическими для суицидального поведения. Авторы заявляют о том, что специфической характеристикой суицидальности является, прежде всего, чувствительность к межличностному переносу, но это не единственная поведенческая форма, восприимчивая к такому переносу, и об этом прекрасно знают в рекламном бизнесе. В-третьих, авторы не заявляют, по какой оси следует диагностировать суицидальность: по оси I или оси II. Они описывают суицидальность как хроническое дегенеративное расстройство, из чего следует, что диагноз должен быть на оси I. Ниже по тексту данного комментария мы приведем доводы, что если и говорить о специфическом диагнозе, то он должен скорее находиться на оси II.

Помимо упомянутых возражений, хотелось бы также задать вопрос относительно функциональности диагноза суицидальности. Выиграют ли специалисты в области лечения и пациенты от того, что появится такая диагностическая категория, и позволит ли это лучше прогнозировать, лечить или предупреждать такое поведение? К сожалению, пока еще слишком мало знаний о патогномических характеристиках, например, в области течения или ответа на терапию, чтобы оправдать существование такой диагностической категории. Даже в симптоматике нет единства мнений по дефинициям: для феномена суицидальной попытки, например, есть американская и европейская дефиниции и при этом, соответственно, при таком «диагнозе» желание умереть в одном случае учитывается, а в другом – нет.

Не только в области симптоматики, но и в области этиологии вряд ли можно говорить об отдельной единице болезни, а скорее о континуальной вариантности (англ. continuous variation) (3). Й.Неелеман и М.Х.де Гроот с полным основанием указывают на роль трех патогенетических составляющих: психического состояния, усугубляющих и защищающих факторов и предрасположенности, обусловленной личностными особенностями (американ-

цы называют это диатезом – diathesis) (4). Что касается первых двух, то они не облигатны для суицидальности. Что же касается предрасположенности, то здесь появляется все больше данных о том, что эта характеристика действительно специфична для суицидального поведения. Эта предрасположенность или диатез представлена скорее всего тремя компонентами личностных особенностей, которые можно определить терминами когнитивной психологии (чувствительность к опыту утраты, ограниченность проблеморазрешающих навыков и склонность реагировать чувством безнадёжности) (5), но из которых все отчетливее проглядывает нейropsychологическая и психобиологическая основа (2).

Таким образом, суицидальность – это не диагноз и не специфическое расстройство, ни на оси I, ни на оси II, а проявление «я» или способа преодоления тяжелых жизненных событий. Предопределенность суицидального поведения заключается в вариациях трех личностных особенностей, которые в определенных обстоятельствах могут дать «не хочу и не могу больше жить». Переформатирование дефиниции в когнитивно-психологические термины привело к развитию когнитивно-психотерапевтического лечения, которое недавно показало свою целесообразность в профилактике попыток суицида (1). Это исследование, по сути, является первым исследованием, которое показывает, что суицидальное поведение можно предотвратить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brown G.K., Ten Have T., Henriques G.R. et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial // JAMA. – 2005. – Vol. 294. – P. 563–570.
2. Heeringen C. van, Marusic A. Understanding the suicidal brain // Br. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 183. – P. 282–284.
3. Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – P. 4–12.
4. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156. – P. 181–189.
5. Williams J.M.G., Pollock L. Psychological aspects of the suicidal process // Understanding suicidal behaviour: the process approach to research, treatment and prevention / C. van Heeringen (Ed.). – Chichester: Wiley, 2001. – P. 76–93.