

POMOCNÉ METÓDY V HODNOTENÍ A PREDIKCII SUICIDÁLNEHO RIZIKA

souborný článek

Tomáš Rakús^{1,2}
Martin Brunovský^{2,3}
Katarína Hubčíková^{1,2}
Lucia Bruncvik^{2,4}
Zuzana Pechanová^{1,2}

¹Neuropsychiatrická klinika SZU
a Psychiatrickej nemocnice
Philippa Pinela, Pezinok, Slovenská
republika

²3. LF UK v Praze

³Národní ústav duševního zdraví,
Klečany

⁴Landeskrankenhaus Hainburg, Rakúsko

Kontaktní adresa:

MUDr. Tomáš Rakús
Neuropsychiatrická klinika SZU
a PNPP
Malacká cesta 63
902 01 Pezinok
e-mail: rakus@pnpp.sk

SÚHRN

Rakús T, Brunovský M, Hubčíková K, Bruncvik L, Pechanová Z. Pomocné metódy v hodnotení a predikcii suicidálneho rizika

Hodnotenie suicidálneho rizika je nielen v psychiatrickej praxi stále veľkou výzvou. Všeobecne panuje názor o jednoznačnej a výraznej nadradenosti klinického zhodnotenia skúseným psychiatrom nad štandardizovanými metódami, čo však prospektívne štúdie nepotvrdzujú. Použitie štandardizovaných metód dosahuje rovnocenné výsledky, navyše môže mať aj protektívny aspekt (pri dôkladne vedenej dokumentácii) v prípade obvinenia z pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Posudzovanie a liečba suicidality len v kontexte súčasti psychickej patológie toho-ktorého psychiatrického ochorenia sa nezdá byť optimálnym komplexným postupom. Naš prehľadový článok sa zameriava na pomocné metódy, ktoré môžu významne obohatiť psychiatrické vyšetrenie pri posudzovaní suicidality – vybrané psychometrické testy hodnotenia samovražedného rizika vrátane kolaboratívneho prístupu a nadväzujúcej špecifickej psychoterapie pre suicidality, ďalej projektívne metódy a napokon postupy s aplikáciou výpočtových techník, ako strojové učenie a algoritmy počítačovej lingvistiky, ktoré využívajú dáta z elektronických zdravotníckych databáz. V článku sa venujeme tiež možným pomocným alternatívam exploračie a kolaboratívneho hodnotenia suicidality pomocou interaktívneho počítačového programu s virtuálnym lekárom. Psychometrické testy mapujeme

SUMMARY

Rakús T, Brunovský M, Hubčíková K, Bruncvik L, Pechanová Z. Auxiliary methods in suicidal risk assessment

Suicidal risk assessment is still a major challenge not only in psychiatric practice. The general idea indicates that the clinical evaluation is superior to the standardized methods of evaluation. However, this idea is not confirmed in prospective studies. Application of the standardized methods of evaluation achieves equal results. Moreover, application of the standardized methods of evaluation with thorough documentation can also be used as a protective aspect in the case of allegations of misconduct in the healthcare provision. The assessment and treatment of suicidality only in the context of the psychological pathology of chosen psychiatric disease is not an optimal complex procedure. The submitted article focuses on the overview of the supplemental methods that can significantly enrich psychiatric examination in suicide assessment – selected suicide risk assessment tools including a collaborative approach and follow-up specific psychotherapy for suicidality, projective methods and ultimately application of the computational techniques such as machine learning and natural language processing, that use data from electronic medical databases. The article also discusses possible alternatives to exploration and collaborative evaluation of suicidality with a virtual doctor by interactive computer program. The risk assessment tools are also mapped in terms of individual evaluated items, administration, training possibilities, copyright

aj z hľadiska jednotlivých evaluovaných položiek, administrácie, možnosti tréningu, copyrightu a dostupnosti ich českej, resp. slovenskej verzie. Podrobnejšie sa venujeme kolaboratívnemu prístupu v hodnotení a manažmente suicidálneho pacienta, ktorý využíva kvantitatívne aj podrobne rozpracované kvalitatívne hodnotenie odpovedí. Tento prístup slúži aj ako terapeutický rámec a plán v asociovanej psychoterapii špecifickej pre suicidalitu a je preukázateľne bezpečnou a efektívnou metódou, ktorá vedie k redukcii nepotrebných a neraz stigmatizujúcich hospitalizácií.

Kľúčové slová: suicidalita, psychometrické testy hodnotenia rizika, projektívne metódy, strojové učenie, počítačová lingvistika, kolaboratívne hodnotenie a manažment suicidality.

and availability of their Czech, respectively Slovak version. The article focuses on a collaborative approach in the assessment and the management of a suicidal patient by application of the quantitative and the more detailed qualitative methods of responses collection and evaluation. The collaborative approach also serves as a therapeutic framework and plan in associated psychotherapy specific for the suicidality. The above-mentioned approach is also proven to be safe and effective method to reduce unnecessary and often stigmatizing hospitalizations.

Key words: suicidality, risk assessment tools, projective methods, machine learning, natural language processing, collaborative assessment and management of suicidality.

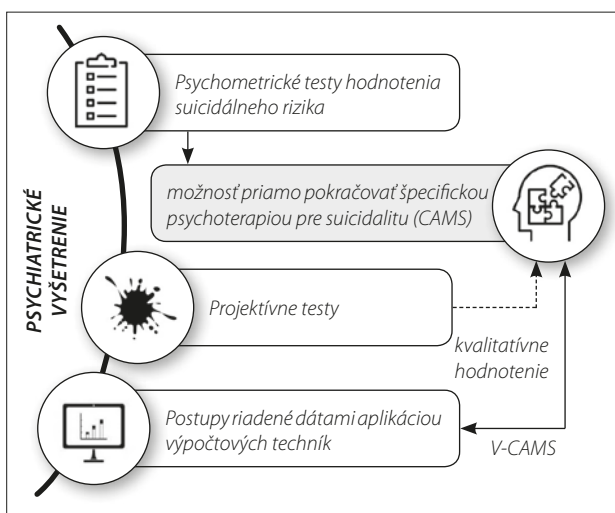
ÚVOD

Hodnotenie suicidálnej symptomatológie, či už z hľadiska posudzovania relevantnosti rizika eskalácie stavu až do závažného suicidálneho konania, alebo s ohľadom na typizáciu optimálneho terapeutického manažmentu (najčastejšie, no nie iba) u chronicky suicidálnych pacientov, je nielen v psychiatrickej praxi stále veľkou výzvou. Hospitalizácia je síce najbezpečnejším riešením pre pacientov, ktorí sa javia byť v bezprostrednom riziku samovraždy, žiada sa však poznamenať, že sa suicidálne riziko pacientov krátko po prepustení môže výrazne zvýšiť. Obmedziť evaluáciu suicidálneho rizika iba na rozhodnutie hospitalizovať versus nehospitalizovať (resp. radšej vždy hospitalizovať) pri tradičnom „redukovanom prístupe“ vnímania suicidality len ako súčasť psychopatológie toho-ktorého psychiatrického ochorenia sa nejaví byť komplexným optimálnym postupom.¹ Napriek rôznym dostupným pomocným metódam, významné množstvo psychiatrov (v ČR/SR podľa nášho prieskumu 53% pracovníkov²) považuje za najlepší diagnostický nástroj dlhodobé komplexné vyšetrenie skúseným lekárom bez použitia akýchkoľvek iných testov. Psychiatri zdráhajúci sa rutinne využívať skriningové testy, psychometrické škály či iné hodnotenia by si mali byť dostatočne vedomí zodpovednosti, ktorú na seba preberajú, a mali by vedieť čítať medzi riadkami raz vágnych, inokedy kľúčových informácií ohľadom suicídia a neváhať pýtať sa na túto možnosť empatickým a úprimným spôsobom.³ Nadradenosť klinického názoru skúsených psychiatrov nad štandardným psychometrickým testom hodnotiacim suicídium (konkrétne použitím Kolumbijskej stupnice hodnotenia intenzity samovražedných sklonov⁴) v predikcii suicidálneho pokusu alebo dokonaného suicídia sa v pro-

spektívnej štúdií nepreukázala, obe metódy boli v predikcii suicidálnych pokusov rovnocenné, v predikcii dokonanej samovraždy bola kolumbijská škála dokonca lepšia.⁵ Použitie psychometrických škál môže byť tiež protektívnym aspektom dôkladne vedenej dokumentácie v prípade obvinenia z pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.¹ Škály hodnotiace riziko suicídia však pravdepodobne už dosiahli limit pri zlepšovaní pozitívnej prediktívnej hodnoty v rozlišovaní medzi pacientmi s nízkym a vysokým suicidálnym rizikom.⁶ Ako ďalší dôležitý posun v tomto smere sa ukazuje jednak aplikácia výpočtových techník v rámci elektronických národných zdravotníckych databáz,⁷ jednak kolaboratívne hodnotiace škály, ktoré vyplňajú a hodnotia terapeut spolu s pacientom.⁸ Vytvorenie kolaboratívnej psychometrickej škály hodnotiacej suicidalitu „očami pacienta“ bolo inšpirované projektívnymi metódami,¹ ktoré aj samy osebe majú potenciál v predikcii suicidálneho rizika.⁹ Pri kolaboratívnej administrácii psychometrickej škály⁸ je často už „len“ táto činnosť pre pacienta terapeutickou skúsenosťou a môže byť ďalej využitá ako terapeutický rámec a plán v asociovanej dôkladne vypracovanej psychoterapii špecifickej pre suicidalitu.¹ Prehľad možných pomocných metód, ktoré môžu psychiatrické vyšetrenie pri posudzovaní suicidality prinajmenšom obohatiť, ilustruje obr. 1.

PSYCHOMETRICKÉ TESTY HODNOTENIA SUICIDÁLNEHO RIZIKA

Psychometrické testy hodnotenia samovražedného rizika sú nápomocnými štandardizovanými metódami, ktoré



Obr. 1. Kategórie pomocných metód, ktoré môžu obohatiť psychiatrické vyšetrenie pri posudzovaní suicidalít vo vzťahu k dostupnej suicídálnej špecifickej psychoterapii

Pozn.: V-CAMS – virtuálne kolaboratívne hodnotenie a manažment suicidalít.

sú dizajnované na identifikáciu špecifických symptómov a okolností korelujúcich s rizikovými faktormi alebo výstražnými znakmi hrozby suicídia (napr. beznádej) a/alebo mapujú faktory odolnosti motivácie alebo odhodlania pre život alebo smrť (napr. dôvody pre život).¹⁰ Jednotlivé škály sa navzájom líšia rôznou formou explorácie a jednotlivými položkami od mnemotechnických nástrojov, krátkého skríningu až po celkové hodnotenie suicídálneho rizika vsadeného do rámca širšieho psychiatrického vyšetrenia.¹⁰

Charakteristiku vybraných suicídálne špecifických psychometrických škál^{4,8,11–16} v abecednom poradí sumarizujeme v tab. 1, kde ich mapujeme aj z hľadiska jednotlivých hodnotených položiek, administrácie, možnosti tréningu, copyrightu a dostupnosti ich českej, resp. slovenskej verzie. Výber škál je založený v prvom rade na odporúčaníh suicidológov z odbornej literatúry,¹⁰ ktorí kriticky hodnotili pätnásť najčastejšie používaných škál špecifických pre suicidalitu. Selekcii testov sme následne aktualizovali o najčastejšie používané škály v ostatných piatich rokoch (výsledky získané v databáze PubMed najprv podľa zadania kľúčových slov „názov konkrétnej škály“ AND „suicid*“ a potom manuálneho prehľadania získaných abstraktov) a prispôsobili preferencii psychiatrických pracovníkov v ČR/SR na základe nášho nedávneho elektronického prieskumu.² Proces hodnotenia ich prediktívnej schopnosti je však istým spôsobom limitovaný tým, že dokonané suicídium je vo väčšine zdravotníckych zariadení, našťastie, relatívne vzácnym javom.¹⁰ I tak však poskytujú užitočné informácie o závažnosti a komplexite úrovne suicídálneho rizika, i keď sa žiada podotknúť, že niekedy sú jednotlivé hodnotené položky (napr. vytvorený suicídálny plán) dôležitejšie než celkové skóre.¹⁰ Osobitne by sme chceli zdôrazniť podrobnú exploráciu suicídálneho správania, ktorú ponúka Kolumbijská stupnica hodnotenia intenzity samovražedných sklonov,⁴ kde okrem tradičnej klasifikácie suicídálneho pokusu stratifikuje navyše aj suicídálne správanie do podrobnejších kategórií. Týmto

sú: sebazraňujúce správanie bez suicídálneho úmyslu, prerušený pokus (osoba je pri začatí potenciálne sebazraňujúceho činu vyrušená vonkajšou okolnosťou), predčasne ukončený pokus (osoba sa po začatí krokov vedúcich k pokusu o suicídium sama zastaví) a prípravné činy alebo správanie (činy vedúce k pokusu, ktoré už presahujú len myšlienky alebo pripravovanie sa na smrť samovraždou, ako napr. napísanie listu na rozlúčku). Možnosť využitia psychometrických škál posunul na ďalšiu úroveň Dr. Jobes z Katedry psychológie Katolíckej univerzity vo Washingtone a jeho pracovná skupina, ktorá dlhoročným intenzívnym vylepšovaním štandardných hodnotiacich metód vyvinula Dotazník o suicídálnom stave (Suicidal State Form – SSF).⁸ Tento dotazník využíva kolaboratívnu administráciu (pacient + terapeut)⁸ a integruje kvantitatívne aj kvalitatívne hodnotenie odpovedí. Použitie kvalitatívneho prístupu, ktoré pacientovi umožňuje odpovedať na otvorené otázky písaním vlastných slov, bolo inšpirované projektívnymi metódami v snahe hodnotiť suicidalitu „očami pacienta“.¹ Kódovací systém kvalitatívnych odpovedí pacienta (napr. odpoveď „jedna vec“ je užitočnou informáciou od pacienta o jednej veci/možnosti, ktorá by mu pomohla prestať uvažovať nad samovraždou) organizuje odpovede do jednotlivých kategórií na „ja“ verzus „vzťahy“, „realistické“ verzus „nerealistické“ a „klinicky užitočné“ verzus „klinicky neužitočné“.² Tento nový hodnotiaci kódovací systém poskytuje komplexnejšie a detailnejšie informácie uľahčujúce klinické hodnotenie aj liečbu zo širšej „gestalt“ perspektívy.¹ Súčasťou SSF je aj štruktúrovaný terapeutický a stabilizačný plán, ktorý vytvára terapeut spoločne s pacientom (napríklad, čo konkrétne môže urobiť sám pacient v suicídálnej kríze, ktorého blízkeho kontaktovať). Pôvodne vytvorený sprievodný podrobný postup hodnotenia suicídálneho rizika pomocou SSF sa napokon vyvinul do suicídálne špecifického rámca a intervencie tzv. Collaborative Assessment and Management of Suicidality – CAMS¹ (jeho princípom sa stručne venujeme v ďalšej stati). Ako alternatívny efektívnejší spôsob realizácie SSF bola skúmaná aj explorácia za pomoci virtuálneho lekára („Dr. Dave“) – V-CAMS (virtual-CAMS), ktorý poskytoval tiež kontakty a videá jednotlivcov hovoriacich o vlastných príbehoch plných nádeje (v kontexte suicídálneho správania) a slúžil ako nástroj extrahujúci obsah SSF do ľahko uchopiteľného prehľadu.¹⁷ V-CAMS v tejto štúdii hodnotili pacienti ako celkovo prínosný a akceptabilný a zdravotnícki pracovníci ako účinný, efektívny a bezpečný nástroj k zlepšeniu starostlivosti o suicídálnych pacientov.

NADVÄZUJÚCA PSYCHOTERAPIA SO ZAMERANÍM NA SUICIDALITU – CAMS

CAMS sa vyraňuje od tzv. redukovaného prístupu k hodnoteniu suicídálneho rizika, podľa ktorého je suicídium len symptómom psychickej patológie a tradičného direktívneho postupu lekára, ktorý keď sa stretne so suicídálnym rizikom, začína často apriori predpojatostou v zmysle rovno pacienta hospitalizovať („kde len teraz zo-

Tab. 1. Charakteristika vybraných testov hodnotenia rizika suicídia

Test hodnotenia rizika suicídia ^{autor}	Forma, počet hodnotených položiek, vybrané jednotlivé špecifickejšie kategórie	Tréning	Nadväzujúca suicídálne špecifická psychoterapia
Beckova škála suicídálnych ideácií (BSI) ¹¹	19 položiek hodnotených intenzitou 0–2 <ul style="list-style-type: none"> • intenzita a trvanie suicídálnych ideácií či tendencií, kontrola nad nimi • dôvody pre a proti životu 	A	N
CAMS dotazník o suicídálnom stave (CAMS-SSF) ⁸	kolaboratívna administrácia – 4 časti – 46 a viac položiek 1. časť – vyplňa pacient: sám hodnotí psychologickú bolesť, stres, znepokojenie, beznádej, sebanenávisť, celkové riziko suicídia; odpovedá aj na otvorené otázky (dôvody pre život, čo by mu pomohlo necítiť sa suicídálne...) 2. časť – vyplňa terapeut: suicídálne ideácie, plán, prípravy, impulzivita, abúzus, významné straty, vzťahové problémy, spánok, finančné ťažkosti, hanba, záťaž pre ostatných, zdravotné ťažkosti/bolesť 3. časť – terapeutický a stabilizačný plán – vytvára pacient + terapeut (čo robiť v suicídálnej kríze, koho kontaktovať...) 4. časť – celkové zhodnotenie terapeutom (zhodnotenie duševného stavu, diagnostický dojem, celkové suicídálne riziko)	A online kurz	A – CAMS
Kolumbijská stupnica hodnotenia intenzity samovražedných sklonov (C-SSRS) ⁴	15 položiek a viac <ul style="list-style-type: none"> • samovražedné predstavy • intenzita predstáv • samovražedné správanie • skutočný pokus aj s posúdením potencionálnej, resp. skutočnej smrteľnosti / poškodenia na zdraví • prerušený pokus • predčasne ukončený pokus • prípravné činy alebo správanie • samovražda 	A online kurz	N
Škála suicídálneho úmyslu pre geriatrických pacientov (GSIS) ¹²	31 položiek podľa závažnosti 1–5 <ul style="list-style-type: none"> • suicídálne ideácie, vnímanie zmyslu života, strata osobnej a spoločenskej hodnoty, predstavy o smrti 	N	N
Celkové zhodnotenie suicídálneho rizika (NGASR) ¹³	15 položiek A–N, 5 z nich je posudzovaných závažnosťou 3 ako kritické indikátory suicídálneho správania (napr. beznádej, depresia...) <ul style="list-style-type: none"> • riziko je vyhodnocované do 4 kategórií – (nízke, stredné, vysoké a extrémne vysoké) 	N	N
Škála SAD PERSONS ¹⁴	mnemotechnické zhodnotenie rizikových suicídálnych faktorov – 10 položiek <ul style="list-style-type: none"> • S – sex, A – age, D – depression, P – previous attempt, E – ethanol abuse, R – rational thinking loss, S – social support lacking, O – organized suicide plan, N – no spouse (for males), S – sickness (chronic-severe) • 3 výsledné kategórie s odporúčaniami (pozorne sledovať, zvážiť hospitalizáciu, hospitalizovať s cieľom ďalšieho riešenia) 	N	N
Škála suicídálneho úmyslu (SSI) ¹⁵	20 položiek skórovaných podľa závažnosti 0 – 2 <ul style="list-style-type: none"> • objektívne okolnosti ohľadom suicídálneho pokusu, vnímanie smrteľnosti metódy, očakávania ohľadom záchranu... • riziko je vyhodnocované do 3 kategórií: nízke, stredné a vysoké 	N	N
Nástroj hodnotenia suicídálneho rizika (TASR) ¹⁶	26 položiek A–N rozdelených do 3 podskupín <ul style="list-style-type: none"> • individuálny rizikový profil (pohlavie, vek...), rizikové symptómy (beznádej, hnev...), riziká vyplývajúce z rozhovoru (suicídálny plán...) • riziko je vyhodnocované do 3 kategórií: nízke, stredné a vysoké 	N	N

Pozn.: A – áno, N – nie, BSI – Beck Scale for Suicide Ideation, CAMS-SSF – Collaborative Assessment and Management of Suicidality Suicide Status Form, C-SSRS – Columbia-Suicide Severity Rating Scale, GSIS – Geriatric Suicide Intention Scale, NGASR – Nurses' Global Assessment of Suicide Risk, SSI – Suicidal Intent Scale, TASR – Tool for Assessment of Suicide Risk.

ženiem lôžko?¹⁸).¹⁸ Tento prístup ilustruje obr. 2.³ CAMS sa ako terapeutický rámec dôrazne snaží nájsť spôsoby, ako suicídálneho pacienta podľa možnosti nehospitalizovať, ale bezpečne liečiť ambulantne, čo dosahuje vývojom kolaboratívneho vytvorenia suicídálne špecifického ambulantného plánu, ktorý zahŕňa vyvinutý stabilizačný plán a problémovo orientovanú liečbu podľa individualizovaných suicídálnych spúšťačov relevantných pre pacienta.¹⁸ Kolaboratívny prístup znázornený na obr. č. 3³ sa teda v rámci hodnotenia a manažmentu suicídálneho rizika zameriava na suicidalitu ako na primárny cieľ hodnotenia a intervencie, zdôrazňuje problémovo cieleň am-

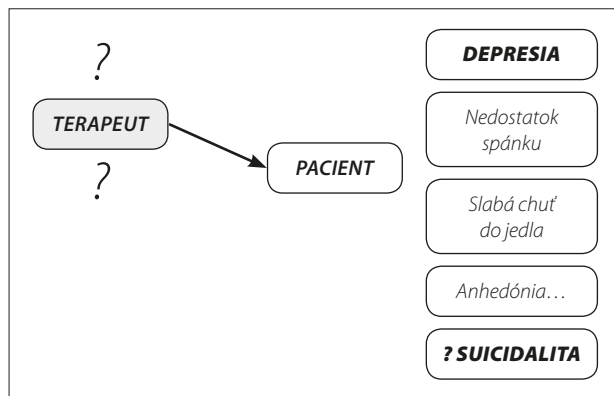
bulantný prístup, ktorý je suicídálne špecifický, a na terapeutický plán, na ktorého vytváraní sa podieľa aj pacient ako koautor.³ CAMS sa výrazne orientuje na suicidalitu verzus duševné ochorenia. I keď je totiž známe, že duševným ochorením trpí 90 % ľudí, ktorí dokonajú suicídium, samotná prítomnosť duševného ochorenia v pochopení suicídálneho správania pomáha pozoruhodne nedostatočne.¹ CAMS neignoruje psychiatrické ochorenia, avšak automaticky nepredpokladá, že vie, čo je príčinou pacientovho suicídálneho zmýšľania a správania (napr. afektívna porucha). Poskytovatelia CAMS sa primárne zameriavajú na pacientom definované suicídálne spúšťače a dôvody,

Copyright/poplatok	Slovenská/česká verzia	Kontakt
A/A – 96 \$	autor neodpovedal	abeck@mail.med.upenn.edu
A/po zakúpení knihy autora je povolená možnosť fotokópie škály pre osobné používanie alebo používanie s klientmi	zatiaľ nie, autor však má záujem dotazník v blízkej budúcnosti preložiť	kontaktný formulár dostupný na: https://cams-care.com/about-us/contact-us/
A/N	A	posnerk@nyspi.columbia.edu
A/N	autor neodpovedal	marnin.heisel@lhsc.on.ca
A/N	autor neodpovedal	cutclifi@unb.ca
N/N	autor neodpovedal	brg_wmp@bell-south.net
A/N	autor neodpovedal	abeck@mail.med.upenn.edu
A/N	autor neodpovedal	stan.kutcher@dal.ca

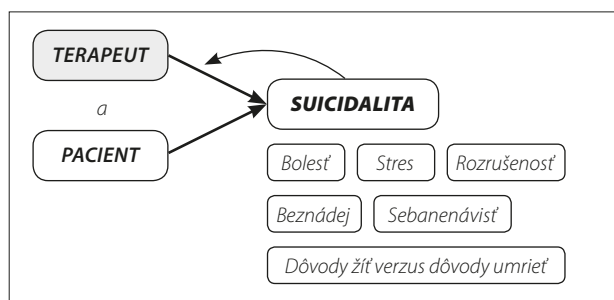
ktoré sa snažia dekonštruovať cez kolaboratívne použitie SSF.⁴ Len na ilustráciu úspešnosti spomínanej metodiky uvádzame nedávno publikovanú randomizovanú kontrolovanú štúdiu,¹⁹ ktorá potvrdzuje, že CAMS prekonáva bežnú klinickú liečbu v redukování suicidálnych ideácií aj symptómov depresie a zároveň zvyšuje nádej, pacientovu satisfakciu a spoluprácu v liečbe.

PROJEKTÍVNE METÓDY

Použitie projektívnych metód s cieľom identifikácie suicidálnych ideácií vychádza z predpokladu, že samovražedné úmysly môžu byť zrkadlené v reakciách na nejednoznačné podnety týchto metód, a to či už na vedomej úrovni, napr.



Obr. 2. Redukovaný prístup k hodnoteniu suicidálneho rizika, podľa ktorého suicídium = symptóm psychopatológie, tradičná liečba = hospitalizácia, liečba psychiatrického ochorenia, prípadne antisuicidálny kontrakt. Upravené podľa Jobs (2018)³



Obr. 3. Kolaboratívny prístup v rámci hodnotenia a manažmentu suicidálneho rizika (CAMS). Upravené podľa Jobs (2018).³

Pozn.: CAMS sa zameriava na suicidálnu ako na primárny cieľ hodnotenia a intervencie. CAMS zdôrazňuje problémovo ciele ambulantný prístup, ktorý je suicidálne špecifický, a terapeutický plán, na ktorého vytváraní sa podieľa aj pacient ako koautor.

v prípade disimulácie alebo neschopnosti vyjadriť suicidálne tendencie verbálne, alebo na nevedomej úrovni, napr. v rámci (pre)suicidálneho vývoja. Ako vyplýva z nášho recentného elektronického prieskumu,² projektívne metódy v predikcii suicidálneho rizika u potenciálne disimulujúceho pacienta aplikuje 30 % psychiatrických pracovísk v Českej a Slovenskej republike, neraz však len z forenzných dôvodov. V nedávnom prehľadovom článku Kumar et al.⁹ sumarizujú jednotlivé špecifické suicidálne znaky v používaných projektívnych testoch verbálnych (Rorschachov test, tematický apercepčný test, Rosenzweigov obrázkový frustračný test) a grafických (test kresby ľudskej postavy) a hodnotí ich efektivitu v predikcii suicidálneho rizika na základe dostupných štúdií.^{20–27} V tomto smere najpreskúmanejší je Rorschachov test, pri ktorom z hľadiska suicidálneho rizika možno použiť buď jednoznakový prístup, alebo prístup hodnotenia na základe súboru príznakov. Sumár konkrétnych znakov vo vybraných projektívnych metódach aj s odkazmi na príslušné štúdie spomínaného prehľadového článku⁹ uvádzame v tab. 2. Žiada sa ešte podotknúť – a uvádza to tiež Kumar et al. –, že projektívne metódy majú síce potenciál predikcie suicidálneho rizika, no väčšina doterajších výsledkov je predčasného charakteru pri príliš malom počte štúdií (a na dôvažok väčšina štúdií je datovaná pred rokom 1990). K definitívnym záverom je teda nutný ďalší budúci výskum.

Tab. 2. **Prehľad suicidálne špecifických znakov vo vybraných projektívnych metódach**

Projektívna metóda	Suicidálne špecifické znaky	
Rorschach	jednoznakový prístup	točiace sa/víriace sa odpovede ²⁰ transparentné odpovede ²¹ farebne tieňované odpovede ²²
	súbor znakov	Piotrowského metóda (6 znakov) ²³ Komplexný systém (Comprehensive system – S-Con) (12 znakov) ²⁴
Tematický apercepčný test	odpovede s morbidným obsahom ¹⁰ , tendencia k dichotomickému mysleniu ²⁵	
Rosenzweigov obrázkový frustračný test	viac odpovedí s agresivitou smerujúcou voči sebe, menej obviňovania druhých ²⁶	
Test kresby ľudskej postavy	postavy s ranami, slučkami ²⁷	

POSTUPY RIADENÉ DÁTAMI APLIKÁCIOU VÝPOČTOVÝCH TECHNÍK

Škály hodnotiace riziko suicídia sú iste prínosom, ale pokiaľ ide o možnosti zlepšenia diskriminácie suicidálneho rizika, v ich prípade sme podľa všetkého už dosiahli limity, čo potvrdzuje aj nedávna metaanalýza,⁶ ktorá naznačuje, že jestvujúce nástroje sú nedostatočne reliabilné a majú nízku pozitívnu prediktívnu hodnotu v rozlišovaní medzi pacientmi s nízkym a vysokým suicidálnym rizikom. Pokroky vo výskume, ako napr. strojové učenie („machine learning“) či algoritmy počítačovej lingvistiky („natural language processing“) aplikované v rámci elektronických národných zdravotníckych databáz, môžu priniesť dôležitý posun v priblížení sa k sofistikovanejšej, exaktnnejšej medicíne.⁷ Spomínané metódy môžu byť využité na modelovanie rizikových faktorov, vzorcov vzniku ochorení a ich dôsledkov, a to všetko v rozsahu a rýchlosti, ktorá je pre človeka samotného ťažko dosiahnuteľná či predstaviteľná.⁶ Analýzou pacientmi prezentovaných ťažkostí v elektronických zdravotníckych systémoch bolo napr. zistené, že príznačné pre pacientov, ktorí spáchali samovraždu, bolo vyjadrovanie sa v tretej osobe, čo naznačuje interpersonálny odstup.²⁸ Pozitívna valencia termínov ako „radosť“ či „príjemný“ v prepúšťacích záznamoch zas bola asociovaná s nižším rizikom dokonania suicídia.²⁹ Tran et al.³⁰ vo svojej retrospektívnej štúdii potvrdzujú pri spracovaní dát z elektronickej zdravotnickej databázy pomocou výpočtových techník lepšiu pozitívnu prediktívnu hodnotu stratifikácie suicidálneho rizika než v prípade klinického hodnotenia na základe štruktúrovaného 18-položkového testu vyhodnocujúceho suicidálne riziko. Hlavnými výhodami metód využívajúcich výpočtové spracovanie medicínskych databáz v porovnaní s psychometrickými

škálami hodnotiacimi samovražedné riziko je časová nenáročnosť, možnosť kontinuálneho prepracovávaní, aktualizácií a lepšie reflektovanie individuálnej situácie pacienta.⁷ Limitujúcimi faktormi používania týchto metód v klinickej praxi sú jednak nejasnosti v oblasti štandardného vedenia dát, jednak nemalé problémy pri udeľovaní súhlasu so spracovaním dát pacientmi, obzvlášť naprieč rôznymi inštitúciami.⁷

ZÁVER

Klinické posudzovanie suicidality je možné najmä v prípade menej skúseného terapeuta významne zlepšiť pomocou štandardizovaných psychometrických škál hodnotenia suicidálneho rizika, projektívnych metód a čoraz viac skúmaných a prepracovaných postupov využívajúcich dáta z elektronických zdravotníckych databáz aplikáciou výpočtových techník. Voľbu konkrétnej škály je vhodné prispôbiť tej-ktorej klinickej situácii. Škály sa navzájom líšia rôznou formou exploračie a jednotlivými položkami od mnemotechnických nástrojov, krátkeho skríningu až po celkové hodnotenie suicidálneho rizika aj s možnosťou asociovanej suicidálne špecifickej psychoterapie. Výber spôsobu hodnotenia suicidality má taktiež výrazné dôsledky pri skúmaní suicidality v kontexte neurozobrazovacích či iných korelátov suicidálneho správania, keď menej komplexné škály (napr. bez jasne definovaného suicidálneho pokusu) skresľujú a limitujú výsledky.³¹ Ďalšie perspektívy zlepšenia a zefektívnenia hodnotenia suicidálneho rizika prináša integrácia V-CAMS do elektronickej zdravotníckych systémov¹⁶ či s príslušným etickým zázemím analyzovanie eventuálneho suicidálneho správania pomocou výpočtových techník aplikovaných na sociálnych sieťach, a teda zachytenie suicídií pacientov, ktorí dovtedy neraz neboli ani psychiatricky, ani inak liečení.⁷

LITERATÚRA

- Jobs DA. The SSF and the evolution of CAMS. In: Jobs DA. Managing suicidal risk: a collaborative approach. New York, London: The Guilford Press 2016: 13–37.
- Rakús T, Pechanová Z. Prieskum evaluácie suicidálneho rizika v psychiatrických zariadeniach Českej a Slovenskej republiky. 17. Česko-Slovenský psychiatrický zjazd; Sborník abstrakt 2017: 42.
- Jobs DA. Systems of clinical care and optimizing the use of CAMS. In: Jobs DA. Managing suicidal risk: a collaborative approach. New York, London: The Guilford Press 2016: 38–55.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry 2007; 164: 1035–1043.
- Randall JR, Sareen J, Chateau D, Bolton JM. Predicting Future Suicide:

- Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool. *Suicide Life Threat Behav* 2018. doi: 10.1111/sltb.12481.
6. Large M, Kaneson M, Myles N et al. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS ONE* 2016; 11.
 7. Velupillai S, Hadlaczy G, Baca-Garcia E et al. Risk Assessment Tools and Data-Driven Approaches for Predicting and Preventing Suicidal Behavior. *Front Psychiatry* 2019; 10: 36. Published 2019 Feb 13. doi: 10.3389/fpsy.2019.00036.
 8. Jobes DA. Suicide Status form-4 (SSF-4): Initial Session, Tracking/Update Interim Session, Outcome/Disposition Final Session. In: Jobes DA. *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York, London: The Guilford Press 2016: 167–177.
 9. Kumar D, Nizamie SH, Abhishek P, Prasanna LT. Identification of suicidal ideations with help of projective tests: A review. *Asian Journal of Psychiatry* 2014; 12: 36–42.
 10. Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Inventory of suicide risk assessment tools. In: Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. *Suicide risk assessment guide: a resource for health care organizations*. Toronto: Ontario Hospital Association and Canadian patient safety institute 2011; 35–64.
 11. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979; 47 (2): 343–352.
 12. Heisel MJ, Flett GL. The Development and Initial Validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 14 (2): 742–751.
 13. Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004; 11: 393–400.
 14. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry* 1983; 24 (4): 343–349.
 15. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In Beck AT, Resnik HL, Lettieri DJ (eds.). *The prediction of suicide*. Oxford, England: Charles Press Publishers 1974.
 16. Kutcher S, Chehil S. Appendix 2 – Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR) In: Kutcher S, Chehil S. *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Oxford, Massachusetts, Carlton: Blackwell Publishing 2007: 118.
 17. Dimeff LA, Jobes DA, Chalker DA et al. A novel engagement of suicidality in the emergency department: Virtual Collaborative Assessment and Management of Suicidality. *General Hospital Psychiatry* 2018; 8.
 18. Jobes DA. Collaborative assessment and Management of Suicidality – a Suicide-Specific clinical intervention within contemporary Health care. In: Jobes DA. *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York, London: The Guilford Press 2016: 1–12.
 19. Jobes DA, Comtoys KA, Gutierrez PM et al. Randomized controlled trial of the collaborative assessment and management of suicidality versus enhanced care as usual with suicidal soldiers. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes* 2017; 80: 339–356.
 20. White MA, Schreiber H. Diagnosing suicidal risks on the Rorschach *Psychiatr Q (Suppl.)* 1952; 26: 161–189.
 21. Kestenbaum JM, Lynch D. Rorschach suicide predictors: a cross validation study. *J Clin Psychol* 1978; 44: 921–928.
 22. Appelbaum SA, Holzman P. The color-shading response and suicide. *J Proj Tech Personal Assess* 1962; 26: 155–161.
 23. Kendra JM. Predicting suicide using the Rorschach inkblot test. *J Personal Assess* 1979; 43: 452–456.
 24. Exner JE, Wylie J. Some Rorschach data concerning suicide. *J Personal Assess* 1977; 41: 339–348.
 25. Litinsky AM, Haslam N. Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *J Personal Assess* 1998; 71: 368–378.
 26. Lester D. Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. *Psychol Bull* 1970; 74: 1–17.
 27. Virshup E. On graphic suicide plans. *Arts Psychother* 1976; 3: 17–22.
 28. Leonard WC, Shiner B, Thompson P, Watts BV. Evaluation of veterans' suicide risk with use of linguistic detection methods. *Psychiatr Serv* 2015; (66): 1051–1056.
 29. McCoy THJ, Castro VM, Robertson AM et al. Improving prediction of suicide and accidental death after discharge from general hospitals with natural language processing. *JAMA Psychiatry* 2016; (73): 1064–1071.
 30. Tran T, Luo W, Phung D et al. Risk stratification using data from electronic medical records better predict suicide risk than clinician assessments. *BMC Psychiatry* 2014; 76 (14).
 31. Bani-Fatemi A, Tasmin S, Graff-Guerrero A et al. Structural and functional alterations of the suicidal brain: An updated review of neuroimaging studies. *Psychiatry Reseach: Neuroimaging*, 2018, doi.org/10.1016/j.pscychres.2018.05.008.

referáty z literatury

Markham A

Solriamfetol: First global approval

(Solriamfetol: první globální schválení)
Drugs 2019; 79 (7): 785–790.

Solriamfetol je perorálně aktivní selektivní inhibitor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu, který byl nedávno schválen v USA pro léčbu hypersomie spojené s narkolepsií a OSA (obstrukční spánková apnoe). Noradrenalin a do-

pamin ovlivňují různé fyziologické funkce včetně regulace spánku a bdění. Nadměrná ospalost bývá spojována s poruchou regulace dopaminergních a noradrenergických systémů.

Tento článek novozélandského autora z Aucklandu rekapituluje milníky ve vývoji solriamfetolu vedoucí k tomuto prvnímu schválení pro léčbu nadměrné ospalosti během dne spojené s narkolepsií a OSA.

MUDr. Jaroslav Veselý