

# МОНИТОРИНГ ПРЕДНАМЕРЕННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ

О.И. БОЕВ<sup>1</sup>, О.Г. БЫЧКОВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, Россия;

<sup>2</sup> ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1», г. Ставрополь, Россия.

УДК: 616.89–008.441.44:312.27–084

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46

## Аннотация

Снижение смертности от суицида – одна из задач национальной демографической политики Российской Федерации. Цель настоящей работы – создание организационной региональной модели мониторинга преднамеренных самоповреждений с нелетальным исходом (суицидальные попытки), реализующей принципы стандартизации и персонификации в подходах к профилактике. Методы используемые в работе: обобщение опыта, проектирование, эксперимент (внедрение проекта), методы отслеживания объекта (мониторинг), статистический анализ полученных данных и анализ эффективности реализации проекта, автоматизация. Основные результаты: 1) уточнены критерии включения и исключения случаев в систему мониторинга; 2) определён перечень регистрируемых показателей и сформулированы индикаторы, характеризующие уровень суицидальности населения; 3) установлены субъекты системы мониторинга; 4) идентифицированы процессы мониторинга; 5) выявлено в регионе соотношение числа завершённых суицидов и преднамеренных самоповреждений – 1:1,8; 6) доступность первичной специализированной медицинской помощи лицам с зарегистрированным преднамеренным самоповреждением составила 78,6% среди взрослого населения и 79,7% среди детского. В заключении обозначены перспективы развития медицинской системы профилактики суицидов в направлении реализации принципов предиктивной, превентивной и персонализированной медицины.

**Ключевые слова:** профилактика суицидов, мониторинг, преднамеренные самоповреждения, суицидальная попытка, суицидология, психиатрия.

**Для цитирования:** Боев О.И., Бычкова О.Г. Мониторинг преднамеренных самоповреждений как перспективное направление профилактики суицидов // Общественное здоровье. 2022, 2(1):35–46. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46

**Контактная информация:** Ольга Геннадьевна Бычкова, ob@stavpb.ru

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Статья поступила в редакцию:** 21.02.2022. **Статья принята к печати:** 22.02.2022. **Дата публикации:** 21.06.2022.

UDC: 616.89–008.441.44:312.27–084

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46

## MONITORING OF INTENTIONAL SELF-HARM AT A RELEVANT AREA IN SUICIDE PREVENTION

O.I. Boev<sup>1</sup>, O.G. Bychkova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Stavropol State Medical University at Ministry of Healthcare of the Russian Federation; Stavropol, Russia;

<sup>2</sup> Stavropol Regional Clinical Specialized Psychiatric Hospital № 1; Stavropol, Russia.

## Abstract

**Reducing** suicide-related mortality rate is one of the tasks outlined within the Russian national demographic policy. The purpose of this work is to create a regional model for monitoring intentional self-harm with non-lethal outcome (attempted suicide) based on principles of standardization and personification subject to preventive approaches. The methods employed through the respective work included summarizing of experience, project development, experiment (project implementation), object following method (monitoring), statistical analysis of the obtained data as well

as the efficiency analysis for the project, and automation. Main outcomes: 1) inclusion and exclusion criteria specified for the monitoring system; 2) list of registered indicators specified as well as indicators defined, which are descriptive of the population's suicidality rate; 3) subjects for the monitoring system have been identified; 4) monitoring processes have been identified; 5) rate of the completed suicides and intentional self-harm cases in the region has been detected – 1:1,8; 6) the availability of primary assistance for people registered with intentional self-harm was 78,6% for the adult population and 79,7% – for the child population. In conclusion, there have been potential ways for suicide prevention system identified in terms of implementing the principles of predictive, preventive and personalized medicine.

**Keywords:** suicide prevention, monitoring, intentional self-harm, suicidal attempt, suicidology, psychiatry.

**For citation:** Boev O.I., Bychkova O.G. Monitoring of Intentional Self-Harm at a Relevant Area in Suicide Prevention // Public health. 2022; 2(1):35–46. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-35-46.

**Corresponding author:** Bychkova O.G., ob@stavpb.ru

**Conflict of interest.** The authors declare that there is no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Смертность от всех причин на территории Российской Федерации за пять лет (2016–2020 гг.) составила в среднем 1293 человека на 100 тысяч населения, от суицидов 13 на 100 тысяч населения; доля смертности от суицидов в структуре общей смертности в 2020 году составила 0,77%, что сопоставимо с долей смертности от неалкогольных психозов – 0,85% [1]. Доля смертности от суицидов в среднем за 5 лет (2016–2020 гг.) в структуре общей смертности составила 1%. При незначительной доли смертности от суицидов в структуре общей смертности присутствует феномен острого общественного резонанса каждого случая самоубийства. Социальное напряжение граждан в виде тревожной неопределенности, чувства беспомощности, гиперэмоциональной чувствительности и неустойчивости реакций приводит к снижению индивидуального барьера социально-психологической стрессовой устойчивости, и, как результат, понижению осознанности с одновременным ростом уровня внушаемости и импульсивности действий. Возникшие условия облегчают развитие невротических реакций, личностных и поведенческих декомпенсаций в виде, например, протестного настроения в обществе, недовольства, противоречия и возбудимости.

Социальная значимость предотвращения суицидального поведения населения объясняется невероятной способностью суицида влиять на общественную реактивность, достигая такого резонанса, который выводит

общественные потери от суицида на уровень, значительно превосходящий уровень непосредственных экономических и демографических потерь.

Трагичность суицидальной смерти в сознании окружающих значительно усугубляется её неожиданностью, очевидной преждевременностью и потенциальной предотвратимостью. Попытки найти ответственных и катанестически установить сигналы, по которым можно было бы понять глубину человеческих страданий, приведших к такому исходу, чаще разбиваются о непреодолимые пока трудности раннего выявления таких состояний и своевременной доступности соответствующей специализированной помощи.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Президентом РФ определена основная цель демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года – стабилизация численности населения и создание условий для ее роста, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет [2]. Одной из задач в достижении указанной цели является сокращение уровня смертности населения, прежде всего граждан трудоспособного возраста, и включает в себя в числе прочего сокращение уровня смертности от самоубийств.

Вместе с тем в правительственных планах [3] достижения национальных целей сокращение смертности от самоубийств

хоть и звучит одним из индикаторов, но целостной проектной реализации не имеет, за исключением стратегии по профилактике суицида среди несовершеннолетних [4]. Это связано с трудностями целеполагания [5] таких программ, а трудности целеполагания происходят из-за терминологической неопределённости и связанных с ней логических ловушек и несовершенством доступных механизмов оценки эффективности профилактики суицидов.

Снижения смертности от самоубийств планируется достигать за счет повышения эффективности профилактической работы, направленной на предупреждение суицидов с гражданами из групп риска [2].

Ключевым моментом, в конечном итоге заводящим нас в логическую ловушку и затрудняющим дальнейшее развитие системы профилактики, авторам здесь видится широкое использование термина «предупреждение суицидов» (или «профилактика суицидов») в отсутствие нормативного определения. Но ведь на момент принятия человеком решения о сведении счётов с жизнью никто ещё не может знать, увенчается ли эта попытка «успехом». Суицид – это преднамеренное самоповреждение с намерением лишиться себя жизни, завершившееся летальным исходом. Предупреждать надо не исход, а само действие, к нему приводящее. Предупреждение исхода – это к качеству медицинской помощи по поводу характера причинённого себе повреждения, а не к профилактике самой причины этого повреждения.

Таким образом, считаем, что под «профилактикой суицидов» следует понимать профилактику преднамеренных самоповреждений. Но и здесь требуется уточнение, если стремимся оперировать терминами, укладываемыми в правовое поле. Преднамеренное самоповреждение – это преднамеренное нанесение телесных повреждений с разной степенью суицидальных намерений. Включает суициды, суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения. Самоповреждение может быть совершено без намерения лишиться себя жизни.

Исходя из нормативного определения термина «профилактика» [6] и места преднамеренных самоповреждений в МКБ-10 в качестве внешних причин заболеваемости и смертности, приходим к определению того, что мы привыкли называть «профилактика суицидов».

Профилактика суицидов представляет собой по сути профилактику преднамеренных самоповреждений – комплекс мероприятий государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья: 1) предупреждение преднамеренного причинения себе травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин; 2) раннее выявление преднамеренных самоповреждений; 3) определение причин и условий возникновения и развития преднамеренных самоповреждений; 4) устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания – факторов риска.

Подходы к формированию программ профилактики суицидов должны основываться на статистическом изучении и анализе причинно-следственных связей между факторами риска и фактическим формированием суицидального поведения. Эффективность программ профилактики напрямую будет зависеть от достоверности показателей, полученных в результате применения новых стандартных алгоритмов сбора и анализа первичных статистических данных.

Порядок учёта завершённых суицидальных попыток в Российской Федерации закреплён нормативными правовыми актами [7], [8], в целом не отличается от учёта суицидов в других странах и основан на обязательности кодирования внешних причин смерти (класс XX МКБ-10).

В связи с тем, что статистика завершённой суицидальности подвержена влиянию социокультурных факторов, часть суицидов маскируется несчастными случаями или регистрируется в качестве повреждений с неопределёнными намерениями. Использование статистики нелетальных самоповреждений в комплексной оценке

эффективности программ превенции суицидов делает эту оценку более глубокой и объективной.

Но регистрация случаев травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин в случае выживания пациента осуществляется преимущественно по их характеру (класс XIX МКБ-10) без установления обязательности кодирования внешней причины повреждения. Таким образом, в системе здравоохранения нет единого механизма регистрации и мониторинга случаев нелетальных преднамеренных самоповреждений при имеющейся налаженной системе учёта суицидов.

При этом, на каждую смерть от суицида приходится в несколько раз больше суицидальных попыток. По данным А.Г. Амбрумовой (1980), статистико-эпидемиологические исследования показывают, что соотношение завершённых самоубийств и суицидальных попыток по усреднённым данным составляет 1:8. Однако в виду несовершенства форм статистического учёта суицидальных попыток фактически регистрируется не более 4–5 покушений в расчёте на 1 завершённое самоубийство [9].

Лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем, особенно уязвимым является период ближайшего года после попытки; около 10% людей, предпринимавших суицидальные попытки, в конечном итоге совершили суицид (Кудрявцев И.А., 2012) [10]. «Исходя из глобального значения показателя частоты самоубийств на 2012 год – 15,4 на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше – можно заключить, что на каждого взрослого человека, умершего в результате самоубийства, приходилось, по всей вероятности, свыше 20 человек, совершивших одну или несколько суицидальных попыток», – написал Дэвид Брамли в 2014 году [11].

Любое преднамеренное самоповреждение, независимо от того, подтверждает или отрицает пациент суицидальное намерение, необходимо воспринимать крайне серьезно. Лица, совершившие попытку самоубийства (подтверждающие суицидальность намерения) отнесены к группе наиболее высокого риска, требующей профессионального наблюдения

и направленной профилактики суицидальных рецидивов. При этом следует помнить, что суицидальность намерения при самоповреждении – это всего лишь дополнительная надстройка, достаточно субъективный критерий, имеющий важное значение в индивидуальном плане, но практически не влияющий на статистику суицидальности. Даже несуйцидальное самоповреждение повышает риск суицида в первый год после самоповреждения в 66 раз по сравнению с годовым риском среди населения в целом [12].

Таким образом, ранее выявление нелетальных преднамеренных суицидальных и несуйцидальных самоповреждений, создаст условия для повышения доступности специализированной медицинской (психиатрической) помощи лицам из наиболее вероятной группы риска и охвата медицинской и психологической помощью, оказываемой в стационарных, амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. В качестве инструмента раннего выявления может служить система мониторинга преднамеренных самоповреждений.

Современные программы превенции суицидов неспецифичны (универсальны), чаще рассчитаны на достаточно большую демографически или социально-уязвимую, но при этом личностно-разнородную группу населения (например, подростки) и обычно включают достаточно общий, но универсальный набор вмешательств [13]: 1. Обучение навыкам совладания со стрессом и расширение паттернов поведения в стрессовой ситуации. 2. Выявление и профилактика депрессивных состояний. 3. Обучение навыкам эмоциональной регуляции. 4. Устранение дисгармоничности в семейных отношениях.

Создавать эффективные программы профилактики возможно только при наличии системы мониторинга, позволяющей отслеживать реализации угроз во взаимосвязи с изучением факторов риска. Регистрация нелетальных самоповреждений представляется важным элементом персонифицированной профилактики суицидов. Внедрение систем мониторинга нелетальных преднамеренных

самоповреждений выводит систему профилактики суицидов на персонифицированный уровень.

## **НОВИЗНА**

Сбор статистических данных в регионах о суицидах и суицидальных попытках в настоящее время является недостаточным, недостоверным и не позволяет представить реальную картину суицидальной активности населения. Отсутствие верных показателей исключает возможность точно оценить суицидальную активность, спрогнозировать развитие ситуации и разработать нужные модели, методы и планы профилактической работы в краткосрочной и отдаленной перспективе. Требуется создание модели региональных, межрегиональных или национальной систем мониторинга суицидальной активности населения, действующих единообразно по стандарту.

Таким образом, новизна настоящей работы заключается в попытке построения региональной модели мониторинга преднамеренных самоповреждений как необходимого инструмента формирования эффективных программ превенции суицидов.

## **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ**

Целью является разработка и реализация на практике организационной модели мониторинга преднамеренных самоповреждений в Ставропольском крае. Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи: 1) сформулировать критерии включения и исключения случаев в систему мониторинга преднамеренных самоповреждений; 2) определить перечень регистрируемых показателей и перечень индикаторов, характеризующих уровень суицидальности населения; 3) определить субъекты (участников) системы мониторинга; 4) идентифицировать процессы мониторинга и предложить алгоритмы их реализации на территории Ставропольского края.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для решения поставленных задач применялись следующие материалы: опыт создания аналогичных систем в Европе [14] и в некоторых субъектах Российской Федерации (Забайкальский край, Ставропольский край [15],[16], Свердловская область, Тюменская область [17], международная классификация болезней (блок «Преднамеренное самоповреждение» (X60-X84) класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности»), лица, обратившиеся за медицинской помощью по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

Для реализации работы применялись следующие методы: обзор литературы и обобщение опыта, проектирование, эксперимент (внедрение проекта), методы отслеживания объекта (мониторинг), статистический анализ полученных данных и анализ эффективности реализации проекта, автоматизация.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Суицидологическая служба Ставропольского края создана в 2013 году [16]. Совершенствование порядка оказания медицинской помощи суицидентам и профилактики суицидов осуществлялось в соответствии с требованиями систем управления качеством. В 2020 году приказом министерства здравоохранения Ставропольского края утвержден порядок мониторинга преднамеренных самоповреждений в Ставропольском крае [15], который в числе прочего внёс уточнение определений и терминов, учетных показателей и критериев включения случаев самоповреждений в систему мониторинга.

Система мониторинга преднамеренных самоповреждений в Ставропольском крае включает: а) процессы; б) субъекты; в) управление потоками информации (документирование и передача данных).

Мониторинг суицидальной активности населения представляет собой непрерывную оценку показателей, характеризующих суици-

дальное поведение населения. Совокупность структур здравоохранения, взаимодействующих по определённым правилам с целью мониторинга суицидальной активности населения, образует медицинскую систему мониторинга самоповреждений (рис. 1).

Мониторинг суицидальной активности включает в себя выявление, регистрацию, сообщение информации о выявленном акте самоповреждения, регистрацию и сообщение дополнительной информации, полученной при психиатрическом освидетельствовании, а также анализ и интерпретацию полученных данных и проводится с соблюдением законодательства Российской Федерации в области защиты персональных данных.

Участниками (субъектами) медицинской системы мониторинга самоповреждений на территории Ставропольского края являются: медицинские организации (МО), выявляющие акты самоповреждений; медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь; медицинские организации, выполняющие функции центра мониторинга самоповреждений.

В работу по мониторингу суицидальных попыток и актов преднамеренных самоповреждений вовлечено 60,7% медицинских организаций края, способных выявлять суицидальные случаи и вести их регистрацию в Ставропольском крае.

Основным объектом мониторинга суицидальной активности населения Ставрополь-

ского края являются лица, обратившиеся за медицинской помощью, у которых выявлены признаки преднамеренного самоповреждения – суицидальные попытки и несуицидальные самоповреждения. В целях обеспечения единства подходов к регистрации случаев преднамеренных самоповреждений, в рамках данной работы уточнены критерии включения и исключения случаев в систему мониторинга. Регистрации подлежат все случаи обращения за медицинской помощью, при которых у пациента обнаруживаются признаки преднамеренного самоповреждения, независимо от наличия и степени выраженности суицидальных намерений. Преднамеренность устанавливается по признакам сознательности, самостоятельности, целенаправленности самоповреждающего действия, включает сознательно предвидимую цель. Не подлежат регистрации случаи нападений, непреднамеренной передозировки алкоголя, наркотиков или лекарств, случаи насилия и несчастные случаи.

Только случаи установленного преднамеренного самоповреждения (Х60-Х84) должны включаться в мониторинг самоповреждений. Часть преднамеренных самоповреждений, скорее всего, по причине сокрытия пациентом или невозможности установить внешнюю причину, будет попадать в другие блоки и составлять скрытую суицидальность по аналогии с латентными суицидами в статистике смертности.



Рис. 1. Схема медицинской системы мониторинга самоповреждений

Регистрация акта преднамеренного самоповреждения осуществляется по протоколам, содержащим перечни основных и дополнительных данных, а также информацию о медицинском работнике, осуществившем регистрацию.

Перечни основных и дополнительных данных, подлежащих регистрации при выявлении акта преднамеренного самоповреждения, были разработаны на основе опыта создания и реализации мер по усовершенствованию системы профилактики суицидальных попыток в Ставропольском крае с 2013 года и с учетом инструментария и руководства ВОЗ для оптимизации систем мониторинга актов самоповреждений и суицидальных попыток и эпиднадзора за такими попытками [14]. Перечень показателей согласован и утверждён в ходе трёхстороннего соглашения о сотрудничестве психиатрических больниц на территориях Ставропольского края, Забайкальского края и Свердловской области. Использование общих подходов к определению перечней регистрируемых данных позволяет впоследствии проводить сравнение показателей суицидальности между региональными системами мониторинга самоповреждений.

Перечень основных и дополнительных показателей о самоповреждении включает 43 позиции данных:

### *А. Основные сведения о самоповреждении*

1. Дата регистрации самоповреждения.
2. Дата рождения.
3. Пол.
4. Адрес регистрации.
5. Адрес фактического проживания.
6. Занятость.
7. Инвалидность.
8. Дата совершения самоповреждения.
9. Время совершения акта самоповреждения.
10. Дата обращения за медицинской помощью.
11. Метод совершения самоповреждения.
12. Состояние опьянения при совершении акта самоповреждения.
13. Анамнез употребления табака, стаж курения.

14. Суицидальные намерения.
15. Форма оказания медицинской помощи по поводу самоповреждения.
16. История самоповреждений.
17. Повлияло ли распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на самоповреждение.
- В. Сведения из психиатрической медицинской карты по месту жительства*
18. Дата внесения сведений.
19. Диспансерное наблюдение у врача-психиатра.
20. Консультативно-лечебная помощь.
21. История самоповреждений (согласно сведений медицинской карты).
22. Наркологический анамнез (согласно сведений медицинской карты).
- С. Сведения, полученные при проведении психиатрического освидетельствования*
23. Предварительное условие психиатрического освидетельствования как вида медицинского вмешательства.
24. Дата проведения психиатрического освидетельствования.
25. Место проведения психиатрического освидетельствования.
26. Национальность пациента.
27. Вероисповедание.
28. Семейное положение.
29. Проживание.
30. Образование.
31. Наличие хронического заболевания.
32. Степень влияния хронического заболевания на снижение качества жизни.
33. Суицидальные попытки в субъективном анамнезе.
34. История самоповреждений.
35. Субъективный наркологический анамнез (употребление алкоголя, наркотиков, табака).
36. Обращение за психиатрической помощью в субъективном анамнезе.
37. Место совершения акта самоповреждения.
38. Наличие свидетелей совершения акта самоповреждения.
39. Мотивы самоповреждения.
40. Намерение.
41. Метод совершения самоповреждения.

42. Тип постсуицидного состояния.

43. Диагноз психического расстройства.

В ставропольском крае средний уровень суицидальных попыток за шесть лет (2016–2021 гг.) составил 16,3 на 100 тысяч населения при среднем уровне завершённых суицидов – 9,3 на 100 тысяч населения. Соотношение суицидов к зарегистрированным нелетальным преднамеренным самоповреждениям составило 1:1,8.

На 1 детско-подростковый суицид приходится от 5,7 до 16 суицидальных попыток. Например, в 2014 – 11 попыток на 1 суицид, в 2016 – 15,8 попыток, в 2017 – 5,7 попыток, в 2021 – 10 попыток (рис. 2).

Мониторинг суицидальной активности осуществляется медицинскими организациями на основании сообщений медицинских работников о выявленных актах самоповреждения. Сообщения направляются в центр мониторинга самоповреждений.

В большинстве государственных правовых систем работник здравоохранения, которому стало известно, что пациент имеет суицидальные мысли, должен информировать уполномоченные структуры для вмешательства. Неспособность сделать это может привести к уголовным и гражданским последствиям. Кроме того, в таких странах, как Норвегия, Австралия, Канада, подход к наблюдению лиц, совершивших суицидальную попытку, подразумевает обязательное регулярное наблюдение и при необходимости – лечение у психиатров

в течение последующих двух лет после совершённой суицидальной попытки [18].

В России такая практика не принята, несмотря на то, что нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения аналогичный механизм предусматривает. Авторы статьи предлагают шире использовать возможности повышения доступности психиатрической помощи при преднамеренных самоповреждениях. Врачам общесоматической сети Ставропольского края были предложены алгоритмы для направления пациента с преднамеренными самоповреждениями на консультацию к врачу-психиатру, в том числе – организации психиатрического освидетельствования без согласия гражданина в порядке ст. 24 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с целью повышения доступности психиатрической помощи. Реализация предложенного алгоритма не только способствует развитию системы мониторинга самоповреждений, но и стимулирует ответственность врача за направление пациента с самоповреждением к врачу-психиатру и повышает доступность специализированной психиатрической помощи лицам этой группы (таблицы 1, 2).

В 2021 году доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам с зарегистрированным преднамеренным самоповреждением в Ставропольском крае составила 78,6% среди взрослого населения и 79,7% среди детского.

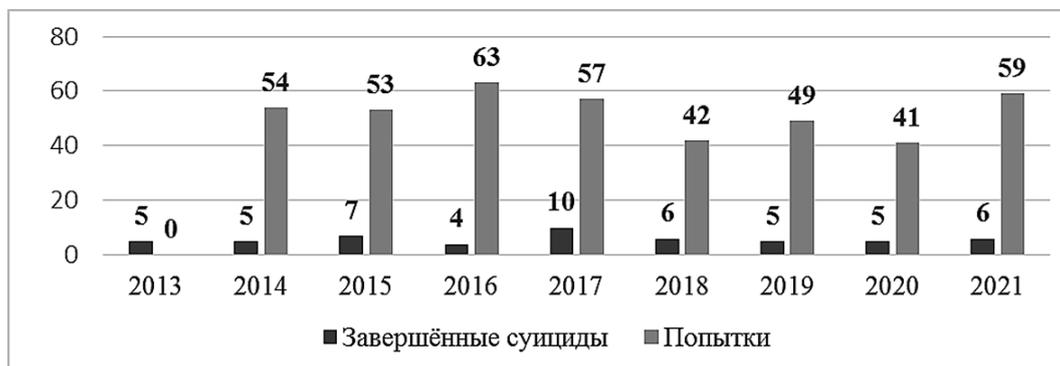


Рис. 2. Динамика соотношения суицидов к нелетальным преднамеренным самоповреждениям среди несовершеннолетних в Ставропольском крае

Таблица 1

**Доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам с зарегистрированным преднамеренным самоповреждением в Ставропольском крае**

<i>Освидетельствовано врачом-психиатром в связи с преднамеренным самоповреждением</i>		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Всего, в том числе:	Количество, человек	307	271	349	329	282	301
	Доля от всех зарегистрированных случаев, %	48,7	51,9	82	78,9	78,1	78,8
0–17 лет	Количество, человек	31	46	36	38	34	47
	Доля от всех несовершеннолетних, %	49,2	80,7	85,7	77,6	82,9	79,7
18 лет и старше	Количество, человек	276	225	313	291	248	254
	Доля от всех случаев 18 лет и старше, %	48,6	48,4	81,7	79,1	77,5	78,6

Таблица 2

**Доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам с зарегистрированным преднамеренным самоповреждением в городе Ставрополь**

<i>Освидетельствованы врачом-психиатром в связи с преднамеренным самоповреждением</i>		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Всего, в том числе:	Количество, человек	83	103	68	78	50	68
	Доля от всех зарегистрированных случаев, %	50,9	85,1	94,4	81,3	74,6	82,9
0–17 лет	Количество, человек	16	15	5	18	13	21
	Доля от всех несовершеннолетних, %	76,2	83,3	71,4	85,7	76,5	87,5
18 лет и старше	Количество, человек	67	88	63	60	37	47
	Доля от всех случаев 18 лет и старше, %	47,2	85,4	96,9	80,0	74,0	81,0

В 2021 году доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам с зарегистрированным преднамеренным самоповреждением в городе Ставрополь составила 87,5% среди взрослого населения и 81% среди детского.

Врачом-психиатром в течении 3-х дней осматриваются 83,4% лиц, совершивших суицидальную попытку среди взрослого и детского населения. Все освидетельствованные психиатром дети осмотрены в течение не более трёх дней с даты совершения преднамеренного самоповреждения. Психиатрическое обследование (освидетельствование) при самоповреждениях должно производиться как можно быстрее всем пациентам. Цель – принять решение о том, страдает ли пациент психическим расстройством, нуждается ли в оказании психиатрической помощи, а также о виде такой помощи.

Например, в городе Ставрополь в 2021 году в оказании специализированной медицинской помощи в условиях психиатрического стационара нуждались 26,8% лиц (22 пациента), совершивших преднамеренное самоповреждение. Все они были госпитализированы. Преимущественно в госпитализации нуждаются взрослые (20 пациентов), среди несовершеннолетних было две госпитализации, что составило 9,5% от всех детей, совершивших самоповреждения.

В Ставропольском крае в 2021 году получили консультацию медицинского психолога в связи с попыткой суицида 50% несовершеннолетних и 20,4% взрослых, совершивших преднамеренное самоповреждение. Завершили курс индивидуальной клинико-психологической коррекции 15,3% несовершеннолетних суицидентов и 4,3% взрослых. Доступность клинико-психологической коррекции такому контингенту пациентов ограничивается

недоукомплектованностью социально-психологических служб психиатрических медицинских организаций соответствующими кадрами, стигматизированным отношением к психиатрии, особенно среди законных представителей несовершеннолетних.

Отчёт о результатах мониторинга самоповреждений включает в себя анализ регистрируемых в целях получения статистических данных показателей, а также расчёт четырнадцати интегральных показателей.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Если профилактика суицидов представляет собой по сути профилактику преднамеренных самоповреждений независимо от исхода, то для формирования эффективных профилактических программ необходимо изучать статистику не только завершённых, но и нелетальных самоповреждений. Персонифицированный учёт преднамеренных самоповреждений повышает доступность для суицидентов психиатрической помощи как элемента вторичной профилактики.

Внедрение мониторинга преднамеренных самоповреждения – мера, необходимая для реализации принципов предиктивной, превентивной и персонализированной медицины [19]

в области суицидологии. Дальнейшее развитие системы превенции суицидов целесообразно проводить в следующих направлениях: 1) создание национальной системы мониторинга преднамеренных самоповреждений без летального исхода; 2) автоматизация процесса, в том числе в единой государственной информационной системе здравоохранения; 3) формирование научного обоснования профилактики суицидов на принципах доказательной медицины с учетом данных, полученных в процессе мониторинга преднамеренных самоповреждений без летального исхода; 4) стандартизация медико-психологического процесса, основанная на статистически подтверждённой связи личностных детерминант суицидального поведения с риском их реализации; 5) повышение доступности первичной специализированной медико-санитарной медицинской (психиатрической) помощи путем освидетельствования врачом-психиатром и консультации психологом лиц, совершивших преднамеренное самоповреждение без летального исхода (попытка суицида) в количестве 100%; 6) повышение доступности кризисных профилактических психологических коррекционных программ в государственной психиатрической сети здравоохранения путем создания правовых и экономических оснований для реализации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики, раздел «Демография» [Электронный ресурс: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>].
2. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».
3. Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 01.10.2021 № 2765-р).
4. Распоряжение Правительства РФ от 26.04.2021 № 1058-р «Об утверждении комплекса мер до 2025 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних».
5. Ланов М. М. Оценка деятельности и система управления компанией на основе KPI. – М.: Инфра-М, 2013. – 255 с.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Руководство по кодированию причин смерти. – Москва: ЦНИИОИЗ, 2008. – 74 с.
8. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178.

9. *Абрумова А.Г.* Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / А.Г. Абрумова, В.А. Тихоненко. – Москва: Московский научно-исследовательский институт МЗ РСФСР, 1980. – С. 31.
10. *Кудрявцев И.А.* Психологический прогноз повторных попыток самоубийства / Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10–14.
11. *Предотвращение самоубийств: глобальный императив / под ред. David Bramley.* – ВОЗ. – 2014. – С. 26.
12. *Бохан Н.И., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г.* Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI / Суицидология. – 2020. – № 1(38). – Т. 11. – С. 7–80.
13. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты). Методические рекомендации. ФГБУ НМИЦ им. Сербского. 2020. Б.С. Положий, Е.В. Макушкин, Е.Б. Любов, Г.С. Банников.
14. Практическое руководство по созданию и поддержке систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения. Всемирная организация здравоохранения. – 2019.
15. Приказ Министерства здравоохранения Ставропольского края от 24.12.2020 г. 01-05/1694 «О некоторых мерах по совершенствованию региональной суицидологической службы на территории Ставропольского края».
16. Приказ Министерства здравоохранения Ставропольского края от 20.11.2013 01–05/1348 «О некоторых мерах по созданию на территории Ставропольского края региональной суицидологической службы».
17. Приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 28.02.2012 г. № 116-ос.
18. *Краснова П.В., Денисенко М.М.* Отражение проблем суицидов и суицидального поведения на 22-м Европейском конгрессе психиатров / П.В. Краснова, М.М., Денисенко // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – № 1. – Т. 11.
19. Приказ Минздрава России от 24.04.2018 г. №186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины».

---

## REFERENCES

1. Official website of the Federal State Statistics Service, section "Demography"[Electronic resource: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>].
2. Decree of the President of the Russian Federation dated 09.10.2007 No. 1351 "On approval of the Concept of Demographic policy of the Russian Federation for the period up to 2025".
3. A unified plan to achieve the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2024 and for the planning period up to 2030 (approved by the Decree of the Government of the Russian Federation dated 01.10.2021 No. 2765-r).
4. Decree of the Government of the Russian Federation dated 04/26/2021 No. 1058-r "On approval of a set of measures until 2025 to improve the system of suicide prevention among minors".
5. *Panov M.M.* Evaluation of the company's activities and management system based on KPI. – М.: Infra-M, 2013. – 255 p.
6. Federal Law No. 323-FZ of 21.11.2011 "On the Basics of public health protection in the Russian Federation".
7. Guide to coding causes of death. – Moscow: TSNII OIZ, 2008. – 74 p.
8. Letter of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation "On the procedure for issuing and filling out medical birth and death certificates" dated 19.01.2009 No. 14-6/10/2-178.
9. *Abrumova A.G.* Diagnostics of suicidal behavior: methodological recommendations / A.G. Abrumova, V.A. Tikhonenko. – Moscow: Moscow Research Institute of the Ministry of Health of the RSFSR, 1980. – P. 31
10. *Kudryavtsev I.A.* Psychological prognosis of repeated suicide attempts / Suicidology. – 2012. – No. 3. – P. 10–14.
11. Suicide prevention: a global imperative / ed. David Bramley. – WHO. – 2014. – From 26.
12. *Bohan N.I., Evseev V.D., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G.* Review of studies of non-suicidal forms of self-harm according to NSSI scales and questionnaires / Suicidology. – 2020. – No. 1(38). – Vol. 11. – P. 7–80.
13. Suicidal behavior of minors (preventive aspects). Methodological recommendations. FSBI "V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. B.S. Polozhiy, E.V. Makushkin, E.B. Lyubov, G.S. Bannikov.
14. Practical guidance on the establishment and support of surveillance systems for suicidal attempts and acts of self-harm. World Health Organization. – 2019.
15. Order of the Ministry of Health of the Stavropol Territory dated 12/24/2020 01-05/1694 "On some measures to improve the regional suicidological service in the Stavropol Territory".
16. Order of the Ministry of Health of the Stavropol Territory dated 11/20/2013 01-05/1348 "On some measures to establish a regional suicidological service in the Stavropol Territory".
17. Order of the Department of Health of the Tyumen region dated 28.02.2012. No. 116-os.

18. Krasnova P.V., Denisenko M. M. Reflection of the problems of suicide and suicidal behavior at the 22nd European Congress of Psychiatrists/P.V. Krasnova, M.M., Denisenko//Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia. – 2015. – No. 1. – Vol. 11.
19. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 186 dated 24.04.2018 "On approval of the Concept of predictive, preventive and personalized medicine".

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTORS

**Боев Олег Игоревич** – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, Россия, ORCID0000-0003-0881-3383.

**Олег. И. Боев**– Ph.D. (Medicine), Associate Professor, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Stavropol State Medical University at Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Stavropol, Russia.  
E-mail: skkpb1.gl@stavpb.ru

**Бычкова Ольга Геннадьевна** – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1», г. Ставрополь, Россия.

**Olga. G. Bychkova** – Assistant Chief Medical Officer for Medical Work, Stavropol Regional Clinical Specialized Psychiatric Hospital № 1, Stavropol, Russia.  
E-mail: ob@stavpb.ru

---

## НОВОСТИ НАУКИ

### АССОЦИИРОВАННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ

В ноябре 2021 года в журнале «Psychiatry Research» было опубликовано исследование Heather T. Schatten et al. Авторы хотели уточнить влияние различных эмоциональных состояний на риск суицида у подростков, госпитализированных по поводу суицидальных попыток или идей, после выписки из стационара. На основании наблюдения за 34 подростками в возрасте 13–17 лет авторы исследования пришли к выводу, что гнев, ощущение страдания и чувство радости ассоциировано с повышением риска суицидальных мыслей.

**Источник:** Портал «Психиатрия & Нейронауки»