

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal

ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДА

Проблемы поиска

РАК И КОВИД

Исследование заболеваемости

АУТИЗМ

Подходы к организации помощи

ЗДОРОВЬЕ ВО ВСЕХ ПОЛИТИКАХ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 2

№ 1 • 2022

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

Издается с 2021 г. Сайт: <https://ph.elpub.ru/jour>

Периодичность издания – 4 номера в год.

Журнал входит в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), научную электронную библиотеку «КиберЛенинка».

Все статьи журнала публикуются с указанием цифрового идентификатора объекта (digital object identifier, DOI)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Салагай О.О. – канд. мед. наук, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Драпкина О.М. – член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, г. Москва, Россия

Кобякова О.С. – д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аполихин О.И. – д-р мед. наук, профессор, член-корр. РАН, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, г. Москва, Россия

Багненко С.Ф. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, ректор ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Базарджян А.А. – канд. мед. наук, директор Национального института здравоохранения им. академика Авдалбекяна Минздрава Республики Армения, г. Ереван, Армения

Бойцов С.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Бокерия Л.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, президент ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева», г. Москва, Россия

Брико Н.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Бухтияров И.В. – д-р мед. наук, профессор, член-корр. РАН, директор ФГБНУ «НИИ МТ», г. Москва, Россия

Зайцева Н.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФБНУ «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», г. Пермь, Россия

Зинченко Ю.П. – д-р. психол. наук, профессор, академик РАО, декан факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия

Кекелидзе З.И. – д-р мед. наук, профессор, член-корр. РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

Колесников С.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заместитель Главного ученого секретаря президиума РАН, г. Москва, Россия

Путило Н.В. – канд. юрид. наук, заведующий отделом социального законодательства ИЗСП, г. Москва, Россия

Сайганов С.А. – д-р мед. наук, профессор, ректор СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Стародубов В.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Тутельян В.А. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, Россия

Хабриев Р.У. – д-р мед. наук, д-р фарм. наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия

Хальфин Р.А. – д-р мед. наук, профессор, директор Института лидерства и управления здравоохранением ПМГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Харитонов В.И. – д-р ист. наук, заведующая центром медицинской антропологии ИЭА РАН, г. Москва, Россия

Черепов В.М. – д-р мед. наук, профессор, вице-президент Российского союза промышленников и предпринимателей, г. Москва, Россия

Шляхто Е.В. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Ющук Н.Д. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, президент ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Россия

Клюге Х. – директор Европейского регионального бюро ВОЗ, г. Копенгаген, Дания

Жоао Бреда – д-р наук, профессор, руководитель программы ВОЗ по вопросам питания, физической активности и ожирения, г. Копенгаген, Дания

Рукописи предоставляются
в редакцию по электронной почте:
dmz@mednet.ru

Редакция в обязательном порядке
осуществляет экспертную оценку
(рецензирование, научное и стилистическое
редактирование) всех материалов,
публикуемых в журнале.

Более подробно об условиях публикации см.:
<https://ph.elpub.ru/jour>

EDITOR-IN-CHIEF

Salagay O.O. – Ph.D. (Medicine), Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Drapkina O.M. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director of the National Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

Kobyakova O.S. – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, Russia

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Apolikhin O.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Lopatkin Research Institution of Urology & Interventional Radiology, Moscow, Russia

Bagnenko S.F. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Rector of the First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

Bazardjian A.A. – Ph.D. (Medicine), National institute of health named after S.Kh. Avdalbekyan of the Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Armenia

Boytsov S.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, National Research Center of Cardiology of Russian Ministry of Health, General Director, Moscow, Russia

Bokeria L.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, President of Bakulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Moscow, Russia

Briko N.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of epidemiology and evidence-based medicine of the Sechenov University, Moscow, Russia

Bukhtiyarov I.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Cherepov V.M. – D.Sc. (Medicine), Professor, The Russian Union of Industrialists and Entrepreneurs, Executive President, Moscow, Russia

Halfin R.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Institute of Leadership and Health Management of the Sechenov University, Moscow, Russia

Kekelidze Z.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Corresponding member of the Russian Academy of Sciences, General Director of the V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Khabriev R.U. – D.Sc. (Medicine), Dr.Sc. (Pharm.), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Director of the FSSBI «N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Moscow, Russia

Kharitonova V.I. – Ph.D. (History), Head of the Center for Medical Anthropology of the IEA RAS, Moscow, Russia

Kolesnikov S.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Deputy Chief Scientific Secretary of the Presidium of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Putilo N.V. – Ph.D. (Law), Head of the Department of Social Legislation of the Institute of Legislation and Comparative Law, Moscow, Russia

Saiganov S.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Rector of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Shlyakhto E.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, The Almazov National Medical Research Centre, General Director, St. Petersburg, Russia

Starodubov V.I. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Academician-Secretary of the Department of medical Sciences of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Tutelyan V.A. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Scientific director, Moscow, Russia

Yuschuk N.D. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, President of the Moscow state University of medicine, Moscow, Russia

Zaitseva N.V. – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies, Scientific Director, Perm, Russia

Zinchenko Yu.P. – D.Sc. (Psychology), Professor, Full member of the Russian Academy of Education, Dean of the Faculty of Psychology of the Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Hans Henri P. Kluge – Dr., WHO Regional Director for Europe, Copenhagen, Denmark

João Breda – Dr., Professor, WHO Programme Manager, Nutrition, Physical Activity and Obesity, Copenhagen, Denmark

Manuscripts are to be submitted
to the editorial office in electronic form:
idmz@mednet.ru

The editorial makes a mandatory expertise
(review, scientific and stylistic editing)
of all the materials to be published
in the journal.

More information of publishing terms is at:
<https://ph.elpub.ru/jour>

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	4
---------------------------------------	----------

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

И. С. Стилиди, Д. Г. Заридзе, Д. М. Максимович, Д. М. Дзитиев

**Снижение заболеваемости злокачественными опухолями –
еще одно последствие эпидемии COVID-19**

5-14

*Е. В. Макушкин, Е. Г. Дозорцева, Д. С. Ошевский, В. Д. Бадмаева,
Н. А. Александрова, И. А. Чибисова, К. В. Сыроквашина*

**Выявление медико-психологических индикаторов неблагополучия
у подростков для обеспечения безопасности образовательной среды
и превенции ауто- и гетероагрессивного поведения**

15-26

Г. С. Банников, Е. Б. Любов, К. Л. Кещян

Суицидологические службы России: проблемы и резервы развития

27-34

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

О. И. Боев, О. Г. Бычкова

**Мониторинг преднамеренных самоповреждений
как перспективное направление профилактики суицидов**

35-46

Н. Н. Карякин, О. В. Баландина, Е. Д. Божкова

**Основные принципы организации оказания комплексной помощи
лицам с расстройствами аутистического спектра**

47-55

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

В. Н. Ведяшкин

**Практика оказания комплексной помощи детям и подросткам
с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением
в Алтайском крае. Профилактика, реабилитация, дестигматизация**

56-66

CONTENTS

INTRODUCTION FROM THE EDITOR-IN-CHIEF 4

PUBLIC HEALTH THEOR

I. S. Stilidi, D. G. Zaridze, D. M. Maksimovich, D. M. Dzitiev

The decrease in the incidence of malignant tumors as a consequence of the epidemic of COVID-19 5-14

E. V. Makushkin, E. G. Dozortseva, D. S. Oshevsky, V. D. Badmaeva, N. A. Alexandrova, I. A. Chibisova, K. V. Syrokvashina

Identification of medical and psychological indicators of trouble in adolescents to ensure the safety of the educational environment and the prevention of auto-and hetero-aggressive behavior 15-26

G. S. Bannikov, E. B. Lyubov, K. L. Keshchyan

Suicidological services of Russia: problems and reserves of development 27-34

MEDICAL PREVENTION

O. I. Boev, O. G. Bychkova

Monitoring of intentional self-harm at a relevant area in suicide prevention 35-46

N. N. Karyakin, O. V. Balandina, E. D. Bozhkova

Main principles of organizing comprehensive care for persons with autism spectrum disorders 47-55

REGIONAL ASPECTS OF PUBLIC HEALTH

V. N. Vedyashkin

The practice of providing comprehensive assistance to children the practice of providing comprehensive assistance to children and adolescents with suicidal and non-suicidal self-harming behavior in the Altai territory. Prevention, rehabilitation, destigmatization 56-66

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 2, № 1, 2022

Свидетельство о регистрации:
ПИ № ФС 77-79669
от 27 ноября 2020 г.

**Учредитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России**

Главный редактор -
Салагай Олег Олегович

Ответственный редактор -
Куракова Наталия Глебовна,
idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор -
Цветкова Лилия Анатольевна,
idmz@yandex.ru

Литературный редактор -
**Борисенко Светлана
Владимировна**

Компьютерная верстка и дизайн -
Пескова Елена Викторовна

Издатель:
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Адрес издателя и редакции:
127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, 11
Тел.: (495)-618-07-92 (доб. 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Подписано в печать: 21.06.2022
Заказ: 181
Отпечатано в ООО «Клуб печати».
127018, г. Москва, 3-ий проезд
Марьиной Рощи, д. 40, стр. 1
© ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

PUBLIC HEALTH
Scientific and practical journal
Volume 2, No. 1, 2022

Certificate of registration:
PI No. FS77-79669
of November 27, 2020

Founder: Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

Editor-in-Chief -
Oleg O. Salagay

Executive Editor -
Natalia G. Kurakova
idmz@mednet.ru

Issuing Editor -
Lilia A. Tsvetkova
idmz@yandex.ru

Literary Editor -
Svetlana V. Borisenko
Computer layout and design -
Elena V. Peskova

Publisher:
Federal Research Institute for Health
Organization and Informatics
of Ministry of Health
of the Russian Federation

**Publisher and editorial
office address:**
11 Dobrolyubova str.,
Moscow, 127254
Tel.: (495)-618-07-92 (# 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Signed to the press: 21.06.2022
Order: 181
Printed by: "Print Club".
127018, Moscow, street 3-y proezd
Maryinoy roshchi, 40, building 1
© Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Этот выпуск формировался дольше, чем обычно. И это неслучайно. Первоначально предполагалось, что выпуск будет разнонаправленным, политематическим. Однако затем все большую кристаллизацию в поступающих статьях получала тема психического здоровья.

Психическое здоровье – одна из самых важных и сложных тем в контексте общественного здоровья. На сегодня достоверно известно, что продолжительность жизни людей с психическими расстройствами, как и их качество жизни, ниже обычного. Это требует принятия целого ряда мер, которые позволили бы положительным образом повлиять на ситуацию.

Эти меры не в последнюю очередь включают профилактику опасного и самоповреждающего поведения. Исследованию аспектов такого поведения и мерам, которые могут быть предприняты, посвящены несколько статей этого выпуска.

Коллектив авторов под руководством главного внештатного детского психиатра Минздрава России, профессора Е.В. Макушкина приводит результаты исследования уникальных материалов судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних, на основании которых авторы устанавливают индикаторы и предикторы ауто- и гетероагрессивного поведения у подростков. Полученные результаты имеют чрезвычайно важное значение, в том числе в плане профилактики скулшутинга и других феноменов агрессивного поведения.

Фундамент профилактики самоповреждающего поведения составляют региональные службы, анализу деятельности которых посвящена работа Г.С. Банникова, Е.Б. Любова и К.Л. Кещян. Авторы пришли к выводу, что далеко не во всех регионах нашей страны работает полный состав звеньев службы помощи для лиц с суицидальным поведением,

что требует разработки и принятия типовых программ профилактики на региональном уровне.

Описанию именно такой программы и активностей в ее рамках в Алтайском крае посвящена статья В.Н. Ведяшкина. О.И. Боев и О.Г. Бычкова в свою очередь дают научную оценку пилотному проекту по мониторингу самоповреждающего поведения, реализуемому в Ставропольском крае.

Конечно, тематика психического здоровья не сводится исключительно к самоповреждению и профилактике агрессии. Это подтверждает работа авторов под руководством профессора Н.Н. Карякина, посвященная проекту по комплексной помощи людям с расстройствами аутистического спектра, реализуемому в Приволжском федеральном округе.

Не могу не отметить особо, что среди исследований, выходящих в номере, присутствует статья под редакцией И.С. Стилиди и Д.Г. Заридзе, посвященная вопросам онкологической заболеваемости в рамках глобального исследовательского направления, за которое авторы были в этом году отмечены Государственной премией Российской Федерации.

Отдельного внимания заслуживает обложка журнала, на которую вынесена замечательная работа пятилетнего Кирилла – мальчика, живущего с психическим расстройством, и его мамы, Марии Юрьевны, которая помогла сыну в ее создании. Работа выполнена в рамках арт-терапевтической техники в отделении психосоциальной реабилитации Мордовской клинической психиатрической больницы и даже побывала на выставке «Открытые грани ментального».

Надеемся, что читатель найдет номер интересным.

О. О. Салагай, главный редактор «ОЗ»

СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ – ЕЩЕ ОДНО ПОСЛЕДСТВИЕ ЭПИДЕМИИ COVID-19

И.С. СТИЛИДИ¹, Д.Г. ЗАРИДЗЕ², Д.М. МАКСИМОВИЧ³, Д.М. ДЗИТИЕВ⁴
1,2,3,4 ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, г. Москва, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-5-14

Аннотация

В 2020 году было зарегистрировано снижение заболеваемости злокачественными опухолями (ЗО) по сравнению с 2019 годом. Разница между прогнозируемым и фактическим числом всех ЗО, включая, мужчин и женщин, равна 98142, рака кожи (без меланомы) – 24172, рака предстательной железы – 13202, рака молочной железы – 11660, колоректального рака – 9570, рака легкого – 7235, рака почки – 5450, рака желудка – 3506, рака шейки матки – 2955, рака мочевого пузыря – 2744, рака щитовидной железы – 2436, меланомы – 2080 и т.д.

«Дефицит» больных ЗО в 2020 году – это не снижение заболеваемости ЗО, а снижение «выявляемости», т.е. речь идет об онкологических больных, у которых рак не был, по разным причинам, диагностирован и, соответственно, не лечен.

Значительное снижение «выявляемости» ЗО в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, скорее всего, имеет место и в 2021 году. У больных, у которых не был выявлен рак в 2020 и 2021 годах, рано или поздно рак будет диагностирован, но, со значительным опозданием, на III–IV стадии, когда болезнь трудно поддается лечению или вовсе не излечима, что приведет к росту смертности от ЗО. Так что в ближайшие годы нужно ожидать снижения эффективности лечения и, соответственно, снижения показателей выживаемости и роста смертности от ЗО. В 2022–23 годах мы будем свидетелями роста заболеваемости ЗО, избытка случаев ЗО, которые не были диагностированы в предыдущие годы.

Снижение заболеваемости ЗО, связанное с эпидемией COVID-19, отмечено и в других странах. Огромная нагрузка на систему здравоохранения, занятые борьбой против COVID-19, привели к перебоям в оказании онкологической помощи. В трети стран Европейского региона такие перебои полностью или частично затронули оказание онкологической помощи.

Необходимость устоять перед вызовом, связанным с последствиями эпидемии, ставит перед системой организации онкологической помощи непростые задачи, которые требуют переосмысления и внедрения научно обоснованных мер организации онкологической помощи, включая профилактику, скрининг и диагностику ЗО. Необходимо разъяснять гражданам, что пандемия привела к снижению обращений граждан в медицинские учреждения по поводу не связанных с COVID-19 жалобами. Отсрочка обращения к врачу может привести к запоздалой диагностике, и, соответственно, снижению вероятности излечения больного. В связи с этим, рекомендовать безотлагательно обращаться за консультацией к врачу гражданам, у которых появились те или иные жалобы. Соответственно, необходимо создать комфортные условия для посещения гражданами поликлиник и других медицинских учреждений. Следует восстановить скрининговые программы. Однако пора внести в них коррективы, соответственно международному опыту и рекомендациям ВОЗ. Надо сконцентрироваться на скрининге форм рака, с доказанной эффективностью и с учетом соотношения «пользы/вреда» приносимой скринингом. ВОЗ рекомендует скрининг рака шейки матки, молочной железы и колоректального рака. Целесообразно проведение скрининга рака шейки матки с применением теста на вирус папилломы человека (ВПЧ), который более чувствителен, чем цитологическое исследование. Скрининг с ВПЧ-тестированием может проводиться 2 раза в течение жизни женщины в 35 и 45 лет и экономически выгоден.

Основанная на доказательной медицине организация онкологической помощи будет способствовать не только эффективно справиться с последствиями эпидемии COVID-19, но и дальнейшему снижению смертности от ЗО.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, заболеваемость, смертность, выявляемость, эпидемия, COVID-19.

Для цитирования: Стилиди И.С., Заридзе Д.Г., Максимович Д.М., Дзитиев Д.М. Снижение заболеваемости злокачественными опухолями – еще одно последствие эпидемии COVID-19 // Общественное здоровье. 2022, 2(1):5–14. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-5-14

Контактная информация: Заридзе Д.Г., dgzaridze@crc.umos.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: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-5-14

THE DECREASE IN THE INCIDENCE OF MALIGNANT NEOPLASMS AS A CONSEQUENCE OF THE COVID19 EPIDEMIC

I.S. Stilidi¹, D.G. Zaridze², Maksimovich D.M.³, Dzitiev D.M.⁴

^{1,2,3,4} N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia.

Abstract

In 2020 we observed a sudden decline in cancer incidence in Russia in comparison with 2019. The age-standardized rates (ASR) per 100,000 population of cancers that were on increase before 2019 dropped abruptly including cancers of the colorectum, prostate, breast, thyroid, kidney, while for those cancers that steadily decreased including cancers of the lung and stomach, the decrease has speeded up.

The difference between predicted and actual number of cases registered in 2020 was 98142 for all cancers, 24172 for skin cancer (excluding melanoma), 13202 – for prostate cancer 11660 – for breast cancer, 9570 – for colorectal cancer, 7235 – for lung cancer, 5450 – for kidney cancer, 3506 for gastric cancer, 2744 for urinary bladder cancer, 2436 – thyroid cancer and 2080 for melanoma.

The observed decrease in cancer incidence in 2020 reflects the decrease in the detection rate of cancer. Following arguments might explain this decrease. First the individuals with complains or symptoms who in normal situation would seek medical advice might have barriers for consulting doctor due to isolation and lockdowns. For the same reason the coverage of the population by the check-up programs temporarily decreased including screening for breast, cervix, colorectal and prostate cancer. Regrettably there are no data on the population coverage of these screening programs either before (in 2019) or at the time of COVID epidemic (in 2020).

For most of these tumors the effective screening tests are available that if applied correctly with quality control contribute to early diagnosis and consequently to the improvement of survival and decrease in mortality.

The decrease in the detection rate of cancer in 2020 and 2021 (still to be seen) will result in the shift of the stage of cancer at diagnosis from early to late stages. The proportion of cancer patients diagnosed at the stages III-IV will increase and will be followed by increase in mortality from cancer.

The decrease in cancer detection rate is observed in many counties. The Covid-19 pandemic affected cancer control in Europe. In one third of the countries in Europe the pressure on the health system created by the Covid –19 pandemic caused interruptions in cancer care.

To handle effectively the problem of the underdiagnosis of cancer during the Covid-19 pandemic we have to address population using all available ways of communication and explain that the decrease in detection rate of cancer will be followed by shifting the stage of detected cancer from early to late stages and this will affect its curability. People should be advised to see doctor immediately for any health problems. To make this advice effective the accessibility of cancer diagnostic and treatment facilities need to return to pre-pandemic level.

Screening programs should be restored. However, they need to be adjusted to the WHO guidelines and the existing international experience. WHO guidelines recommend screening for colorectal, breast and cervical cancer. Cervical cancer screening – preferably using HPV testing that is much more sensitive than cytological testing and could be carried out twice in the life at age 35 and 45 years.

The evidence-based cancer control program will not only help us to overcome the consequences of the pandemic and returning to the pre-pandemic state but also will promote further decline of cancer mortality.

Key words: malignant neoplasms, cancer, incidence, mortality, detection, Covid-19 epidemic.

For citation: Stilidi I.S., Zaridze D.G., Maksimovich D.M., Dzitiev D.M. The decrease in the incidence of malignant tumors as a consequence of the epidemic of COVID-19 // Public health. 2022; 2(1):5–14. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-5-14.

Corresponding author: Zaridze D.G., dgzaridze@crc.umos.ru

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

В 2020 году в России зарегистрировано на 84 355 меньше случаев злокачественных опухолей (30), по сравнению с 2019 годом: меньше на 23 181 случаев – рака кожи, на 8967 – рака молочной железы, на 8798 – рака ободочной и прямой кишки, на 7540 – рака предстательной железы, на 5738 – рака легкого, на 4108 – рака желудка, на 3518 – рака почки, на 3088 – рака тела матки, на 2003 – рака шейки матки, на 2559 – рака

щитовидной железы и т.д. (таблица 1) [1, 2]. Причем в процентном выражении снижение регистрируемой заболеваемости наиболее выражено у мужчин – для рака кожи (26%), предстательной железы (16,5%), рака почки (14%), рака щитовидной железы (13%); у женщин – для рака кожи (29%) рака щитовидной железы (19%), рака почки (14,6%).

Резкое изменение направления тренда стандартизованного показателя заболевае-

мости (СПЗ) от роста к снижению отмечено для всех 30 (рис. 1), у мужчин рака предстательной железы, колоректального рака, рака почки (рис. 2), у женщин молочной железы, поджелудочной железы, щитовидной железы, почки (рис. 3). Плавное снижение СПЗ рака легкого, желудка, губы, полости рта и глотки, перешло в резкое падение этого показателя между 2019 и 2020 годами (рис. 2, 3).

Представленные выше цифры указывают на «дефицит» онкологических больных по сравнению с 2019 годом при условии, что заболеваемость перечисленными формами рака не менялась. Однако, учитывая, что заболеваемость большинства из перечисленных опухолей до 2019 г. росла, «недоучет» больных больше, чем в результате простого сравнения показателей 2019 и 2020 годов. Тем более, что прогнозируется дальнейший рост заболеваемости этими формами рака. Прогноз, основанный на экспоненциальной модели, предсказывает продолжение тенденций заболеваемости основными

формами рака до 2025 года, которая наблюдалась до 2019 года для большинства опухолей: рост заболеваемости рака предстательной железы, колоректального рака, молочной железы, рака тела и шейки матки, щитовидной железы, почки, поджелудочной железы; снижение заболеваемости рака легкого, желудка, продолжение плавного снижения заболеваемости раком легкого, желудка, полости рта и глотки. Очевидно, что резкое снижение заболеваемости практически всех 30 – результат непредвиденного чрезвычайного события.

Разница между прогнозируемым и фактическим количеством всех 30, включая мужчин и женщин, равна 98142, рака кожи (без меланомы) – 24 172; 13202 – рака предстательной железы, 11 660 – молочной железы, 9570 – колоректального рака, 7235 – рака легкого, 5450 – рака почки, 3506 – рака желудка, 2955 – рака шейки матки, 2744 – рака мочевого пузыря, 2436 – рака щитовидной железы, меланомы – 2080 и т.д. (таблица 1).

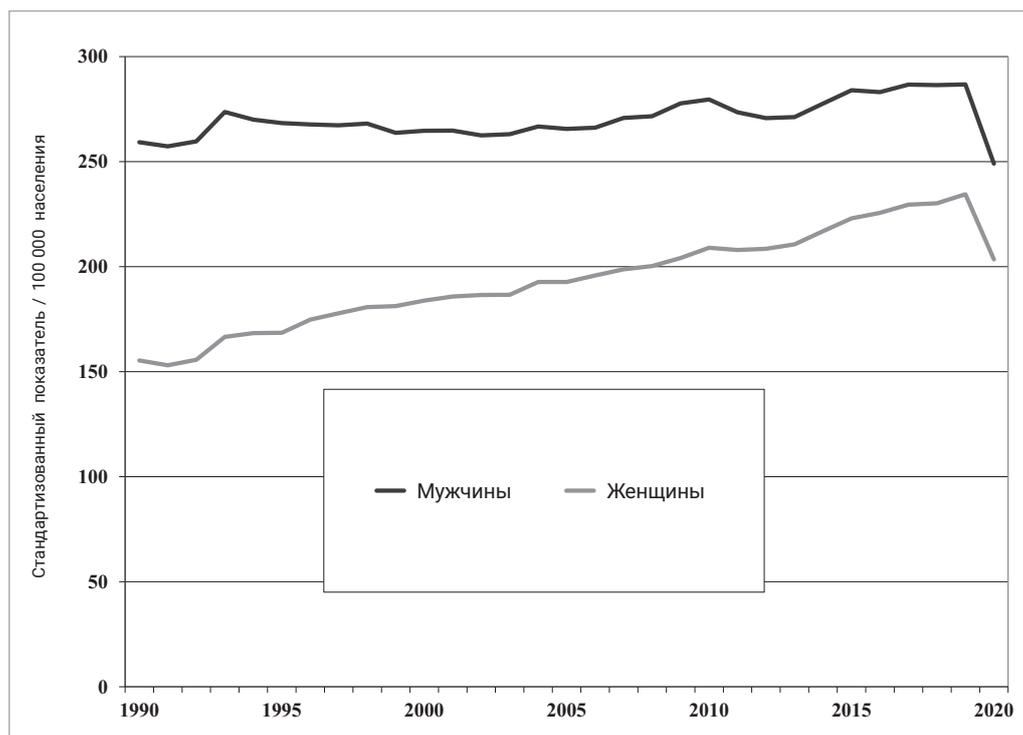


Рис. 1. Динамика заболеваемости всеми злокачественными опухолями в России, 1990–2020 гг.

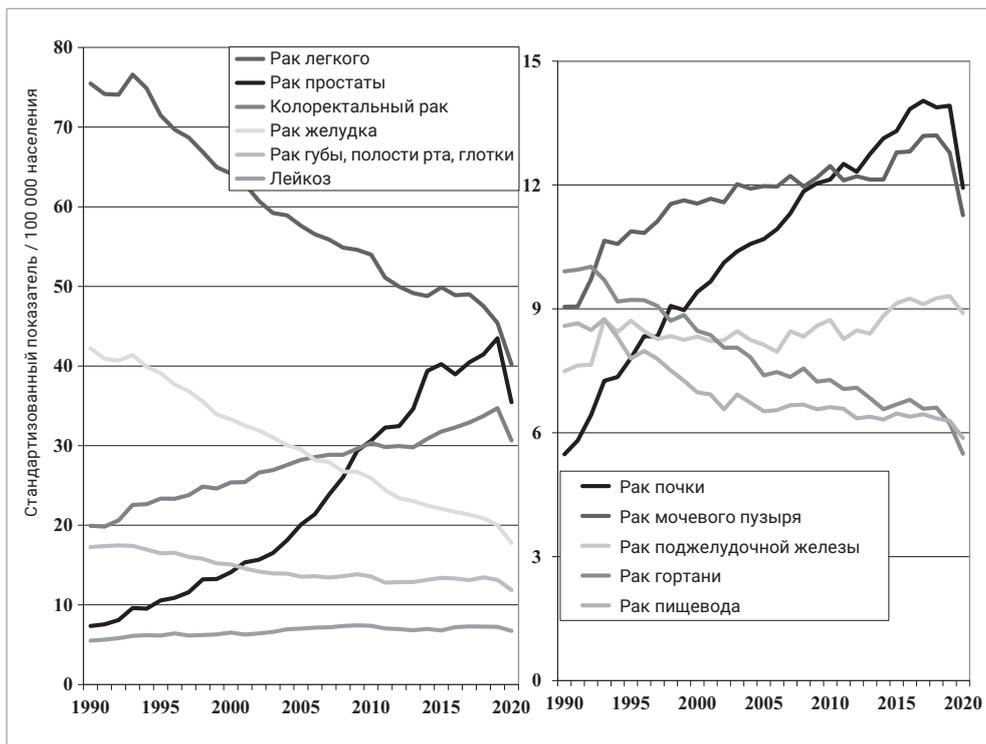


Рис. 2. Динамика заболеваемости некоторыми формами рака в России, мужчины, 1990–2020 гг.

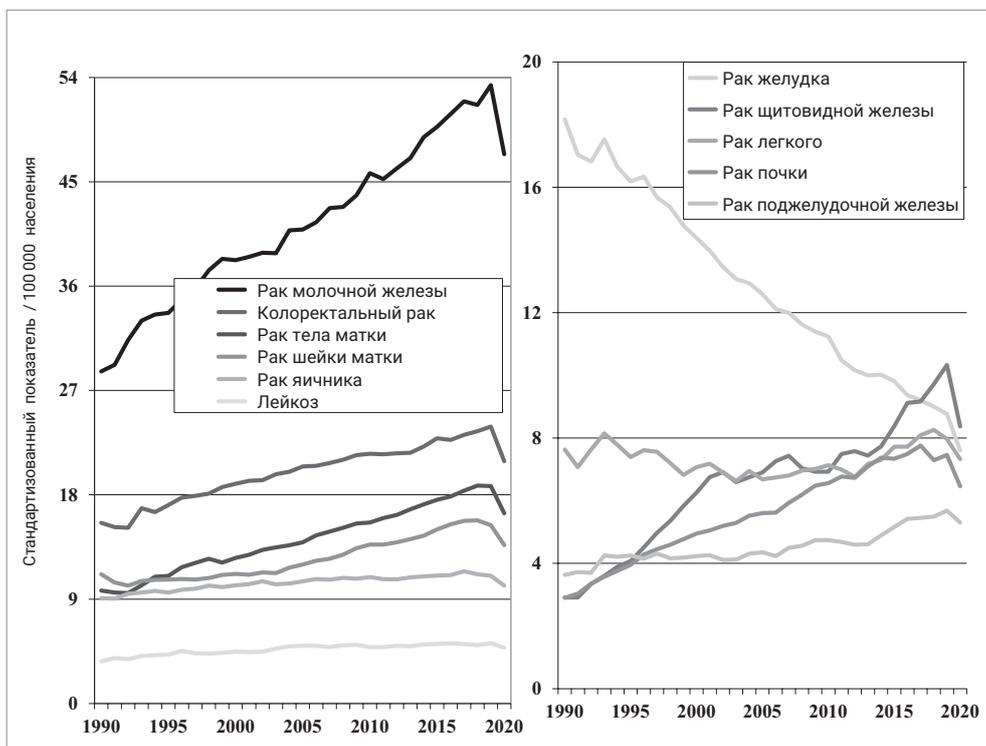


Рис. 3. Динамика заболеваемости некоторыми формами рака в России, женщины, 1990–2020 гг.

Таблица 1

Снижение числа (N) выявленных в 2020 в России злокачественных опухолей по сравнению с 2019 г. и с прогнозируемым на 2020 г. числом (м+ж)

Мужчины + Женщины	N 2020	N 2019	N 2020 Прогноз (ДИ)	N 2019 – 2020	N 2020 Прогноз – 2020
Все ЗНО	556036	640391	654178 (± 32795)	84355	98142
Губа, ротовая полость, глотка	16275	17955	17965 (± 1904)	1680	1690
Пищевод	7884	8327	8387 (± 897)	443	503
Желудок	32063	36171	35569 (± 3024)	4108	3506
Ободочная и прямая кишка	68264	77062	77834 (± 4142)	8798	9570
Печень	8957	9324	9267 (± 1278)	367	310
Поджелудочная железа	19011	19930	20241 (± 1717)	919	1230
Гортань	6189	6914	7051 (± 819)	725	862
Трахея, бронхи, легкое	54375	60113	61610 (± 4792)	5738	7235
Меланома	10162	11961	12242 (± 1319)	1799	2080
Кожа (без меланомы)	60571	83752	84743 (± 5738)	23181	24172
Молочная железа	64951	73918	76611 (± 4898)	8967	11660
Шейка матки	15500	17503	18455 (± 1341)	2003	2955
Тело матки	24063	27151	28492 (± 2163)	3088	4429
Яичник	13144	14206	14540 (± 1165)	1062	1396
Предстательная железа	38223	45763	51425 (± 4702)	7540	13202
Почка	21362	24880	26812 (± 2934)	3518	5450
Мочевой пузырь	15292	17290	18036 (± 1464)	1998	2744
Щитовидная железа	11428	13987	13864 (± 1739)	2559	2436

Для большинства перечисленных выше опухолей имеются эффективные диагностические и скрининг-тесты, которые при правильном применении, способствуют их своевременной диагностике и лечению, улучшению показателей выживаемости и снижению смертности. Это касается рака молочной железы, рака шейки матки, колоректального рака [3, 4]. Скрининг этих форм рака включен в программу диспансеризации [5].

«Дефицит» больных ЗО в 2020 году – это не снижение заболеваемости ЗО, а снижение «выявляемости», т.е. речь идет об онкологических больных, у которых рак не был, по разным причинам, диагностирован и, соответственно, не лечен. Чем можно объяснить этот феномен? Во-первых, режим изоляции и «локдауны» препятствовали обращению

к врачу граждан, у которых появились симптомы рака. Кроме того, по той же причине, резко снизился охват населения профосмотрами в рамках диспансеризации населения. К сожалению, данных об охвате населения скринингом ЗО в рамках диспансеризации ни до, ни после эпидемии COVID19, нет.

Смертность от ЗО в 2020 г. продолжала тренд на снижение, который начался в 1993 г. [6], на фоне роста смертности от всех причин. Избыточная смертность от всех причин в 2020 г., по сравнению с 2019 г. составила 340 279 случаев. Выросла смертность от болезней системы кровообращения (БСК), в основном за счет цереброваскулярных болезней, а также смертность от пневмоний и хронических болезней нижних дыхательных путей, диабета, болезней системы

пищеварения, внешних причин и, конечно же, в статистике смертности появилась новая графа – короновирусная инфекция, вызванная COVID-19, от которой по официальным данным в 2020 г. умерли 144 691 человек. Очевидно, что рост смертности от БСК, пневмоний, возможно и других причин, снижение которых мы наблюдали с 2006 года [7] можно и нужно отнести к смертности от COVID-19, что, скорее всего, и будет сделано в 2021 году в результате накопленного опыта. В начале пандемии вообще не существовало в классификации такой причины смерти, как COVID-19.

Снижение «выявляемости» ЗО, которое мы регистрируем в 2020 г. и, скорее всего, увидим и в 2021 г. приведет к сдвигу стадии опухоли при диагнозе в худшую сторону, т.е. в последующие годы будут преобладать первичные больные с III–IV стадией заболевания. Уже опубликованы данные, указывающие на небольшое снижение доли ЗО, выявленных на ранней стадии и небольшой рост процента ЗО, выявленных на III–IV стадиях [2]. Предварительные данные также указывают на значительный «дефицит» случаев ЗО в первые месяцы 2021 г. [8].

Снижение заболеваемости ЗО, связанное с эпидемией COVID-19 отмечено и в других странах. Например, в Нидерландах в начале 2020 года снизилась заболеваемость практически всеми формами рака [9]. Вынужденная временная приостановка скрининга рака молочной железы и колоректального рака привела к статистически достоверному снижению заболеваемости этими формами рака. Однако после восстановления скрининговых программ в середине 2020 г. заболеваемость раком молочной железы и колоректальным раком вернулась к ожидаемым показателям [10].

Аналогичный тренд в частоте скрининговых тестов имел место в США [11]. До 13 марта 2020 г. средний еженедельный показатель маммографических скрининговых исследований составлял среди женщин 87,8 на 10 тыс. обладательниц частной медицинской страховки. В апреле это число сократилось на 96% – до 6,9 на 10 тыс. застрахованных.

К концу июля, однако, этот показатель вырос до 88,2 процедур на 10 тыс. женщин. Число колоноскопий на 10 тыс. застрахованных лиц сократилось за тот же период на 95%: с 15,1 в марте до 0,9 в апреле. К концу июля этот показатель составил 12,6 на 10 тыс. застрахованных лиц. Несмотря на то, что представленные результаты весьма оптимистичны, они, как отметил старший вице-президент Американского противоракового общества Роберт Смит, касаются только лиц с частной медицинской страховкой и не дают представления о снижении числа скрининговых тестов среди лиц старше 65 лет, застрахованных по программе Medicare, среди которых онкологическая заболеваемость достаточно высока. Восстановились ли в этой группе показатели скрининга так же быстро, как среди более молодых людей?

Моделирование трендов заболеваемости и смертности в Чили показало значительное и статистически достоверное падение числа вновь выявленных случаев заболевания 5 формами рака в 2020 и 2021 по сравнению с 2019 г., на 14% и 11% соответственно. Снижение заболеваемости в 2020–21 гг., по утверждению авторов, должно вылиться в последующие годы в рост смертности от них, в результате сдвига стадии болезни при диагнозе в сторону увеличения. Наибольший прирост составит 17,2% – рака простаты, 12,4% – колоректального рака, 10,4% – рака молочной железы, 10,6% – рака шейки матки и 6% – рака желудка [12].

В Англии проведен анализ показателей смертности от ЗО. Исследование показало, что во время эпидемии на 9-6% выросла смертность от рака молочной железы, на 16-6% смертность от колоректального рака, на 5-3% смертность от рака легкого, 6-0% – смертность от рака пищевода [13].

Пандемия COVID-19 во многом повлияла на ситуацию с онкологическими заболеваниями в Европе. Огромная нагрузка на системы здравоохранения, занятые борьбой против COVID-19, привели к перебоям в оказании онкологической помощи по всему Европейскому региону, со значительными задержками в диагностике и лечении, что прямо сказывается на

шансах излечиться и на выживаемости сотен тысяч больных [14]. Это заявление Европейского регионального бюро ВОЗ указывает на катастрофическую ситуацию с диагностикой и лечением ЗО не только в Европе, но и в мире. По данным ВОЗ, на ранних этапах пандемии перебои в оказании услуг в связи с неинфекционными заболеваниями отмечались в 122 из 163 стран мира, и в трети стран Европейского региона такие перебои полностью или частично затронули оказание онкологической помощи. Так, в Национальном центре онкологии в Кыргызстане показатели диагностики рака в апреле прошлого года сократились на 90%, а в Бельгии и Нидерландах во время первого этапа карантинных мер в 2020 г. такое сокращение составило 30–40%. В Соединенном Королевстве задержки в постановке диагноза и в лечении в течение следующих пяти лет приведут, по имеющимся оценкам, к росту смертности от рака ободочной и прямой кишки на 15% и росту смертности от рака молочной железы на 9%.

Таким образом, в 2020 г. в России имеет место значительное снижение «выявляемости» ЗО по сравнению с 2019 г. Снижение «выявляемости» ЗО, скорее всего, происходит и в 2021 году. Это не значит, что этих больных нет. Они есть, у них рано или поздно будет диагностирован рак, но, со значительным опозданием, на III–IV стадии, когда болезнь трудно поддается лечению или, вовсе не излечима, что приведет к росту смертности от ЗО. Соответственно, в ближайшие годы нужно ожидать снижения эффективности лечения и, соответственно, снижения показателей выживаемости и роста смертности от ЗО. Максимальный рост смертности, скорее всего, придется на 2023–2025 гг. А в 2022–23 годах мы будем свидетелями роста заболеваемости ЗО, избытка случаев ЗО, которые не были диагностированы в предыдущие годы. ВОЗ призывает быть готовыми устоять перед этим вызовом и дает некоторые рекомендации, правда довольно тривиальные [14].

Необходимость устоять перед вызовом, связанным последствиями эпидемии, ставит перед системой организации онкологической

помощи непростые задачи, которые требуют переосмысления и внедрения научно обоснованных методов профилактики, скрининга и лечения ЗО. В первую очередь необходимо разъяснять гражданам, что пандемия привела к снижению обращений граждан в медицинские учреждения по поводу не связанных с COVID-19 жалобами, в том числе жалобами, предшественниками онкологических заболеваний. Отсрочка обращения к врачу может привести к запоздалой диагностике, т.е. диагнозу рака на поздних стадиях и, соответственно, снижению вероятности излечения больного. В связи с этим, необходимо рекомендовать безотлагательно обращаться за консультацией к врачу гражданам, у которых появились те или иные жалобы. Последнее предполагает создание комфортных условий для посещения гражданами поликлиник и других первичных медицинских учреждений, исключение проблем с записью на прием и очередей.

Необходимо восстановить скрининговые программы в рамках диспансеризации населения. Однако пора внести серьезные коррективы в эти программы, соответственно имеющемуся международному опыту и рекомендациям ВОЗ. Надо сконцентрироваться на скрининге форм рака, с доказанной эффективностью и с учетом соотношения «пользы/вреда» приносимой скринингом. ВОЗ рекомендует скрининг рака шейки матки, молочной железы и колоректального рака. Ни в одной стране мира не проводится массовый скрининг рака предстательной железы, и мы должны отказаться от него, учитывая, что соотношение «пользы/вреда» при скрининге рака предстательной железы не в пользу «пользы». Гипердиагностика рака предстательной железы при ПСА-скрининге доказана во многих исследованиях как в США, так и в Европе. На смену массового скрининга в этих странах пришел «индивидуализированный» скрининг [15, 16]. Проблема гипердиагностики при скрининге широко обсуждается в мировой медицинской литературе [17, 18]. Недавно в журнале «Lancet» опубликована статья, в которой доказано, что даже при идеально организованном

маммографическом скрининге рака молочной железе 1 из 7 выявленных случаев рака гипердиагностированы [19].

Что касается КТ-скрининга рака легкого, то он сопряжен с трудностями трактовки характера выявленных низкодозовой компьютерной томографией (КТ) узлов. Кстати, это проблема проявилась при КТ-исследованиях грудной клетки у больных с COVID-19. В СМИ появилась информация, что у больных COVID-19 на КТ выявляется рак легкого. Некоторые источники пошли дальше и начали утверждать, что COVID вызывает рак. Но то, что выявляется в легких во время КТ – необязательно рак. Наверняка во время исследования выявляли маленькие узлы, которые не являются раковыми, т.е. мы имеем дело с ложноположительными результатами или гипердиагностикой. Это проблема давно известна, и она широко обсуждается в научной литературе. В скрининговых программах предварительный диагноз «рак легкого» по данным КТ ставится на основании ряда характеристик узлов, в частности объема, (не размера) узла. Если узел меньше 6 мм³ человека отправляют домой. Узел объемом

6–10 мм³ требует наблюдения и повторного КТ через 3 месяца. Кроме размера узла учитывается его форма, консистенция и, наконец, время удвоения его объема [20]. Соответственно, скрининг рака легкого можно проводить при идеальной организации и при участии высококвалифицированных специалистов. Массовое его проведение принесет больше вреда, чем пользы.

ВОЗ рекомендует проведение скрининга рака шейки матки с применением теста на вирус папилломы человека (ВПЧ), который используется во всем мире как основной тест ввиду того, что он более чувствителен, чем цитологические исследования. Кроме того, скрининг с ВПЧ-тестированием экономичнее цитологического исследования и может проводиться с интервалом 5–10 лет [21].

Основанная на доказательной медицине организация онкологической помощи будет способствовать не только возможности эффективно справиться с последствиями эпидемии COVID-19, но и дальнейшему снижению смертности от ЗО. Хочу напомнить, что «Ковид», скорее всего, временное явление. Эпидемия рано или поздно завершится, а рак останется с нами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2019 году. (Заболеваемость и смертность). // Под редакцией: А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой, Москва, 2020.
2. Злокачественные новообразования в России в 2020 году. (Заболеваемость и смертность). // Под редакцией: А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой, Москва, 2021.
3. Программы скрининга: краткое руководство. Повышение эффективности, максимальное увеличение пользы и минимизация вреда. // Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро. 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330828/9789289054812-rus.pdf>
4. Заридзе Д.Г., Давыдов М.И. Скрининг злокачественных опухолей. // Вестник ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». – 2014. – Т. 25. – № 3–4. – С. 5–16.
5. Приказ Минздрава РФ от 10.11.2020 № 1207Н. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=380870>.
6. Заридзе Д.Г., Каприн А.Д., Стилиди И.С. Динамика заболеваемости и смертности злокачественных новообразований в России // *Вопросы онкологии*. – 2018. – Т. 64. – № 5. – С. 578–591. <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2018-64-5-578-591>
7. Zariidze D., Lewington S., Boroda A. et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151,000 adults // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – № 9927. – P. 1465–1473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62247-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62247-3).
8. АОР. Злокачественные опухоли в России 2021 году. <https://oncology-association.ru/zlokachestvennyenovoobrazovaniya-v-rossii-v-2020-godu>.
9. Dinmohamed A.G., Visser O., Verhoeven R.H.A. et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. // *Lancet Oncol*. – 2020. – Vol. 21. – № 6. – P. 750–751.
10. Dinmohamed A.G., Cellamare M., Visser O. et al. The impact of the temporary suspension of national cancer screening programmes due to the COVID-19 epidemic

- on the diagnosis of breast and colorectal cancer in the Netherlands. // *J Hematol Oncol.* – 2020. – Vol. 13. – № 147. – P. 1–4. <https://doi.org/10.1186/s13045-020-00984-1>.
11. Филлон М. Показатели скрининга рака вернулись к прежнему уровню после резкого падения, вызванного пандемией. // *Cancer Journal for Clinicians.* Русское издание. – 2021. – Т. 4. – № 3–4. – С. 3–5. http://pror.ru/storage/app/media/cancer-world/2021_CA_3-4_.pdf
 12. Ward Z. J., Walbaum M., Walbaum B. et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. // *Lancet Oncology.* – 2021. – Vol. 22. – № 10. – P. 1427–37. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00426-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00426-5).
 13. Maringe C., Spicer J., Morris M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* – 2020. – Vol. 21. – № 8. – P. 1023–1034. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0).
 14. WHO. Statement – catastrophic impact of COVID-19 on cancer care. 2021. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2021/statement-catastrophic-impact-of-covid-19-on-cancer-care>.
 15. Cuzick J., Thorat M.A., Andiole G., Brawley O. Prevention and early detection of prostate cancer. // *Lancet.* – 2014. – Vol. 15. – № 11. – P. e484–492, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70211-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70211-6).
 16. Ilic D., Djulbegovic M., Jae Hung Jung. et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. // *BMJ.* – 2018. – Vol. 362. – P. k3519. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k3519>.
 17. Заридзе Д. Г., Максимович Д. М., Стилиди И. С. Новая парадигма скрининга и ранней диагностики: оценка пользы и вреда. // *Вопр. онкологии.* – 2020. – Т. 66. – № 6. – С. 589–602. <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2020-66-6-589-602>.
 18. Zaridze D., Maximovitch D., Smans M. Thyroid cancer overdiagnosis revisited. // *Cancer Epidemiol.* – 2021 Epub 2021 Aug 20. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2021.102014>.
 19. Ryser M. D., Lange J., Inoue LYT. et al. Estimation of breast cancer overdiagnosis in a US breast screening cohort. // *Ann Intern Med.* – 2021. – Vol. 74. [Epub ahead of print 1 march, 2022]. <https://doi.org/10.7326/M21-3577>.
 20. De Koning H. J., van der Aalst C. M., de Jong P.A. et al. Reduced lung cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. // *N Engl J Med.* – 2020. – Vol. 382. – № 6. – P. 503–513. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911793>.
 21. ВОЗ. Европейское бюро ВОЗ рекомендует ДНК тестирование в качестве основного теста для скрининга рака шейки матки. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2021/9/>

REFERENCES

1. Malignant neoplasms in Russia in 2019. (Morbidity and mortality). // Edited by: A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, A. O. Shakhzadova, Moscow, 2020.
2. Malignant neoplasms in Russia in 2020. (Morbidity and mortality) // Edited by: A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, A. O. Shakhzadova, Moscow, 2021.
3. Screening programs: a quick guide. Increasing efficiency, maximizing benefits and minimizing harm. // World Health Organization. European Bureau. 2020. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330828/9789289054812-rus.pdf>
4. Zaridze D. G., Davydov M. I. Screening of malignant tumors. // *Bulletin of the FSBI "N. N. Blokhin RSC".* – 2014. – Vol. 25. – No. 3–4. – P. 5–16.
5. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1207N dated 10.11.2020. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=380870>.
6. Zaridze D. G., Kaprin A. D., Stilidi I. S. Dynamics of morbidity and mortality of malignant neoplasms in Russia // *Voпр. oncology.* – 2018. – Vol. 64. – No. 5. – P. 578–591. <https://doi.org/10.37469/050737582018645578591>
7. Zaridze D., Lewington S., Boroda A. et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151,000 adults // *Lancet.* – 2014. – Vol. 383. – № 9927. – P. 1465–1473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)622473](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)622473).
8. AOR. Malignant tumors in Russia in 2021. – URL: <https://oncology-association.ru/zlokachestvennyenovobrazovaniya-v-rossii-v-2020-godu>.
9. Dinmohamed A. G., Visser O., Verhoeven R.H.A. et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID19 epidemic in the Netherlands. // *Lancet Oncol.* – 2020. – Vol. 21. – № 6. – P. 750–751.
10. Dinmohamed A. G., Cellamare M., Visser O. et al. The impact of the temporary suspension of national cancer screening programmes due to the COVID19 epidemic on the diagnosis of breast and colorectal cancer in the Netherlands. // *J Hematol Oncol.* – 2020. – Vol. 13. – № 147. – P. 1–4. <https://doi.org/10.1186/s13045020009841>.

11. *Fillon M.* Cancer screening rates have returned to previous levels after a sharp drop caused by the pandemic. // *Cancer Journal for Clinicians*. Russian edition. – 2021. – Vol. 4. – No. 3–4. – P. 3–5. – URL: http://pror.ru/storage/app/media/cancer-world/2021_CA_3-4.pdf
12. *Ward Z.J., Walbaum M., Walbaum B. et al.* Estimating the impact of the COVID19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. // *Lancet Oncology*. – 2021. – Vol. 22. – № 10. – P. 1427–37. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)004265](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)004265).
13. *Maringe C., Spicer J., Morris M. et al.* The impact of the COVID19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* – 2020. – Vol. 21. – № 8. – P. 1023–1034. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)303880](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)303880).
14. WHO. Statement – catastrophic impact of COVID19 on cancer care. 2021. <https://www.euro.who.int/en/mediacentre/sections/statements/2021/statement-catastrophic-impact-of-covid19-on-cancer-care>.
15. *Cuzick J., Thorat M.A., Andiole G., Brawley O.* Prevention and early detection of prostate cancer. // *Lancet*. – 2014. – Vol. 15. – № 11. – P. e484–492, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)702116](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)702116).
16. *Ilic D., Djulbegovic M., Jae Hung Jung. et al.* Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. // *BMJ*. – 2018. – Vol. 362. – P. k3519. [doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k3519](https://doi.org/10.1136/bmj.k3519).
17. *Zaridze D.G., Maksimovich D.M., Stilidi I.S.* A new paradigm of screening and early diagnosis: assessment of benefits and harm. // *Vopr. oncology*. – 2020. – Vol. 66. – No. 6. – P. 589–602. <https://doi.org/10.37469/050737582020666589602>.
18. *Zaridze D., Maximovitch D., Smans M.* Thyroid cancer overdiagnosis revisited. // *Cancer Epidemiol.* – 2021 Epub 2021 Aug 20. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2021.102014>.
19. *Ryser M.D., Lange J., Inoue LYT. et al.* Estimation of breast cancer overdiagnosis in a US breast screening cohort. // *Ann Intern Med.* – 2021. – Vol. 74. [Epub ahead of print 1 march, 2022]. <https://doi.org/10.7326/M21-3577>.
20. *De Koning H.J., van der Aalst C.M., de Jong P.A. et al.* Reduced lung cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. // *N Engl J Med.* – 2020. – Vol. 382. – № 6. – P. 503–513. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911793>.
21. WHO. WHO Regional Office for Europe recommends DNA testing as the main test for cervical cancer screening. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2021/9/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Стилиди Иван Сократович – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, директор НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва, Россия.

Ivan S. Stilidi – D.Sc (Medicine), Professor, Academician of RAS, Director of N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia.
SPIN-code: 9622-7106. E-mail: ronc@list.ru

Заридзе Давид Георгиевич – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, руководитель отдела клинической эпидемиологии, НИИ КО, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, г. Москва, Россия.

David G. Zaridze – D.Sc (Medicine), Professor, Corresponding Member of RAS, Head of the Department of Clinical Epidemiology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia.
E-mail: dgzaridze@crc.umos.ru. ORCID: 0000-0002-2824-3704. SPIN-code: 9739-1250

Максимович Дмитрий Михайлович – старший научный сотрудник отдела клинической эпидемиологии, НИИ КО, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, г. Москва, Россия.

Dmitry M. Maksimovitch – senior scientist, Department of Clinical Epidemiology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia.
E-mail: Dmax@crc.umos.ru. ORCID: 0000-0001-7560-5088, SPIN-код: 1866-3425

Дзитиев Данил Михайлович – стажер отдела клинической эпидемиологии, НИИ КО, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, г. Москва, Россия.

Danil M. Dzitiev – interne, Department of Clinical Epidemiology, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia.
E-mail: danilinclude@yandex.ru

ВЫЯВЛЕНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИНДИКАТОРОВ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ПОДРОСТКОВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ И ПРЕВЕНЦИИ АУТО- И ГЕТЕРОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е.В. МАКУШКИН¹, Е.Г. ДОЗОРЦЕВА², Д.С. ОШЕВСКИЙ³,
В.Д. БАДМАЕВА⁴, Н.А. АЛЕКСАНДРОВА⁵,
И.А. ЧИБИСОВА⁶, К.В. СЫРОКВАШИНА⁷

^{1,2,3,4,5,6,7} ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-15-26

Аннотация

Введение. Агрессивное поведение детей и подростков в образовательной среде необходимо оценивать дифференцированно в зависимости от характера его проявления и возраста ученика. Экстремальные варианты агрессии, выражающиеся в нападениях на образовательные учреждения, имеют многофакторную природу и сочетают в себе ауто- и гетероагрессивные тенденции.

Цель. Определение медико-психологических индикаторов неблагополучия у подростков, указывающих на возможность их ауто- и гетероагрессивного поведения, в том числе в образовательной среде.

Материал и методы. Качественный и описательный анализ эмпирического материала комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних с суицидальным и гетероагрессивным поведением.

Результаты. Описаны присущие данной категории подростков поведенческие индикаторы и типологические психологические свойства. Представлен порядок работы специалистов (педагогов, школьных и клинических психологов, социальных педагогов, психиатров) с подростками, проявляющими указанные признаки поведения. Особое внимание уделено клиническим проявлениям психических расстройств, которые могут быть обнаружены у таких подростков.

Выводы. Превенция ауто- и гетероагрессивного поведения подростков в образовательной среде, начинающаяся с фиксации описанных поведенческих индикаторов, требует последовательного включения в работу с подростками различных специалистов и их междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Ключевые слова: агрессия, индикаторы, превенция, ауто- и гетероагрессивное поведение, несовершеннолетние, образовательная среда, нападения на школы.

Для цитирования: Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Александрова Н.А., Чибисова И.А., Сыроквашина К.В. Выявление медико-психологических индикаторов неблагополучия у подростков для обеспечения безопасности образовательной среды и превенции ауто- и гетероагрессивного поведения // Общественное здоровье. 2022, 2(1):15–26. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-15-26

Контактная информация: Елена Георгиевна Дозорцева, edozortseva@mail.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: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-15-26

IDENTIFICATION OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL INDICATORS OF TROUBLE IN ADOLESCENTS TO ENSURE THE SAFETY OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT AND THE PREVENTION OF AUTO- AND HETERO-AGGRESSIVE BEHAVIOR

E.V. Makushkin¹, E.G. Dozortseva², D.S. Oshevsky³, V.D. Badmaeva⁴, N.A. Alexandrova⁵, I.A. Chibisova⁶, K.V. Syrokvashina⁷

^{1,2,3,4,5,6,7} V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Abstract

Introduction. Aggressive behavior of children and adolescents in the educational environment should be assessed differentially depending on the nature of its manifestation and the age of the student. Extreme variants of aggression, expressed in attacks on educational institutions, are multifactorial in nature and combine auto- and hetero-aggressive tendencies.

Goal. Identifying medical and psychological indicators of vulnerabilities in adolescents, warning of the possibility of their auto- and hetero-aggressive behavior, also in the educational environment.

Material and methods. Qualitative and descriptive analysis of the empirical material of complex forensic psychological and psychiatric examinations of minors with suicidal and hetero-aggressive behavior.

Results. Behavioral indicators and typological psychological features inherent in this category of adolescents are described. The order of work of specialists (teachers, school and clinical psychologists, social educators, psychiatrists) with adolescents displaying these behaviors is presented. Particular attention is paid to the clinical manifestations of mental disorders that can be found in such adolescents.

Conclusions. Prevention of auto- and hetero-aggressive behavior of adolescents in the educational environment, starting with the fixation of described behavioral indicators, requires the consistent involvement of various specialists in work with adolescents and their interdisciplinary and interdepartmental interaction.

Keywords: aggression, indicators, prevention, auto- and hetero-aggressive behavior, minors, educational environment, school shooting.

For citation: Makushkin E.V., Dozortseva E.G., Oshevsky D.S., Badmaeva V.D., Alexandrova N.A., Chibisova I.A., Syrokvashina K.V. Identification of medical and psychological indicators of trouble in adolescents to ensure the safety of the educational environment and the prevention of auto- and hetero-aggressive behavior // Public health. 2022; 2(1):15–26. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-15-26.

Corresponding author: Dozortseva E.G., edozortseva@mail.ru

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

ВВЕДЕНИЕ

Агрессивное поведение у детей имеет свою возрастную динамику развития. Согласно результатам лонгитюдного исследования канадских психиатров и психологов, максимальные проявления физической агрессии наблюдаются у детей в возрасте 2,5–3 лет, после чего социализирующие влияния воспитания снижают уровень агрессивного поведения. В начале подросткового возраста, однако, вновь отмечается усиление агрессии, но проявляется она, как правило, не в физической, а косвенной форме травли, изоляции, дискредитации и т. п. [1].

Некоторые проявления агрессии у детей и подростков в школе рассматриваются как типичные для возраста и не выходящие за рамки нормы. Нередко игры детей, особенно

мальчиков, содержат агрессивные элементы, например, поддразнивание, толчки, борьбу. Однако критерием, дифференцирующим такие действия как развлечения от агрессии, наносящей вред, является то, как к ним относятся участники, получают ли они удовольствие или кто-то оказывается пострадавшим. Такого рода игры с физическим компонентом взаимодействия считаются даже полезными для выработки у детей чувства личных границ другого человека, допустимости тех или иных физических воздействий и не рассматриваются как насилие.

В отличие от этого насильственные действия – это агрессия, связанная с причинением вреда другому человеку, который не желает с собой подобного обращения [2]. Агрессивное поведение детей и подростков в школе может проявляться в физической

форме – толчках, шлепках, ударах, драках. Помимо физического в школьных группах нередко проявляется психологическое насилие, выражающееся в насмешках, распространении слухов, жестоких розыгрышах, угрозах, игнорировании и изоляции, в особенности со стороны группы сверстников. Аналогичные действия могут осуществляться в социальных сетях в Интернете. Типичной формой агрессии, в том числе групповой, являются буллинг и кибербуллинг – травля ребенка при реальном или виртуальном взаимодействии.

Частое проявление агрессивного поведения может свидетельствовать о психологических трудностях ребенка, а также о его социальном неблагополучии, что указывает на необходимость оказания ему психологической и педагогической помощи. Особенно важна такая помощь, если агрессивные действия сопровождаются другими видами девиантного поведения, в том числе самоповреждающего, включая аддиктивное и рискованное поведение.

Следует подчеркнуть, что наиболее эффективным является выявление ранних форм отклоняющегося поведения, так как они имеют тенденцию к существенному утяжелению к подростковому и юношескому возрасту [3, 4]. Их начало может относиться к возрасту 8–9 лет и проявляться в оппозиционно-вызывающем и избегающем поведении по отношению к взрослым. Это проявляется, с одной стороны, в открытом и демонстративном непослушании, неповиновении авторитетам, упрямстве, чрезмерной обидчивости, вспыльчивости, проявлениях гнева, нарушениях правил, сквернословии. С другой стороны, такой ребенок склонен к лжи, прогулам школьных занятий, уходам из дома, бродяжничеству. Следует фиксировать интерес ребенка к взрывчатым веществам, употребление субкультурального сленга, агрессивный характер высказываний, записей, рисунков. В подобных случаях необходима комплексная междисциплинарная индивидуальная работа с ребенком и его семьей педагога, психолога, социального работника, полезна консультация детского психиатра.

Не меньшее внимание должно быть оказано и детям, пострадавшим от физического или психологического насилия [5, 6]. Следует подчеркнуть, что часто наиболее мощная агрессивная разрядка внутреннего напряжения исходит от ребенка или подростка, ставшего ранее объектом агрессии. Для того, чтобы не превратить жертву в агрессора, необходимо проводить с ней индивидуальную психологическую работу, а также применять восстановительные технологии в рамках работы школьной службы примирения.

При выявлении подростков, склонных к совершению агрессивных действий, следует не только обращать внимание на их проявления в школьной среде и анализировать их индивидуально-психологические особенности, но и интересоваться теми проблемами и сложными ситуациями, с которыми им приходится сталкиваться, так как внешние события могут спровоцировать подобные агрессивные действия.

Наиболее опасным с точки зрения экстремальных проявлений агрессии у подростков является сочетание ауто- и гетероагрессивных тенденций. Именно такое сочетание наблюдалось у подростков, совершивших нападения на образовательные учреждения.

Следует отметить, что официальная статистика свидетельствует о существенном снижении в Российской Федерации подростковой преступности. Так, по данным МВД РФ, за последние пять лет число правонарушений, совершенных несовершеннолетними и с их участием, снизилось с 48,5 тысяч до 29,1 тысяч [7]. Вместе с тем большой общественный резонанс получили участвовавшие случаи специфической криминальной агрессии подростков в образовательной среде. Нападения на образовательные учреждения нередко сопряжены с большим количеством жертв, в том числе среди детей, и целым рядом негативных социальных и психологических последствий как для пострадавших и их родственников, так и для осуществляющих нападение. Анализ результатов исследований показывает [5, 6], что эти несовершеннолетние длительное время находились в крайне неблагополучном

психологическом состоянии, часто были жертвами насмешек, издевательств, травли. В то же время ряд авторов предостерегает от исчерпывающего объяснения механизмов нападений на образовательные учреждения только лишь влиянием буллинга и обращает внимание на их многофакторную природу [8]. Многие несовершеннолетние, совершившие нападения на школы, страдали психическими расстройствами. Однако клиницисты подчеркивают, что при профилактике нападений на учебные заведения не следует делать акцент только на выявлении и лечении психических расстройств. Эпидемиологические исследования показывают, что большинство лиц, страдающих психическими расстройствами, не прибегают к насилию. Кроме того, основной вклад в формирование намерений совершить нападения на образовательные учреждения вносят социальные, семейные и психологические факторы. В то же время отмечается тесная связь психической патологии с повышенным риском расширенного суицида [6, 8].

Одна из проблем предупреждения подобных агрессивных действий заключается в том, что совершившие их подростки не обращали на себя внимание родителей, педагогического коллектива, школьных психологов и социальных служб. Соответственно, важной задачей специалистов становится раннее выявление и профилактика социально-психологического неблагополучия подростков, что требует выделения определенных ориентиров для практиков, работающих в образовательной среде.

Цель исследования – определение medico-психологических индикаторов неблагополучия у подростков, указывающих на возможность их ауто- и гетероагрессивного поведения, в том числе в образовательной среде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на материале комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) несовершеннолетних, выполненных в ФГБУ «НМИЦ ПН

им. В.П. Сербского» Минздрава России, а также других экспертных учреждениях Российской Федерации, с помощью методов описательной статистики и качественного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Специфика психического состояния подростка, намеренного совершить нападение на образовательное учреждение, заключается в том, что в большинстве случаев конечной целью этого общественно опасного деяния является суицид. В связи с этим рассмотрим вначале типичные категории подростков, имеющих суицидальную мотивацию.

Анализ 285 заключений посмертных КСППЭ подростков, совершивших суицид, проведенных в 7 федеральных округах Российской Федерации, позволил выделить следующие типичные особенности, характерные для суицидентов двух возрастных групп: младшие подростки (11–14 лет) и старшие (15–18 лет).

В группе младших подростков одной из основных черт несовершеннолетних является личностная незрелость. Общее свойство – эмоциональная нестабильность, которая проявляется в трех типичных вариантах. Первый тип – сензитивный, характеризующийся повышенной чувствительностью, впечатлительностью, ранимостью, обидчивостью, тревожностью. Второй – импульсивный со свойственной ему неустойчивостью эмоций и поведения, трудностями их контроля, лабильностью, возбудимостью, неуравновешенностью, раздражительностью, взрывчатостью. Третий – интровертированный тип, которому присуща замкнутость, трудности установления контактов, ограничение круга общения, своеобразие, ригидность, склонность к фиксациям на негативных переживаниях. Как правило, суицидальное поведение провоцируется в этой возрастной группе конфликтом в одной из сфер – семейной, учебной, сфере взаимоотношений со сверстниками [9, 10].

В старшей возрастной категории, наиболее подверженной суицидальным тенденциям,

сохраняется прежняя основная типология, однако, несмотря на то, что черты личностной незрелости у подростков сохраняются, характеристики личности усложняются, углубляются и складываются в определенные психологические паттерны. Важным фактором становится формирующееся самосознание молодого человека, для которого могут быть свойственны колебания отношения к себе, повышенная чувствительность к критическим внешним оценкам, фиксация на негативных переживаниях, связанных с образом «Я». К чертам сензитивного типа присоединяются неустойчивость самооценки, неуверенность в себе в сочетании с максимализмом, высоким уровнем притязаний. Импульсивный тип делится на два варианта: собственно импульсивный, неустойчивый, возбудимый, к чертам которого присоединяется конфликтность, склонность к девиантным проявлениям в виде агрессивного и аутоагрессивного поведения, и демонстративный тип с истероидными чертами, склонностью к драматизации и экзальтации, эгоцентризмом, манипулятивным поведением, повышенным честолюбием, ощущением собственной уникальности и исключительности. Интровертированный тип отличается закрытостью, стремлением не раскрывать свой внутренний мир даже при внешней поверхностной общительности, а также накоплением обид и отрицательных переживаний. Для обобщенного описания личностных структур всех типов экспертами эпизодически используются такие категории, как шизоидный, лабильно-истероидный, эпиптоидный типы характера. Вместе с тем у отдельных несовершеннолетних нередко встречается сочетание черт различных типов.

Для старшей возрастной группы типично усложнение социальной ситуации развития и проявление ряда проблем и конфликтов, часто одновременно, в различных сферах ближайшего окружения молодого человека: семейной, учебной, межличностных отношений, причем особенно значимыми становятся романтические отношения. Сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособности справиться со

стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев – к развитию психопатологических состояний, преимущественно обусловленных реакцией на стресс, расстройствами адаптации и депрессивными расстройствами. В связи с этим внимание педагогов, психологов, социальных педагогов должны привлекать любые ситуации, которые переживаются подростками как несправедливые, обидные, ущемляющие их достоинство, а также тяжело ранящие эмоционально. К таким ситуациям относятся как открытые проявления агрессии по отношению к ним со стороны сверстников, так и косвенные в виде отвержения, изоляции, остракизма. Психотравмирующее значение для них имеют ссоры со значимыми людьми, несчастная любовь, смерть близкого, неуспех в том виде деятельности, достижения в котором для подростка особенно важны. Признаками переживаний такого рода могут быть отчужденность, пониженное настроение, чувство одиночества, бесполезности, усталости, вялость, снижение интересов к тому, что раньше привлекало, резкое снижение успеваемости, прогулы, высказывания о смерти, ее желательности [9, 10].

Такого рода настроения в силу субъективного ощущения отсутствия понимания и поддержки со стороны семьи и школьной среды, недоброжелательности и враждебности окружения, изолированности наблюдались и у большинства несовершеннолетних и молодых людей, совершивших нападения на учебные заведения. Эти переживания трансформировались нередко в силу психопатологических механизмов, в глобальное неприятие мира, мотивацию протеста имести не конкретным обидчикам, а социуму в целом. Результатом становились агрессивно-деструктивные действия, направленные на окружающих, а впоследствии и на самих себя. Механизмы подобных вариантов поведения представлены в отечественных и зарубежных публикациях [11, 12, 13, 14, 15, 16].

Выборку подростков, планировавших или совершивших нападения на образовательные

учреждения и прошедших в связи с привлечением к уголовной ответственности КСППЭ в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, составили 14 человек в возрасте от 15 до 18 лет, в том числе 13 мальчиков и 1 девочка. Преобладание в выборке лиц мужского пола согласуется с данными других исследований [11]. Анализ данных показал, что для подростков были характерны определенные индивидуально-психологические особенности, условия жизни, изменения поведения в субъективно-неблагоприятных ситуациях, а также симптомы психических расстройств [6, 7]. Эти аспекты целесообразно учитывать при последовательности действий в рамках профилактической работы с учащимися.

Анализ КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых на учебные заведения показывает, что они, в основном, находились в неблагоприятном семейном контексте. Семьи таких подростков были неблагополучными или дисфункциональными, в части случаев с разводом родителей, что вело к слабому контролю со стороны родителей за воспитанием детей, а в результате – к трудностям их социальной адаптации уже в начальной школе.

Эти трудности в дальнейшем усугублялись характерными для данной категории подростков такими индивидуально-психологическими особенностями, как тревожность, сензитивность, обидчивость, ригидность, интроверсия с низкой демонстративностью, неустойчивость самоотношения, колебания самооценки, враждебность по отношению к окружающим.

Заострение описанных черт наблюдалось в ситуациях, которые переживались несовершеннолетними в подростковом возрасте как субъективно неблагоприятные. К таким ситуациям относились конфликты с учителями и одноклассниками, продолжительные плохие или дистанцированные отношения со сверстниками, изоляция и игнорирование или насмешки с их стороны, буллинг, а также в более старшем возрасте – утрата романтической привязанности.

При длительно существовавшей психологически дискомфортной или психотравмирующей ситуации у подростков происходили

типичные изменения поведения. Снижался их эмоциональный фон, уменьшалась продуктивность, что отражалось в понижении успеваемости; усиливалась замкнутость, пессимистическое отношение к себе и своему будущему. Эпизодически проявлялись различные формы девиантного поведения в виде совершения мелких правонарушений, употребления алкоголя и психоактивных веществ, иногда, хотя и не часто, – проявления вербальной и физической агрессии. Дефицит общения компенсировался уходом в Интернет-среду, где подростков привлекали компьютерные игры и видео-контент преимущественно агрессивного содержания, а также сайты и чаты, посвященные идеологии «Колумбайна»¹. Агрессивные тенденции начинали проследиваться также в их внешнем виде (одежда в стиле «милитари»), высказываниях, в интересе к оружию и взрывчатым веществам. Агрессивность сочеталась у подростков со склонностью к аутоагрессии и суицидальным идеям, которые они нередко открыто высказывали и обсуждали в социальных сетях. Часто агрессивным инцидентам в образовательных учреждениях предшествовали конфликты, которые болезненно переживались подростками и способствовали принятию ими решения об уходе из жизни с предварительным агрессивным актом, направленным на окружающих, местом которого они выбирали учебное заведение. Некоторые из них предупреждали об этом сверстников, называя время и место планируемых действий. Многие старались объяснить свой поступок в предсмертной записке, обрисовывая свою ситуацию, переживания и мотивы, побудившие их к принятию решения о нападении.

Поведенческие изменения могут отслеживать педагоги, постоянно общающиеся с подростками в ходе учебного процесса, и, прежде всего, классный руководитель. Основной используемый метод – динамическое наблюдение. Анализ проведенных КСППЭ позволил выделить наиболее информативные поведенческие индикаторы (таблица 1).

¹ Террористическая организация, запрещенная в России.

Таблица 1

Индикаторы изменений в поведении подростков

Индикаторы поведения	Проявления
Снижение успеваемости	Перестает интересоваться учебой, не выполняет домашние задания либо испытывает затруднения в учебе, хотя раньше учился лучше
Сниженное настроение	Часто выглядит подавленным, грустным, пессимистичным, отсутствует интерес к деятельности и общению
Высказывание идей о своей никчемности	Говорит о том, что никому не нужен, ни к чему не способен, не видит перспектив
Изменение коммуникативной активности	Становится замкнутым, нелюдимым, не стремится к общению
Высказывание мыслей агрессивного содержания	Проявляет враждебность, негативные агрессивные высказывания, которые были не свойственны ранее
Увлечение идеологией «Колумбайн» (террористическая организация, запрещенная в России)	Посещает сайты и группы экстремистской идеологической направленности (в том числе героизирующие идеи «Колумбайна», насилия, суицида; националистические, с фашистской символикой), делает соответствующие высказывания, надписи, рисунки
Формирование зависимости от компьютерных игр агрессивного-деструктивного содержания	Увлечен компьютерными играми, проводит за ними много времени, пользуется терминологией таких игр, испытывает трудности отвлечения от игрового процесса
Интерес к агрессивному контенту	Частое посещение сайтов, просмотр и обсуждение видеозаписей агрессивного содержания
Смена стиля одежды	Носит военизированную одежду, обувь (стиль «милитари»)
Увлечение оружием и взрывчатыми веществами	Проявляет знание различных видов оружия и взрывчатых веществ, читает литературу в этой области, использует специальные термины
Потребление алкоголя, психоактивных веществ	Эпизодические случаи употребления
Проявление суицидальных тенденций	Суицидальные высказывания, рисунки, обсуждение суицида в соцсетях, планирование суицида, совершение суицидальных попыток
Агрессивность	Возможны проявления как в виде эпизодических агрессивных действий (физических или вербальных), так и в виде враждебности без выраженной внешней агрессии

При наличии одного или нескольких признаков проблемного поведения педагог может обратиться к школьному психологу для более детального и углубленного обследования. При психологическом исследовании следует обратить внимание на следующие типичные психологические характеристики таких подростков:

- Тревожность.
- Сензитивность, обидчивость, ранимость.
- Враждебность, агрессивность.
- Ригидность.
- Интроверсия, низкая демонстративность.
- Колебания самооценки.

При наличии сведений, которые могут свидетельствовать о психологическом неблагополучии подростка, достигающего уровня психических расстройств, следует дать рекомендацию на консультацию клинического психолога.

Одновременно с психологическим обследованием необходимо провести анализ социальной ситуации подростка, что преимущественно входит в функции социального педагога.

Признаки социального и клинического неблагополучия:

- Указание на имеющиеся проблемы с психическим здоровьем.
- Трудности адаптации в начальной школе.
- Слабый контроль со стороны родителей.
- Семейное неблагополучие (дисфункциональная семья).
- Развод родителей.

Особое внимание всем специалистам (педагогам, психологу, социальному педагогу) нужно обратить на динамический фактор – ситуации, которые переживаются подростком как субъективно неблагоприятные и могут служить триггером для агрессивного поведения с его стороны.

Типичные субъективно неблагоприятные ситуации:

- Конфликты с учителями.
- Конфликты с одноклассниками.
- Продолжительные плохие или дистанцированные отношения с одноклассниками.
- Насмешки со стороны одноклассников, издевки, буллинг.
- Игнорирование сверстниками.
- Утрата романтической привязанности.

Результаты комплексного анализа поведения, индивидуально-психологических особенностей должны стать предметом обсуждения на внутришкольном консилиуме и лечь в основу разработки плана психолого-педагогической и социально-педагогической работы с подростком и его семьей. Возможно направление подростка для комплексного обследования в психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

При выраженных признаках девиантного поведения несовершеннолетнего, совершении им агрессивных действий материалы могут быть переданы в территориальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН и ЗП).

В случае обнаружения признаков, которые могут свидетельствовать о психическом расстройстве подростка, он может быть направлен на дополнительное обследование у клинического психолога в кабинете социально-психологической помощи детской поликлиники. Далее при необходимости ему может быть рекомендовано обследование у психиатра с соблюдением закона (до 15 лет с согласия законного представителя в соответствии со ст. 23 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185 (ред. от 30.12.2021) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Клинический анализ, проведенный в рамках КСППЭ, показал, что у несовершеннолетних обнаруживаются не только признаки социального и психологического неблагополучия, но и симптомокомплексы различных психических расстройств, что согласуется с данными других исследователей. Следует подчеркнуть, что до привлечения

к уголовной ответственности менее 30% (4 наблюдения) обследованных обращались к профильным специалистам (неврологу, психиатру). Из них только двум выставлялся клинический диагноз.

В то же время при проведении КСППЭ психические расстройства с соответствующей клинической диагностикой были выявлены у 12 обследованных (86%). Экспертами были выставлены следующие диагнозы по критериям МКБ-10: расстройства шизофренического спектра (шизофрения недифференцированная (F20.3), психопатоподобная (псевдопсихопатическая) шизофрения (F21.4), шизоаффективное расстройство (F25.2), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.2); формирующееся смешанное расстройство личности (F61.03); органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями (F07.08); расстройства аффективного спектра – депрессивный эпизод средней степени (F32.10); невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25). Агрессивное криминальное поведение подростков с психическими расстройствами было обусловлено целым рядом факторов, как внутренних – кризисной симптоматикой пубертатного периода, личностной незрелостью и заостренными индивидуальными чертами с личностно-аномальным типом реагирования, патологической почвой, в ряде случаев – манифестацией эндогенного заболевания, интоксикацией психоактивными веществами, так и внешних – психогенными воздействиями, деструктивным влиянием Интернет-среды и другими десоциализирующими обстоятельствами.

Несмотря на многообразие клинических форм, можно выделить общие неспецифические психопатологические проблемы несовершеннолетних. Одним из наиболее типичных нарушений было пролонгированное психическое напряжение, что также отмечается другими исследователями [17]. По самоотчетам подростков, они чувствовали

«постоянную тревогу», «глубокий, беспричинный страх», испытывали проблемы со сном и т.п. Некоторые предпринимали неадаптивные попытки самостоятельного решения проблем с помощью алкоголя, ПАВ и энергетических напитков. Так, один из подэкспертных говорил, что ему хотелось «просто уйти от проблем, забыться, не заикливаться на одних и тех же мыслях», однако в состоянии опьянения постепенно стали возникать мысли о суициде, «настроение не повышалось, как было изначально... грустно становилось». Стабильное высокое психическое напряжение трансформировалось сначала в отдельные аффективные переживания, а в последующем в аффективную заряженность аутодеструктивными и агрессивными переживаниями с формированием стойких идей расправы. Существенные изменения происходили у несовершеннолетних в когнитивной сфере, у подростков с расстройствами шизофренического спектра отмечались идеаторные нарушения. Отмечалась фиксация на идеях своей «инаковости» и неполноценности. Восприятие себя слабым, беспомощным, не способным противостоять внешним обстоятельствам, решать каким-то образом школьные проблемы требовало определенной компенсации. Она происходила за счет формирования сверхценных идеализированных деструктивных идей, в которых подросток представлял себя сильным, обладающим властью. Этот механизм хорошо иллюстрирует запись одного из несовершеннолетних: «Я всегда ненавидел себя, презирал, со мной никто не общался, гнобили часто, чувствую себя неполноценным. И как мне быть? Попытаться завоевать авторитет и внимание – пустая трата времени и нервов. Люди – куски поганого... меня всего трясет, я так не нервничал с тех пор, как придумал эту хрень. ...осталось немного ...мы умрем, как и все, мы беспощадно всех убьем, всех!!!! Остаться в теле человека, думать о ближайшей смерти, о том, что собираешься убить... заводит». Другой подросток, который полагал, что «все люди» недооценивают его, убийствами и последующим суицидом хотел показать, что ему «надоела

несправедливость в этом мире». В большинстве случаев имеющиеся нарушения усугублялись из-за фиксированности подростков на деструктивном контенте, связанном с идеологией «Колумбайн». Своевременное выявление психиатрами симптоматики психических расстройств и специфических нарушений в когнитивной и эмоционально-волевой сферах подростков может помочь предупредить тяжелые последствия криминальной агрессии несовершеннолетних.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные данные свидетельствуют, что ауто- и гетероагрессивные действия несовершеннолетних, обвиняемых в нападениях на школы, можно предотвратить, начиная профилактику на ранних стадиях школьной и социальной дезадаптации. Выявленные поведенческие индикаторы, свидетельствующие о психологическом неблагополучии, а в ряде случаев – о серьезных проблемах психического здоровья подростков, рекомендуется учитывать в профилактической работе. Наряду с этим внимания заслуживает неблагоприятное воздействие на несовершеннолетних с признаками уязвимости определенных факторов социальной среды – семейной, школьной, сети Интернет. Предупреждение агрессивных действий детей и подростков в образовательной среде – важная комплексная задача, в решении которой должны принимать участие специалисты разных профессий – педагоги, психологи, социальные педагоги, при необходимости – врачи-психиатры. Профилактическая работа предполагает включение в нее не только самого ребенка или подростка, проявляющего признаки склонности к ауто- и гетероагрессии, но и его семьи, а также школьного окружения. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке профессиональных кадров, в компетенции которых входит предупреждение агрессии в образовательной среде и совершения несовершеннолетними правонарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Girard L.-Ch., Tremblay R.E., Nagin D., Côté S.M. Journal of Abnormal Child Psychology (2019) 47:825–838 <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0488-5> (Accessed: 11.03.2022).
2. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 510 с.
3. Farrington D.P. Early predictors of adolescent aggression and adult violence // Violence and Victims / Eds. I.D. Waldman. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. – Vol. 4. – P. 79–100.
4. Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С. Клинико-психологические методы оценки риска совершения агрессивных действий несовершеннолетними: аналитический обзор. М.: ФГУ «ГНЦССП имени В.П. Сербского Росздрава», 2008. – 29 с.
5. Дозорцева Е.Г., Ошевский Д.С., Сыроквашина К.В. Психологические, социальные и информационные аспекты нападения несовершеннолетних на учебные заведения // Психология и право. – 2020. – Т. 10. – № 2. – С. 97–110. [Электронный ресурс] DOI:10.17759/psylaw.2020100208 (Дата обращения: 11.03.2022).
6. Бадмаева В.Д., Макушкин Е.В., Александрова Н.А., Чибисова И.А., Ошевский Д.С. Клинико-психопатологический анализ подростков-правонарушителей, совершивших социально-резонансные нападения на учебные заведения // Российский психиатрический журнал. – 2021. – № 5. – С. 40–51.
7. Министерство внутренних дел Российской Федерации. [Электронный ресурс]. URL: <https://media.mvd.ru/files/application/2041459> (Дата обращения: 11.03.2022).
8. Mears D.P., Moon M., Thielo A.J. Columbine Revisited: Myths and Realities about the Bullying-School Shootings Connection // Victims and Offenders. – 2017. – Vol. 12. – № 6. – P. 939–955.
9. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыроквашина К.В., Ошевский Д.С., Чибисова И.А., Терехина С.А. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших суициды // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 7–2. – С. 20–24.
10. Сыроквашина К.В., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В., Александрова Н.А., Терехина С.А., Нуцкова Е.В., Федонкина А.А., Чибисова И.А., Шкитырь Е.Ю. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз) // Психология и право. – 2019. – Т. 9. – № 1. – С. 71–84. [Электронный ресурс] DOI:10.17759/psylaw.2019090105/ (Дата обращения: 11.03.2022).
11. Langman P. (2009). Rampage school shooters: A typology. Aggression and Violent Behavior. 14(1). 79–86. URL: <https://www.researchgate.net/publication/222237299> (Accessed: 11.03.2022).
12. Сыроквашина К.В. Нападения в школах: агрессивные и аутоагрессивные действия несовершеннолетних // Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8. – № 3. – С. 37–44. [Электронный ресурс] DOI: 10.17759/jmfp.2019080304 (Дата обращения: 11.03.2022).
13. Гриненко У. Проблема скулшутинга в образовательной среде. // Психологические исследования. 2021. 14(80). [Электронный ресурс] <https://doi.org/10.54359/ps.v14i80.109> (Дата обращения: 11.03.2022).
14. Реан А.А., Коновалов И.А., Новикова М.А., Молчанова Д.В. Профилактика агрессии и деструктивного поведения молодежи: анализ мирового опыта. СПб: Издательско-полиграфическая компания «Коста», 2021. – 296 с.
15. Levin J., Madfis E. Mass Murder at School and Cumulative Strain. A Sequential Model // American Behavioral Scientist. – 2009. – Vol. 52. – P. 1227–1245. DOI: 10.1177/0002764209332543 (Accessed: 11.03.2022).
16. Лангман П. Почему дети убивают. Что происходит в голове у школьного стрелка. М.: Бомбора, 2022. – 280 с.
17. Metz J.M., MacLeish K.T. Mental illness, mass shootings, and the politics of American firearms. Am J Public Health. 2015;105(2):240:9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302242>; PMID: 25496006; PMCID: PMC4318286 (Accessed: 11.03.2022).

REFERENCES

1. Girard L.-Ch., Tremblay R.E., Nagin D., Côté S.M. Journal of Abnormal Child Psychology (2019) 47:825–838 <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0488-5> (Accessed: 11.03.2022).
2. Berkowitz L. Aggression: causes, consequences and control. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK, 2007. – 510 p.
3. Farrington D.P. Early predictors of adolescent aggression and adult violence // Violence and Victims / Eds. I.D. Waldman. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. – Vol. 4. – P. 79–100.
4. Makushkin E.V., Dozortseva E.G., Badmaeva V.D., Oshvsky D.S. Clinical and psychological methods for

- assessing the risk of committing aggressive actions by minors: an analytical review. Moscow: FSU "Srpsky Srpsky State Medical Center of Roszdrav", 2008. – 29 p.
5. *Dozortseva E.G., Oshevsky D.S., Syrokvashina K.V.* Psychological, social and informational aspects of juvenile attacks on educational institutions // *Psychology and Law*. – 2020. – Vol. 10. – No. 2. – P. 97–110. [Electronic resource] DOI:10.17759/psylaw.20100208 (Accessed: 03/11/2022).
 6. *Badmaeva V.D., Makushkin E.V., Alexandrova N.A., Chibisova I.A., Oshevsky D.S.* Clinical and psychopathological analysis of juvenile offenders who committed socially resonant attacks on educational institutions // *Russian Psychiatric Journal*. – 2021. – No. 5. – P. 40–51.
 7. Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. [Electronic resource]. URL: <https://media.mvd.ru/files/application/2041459> (Accessed: 03.11.2022).
 8. *Mears D.P., Moon M., Thielo A.J.* Columbine Revisited: Myths and Realities about the Bullying-School Shootings Connection // *Victims and Offenders*. – 2017. – Vol. 12. – № 6. – P. 939–955.
 9. *Makushkin E.V., Badmaeva V.D., Dozortseva E.G., Syrokvashina K.V., Oshevsky D.S., Chibisova I.A., Terekhina S.A.* Age-related features of mental development and condition of minors who committed suicide // *Journal of Neurology and Psychiatry named after C.C. Korotkov*. – 2019. – Vol. 119. – No. 7–2. – P. 20–24.
 10. *Syrokvashina K.V., Oshevsky D.S., Badmaeva V.D., Dozortseva E.G., Makushkin E.V., Alexandrova N.A., Terekhina S.A., Nutskova E.V., Fedonkina A.A., Chibisova I.A., Shkityr E.Y.* Risk factors for the formation of suicidal behavior in children and adolescents (based on the results of the analysis regional post-mortem forensic examinations) // *Psychology and Law*. 2019. Vol. 9. – No. 1. – P. 71–84. [Electronic resource] DOI: 10.17759/psylaw.2019090105/ (Accessed: 03.11.2022).
 11. *Langman P.* (2009). Rampage school shooters: A typology. *Aggression and Violent Behavior*. 14(1). 79–86. URL: <https://www.researchgate.net/publication/222237299> (Accessed: 11.03.2022).
 12. *Syrokvashina K.V.* Attacks in schools: aggressive and auto-aggressive actions of minors // *Modern foreign psychology*. – 2019. – Vol. 8. – No. 3. – P. 37–44. [Electronic resource] DOI:10.17759/jmfp.2019080304 (Accessed: 11.03.2022).
 13. *Grinenko U.* The problem of schoolshooting in the educational environment. // *Psychological research*. 2021. 14(80). [Electronic resource] <https://doi.org/10.54359/ps.v14i80.109> (Accessed: 03.11.2022).
 14. *Rean A.A., Konovalov I.A., Novikova M.A., Molchanova D.V.* Prevention of aggression and destructive behavior of youth: analysis of world experience. St. Petersburg: Publishing and printing company "Costa", 2021. – 296 p.
 15. *Levin J., Madfis E.* Mass Murder at School and Cumulative Strain. A Sequential Model // *American Behavioral Scientist*. – 2009. – Vol. 52. – P. 1227–1245. DOI: 10.1177/0002764209332543 (Accessed: 11.03.2022).
 16. *Langman P.* Why children kill. What is going on in the head of a school shooter. Moscow: Bombora, 2022. – 280 p.
 17. *Metzl J.M., MacLeish K.T.* Mental illness, mass shootings, and the politics of American firearms. *Am J Public Health*. 2015;105(2):240:9. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302242>; PMID: 25496006; PMCID: PMC4318286 (Accessed: 11.03.2022).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTORS

Е.В. Макушкин – д-р мед. наук, профессор, заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава, г. Москва, Россия; главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России.

Egeniy V. Makushkin – D.Sc. (Medicine), Professor, Deputy Director of Science of the V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia; Chief Child Specialist Psychiatrist of the Ministry of Health of Russia.

E-mail: evm@serbsky.ru, (ORCID: 0000-0002-1937-5908).

Е.Г. Дозорцева – д-р психол. наук, профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Elena G. Dozortseva – D.Sc. (Psychology), Professor, V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.

E-mail: edozortseva@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1309-0485.

Д.С. Ошевский – канд. психол., доцент, директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Dmitriy S. Oshevsky – PhD (Psychology), docent, V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.

E-mail: oshevsky@serbsky.ru; ORCID: 0000-0002-3465-6302.

В.Д. Бадмаева – д-р мед. наук, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Valentina D. Badmaeva – D.Sc. (Medicine), V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.

E-mail: badmaeva.v@serbsky.ru; ORCID: 0000-0002-2345-3091.

Н.А. Александрова – канд. мед. наук, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Natalia A. Alexandrova – Ph.D. (Medicine), V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.

E-mail: aleksandrova.n@serbsky.ru; ORCID: 0000-0002-7634-0517.

И.А. Чибисова – канд. мед. наук, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Irina A. Chibisova – Ph.D. (Medicine), V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.

E-mail: chibis-irena@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8822-5607.

К.В. Сыроквашина – канд. психол., доцент, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Ksenia V. Syrokvashina – PhD (Psychology), docent, V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.

E-mail: syrokvashina@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3172-6130.

НОВОСТИ НАУКИ

САМОПОВРЕЖДЕНИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХОЗА И БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

В ноябре 2021 года в журнале «Schizophrenia Bulletin» опубликовано исследование, посвящённое изучению связей между госпитализацией по поводу самоповреждений и риском развития в будущем психоза или биполярного аффективного расстройства (БАР). В данное исследование были включены все люди, рождённые в Финляндии в 1987 году (N = 59 476). Путём наблюдения в течение 15 лет за всеми участниками исследования авторам удалось определить, что у лиц, поступивших впервые в психиатрический стационар по поводу самоповреждений, чаще диагностировали в будущем психоз или БАР, чем в популяции. Причём риск развития данных расстройств был выше у лиц, которые совершили самоповреждения до 18 лет. Таким образом, данные пациенты представляют важную группу для профилактики серьёзных психических расстройств.

Источник: Портал «Психиатрия & Нейронауки»

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕЗЕРВЫ РАЗВИТИЯ

Г.С. БАННИКОВ¹, Е.Б. ЛЮБОВ², К.Л. КЕЩЯН³

^{1,2,3} Московский НИИ психиатрии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-27-34

Аннотация

С целью изучения наличия и структуры суицидологической службы России проведен анализ данных из 76 регионов, полученных в ответ на запрос Правительства РФ от 18 сентября 2019 года № 2098-р по утверждению комплекса мер по совершенствованию системы профилактики суицидов несовершеннолетних, а также данных выездных мероприятий сотрудников Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им В.П. Сербского в 44 регионах РФ за 2019 г. Большинство регионов сообщают о региональных службах суицидологической помощи населению, представленных в основном «телефонами доверия» (77%), кабинетами суицидолога в ПНД (46%). Полный состав звеньев суицидологической службы лишь в Москве, Башкортостане, Краснодарском, Ставропольском, Забайкальском краях, Тюменской, Свердловской областях. Стандартизированный учет и регистрация суицидальных попыток лишь в отдельных регионах (Тюменская область, Ставропольский край). Не разработана система диагностики суицидального поведения в общемедицинской сети, образовательных организациях. Отсутствует алгоритм межведомственного взаимодействия при ведении лиц с суицидальным поведением. Внесены предложения по улучшению работы суицидологической службы на федеральном и региональных уровнях.

Ключевые слова: суицидологическая служба, организация, межведомственное взаимодействие.

Для цитирования: Банников Г.С., Любов Е.Б., Кещян К.Л. Суицидологические службы России: проблемы и резервы развития // Общественное здоровье. 2022, 2(1):27–34. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-27-34

Контактная информация: Кещян Каринэ Лориковна, carina17@yandex.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: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-27-34

SUICIDOLOGICAL SERVICES OF RUSSIA: PROBLEMS AND RESERVES OF DEVELOPMENT

G.S. Bannikov¹, E.B. Lyubov², K.L. Keshchyan³

^{1,2,3} Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

Abstract

In order to study the availability and structure of the suicidological service of Russia, an analysis of data from 76 regions received in response to the request of the Government of the Russian Federation No. 2098-r dated September 18, 2019 for the approval of a set of measures to improve the system of suicide prevention of minors, as well as data from field events of employees of the National Medical Research Center for Psychiatry and Drug Addiction was carried out V.P. Serbsky in 44 regions of the Russian Federation in 2019, the majority of regions report on regional suicidological services to the population, represented mainly by "Helplines" (77%), offices of a suicidologist in the HDP (46%). The full composition of the links of the suicidological service is only in Moscow, Bashkortostan, Krasnodar, Stavropol, Trans-Baikal Territories, Tyumen, Sverdlovsk regions. Standardized accounting and registration of suicidal attempts only in certain regions (Tyumen Region, Stavropol Territory). A system for diagnosing suicidal behavior in the general medical network and educational organizations has not been developed. There is no algorithm for interdepartmental interaction in the management of persons with suicidal behavior. Proposals have been made to improve the work of the suicidological service at the federal and regional levels.

Keywords: suicidological service, organization, interdepartmental interaction.

For citation: Bannikov G.S., Lyubov E.B., Keshchyan K.L. Suicidological services of Russia: problems and reserves of development // Public health. 2022; 2(1):27–34. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-27-34.

Corresponding author: Keshchyan K.L., carina17@yandex.ru

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

ВВЕДЕНИЕ

За последние 20 лет (с 2000 по 2019 гг.) снижение уровня самоубийств в мире составило 36%, в регионе Восточного Средиземноморья – 17%, в Европейском регионе – 47% и в регионе Западной части Тихого океана – 49%. Однако в странах Америки за тот же период уровень самоубийств вырос на 17%. Тем не менее, согласно документу ВОЗ «Проблема самоубийств в мире, 2019 г.», суициды остаются одной из основных причин смерти во всем мире. Ежегодно в результате самоубийств умирает больше людей, чем от ВИЧ, малярии или рака груди или в результате военных действий и убийств [1]. На самоубийства приходится 8,5% смертей подростков и молодых взрослых; они являются основной причиной смерти молодежи 15–29 лет в мире (ВОЗ, 2017 г.).

В 2019 г. в результате самоубийства ушло из жизни более 700 000 человек, т.е. одна из каждых 100 смертей – самоубийство. Это обстоятельство побудило ВОЗ разработать новые рекомендации для помощи странам в повышении эффективности профилактики самоубийств и оказания помощи лицам, совершившим попытку самоубийства. По данным ВОЗ за 2020 г., в мире ежегодно около 703 000 человек заканчивают жизнь самоубийством, еще больше зарегистрировано попыток суицида и покушений на собственную жизнь. Большинство суицидов тесно связано с психическими расстройствами, причем примерно 90% такой смертности приходится на страны с высоким уровнем дохода [2].

ВОЗ ставит задачу к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики, лечения и поддержания психического здоровья и благополучия [3]. Предупреждение самоубийств объявлено одной из приоритетных задач, однако лишь в 38 странах существует национальная стратегия предупреждения самоубийств.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РФ

Организация суицидологической службы населению берет начало в 70-х годах XX века, когда под руководством проф. А. Г. Амбрумовой разработана типовая модель, включающая структурно-функциональные звенья, объединенные в единую систему с преемственной связью и координацией федеральным центром. Основными организационно-функциональными звеньями типовой суицидологической помощи в медицинских организациях являются телефон доверия (ТД), кабинет социально-психологической поддержки (КСПП), кризисный стационар (КС).

Основными направлениями деятельности суицидологической службы является:

1. Раннее выявление и предотвращение суицидов.
2. Эпидемиологический учет самоубийств и суицидальных попыток.
3. Реабилитационные программы для лиц, совершивших суицидальные попытки.
4. Пропаганда психогигиенических и правовых знаний и проведение профилактической работы среди населения.

В основе организации деятельности суицидологической службы положен ряд взаимосвязанных принципов.

1. Научная доказательность.
2. Профилактическая направленность.
3. Профессиональная медицинская и социально-психологическая помощь вне психиатрических учреждений (согласно рекомендациям ВОЗ о развитии консультативной психиатрии).
4. Преемственность медицинской, психологической, социальной, и других видов помощи.
5. Доступность и безотлагательность помощи: круглосуточно, бесплатно.
6. Конфиденциальность информации.
7. Межпрофессиональный бригадный подход.
8. Межведомственное взаимодействие.

С целью изучения структуры и функций суицидологической службы в субъектах РФ, а также выявления типовых проблем и перспектив развития Е. Б. Любовым с соавт. (2012) было

проведено исследование с использованием разработанного оригинального структурированного опросника. На 2012 г., по данным органов здравоохранения и социальной защиты населения субъектов РФ, подразделения суицидологической службы в различных сочетаниях были развернуты в 60 субъектах РФ (т.е. в 2/3 имеющихся): ТД – в 52, КСПП – в 39, КС – в 18. Открытие ТД запланировано в 5, КСПП – в 10, КС – в 13 регионах. На основании анализа наличия и деятельности региональных суицидологических служб были выделены типовые проблемы [4]:

1. Недостаток эпидемиологического учета суицидального поведения на региональном и федеральном уровнях.
2. Недостаточная сформированность федеральной и региональных программ профилактики суицидов и целостной централизованной суицидологической службы.
3. Недостаточное кадровое, материально-техническое обеспечение, слабая реализация принципа шаговой доступности кризисной помощи.
4. Несогласованность, отсутствие взаимодействия медицинских служб, отвечающих за первичную, вторичную и третичную профилактику суицидального поведения.

С целью совершенствования суицидологической службы в 2012 г. Б. С. Положим была предложена 2-х уровневая модель «специализированной суицидологической службы», включающая: региональный и городской (города с населением 1 млн. человек и более) уровни. Структура суицидологической службы должна включать в себя три звена: 1) коммуникативное (ТД, горячая линия, Интернет-ресурсы), 2) амбулаторное (центральное в представленной системе) и 3) стационарное [5].

Данный принцип организации суицидологической службы лег в основу создания по поручению Минздрава России № 15-2/10/2-1159 от 22.02.2018 г. Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних, целью создания которого стала разработка и реализация комплексных мер по профилактике, диагностике, кризисной помощи и реабилитации несовершеннолетних с суицидальным поведением.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение наличия и функционирования суицидологической службы в субъектах РФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью оценки наличия и уровня функционирования региональных суицидологических служб был разработан полуструктурированный опросник, включающий в себя три блока вопросов: 1) наличие суицидологической службы (наличие структурных элементов), 2) сбор эпидемиологических данных как в отношении законченных суицидов, так и суицидальных попыток и 3) межведомственное взаимодействие с указанием заинтересованных ведомств и наличие алгоритма взаимодействия. Опросник был использован в ходе выездных мероприятий сотрудников НМИЦПН им. В. П. Сербского в 44 (из 85) субъектах РФ в 2020 гг.

Вторым источником данных о наличии региональных суицидологических служб РФ послужили письма из 76 регионов России, полученные на запрос Правительства РФ от 18 сентября 2019 года № 2098-р.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным 44 регионов РФ, полный состав звеньев суицидологической службы в Москве, Башкортостане, Краснодарском, Ставропольском, Забайкальском краях, Тюменской, Свердловской областях.

В этих регионах созданы межведомственные оперативные кризисные группы с ответственным лицом из правительства края/области. Координирующую функцию выполняют муниципальные КДН, осуществляя обмен информацией о суицидальном поведении несовершеннолетних, согласно межведомственному приказу № 120 от 19.12.2017. КДН осуществляет реализацию реабилитационных мер в рамках своей компетенции в учреждениях здравоохранения, образовательных организациях, учреждениях социального обслуживания, органах опеки

и попечительства, территориальных органах МВД, территориальных органах линейного управления, следственных отделах, уголовно-исполнительной инспекции, районной и межрайонной прокуратуре. Внедрены специализированные системы регистрации, выявления и учета суицидального поведения – суицидологический регистр, «суицидологический портрет территории» [6]. Разработана унифицированная электронная программа суицидологического учета и анализа, совместимая с другими медицинскими электронными базами (включая систему «БАРС. Здравоохранение»), доступная (на условиях ограниченных прав) специалистам из указанных в алгоритме ведомств. Детско-подростковый сектор полностью представлен только в одном регионе.

Результаты анализа данных о состоянии суицидологических служб в 76 регионах России свидетельствуют о недостатке звеньев суицидологических служб. Так, в большинстве регионов они представлены в основном, ТД (77%), не всегда работающими в круглосуточном режиме. На втором месте по наличию звеньев суицидологической помощи – кабинеты суицидолога в ПНД (46%). КСПП при поликлиниках развернуты в 29% регионов (таблица 1).

Кризисные стационары при психиатрических больницах развернуты в 31% регионов, но только в 3% – при общемедицинских стационарах. В ряде регионов открыты психотерапевтические центры для лиц в кризисном состоянии (13%). Не прописаны алгоритмы взаимодействия звеньев суицидологической помощи с указанием особенностей работы каждого подразделения или службы.

Учет статистики суицидов в 30% регионов и суицидальных попыток – в 23% (представлены данные или упоминания в регистрах). Лишь в каждом пятом из 76 регионов (19%) сформированы базы данных (реестры) о суицидальном поведении населения (19%), чаще – наблюдаемых в ПНД (63%), вдвое меньше (8%) – с выделением суицидальных попыток (14%) и уровне суицидов несовершеннолетних (до 17 лет). Межведомственное взаимодействие осуществляется в 43,7% регионов. Указываются алгоритмы, дорожные карты

по осуществлению межведомственного взаимодействия (35%). Есть данные о просветительской, совместной научной деятельности с другими ведомствами (84%). Представлены данные о системной работе с совершившими суицидальную попытку, их ближайшим окружением, работа в образовательных организациях (10%). В большинстве регионов межведомственное взаимодействие, в первую очередь, в рамках просветительской деятельности, в большинстве своем – при отсутствии законодательной основы.

Полный состав звеньев суицидологической службы наблюдается только в ряде регионов. Так, в Новосибирской области в 2007 г. разработана и внедрена мультимодальная программа предотвращения суицида несовершеннолетних в местных службах здравоохранения. Сформирована трехуровневая система психиатрической помощи несовершеннолетним, организована целенаправленная работа первичной медико-санитарной сети, осуществляется взаимодействие с психологическими кабинетами центров здоровья по формированию психического здоровья детского населения.

В Республике Башкортостан в рамках пилотного проекта создана государственная медицинская организация психотерапевтического профиля вне психиатрической службы (ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ). Выделены 220 круглосуточных коек, 30 из них детские, 162 – дневного пребывания, восемь амбулаторных психотерапевтических кабинетов. Согласно Порядку межведомственного взаимодействия, утвержденному распоряжением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Республики Башкортостан от 07.12.2018 № 33, по фактам выявления несовершеннолетних группы риска суицидального поведения, обеспечено взаимодействие между РКПЦ МЗ РБ, муниципальными КДН и ЗП и образовательными организациями.

К перспективному направлению развития суицидологических служб России можно отнести сотрудничество ряда регионов России в проекте ВОЗ по развитию системы охраны психического здоровья, включая профилактику суицидов.

Таблица 1

Обобщенные данные по наличию и структуре региональных суицидологических служб (44/76 регионов РФ)

	Доля (%) НМИЦ ПН/ МЗ
Служба суицидологической помощи в регионе	68,1 (в одном регионе – для несовершеннолетних)
Телефон доверия (ТД)	81,8 / 77
КСПП в территориальных поликлиниках	36,3 / 29
Кабинеты амбулаторной суицидологической помощи в психоневрологических диспансерах	45,4 / 46
Кабинеты суицидологической помощи несовершеннолетним	36,3
Кризисные стационары в психиатрических больницах	41 / 31
Кризисные стационары в общемедицинских учреждениях	6,8 / 3
Психотерапевтические кризисные центры	13 /нд*
Статистика суицидов в 2019 г.	
Осуществляется в отношении всего региона	77,3/нд
Осуществляется лишь в отношении больных, находящихся под психиатрическим наблюдением	47,7/нд
Статистика суицидальных попыток в 2019 г.	77,3 (в двух отдельно у несовершеннолетних) / нд
Осуществляется лишь в отношении больных, находящихся под психиатрическим наблюдением	54,5 /нд
Осуществляется в отношении всего региона	72,7 (в одном – у несовершеннолетних) / нд
Взаимодействие с другими ведомствами по профилактике суицидов	88,6 /нд
в том числе с территориальными органами МВД	70,4/нд
системой образования	84/нд
службами социальной опеки	81,8/нд
комиссией по делам несовершеннолетних (КДН)	81,8/ нд

Примечание: нд – нет данных

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время в Российской Федерации осуществляется комплекс мер, согласно Распоряжению Правительства РФ от 26 апреля 2021 г. № 1058-р «Об утверждении комплекса мер до 2025 г. по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних» [7] как продолжение реализации комплекса мер, предложенных правительством в 2019 г. [8]. Ответственными исполнителями выступают: Минздрав России, Минпросвещения России, Минтруд России, Минобрнауки России, МВД России, Росстат, ФСИН России, Росмолодежь, Роскомнадзор, Роспотребнадзор, органы исполнительной власти субъектов РФ.

Для совершенствования профилактики суицида несовершеннолетних до 2025 г. правительством планируется:

- «проводить в образовательных организациях с обучающимися профилактические мероприятия, направленные на формирование у них позитивного мышления, принципов здорового образа жизни, предупреждения суицидального поведения;
 - реализовать совместно с социально ориентированными некоммерческими и волонтерскими организациями мероприятия по вовлечению подростков и молодежи в социально-позитивную активность;
 - оказывать экстренную психологическую помощь детям посредством обращения на детский телефон доверия;
 - разработать и внедрить программы профилактики суицида у несовершеннолетних, включая программы третичной профилактики» [7].
- Однако, несмотря на принимаемые меры по организации суицидологической службы,

по данным исследований 2012 и 2020 гг., сохранены существенные недостатки в практике оказания помощи лицам с суицидальным поведением:

1. Отсутствует система учета и регистрации суицидальных попыток, за исключением нескольких регионов.
2. Не разработана система диагностики суицидального поведения общемедицинской сети в образовательных организациях.
3. Не разработаны стратегии социально-психологической и психотерапевтической помощи в кризисном состоянии.
4. Отсутствует алгоритм межведомственной преемственности ведения лиц с суицидальным поведением.
5. Отсутствует система амбулаторных и стационарных учреждений, вне структуры психиатрической службы, предназначенных для комплексной медицинской и социально-психологической помощи.
6. Не разработан комплекс мер по совершенствованию системы профилактики суицидального поведения взрослого населения, особенно пожилых как наиболее уязвимой, по статистике, группы населения.

Для осуществления комплексной программы профилактики суицидального поведения в России необходимо создание правительственной межведомственной рабочей группы, на постоянной основе для решения краткосрочных и долгосрочных задач, связанных с разработкой и внедрением национальной стратегии превенции суицидов (создание единой информационной базы суицидального поведения, разработка алгоритмов межведомственного взаимодействия системы профилактики суицидального поведения населения).

Ключевую роль в реализации комплексной программы профилактики суицидального поведения в России отведено Министерству здравоохранения как координатору межведомственного взаимодействия для «эффективного вовлечения всех заинтересованных ведомств в реализации мер по предупреждению самоубийств» [9].

Важным условием реализации программы профилактики суицидального поведения

населения РФ является создание Федерального суицидологического центра, развивающего и координирующего суицидологические региональные службы.

Региональные междисциплинарные, межведомственные рабочие группы должны осуществлять следующие задачи: раннюю диагностику психических расстройств, злоупотребления психоактивных веществ, психосоциальных факторов дистресса, типовых для данной территории. Состав постоянных членов рабочей группы может быть представлен специалистами в области психиатрии, психологии, социальной реабилитации, профессиональной ориентации, педагогики, представителями СМИ, общественных, благотворительных и религиозных организаций. При необходимости привлекаются юристы, социологи, согласно порядку межведомственного взаимодействия, при профилактике суицидального поведения.

Критериями эффективности работ таких групп могут быть следующие [9]:

1. число самоубийств и суицидальных попыток;
2. численность лиц, обученных или иным образом охваченных индивидуальными психосоциальными мероприятиями;
3. количество часов доступных услуг;
4. численность лиц, прошедших лечение;
5. данные, отражающие сокращение стигматизации тех, кто обращается за помощью;
6. улучшение услуг охраны психического здоровья;
7. психическое здоровье, благополучие или чувство связи с окружающим миром;
8. показатели, отражающие экономическую эффективность;
9. снижение числа госпитализаций в связи с попытками самоубийств или смертей в результате самоубийств.

К приоритетным направлениям совершенствования суицидологической службы России могут быть отнесены: 1) продолжение сотрудничества с ВОЗ в проведении мониторинга и профилактики самоубийств и намеренных самоповреждений, 2) работа в Общественном Совете базовой организации государств – участников СНГ в области психиатрии и наркологии по вопросам профилактики суицидального

поведения, 3) в рамках междисциплинарного и межведомственного взаимодействия построение единого алгоритма помощи лицам с суицидальным поведением, 4) построение модели развития суицидального поведения с учетом этно-культуральных, возрастных и др. факторов риска, разработка методик и технологий раннего выявления суицидального поведения с опорой на отечественный и международный опыт; 5) создание Федерального научно-методического суицидологического центра, курирующего и координирующего деятельность региональных суицидологических служб РФ

с единой информационной базой суицидального поведения.

Необходима разработка типовых региональных программ профилактики суицидального поведения, Национальной программы превенции самоубийств, предусматривающих медицинское, психологическое, психолого-педагогическое, информационно-просветительское, социальное направления, создание межведомственных рабочих групп по профилактике суицидов (федеральный, региональный уровни), поддержку научно-исследовательских проектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://www.who.int/ru/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2017. <http://apps.who.int/gho/data/node.home> (Accessed: 19 August 2017).
3. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/376476/fact-sheet-sdg-mental-health-rus.pdf
4. Любов Е. Б., Цупрун В. Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013; 2.
5. Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012; 1: 8–12.
6. Зотов П. Б., Родяшин Е. В. «Суицидологический паспорт территории» как этап развития системы суицидальной превенции // Суицидология. 2013; 4: 55–60.
7. Распоряжение Правительства РФ от 26 апреля 2021 г. № 1058-р «Об утверждении комплекса мер до 2025 г. по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400626405/>
8. <https://docs.cntd.ru/document/561314183https://docs.cntd.ru/document/561314183>
9. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014. Перевод с английского.

REFERENCES

1. <https://www.who.int/ru/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2017. <http://apps.who.int/gho/data/node.home> (Accessed: 19 August 2017).
3. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/376476/fact-sheet-sdg-mental-health-rus.pdf
4. Lyubov E. B., Cuprun V. E. Vek, Age, time and place of the Professor Abramovoj in domestic of suicide-studying [Elektronnyj resurs] // Medicinskaya psihologiya v Rossii: electron. nauch. zhurn. 2013; 2 (19). (In Russ)
5. Polozhy B. S., Panchenko E. A. The different prevention of suicidal behavior // Suicidology. 2012; 1: 8–12.
6. Zotov P. B., Rodyashin E. V. «Suicidal passport territory» as a stage of development of the system for suicide prevention // Suicidology. 2013; 4: 55–60.
7. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1058-r dated April 26, 2021 “On approval of a set of measures until 2025 to improve the system of suicide prevention among minors”. Available by: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400626405/>
8. <https://docs.cntd.ru/document/561314183https://docs.cntd.ru/document/561314183>
9. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTORS

Банников Геннадий Сергеевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия.

Gennady S. Bannikov – Ph.D. (Medicine), Senior Researcher, Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia. E-mail: bannikov68@mail.ru; SPIN-код: 2063–4444; Researcher ID: I-4003–2013; ORCID iD: 0000-0003-4929-2908

Любов Евгений Борисович – д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия.

Evgeny B. Lyubov – D.Sc. (Medicine), Professor, Chief Researcher, Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia. E-mail: lyubov.evgeny@mail.ru; SPIN-код: 6629–7156; Researcher ID: B-5674–2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517

Кещян Каринэ Лориковна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия.

Karine L. Keshchyan – Ph.D. (Medicine), Senior Researcher, Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia. E-mail: carina17@yandex.ru; SPIN-код: 4379–0408; Author ID: 1027725

НОВОСТИ НАУКИ

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СУИЦИДА И САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Н. W. Yiu et al. в новом обзоре, опубликованном в журнале «Psychiatry Research», попытались определить, какие психосоциальные интервенции наиболее эффективны для предотвращения суицидального и самоповреждающего поведения у пациентов, находящихся на стационарном лечении в больницах психиатрического профиля. В результате изучения мета-анализов и систематических обзоров значимых изменений в состоянии пациентов при том или ином виде психотерапии обнаружено не было. Исследований самоповреждений оказалось крайне мало для формулирования какого-либо вывода.

Источник: Портал «Психиатрия & Нейронауки»

МОНИТОРИНГ ПРЕДНАМЕРЕННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ

О.И. БОЕВ¹, О.Г. БЫЧКОВА²

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

² 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. Boev¹, O.G. Bychkova²

¹ Stavropol State Medical University at Ministry of Healthcare of the Russian Federation; Stavropol, Russia;

² 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.

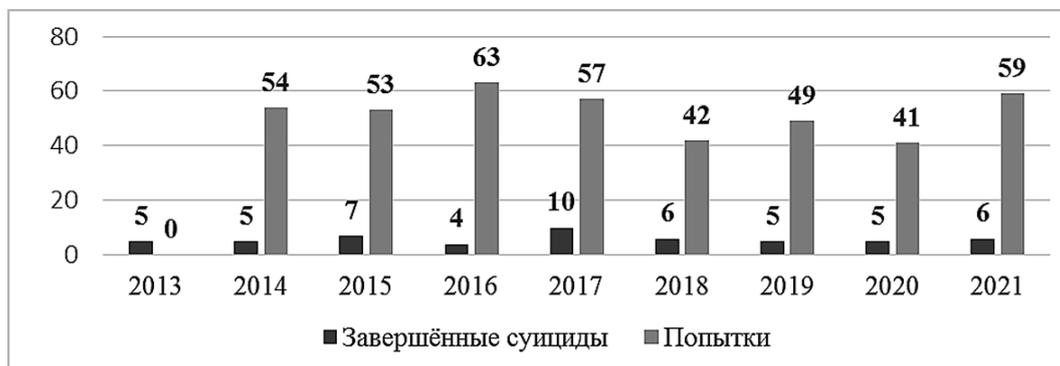


Рис. 2. Динамика соотношения суицидов к нелетальным преднамеренным самоповреждениям среди несовершеннолетних в Ставропольском крае

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 несуйцидальных 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»

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Н.Н. КАРЯКИН¹, О.В. БАЛАНДИНА², Е.Д. БОЖКОВА³

^{1,2,3} ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

УДК 616.896–082

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-47-55

Аннотация

Целью настоящей статьи является формирование ключевых принципов организации комплексной помощи лицам с ментальными нарушениями. Основой для разработки принципов послужил опыт реализации общественно-го проекта «Ментальное здоровье» на территории Приволжского федерального округа. Исходя из имеющегося опыта, основными задачами при включении региона в проект будут организация непрерывного сопровождения с раннего возраста и в течение всей жизни, организация межведомственного взаимодействия, создание возможности для реализации медицинских, образовательных, профессиональных, социальных и других потребностей лиц с ментальными нарушениями.

При этом особую важность как один из основных этапов реализации комплексной помощи выполняет разработка и утверждение на региональном уровне дорожной карты, в которой будут определены мероприятия, участники программы помощи, ответственные ведомства и учреждения, а также сроки выполнения.

Используя в своей работе описанные в статье принципы, регион может достаточно эффективно создать систему комплексной помощи лицам с ментальными нарушениями, имея минимальный задел в данной области.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, комплексная помощь, ограниченные возможности здоровья, ментальные нарушения.

Для цитирования: Карякин Н.Н., Баландина О.В., Божкова Е.Д. Основные принципы организации оказания комплексной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра // Общественное здоровье. 2022, 2(1):47–55. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-47-55

Контактная информация: Божкова Е.Д., readytotalk@mail.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 616.896–082

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-47-55

MAIN PRINCIPLES OF ORGANIZING COMPREHENSIVE CARE FOR PERSONS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

N.N. Karyakin¹, O.V. Balandina², E.D. Bozhkova³

^{1,2,3} Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia.

Abstract

The purpose of this article is to form the key principles for organizing comprehensive care for people with mental disabilities. The basis for the development of principles was the experience of implementing the public project “Mental Health” in the Volga Federal District. Based on the experience, the main tasks when including the region in the project will be the organization of continuous support from an early age and throughout life, the organization of interdepartmental interaction, the creation of opportunities for the realization of medical, educational, professional, social and other needs of people with mental disabilities.

At the same time, the development and approval at the regional level of a road map, which will identify activities, participants in the assistance program, responsible departments and institutions, as well as deadlines, is of particular importance as one of the main stages in the implementation of comprehensive assistance.

Using the principles described in the article in its work, the region can quite effectively create a system of comprehensive assistance to people with mental disabilities, having a minimal backlog in this area.

Keywords: autism spectrum disorders, comprehensive care, health limitations, mental disorders.

For citation: Karyakin N.N., Balandina O.V., Bozhkova E.D. Main principles of organizing comprehensive care for persons with autism spectrum disorders // Public health. 2022; 2(1):47–55. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-47-55.

Corresponding author: Bozhkova E.D., readytotalk@mail.ru

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

Создание системы комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) следует рассматривать в свете Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о правах инвалидов, Конвенции о правах ребенка, резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения «Комплексные и согласованные усилия по ведению РАС», а также в связи с необходимостью выполнения Поручения Президента Российской Федерации № 647-Пр от 10.04.2020 г. п. 7 «Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации развивать систему социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ментальной инвалидностью, предусмотрев при этом использование механизмов государственно-частного партнерства, а также привлечение некоммерческих организаций, в том числе добровольческих (волонтерских) организаций».

В настоящее время в Российской Федерации констатируется факт увеличения количества детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ): в 2002 г. таких детей на учете состояло 156 300, в 2008 г. – 290 000, а в 2020 г. – более 1 млн. Налицо устойчивая тенденция роста количества детей с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации, и среди них большой процент составляют дети с РАС и ментальными нарушениями.

Ментальные нарушения (МН) – это общий термин, использующийся для определения людей с наличием ограничений в психическом здоровье или развитии, при которых нарушена способность к общению, социальному взаимодействию, чему нередко сопутствует возникновение трудностей в поведении. У части лиц с МН также отмечается нарушение интеллектуального развития, в данном контексте в это определение включены и РАС.

РАС – расстройство нервного развития, диагностическими критериями которого являются трудности в социальной коммуникации и социальном взаимодействии, а также трудности в обработке сенсорной информации и повторяющееся или ригидное поведение.

Проблема изучения РАС у детей привлекает внимание исследователей различных областей знаний: педагогики, психологии, медицины, нейропсихологии. Частота встречаемости этих состояний крайне высока. По официальным данным Министерства здравоохранения РФ в России всего тридцать тысяч людей с аутизмом – 36 041 ребенок и 593 взрослых (письмо МЗ РФ № 15–3/407 от 15.03.2021 г.). Вместе с тем, по данным Министерства Здравоохранения (письмо МЗ РФ № 15-3101-2140 от 08.05.2013 г.) распространенность РАС в детской популяции составляет 1%, это значит, что в нашей стране на самом деле более 300 000 детей с аутизмом и не менее миллиона взрослых с РАС, то есть более 90% людей с аутизмом в России не имеют официального диагноза.

Высокая распространенность этих расстройств делает чрезвычайно актуальной задачу оказания им полноценной эффективной помощи, соответствующей их потребностям, разработки системы мер, направленных на максимально возможную адаптацию и социализацию, что объединяется в концепцию комплексного сопровождения.

Министерством образования и науки Российской Федерации были разработаны рекомендации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей (письмо Минобрнауки РФ от 13.01.2016 г. № ВК-15/07).

На территории Российской Федерации мероприятия по созданию комплексной системы сопровождения людей с РАС [1, 2, 3] были организованы в ряде регионов [4, 5, 6].

Начиная с 2019 года, по инициативе полномочного представителя Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе реализуется общественный проект «Ментальное здоровье» (далее – Проект). В качестве первого пилотного региона в Проекте приняла участие Нижегородская область, в последующем: Республика Башкортостан,

Ульяновская область, Чувашская Республика и Пензенская область, Пермский край.

Были определены цели Проекта:

- разработка и внедрение эффективной системы комплексной помощи людям с РАС с целью их социализации и интеграции в общество;
- формирование в обществе толерантного отношения к людям с РАС.

Опыт организации деятельности регионов Российской Федерации по созданию системы комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН доказал необходимость разработки методических рекомендаций – Дорожной карты [7, 8], которые включают основные необходимые мероприятия по созданию системы комплексного сопровождения в регионе.

Далее более подробно остановимся на мероприятиях Дорожной карты.

1. Система межведомственного взаимодействия по реализации комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН в регионе включает в себя следующие мероприятия:

- Создание в регионе Межведомственной рабочей группы по реализации системы комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН под руководством должностного лица на уровне заместителя председателя Правительства региона (далее – куратор проекта) из числа куратора проекта «Ментальное здоровье» в регионе, региональных органов исполнительной власти, профессиональных и общественных сообществ, некоммерческих организаций.
- Проведение анализа систем диагностики и комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН по отраслевому принципу.
- Создание в регионе Концепции комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН (Концепция РАС).
- Разработка и утверждение Плана мероприятий по реализации Концепции РАС на территории субъекта.
- Создание в регионе Единого межведомственного регионального центра (ресурсный центр), курирующего реализацию

системы комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН.

- Создание региональной информационной системы учета и маршрутизации детей и взрослых людей с РАС и другими МН (реестр, регистр) и системы мониторинга реализации комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН с ее последующей автоматизацией.
- Создание в регионе единой площадки подготовки специалистов по сопровождению и взаимодействию с людьми с РАС и другими МН.
- Разработка регламента межведомственного взаимодействия организаций, участвующих в комплексном сопровождении людей с РАС и другими МН.
- Создание регионального реестра организаций разной ведомственной принадлежности, в том числе некоммерческих организаций, оказывающих людям с РАС и другими МН медицинские, социальные, образовательные и иные услуги, а также соответствующего реестра услуг, предоставляемых организациями разной ведомственной принадлежности.
- Создание информационного ресурса (платформы) для специалистов, участвующих в сопровождении людей с РАС и другими МН и семей, воспитывающих детей с РАС и другими МН (родителей, законных представителей), людей с РАС, а также сервисов информационно-аналитического обеспечения системы комплексного сопровождения.
- Разработка/тиражирование, издание и распространение справочных информационно-методических материалов о проблемах людей с РАС и другими МН.
- Информационное продвижение в СМИ мероприятий, направленных на пропаганду социализации и интеграции семей людей с РАС и другими МН в общество.

2. Система оказания ранней помощи, маршрутизация и обеспечение медицинской помощи людям с РАС и другими МН включает в себя следующие мероприятия [9]:

- Разработка нормативных документов по организации и проведению первичного скрининга (анкета М-CHAT) (от 18 до 30 месяцев) [10].
- Разработка информационной системы по организации скрининга (анкета М-CHAT) и маршрутизации детей с выявленными факторами риска и установленным диагнозом РАС и другими МН (от 18 до 30 месяцев).
- Проведение углубленной диагностики детей с выявленными факторами риска развития РАС и другими МН.
- Разработка нормативных актов, утверждающих порядок формирования индивидуального маршрута абилитации и реабилитации для людей с РАС и другими МН; утверждающих порядок формирования и функционирования службы ранней помощи детям с РАС и другими МН на базе медицинских организаций, образовательных и учреждений социальной защиты.
- Введение дополнительных ставок врачей-психиатров и других специалистов, занимающихся оказанием медицинской помощи людям с РАС и другими МН, в штат государственных медицинских организаций на основе анализа соответствия количества ставок рекомендуемым штатным нормативам пропорционально количеству детского населения.
- Формирование финансового норматива оказания медицинской помощи пациентам с РАС и другими МН.

Целью вышеуказанных мероприятий является создание условий предоставления услуг ранней помощи на межведомственной основе, обеспечивающих раннее выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, оптимальное развитие и адаптацию детей, интеграцию семьи и ребенка в общество, профилактику или снижение выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепление физического и психического здоровья, повышение доступности образования для детей целевой группы.

3. Система сопровождения в сфере общего, дополнительного и профессионального образования с учетом образовательных потребностей людей с РАС и другими МН включает следующие мероприятия:

- Проведение мониторинга образовательных потребностей семей с детьми с РАС и другими МН.
- Разработка рекомендаций по организации консультирования семей с детьми с РАС и другими МН по результатам мониторинга образовательных потребностей семей и объективного диагноза.
- Комплектование групп компенсирующей и комбинированной направленности, групп кратковременного пребывания на базе дошкольных муниципальных образовательных организаций для детей с РАС и другими МН.
- Разработка нормативных актов, утверждающих порядок комплектования ресурсных, автономных, коррекционных классов на базе общеобразовательных организаций для детей с РАС и другими МН; утверждающих создание и реализацию программ профессиональной ориентации и предпрофессиональной подготовки детей с РАС и другими МН в образовательных организациях; утверждающих порядок организации дополнительного образования для людей с РАС и другими МН на базе учреждений образования, культуры и спорта; утверждающих порядок получения образования по программам профессиональной подготовки людей с РАС и другими МН, не имеющих основного общего или среднего общего образования.
- Разработка и утверждение нормативов финансового обеспечения реализации образовательных программ в образовательных организациях в условиях специального и инклюзивного образования людей с РАС и другими МН.
- Разработка и реализация рекомендаций по предоставлению образовательных услуг для людей с РАС и другими МН на ступени среднего и на ступени

высшего профессионального образования, в том числе в условиях инклюзивного образования.

Невозможно переоценить значимость адекватной и своевременной коррекционно-педагогической поддержки детей с РАС. Очень важно, чтобы она начиналась как можно раньше и включала в себя как можно большее число направлений с учётом индивидуальных особенностей ребёнка. Как из гуманистических, так и из экономических соображений, такая поддержка должна быть максимально встроена в систему общего образования, что требует создания специальных условий, включая соответствующую подготовку педагогов, введение в штат образовательных учреждений специалистов по коррекционной педагогике, психологов, логопедов и т.п. Вариативные формы получения образования детьми с ОВЗ, включая инклюзию, обозначены в статье 79 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 30.12.2021 г.) «Об образовании в Российской Федерации» [11]. В связи с этим в создаваемой системе комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН важно предусмотреть условия развития инклюзивного образования.

4. Система повышения квалификации участников сопровождения и взаимодействия людей с РАС и другими МН включает следующие мероприятия:

- Повышение квалификации и профессиональная переподготовка специалистов Единого регионального центра (ресурсного центра), курирующего реализацию системы комплексного сопровождения людей с РАС и другими МН.
- Реализация программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, участвующих в системе раннего выявления, медицинской реабилитации (абилитации) и сопровождения; участвующих в предоставлении услуг социальной реабилитации (абилитации); работающих в системе высшего, общего образования (преподаватели, воспитатели,

психологи, дефектологи, инструкторы АФК, тьюторы и др.) людей с РАС и другими МН.

- Реализация программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов медицинских, образовательных организаций, учреждений социального обслуживания населения, занятости, культуры и спорта, центральной и территориальных психолого – медико – педагогических комиссий, специалистов муниципальных центров психолого – педагогической, медицинской и социальной помощи, включенных в систему оказания комплексной помощи людям с РАС и другими МН.
- Реализация программ по повышению компетенций родителей (опекунов, законных представителей) и ближайшего окружения, воспитывающих людей с РАС и другими МН.
- Реализация программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов различных структур и ведомств (МЧС, Полиция, транспорт, торговля и др.), которые могут вступить во взаимодействие с людьми с РАС и другими МН.
- Реализация программ повышения квалификации и краткосрочных стажировок по подготовке тьюторов, волонтеров, добровольцев для сопровождения людей с РАС и другими МН.

В связи с ростом количества лиц с МН существует необходимость не только постоянного повышения квалификации профильных специалистов, работающих с данной категорией лиц, появления новых специалистов в учреждениях образования и социального обслуживания населения, но и расширения компетенций работников структур и ведомств, с которыми могут вступать во взаимодействие лица с РАС и другими МН в бытовых ситуациях. Все это позволяет создать условия доступности объектов социального значения, доступность получения различных услуг, а также условия включения людей с ОВЗ в жизнь общества.

5. Система обеспечения социальными услугами людей с РАС и другими МН включает следующие мероприятия:

- Разработка нормативных актов (в том числе разработка социальных услуг и стандартов), утверждающих порядок получения людьми с РАС и другими МН социальных услуг в специализированных домах ребенка, психоневрологических интернатах, детских домах и других домах социального обслуживания.
- При необходимости предусмотреть внедрение тарифов и введение дополнительных ставок специалистов.
- Организация и проведение для людей с РАС и другими МН, их семей социокультурных мероприятий (конкурсов, фестивалей, акций, праздников), социально-средовой, социально-психологической, социокультурной реабилитации и абилитации, социально-бытовой адаптации.
- Разработка нормативных актов и регламентов, утверждающих порядок получения людьми с РАС и другими МН и их семьями социальных услуг (включая сопровождаемое проживание) в организациях различных форм собственности.

В реализации вышеуказанных мероприятий следует опираться на действующее законодательство [12, 13], а также необходимо предусмотреть создание условий для развития новых социальных услуг и новых направлений деятельности, включая раннюю помощь, сопровождаемое проживание и др., активное привлечение некоммерческих организаций, в качестве поставщиков социальных услуг.

6. Система сопровождения трудовой занятости людей с РАС и другими МН включает следующие мероприятия:

- Разработка регламентов профориентации и содействия трудоустройству людей с РАС и другими МН.
- Обеспечение реализации мероприятий для людей с РАС и другими МН в рамках региональных программ сопровождения инвалидов и лиц с ОВЗ при

получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве.

- Разработка/актуализация перечня профессий, доступных для людей с РАС и другими МН с разным уровнем образования, в регионе.
- Создание реестра организаций-работодателей, имеющих положительный опыт трудоустройства людей с РАС и другими МН.
- Создание и функционирование структурных подразделений в органах службы занятости (или назначение ответственных специалистов), осуществляющих организацию профориентации с последующим трудоустройством людей с РАС и другими МН.
- Реализация мероприятий по содействию трудоустройству родителей, воспитывающих детей с РАС и другими МН, в том числе с применением гибких форм занятости.
- Организация и обеспечение дневной занятости людей с РАС и другими МН на базе учреждений социального обслуживания населения.

Для людей, имеющих РАС, возможность иметь работу во взрослом возрасте важна так же, как и для любого человека. Люди с аутизмом очень разные, их возможности могут кардинально отличаться. Часть из них нуждается в поддержке для работы на открытом рынке труда, часть нуждается в специально организованных рабочих местах, для некоторых речь может идти только о социальной занятости. Тем не менее, их всех отличает целый ряд характерных особенностей, которые должны, безусловно, учитываться специалистами и общественными деятелями, призванными помочь им в обеспечении возможности трудиться [14, 15].

7. Система формирования доступной среды включает следующие мероприятия:

- Установка световых информационных табло, указательных знаков, дорожек, маяков в организациях здравоохранения, образования, социального

обслуживания, культуры, физической культуры и спорта, визуальным расписанием и инструкциями, которые актуальны и необходимы для людей с РАС.

- Разработка и реализация культурно-просветительских программ, в том числе экскурсионных, а также программ оздоровительного (санаторно-курортного) отдыха для людей с РАС и другими МН, в том числе и их семей.
- Разработка и реализация программ в области физической культуры и спорта для людей с РАС и другими МН и их семей.

Особенности поведения, восприятия людей с РАС зачастую не позволяют им в полном объеме пользоваться объектами инфраструктуры и в полном объеме получать

социальные услуги. Понимание этих особенностей, адаптация окружающей среды в соответствии с этими особенностями, повышение информированности представителей, сотрудников и специалистов данных объектов и услуг об особенностях поведения людей с РАС, способах взаимодействия с ними создают условия доступной и комфортной среды для людей с МН. Формирование доступной среды способствует также успешной социальной адаптации людей с РАС.

Таким образом, организация системы комплексной помощи лицам с МН является поэтапной межведомственной задачей, требующей научно-обоснованного подхода и постоянной оценки эффективности внедряемой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шпицберг И.Л., 2018. «Система непрерывного сопровождения людей, имеющих особенности развития в ментальной сфере. Комплексная система межведомственного, междисциплинарного долгосрочного сопровождения человека с ментальными особенностями», Москва: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», С. 7–34.
2. Концепция комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Нижегородской области. URL: http://www.soc52.ru/docs/ocspsd/rca/r_pno_928r_2019.pdf (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
3. <https://minsocium.ru/index.php/sotsialnoe-obslyuzhivanie-2/conception-ras/1788-conception-ras-npa> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
4. Шпицберг И.Л. «Комплексная система сопровождения детей и молодых людей, имеющих расстройства аутистического спектра и их семей на протяжении всего жизненного цикла». URL: https://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/1584/nash_solnechnyy_mir_-ii_kongress_sopz.pdf (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
5. Аутизм: ждать или действовать. Из опыта регионов: маршруты помощи детям с РАС в Воронежской области. URL: https://kuzrc.ru/wp-content/uploads/2019/01/autizm_iz_opyta_regionov_voronezh_2017.pdf (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
6. Абакирова Т., Богданова Н., 2015. Создание специальных образовательных условий для детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для специалистов ПМПК Новосибирск. URL: <http://concord.websib.ru/wp-content/uploads/2016/01/Создание-СОУ-для-детей-с-РАС-методические-рекомендации.pdf> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
7. Концепция комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре до 2020 года (с приложениями). URL: <https://docs.cntd.ru/document/446452694> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
8. Дорожная карта организации и реализации системы комплексного сопровождения людей с РАС и другими ментальными нарушениями в рамках общественного проекта Приволжского федерального округа «Ментальное здоровье» <https://mentalpfo.ru/about/projects/obshestvenniye-proekty/mentalnoe-zdorove/> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
9. Общественный проект «Ментальное здоровье», Официальный сайт полномочного представителя Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе [Электронный ресурс]. 9 с. URL: <http://pfo.gov.ru/projects/metal/> (Дата обращения: 21.02.2022).
10. Распоряжение Правительства РФ № 1839-р от 31.08.2016 г. «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/government/180> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).

11. Приказ Минздрава России № 514н от 10.08.2017 г. «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/71748018/> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
12. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29.12.2012 г. (последняя редакция) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
13. Федеральный закон № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/112> (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
14. Постановление Правительства РФ № 2339 от 17.12.2021 г. «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_404276/f4436f8cee442e250c9365bac981ddad92583f80/ (Дата обращения: 28.03.2022 г.).
15. Костин И. А. (2009) Размышления о помощи в социализации молодых людей с аутистическими расстройствами. Аутизм и нарушения развития. № 1. С. 39–43.
16. Морозов, С., Морозова Т., 2008. Социальные и правовые аспекты помощи лицам с расстройствами аутистического спектра (Книга для родителей и специалистов) М.: Издательство «Федоровец», 2008.

REFERENCES

1. Spitsberg I.L., 2018. "The system of continuous support for people with developmental features in the mental sphere. An integrated system of interdepartmental, interdisciplinary long-term support for a person with mental disabilities, Moscow: Downside Up Charitable Foundation, P. 7–34.
2. The concept of comprehensive support for people with autism spectrum disorders and other mental disorders in the Nizhny Novgorod region. URL: http://www.soc52.ru/docs/ocspsd/rca/r_pno_928r_2019.pdf (Accessed: 03/28/2022) <https://minsocium.ru/index.php/sotsialnoe-obslyuzhivanie-2/conception-ras/1788-conception-ras-npa> (Accessed: 28.03.2022).
3. Spitsberg I.L. "A comprehensive system of accompanying children and young people with autism spectrum disorders and their families throughout the life cycle." URL: https://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/1584/nash_solnechnyy_mir_-_ii_kongress_sopz.pdf (Accessed: 28.03.2022).
4. Autism: wait or act. From the experience of the regions: routes for helping children with ASD in the Voronezh region. URL: https://kuzrc.ru/wp-content/uploads/2019/01/autizm_iz_opyta_regionov_voronezh_2017.pdf (Accessed: 28.03.2022).
5. Abakirova T., Bogdanova N., 2015. Creation of special educational conditions for children with autism spectrum disorders. Guidelines for specialists PMPK Novosibirsk. URL: <http://concord.websib.ru/wp-content/uploads/2016/01/Creating-SDA-for-children-with-AS-methodological-recommendations.pdf> (Accessed: 28.03.2022).
6. The concept of comprehensive support for people with autism spectrum disorders and other mental disorders in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra until 2020 (with applications). URL: <https://docs.cntd.ru/document/446452694> (Accessed: 28.03.2022).
7. Roadmap for the organization and implementation of a system of comprehensive support for people with ASD and other mental disabilities within the framework of the public project of the Volga Federal District "Mental Health" <https://mentalpfo.ru/about/projects/obshchestvennye-proekty/mentalnoe-zdorove/> (Accessed: 28.03.2022).
8. Public project "Mental health", Official website of the Plenipotentiary Representative of the President of the Russian Federation in the Volga Federal District [Electronic resource]. 9 p. URL: <http://pfo.gov.ru/projects/metal/> (Accessed: 21.02.2022).
9. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1839-r dated August 31, 2016. "On approval of the Concept for the development of early intervention in the Russian Federation for the period up to 2020" URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/government/180> (Accessed: 28.03.2022).
10. Order of the Ministry of Health of Russia No. 514n dated 10.08.2017. "On the Procedure for Conducting Preventive Medical Examinations of Minors" [Electronic resource]. URL: <http://base.garant.ru/71748018/> (Accessed: 28.03.2022).
11. Federal Law "On Education in the Russian Federation" No. 273-FZ of December 29, 2012 (last edition) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (Accessed: on March 28, 2022).
12. Federal Law No. 442-FZ of December 28, 2013 "On the Fundamentals of Social Services for Citizens in the Russian Federation" <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/112> (Accessed: on March 28, 2022).
13. Decree of the Government of the Russian Federation No. 2339 of December 17, 2021 "On the implementation of a pilot project for the provision of services for the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children" http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_404276/

f4436f8cee442e250c9365bac981ddad92583f80/
(Accessed: 28.03.2022).

14. *Kostin I.A.* (2009) Reflections on socialization assistance for young people with autistic disorders. *Autism and developmental disorders*. No. 1. – P. 39–43.

15. *Morozov S., Morozova T.*, 2008. Social and legal aspects of helping people with autism spectrum disorders (a book for parents and professionals) M.: Fedorovets Publishing House, 2008.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTORS

Карякин Николай Николаевич – д-р мед. наук, доцент, ректор федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород, Россия.

Nikolay N. Karyakin – D.Sc (Medicine), associate professor, Rector of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia.

E-mail: rector@pimunn.ru

Баландина Оксана Венедиктовна – руководитель Центра ментального здоровья федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород, Россия.

Oksana V. Balandina – Head of the Mental Health Center of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia.

E-mail: oksa-nn@mail.ru

Божкова Елена Димитрова – канд. мед. наук, директор Института клинической психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород, Россия.

Elena D. Bozhkova – Ph.D. (Medicine), Director of the Institute of Clinical Psychology of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia.

E-mail: readytotalk@mail.ru

НОВОСТИ НАУКИ

РИСК САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Систематический обзор и метаанализ 31 исследования показали, что совокупная вероятность самоповреждения у людей с расстройством аутистического спектра более чем в 3 раза превышает вероятность у людей без него. Повышенная вероятность самоповреждения была обнаружена как у детей, так и у взрослых (хотя у взрослых был выявлен несколько более высокий риск) в разных географических регионах и независимо от плана исследования, методов и условий.

Источник: Портал «Психиатрия & Нейронауки»

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ. ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ

В.Н. ВЕДЯШКИН¹

¹ КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей, г. Барнаул, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-56-66

Аннотация

В статье приведена подробная статистическая характеристика суицидального поведения несовершеннолетних Алтайского края за последние три года. Описан опыт организационно-методической работы по профилактике и реабилитации детей и подростков с суицидальным поведением. Отражено поэтапное становление суицидологической помощи детскому населению в регионе.

Ключевые слова: дети, подростки, опыт, организация, стандарт, суицид, регион.

Для цитирования. Ведяшкин В.Н. Практика оказания комплексной помощи детям и подросткам с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением в Алтайском крае. Профилактика, реабилитация, дестигматизация // Общественное здоровье. 2022, 2(1):56–66. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-56-66

Контактная информация: Ведяшкин В.Н., viktor.vedyaschckin@yandex.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: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-56-66

THE PRACTICE OF PROVIDING COMPREHENSIVE ASSISTANCE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SUICIDAL AND NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN THE ALTAI TERRITORY. PREVENTION, REHABILITATION, DESTIGMATIZATION

V.N. Vedyashkin¹

¹ Altai Regional Psychoneurological Dispensary for Children, Barnaul, Russia

Abstract

The article contains detailed statistical characteristics of the suicidal behavior of minors in Altai Krai over the past three years. It describes the experience of organizational and methodical work for the prevention and rehabilitation of children and adolescents with suicidal behavior. The gradual formation assistance to a suicide of the child population in the region is also reflected.

Keywords: children, teens, experience, organization, standard, suicide, region.

For citation: Vedyashkin V.N. The practice of providing comprehensive assistance to children and adolescents with suicidal and non-suicidal self-harming behavior in the Altai Territory. Prevention, rehabilitation, destigmatization // Public health. 2022, 2(1):56–66. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-56-66

Corresponding author: Vedyashkin V.N., viktor.vedyaschckin@yandex.ru

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

ВВЕДЕНИЕ

В сложившихся условиях современного общества изучение отклоняющегося поведения у несовершеннолетних не теряет своей актуальности [1, 2, 7, 10, 11, 12, 14, 15]. Среди различных форм поведенческих нарушений суицидальное поведение занимает лидирующие позиции по уровню угрозы жизни подрастающему поколению. Суицидальное поведение было свойственно человеку с древнейших времен [8]. Подростковый возраст представляет собой период повышенного риска суицидального поведения [13]. Происходящая определенная трансформация доминирующих «идеологических» течений в молодежной субкультуре влияет на общие тенденции поведения несовершеннолетних. Особого внимания заслуживает проблема влияния Интернета и иных современных средств коммуникации на подрастающее поколение.

По статистическим данным Сибирский федеральный округ нередко находится на первом месте по числу завершенных самоубийств среди детско-подросткового населения России [9]. В Алтайском крае на протяжении десяти лет проводится систематическая комплексная работа по профилактике и реабилитации суицидального поведения у детей и подростков [3, 4, 5, 6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью комплексной реабилитации и профилактики детских суицидов нами проанализированы клинические случаи завершенных суицидов, суицидальных попыток, намерений и случаев несуйцидального самоповреждающего поведения у детей и подростков, зарегистрированных на межведомственном уровне в Алтайском крае за 2019–2021 годы. Информация собиралась всеми ведомствами, задействованными в системе профилактики детских суицидов (система здравоохранения, система образования, социальная защита, полиция, следственный комитет). Координирующую роль в сборе и обмене информацией исполнял сектор

по обеспечению деятельности Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Администрации Алтайского края. Информация передавалась с учетом Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ. На основании указанных критериев были проанализированы 36 завершенных суицидов и 382 клинических случаев суицидальных попыток и несуйцидальных самоповреждающих действий.

Использовались методы: клинический, статистический, эпидемиологический.

В своей практической работе мы придерживались принципов: работы на межведомственном уровне, комплексного подхода при реабилитации, преемственности на всех этапах реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТ И ОБСУЖДЕНИЕ РАБОТЫ

Численность населения края на начало 2021 года составила 2296,4 тыс. человек. За 2020 год численность края сократилась на 20800 человек (0,9% от уровня 2019 года), в том числе в городской местности она сократилась на 6571 человека, в сельской местности на 14229 человек. Сокращение численности населения произошло за счет естественной (18181 человек) и миграционной (2619 человек) убыли.

Численность детей в возрасте 0–14 лет на конец 2021 года составила 409 416 человек, а в возрасте 15–17 лет – 75 589 человек. Продолжилось снижение численности детей в возрасте 0–15 лет, в 2020 году она сократилась на 6,1 тыс. (на 1,4%). Удельный вес этой категории населения в численности населения края снизился до 18,9% (на 01.01.2020 г. – 19,0%).

В возрасте от 10 до 17 лет численность населения в Алтайском крае составила 214 608 человек, это именно тот возраст, в котором статистически учитываются показатели завершенных суицидов у несовершеннолетних.

В практическую работу по профилактике и реабилитации суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения включались все несовершеннолетние жители

Алтайского края. В системе здравоохранения профилактика суицидального поведения проводилась на трех уровнях превенции. Первый уровень проходил в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». В ходе профилактических осмотров врачом-психиатром выявлялись несовершеннолетние с признаками проявлений самоповреждающего поведения. На втором уровне профилактические работы проводились с детьми и подростками, находящимися в трудной жизненной ситуации, признанными органами профилактики находящимися в социально-опасном положении и наблюдающимися у врача-психиатра с коморбидными расстройствами поведения. На третьем уровне профилактика проводилась с несовершеннолетними, у которых в анамнезе уже имелись суицидальные и (или) несуйцидальные самоповреждающие формы поведения.

В 2019 году Правительством Алтайского края в очередной раз утвержден состав и регламент работы группы реагирования и проведения анализа суицидального поведения детей и подростков. Состав группы реагирования имеет представителей от всех ведомств системы профилактики (КДН и ЗП, здравоохранение, образование, соцзащита населения, МВД, СУ СК), председателем группы является Уполномоченный по правам ребенка. Плановые заседания группы проходят ежеквартально, внеплановые заседания проходят по мере необходимости. Также работой группы предусмотрено:

1. Оказание методической помощи муниципальным образованиям при работе с трудными случаями суицидального поведения с использованием ВКС или выездом непосредственно в муниципалитет участников группы.

2. Проведение анализа случаев гибели, причин, условий и обстоятельств проявления суицидального поведения у каждого пострадавшего. Такой анализ позволяет организовывать прицельную глубокую работу по каждому пострадавшему.

В 2019 году покончили жизнь самоубийством 14 несовершеннолетних (8 мальчиков и 6 девочек), из них 6 детей и 8 подростков. В сельской местности проживали 3 несовершеннолетних, 11 человек являлись городскими жителями. Один подросток и один ребенок (9 лет) ранее получали помощь у врача-психиатра. Основными мотивами суицидов сохраняются конфликты с родителями, сверстниками, романтические отношения. Десять несовершеннолетних погибли от асфиксии путем повешения, одна девушка-подросток отравилась медикаментозными препаратами, один мальчик 2005 года рождения бросился под поезд, две девушки-подростка, жительницы Барнаула, выпрыгнули из окон (падение с высоты).

В 2020 году в Алтайском крае покончили жизнь самоубийством 17 несовершеннолетних (13 мальчиков и 4 девочки), из них 6 детей и 11 подростков. В сельской местности проживали 7 несовершеннолетних, совершивших самоубийство, 10 человек являлись городскими жителями. Основные мотивы суицидов – это конфликты с родителями, сверстниками, романтические отношения. Одиннадцать несовершеннолетних погибли от асфиксии путем повешения, четыре – от множественных травм, полученных в результате падения с высоты, один подросток погиб в результате дорожного несчастного случая (бросился под поезд). Никто из пострадавших на учете у врача-психиатра не состоял.

В 2021 году в Алтайском крае покончили жизнь самоубийством 5 мальчиков-подростков. В сельской местности проживали 4 несовершеннолетних, совершивших самоубийство, 1 человек проживал в городе. Основные мотивы суицидов – это конфликты с родителями, сверстниками, романтические отношения. Четверо несовершеннолетних погибли от асфиксии путем повешения, один – от множественных травм, полученных в результате падения с высоты. Никто из пострадавших на учете у врача-психиатра не состоял. С учетом имеющихся данных за 20 лет наблюдений – это самый низкий показатель смертности детей от самоповреждений. Данные в разрезе сибирского федерального округа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные о суицидах и самоповреждениях среди детского населения в разрезе Сибирского федерального округа в 2021 году

Регионы	Численность детского населения	Суициды	На 100 000	Самоповреждения без суицидальных намерений, угрозы совершения суицида, попытки суицида
Красноярский край	632700	26	4,11	123
Новосибирская область	589907	15	2,54	129
Иркутская область	577605	29	5,02	144
Кемеровская область	569214	21	3,69	148
Алтайский край	485005	5	1,03	173
Омская область	414338	14	3,38	61
Томская область	226244	5	2,21	58
Республика Хакасия	128407	10	7,79	44
Республика Тыва	123218	8	6,49	18
Республика Алтай	67276	6	8,92	19

При расчете на 100 тыс. населения в возрасте от 10 до 17 лет коэффициент в 2021 году составил 2,3; в 2020 году – 7,9; в 2019 году – 6,9, в 2018 году – 5,6; в 2017 году – 4,2; в 2016 году – 4,7; в 2015 году – 8,6.

Когда шифруют смерть от внешних причин по МКБ 10 при суицидах, судмедэксперты не всегда устанавливают диагноз: преднамеренное самоповреждение. Нередко диагноз – смерть от неизвестных причин – остается в статистике. Окончательное слово по установлению причины смерти ребенка или подростка от суицида остается за следственным комитетом после проведенного расследования. А так как перешифровка внешней причины смерти имеет некоторые юридические сложности, то официальная статистика по суицидам от системы здравоохранения не всегда соответствует реальным показателям суицидов среди населения. Группа реагирования и проведения анализа суицидального поведения детей и подростков в Алтайском крае пользуется статистикой, сформированной с учетом данных следственного комитета.

Утвержден и внедрен Механизм межведомственного взаимодействия по обмену информацией о фактах суицидов (суицидальных попыток), изучению причин и условий им способствовавших, организации методического сопровождения специалистов, осуществляющих оказание помощи несовершеннолетним,

пережившим суицидальную попытку (Письмо комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Алтайского края от 04.04.2019 г. № 19-К-79). Дополнительные письма Министерства здравоохранения Алтайского края от 26.11.2019 г. № ЛПУ/532 и от 07.04.2021 г. № 21–13/ЛПУ/1034 составлены для руководителей краевых медицинских организаций с целью реализации Механизма в рамках компетенции системы здравоохранения. В рамках данного механизма:

1. Руководитель медицинской организации, первой оказавшей помощь несовершеннолетнему с суицидальным и (или) несуйцидальным самоповреждающим поведением, либо зарегистрировавший факт заверщенного суицида, незамедлительно информирует:

1.1. Территориальные отделы внутренних дел с согласия гражданина или законного представителя на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, на основании и по форме Приказа № 565н.

1.2. В устной форме, с последующим направлением в течение 24 часов отправляет телефонограмму и экспресс-анкету по факту суицида (суицидальной попытки) (Приложение 1) в организационно-методический отдел КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» (тел.: 8 (3852) 684125, e-mail: akpddomo@yandex.ru).

2. Главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей»:

2.1 Ведет учет сведений о несовершеннолетних с суицидальным и (или) несуйцидальным самоповреждающим поведением, совершивших суицид.

2.2. Осуществляет мониторинг сведений об оказании медицинской помощи несовершеннолетним с суицидальным и (или) несуйцидальным самоповреждающим поведением.

2.2. Обеспечивает организационно-методическую помощь учреждениям здравоохранения по вопросам охраны психического здоровья, превенции суицидального поведения среди несовершеннолетних.

2.3. Направляет в краевую комиссию ежеквартально, до 15 числа месяца, следующего за отчетным, информацию об оказании медицинской помощи несовершеннолетним с суицидальным и (или) несуйцидальным самоповреждающим поведением.

Для остальных ведомств в данном механизме так же предусмотрены вертикальные каналы сбора и обмена информацией о совершении суицидальных действий несовершеннолетними в регионе. Вся полученная и проанализированная на местах информация скапливается в КДН и ЗП Алтайского края. Таким образом, формируется достоверная статистическая информация о смертности от самоубийств среди несовершеннолетних Алтайского края.

До утверждения Механизма годами выстраивалась система сбора и централизации информации о суицидальном и антивитаальном поведении у несовершеннолетних в регионе. Изначально Механизм обмена информацией выстраивался нами так, чтобы информация могла поступать в прямом и обратном направлении, чтобы беспрепятственно формировалась обратная связь администрации с муниципалитетами для организационно-методической помощи при работе на местах.

В 2019 году в «Реестре антивитаальных действий несовершеннолетних за 2019 год» зарегистрированы 100 несовершеннолетних, совершивших антивитаальное действие. Из них экспресс-анкеты поступили из медицинских организаций в организационно-методический

отдел КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» на 50 детей. На остальных информация поступила из других ведомств. Всем 100 пострадавшим предложена помощь врача-психиатра и психолога. Из них ранее наблюдались у врача-психиатра 10 несовершеннолетних. После совершения антивитаального действия взяты на диспансерный учет у врача-психиатра 34 человек, на консультативный – 18 человек. Прошли лечение после антивитаального действия в стационарах психиатрического профиля 28 несовершеннолетних. Не менее 8 человек, совершивших суицидальную попытку, имели высокий риск летального исхода, который у некоторых удалось предотвратить путем быстрого реагирования ближайшего окружения (сняли с крыши, вынули из петли), либо путем интенсивной медицинской реабилитации. Все 8 пострадавших находились на диспансерном учете у врача-психиатра не менее 1 года.

В 2020 году в «Реестре антивитаальных действий несовершеннолетних за 2020 год» зарегистрированы 109 несовершеннолетних, совершивших антивитаальное действие. Из них экспресс-анкеты поступили из медицинских организаций в организационно-методический отдел КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» на 61 ребенка. На остальных информация поступила из других ведомств. Всем 109 пострадавшим предложена помощь врача-психиатра и психолога. Из них ранее обращались за помощью к врачу-психиатру 11 несовершеннолетних. После совершения антивитаального действия взяты на диспансерный учет у врача-психиатра 51 человек, на консультативный – 27 человек. Прошли лечение после антивитаального действия в стационарах психиатрического профиля 28 несовершеннолетних.

Среди способов суицидальной попытки преобладают самоповреждения, чаще поверхностных вен – у 58 человек, медикаментозные отравления – у 40 человек, путем повешения – 3 человека, 7 несовершеннолетних пытались спрыгнуть с высоты, и 1 девочка после ссоры с матерью пыталась покончить жизнь самоубийством, замерзнув в снегу.

Всего в системе здравоохранения, социальной защиты, образования Алтайского края в 2021 зафиксированы сведения о 173 несовершеннолетних (30 юношах и 143 девушках), совершивших суицидальные действия и несудимые самоповреждения, из них 46 несовершеннолетних совершили такие действия повторно или неоднократно в течение 2021 г., Из 173 подростков реальные действия совершили 160 подростков, 13 детей заявляли о бессмысленности жизни, угрожали суицидом и т.д. Среди 160 подростков преобладали следующие формы самоповреждений: порезы и царапины на коже (93 ребенка), попытки повешения, в том числе на глазах у родителей (5 детей), прием медицинских препаратов (58 подростков), падение с высоты (либо действия, совершенные, чтобы произошло падение, например, открыл окно, сел на подоконник, побежал на крышу дома и т.д.) – 4 подростка. Понятие «суицидальная попытка» не закреплено в правовых документах, в связи с этим Минпросвещения рекомендовало относить к суицидальным попыткам – целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью (Распоряжение Минпросвещения России от 28.12.2020 № Р-193 «Об утверждении методических рекомендаций по системе функционирования психологических служб в общеобразовательных организациях»). В последнем квартале 2021 года при изучении случаев стали выясняться причины и цель самоповреждения, из 56 случаев самоповреждений 6 (11%) подростков заявили о прямых намерениях. Это повышает прицельность коррекционной работы с несовершеннолетними.

Следует обращать внимание на самоповреждения, которые наносят себе несовершеннолетние на коже. Привожу выдержки из Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания. За последний год индивид в течение 5 или более дней занимался преднамеренным нанесением самому себе повреждений кожного покрова (например, нанесение себе ран, уколов, ударов, чрезмерное трение) с ожиданием того, что травма приведет к легкой или средней степени физического вреда. Отсутствие суицидальных

намерений либо определяется самим индивидом, либо основано на многократно повторяющемся поведении, которое свидетельствует об отсутствии желания смерти. Подростки старательно скрывают наличие самоповреждений от окружающих. Подростки наносили самоповреждения в закрытых одеждой местах (внутренняя поверхность бедер, живот), постоянно носили кожаные браслеты на руках в случае самопорезов на предплечьях, объясняли их случайностью при наличии кровоподтеков или царапин на лице и теле. Самоповреждения позволяют подросткам справиться с душевной болью. Однако происходит привыкание к причинению себе боли. Это трансформация самоповреждающего поведения в суицидальное. Поэтому несмотря на то, что самоповреждения не ставят своей целью покончить с жизнью, они свидетельствуют о тяжелых эмоциональных переживаниях и, как следствие, нуждаются в нивелировании обстоятельств, которые вызывают данные переживания. В 2021 году выявлено 40 подростков, которые имели повторные самоповреждения в течение последних нескольких лет. Эта группа детей нуждается в дополнительном внимании, помощи.

35 родителей (из 173) отказались от передачи сведений для организации комплексной работы несовершеннолетним. Социально-психологическая помощь была оказана 91 несовершеннолетнему, это связано с добровольностью получения социальных услуг на основании ФЗ-442. Закон не обязывает родителей получать услуги, а наделяет их правом при осуществлении родительских прав получать содействие в получении социальной, медицинской, психологической и педагогической помощи. Такое содействие родителям оказывается, но в силу личностных причин они отказываются от получения помощи.

Среди причин совершения самоповреждений по данным СУСК преобладают ссоры с родителями и иными близкими родственниками, депрессивные эпизоды, конфликты со сверстниками, неразделенная любовь. Однако следует понимать, что факторы суицидального поведения являются комплексными. Реальный риск суицида полагается определять

из сочетания долгосрочных (постоянные конфликты в семье, импульсивность подростка, алкоголизация родителей и антисоциальное поведение родителей и т.д.), триггерных (стрессовых) – насилие, смерть близкого, разрывы романтических отношений, предыдущие попытки суицида, позиционных факторов (постановка нереалистичных целей и невозможность изменить их, переживание события как социального поражения, восприятие себя как бремени для других). Поэтому расставание с близким другом является не столько причиной, сколько последней каплей в социальном отвержении подростка. Поэтому анализ следует проводить многофакторный и, как следствие, организовывать коррекционную работу на разных уровнях.

Экспресс-анкеты поступили из медицинских организаций в организационно-методический отдел КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» на 83 ребенка. На остальных информация поступила из других ведомств. После совершения антивиталяного действия взяты на диспансерный учет у врача-психиатра 77 человек, на консультативный – 37 человек. Прошли лечение после антивиталяного действия в стационарах психиатрического профиля 38 несовершеннолетних.

После тщательного анализа из 173 несовершеннолетних была отобрана особая группа риска – 46 человек. В эту группу входили дети и подростки, которые больше, чем один раз совершали самоповреждающие действия или неоднократно высказывали близкому окружению намерения совершить суицид (6 человек), а также лица с гендерной дисфорией и ЛГБТ проявлениями (4 человека). Именно эти клинические особенности часто свидетельствуют о неустойчивости психических функций, и по научным данным и по опыту нашей рабочей группы такие подростки особо подвержены риску совершения суицидальных действий. С целью повышенного внимания при реабилитации несовершеннолетних из особой группы риска в рамках компетенции, все ведомства получили о них информацию. Согласно постановлению КДН и ЗП Алтайского края № 2 от 05.04.2022 года системе здравоохранения, образования и соцзащиты необходимо принять

меры по повышению эффективности организации и оказания помощи несовершеннолетним из повышенной группы риска. Данное постановление пролонгирует комплекс реабилитационных мероприятий у пострадавших в предыдущем году, что делает помощь непрерывной.

Повышение уровня фиксированных антивиталяных действий среди несовершеннолетних Алтайского края свидетельствует не об эпидемии суицидальной активности в регионе, а о слаженной работе и повышенном внимании органов системы профилактики суицидов у детей и подростков. Это контингент для третичной профилактики кризисных состояний у детей. Из 173 зарегистрированных несовершеннолетних, совершивших антивиталяное действие, экспресс-анкеты поступили из медицинских организаций в организационно-методический отдел Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей на 83 несовершеннолетних. На остальных информация поступила из других ведомств. Важно, чтобы система здравоохранения первой получала сведения о суицидальных попытках у детей, обменивалась экспресс-анкетами и вовремя начинала реабилитацию.

Постановлением Правительства Алтайского края от 17.11.2020 г. № 493 утвержден Комплекс мер по оказанию помощи (медицинской реабилитации, социально-психологической, психолого-педагогической помощи) несовершеннолетним, пережившим суицидальную попытку (далее Комплекс). Дополнительное письмо Министерства здравоохранения Алтайского края от 14.04.2021 г. № 21–13/ЛПУ/1192 составлено для руководителей краевых медицинских организаций с целью реализации Комплекса в рамках компетенции системы здравоохранения. Медицинская помощь в соответствии с данным Комплексом заложена с учетом трехуровневой системы медико-социальной реабилитации детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации с суицидальным поведением. Регламент помощи приближен к стандартизации и указан на доврачебном этапе, на уровне кризисной (в том числе реабилитационной) помощи, в стационаре и на амбулаторном этапе наблюдения (рекомендуется

диспансерное наблюдение у врача-психиатра в течение года). В стационаре рекомендовано наблюдение врачом-психиатром 30 дней, диагностический осмотр медицинским психологом, первичный осмотр и 10 сеансов с психотерапевтом. На амбулаторном этапе рекомендовано диспансерное наблюдение у врача-психиатра не менее 1 раза в месяц в течении 1 года, двухкратный диагностический осмотр у медицинского психолога (в начале и в конце наблюдения) и 10 сеансов психотерапии. По заключению врачебной комиссии можно при необходимости продлить диспансерное наблюдение у врача-психиатра пациента с психическим расстройством и расстройством поведения, совершившего суицидальную попытку.

Начиная с этапа стационарной помощи, к Комплексу свои стандартные процедуры психолого-педагогической и социально-психологической помощи подключают система образования и соцзащита. Помощь направлена на поддержку близкого окружения, включая педагогический коллектив, где обучался пострадавший, а впоследствии и на самого ребенка, перенесшего суицидальную попытку после выписки из стационара.

Все ведомства регулярно проводят для своих сотрудников образовательные мероприятия (конференции, семинары, вебинары), с приглашением экспертов из других ведомств, по профилактике и реабилитации суицидального поведения у детей и подростков.

В Алтайском крае у детей показатели общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения были значительно выше показателей в среднем по РФ и составили на конец 2021 года 4924,3 на 100 тыс. детского населения. Такие высокие показатели по психической патологии среди детского населения края складываются за счет непсихотических форм психической патологии. Общая заболеваемость по психической патологии у детей в 2021 году на 81% состояла из пограничных состояний. В данную статистическую группу попадают все пограничные психоневрологические заболевания и депрессивные эпизоды и расстройства поведения, в том числе и суицидальное, которые зачастую обладают высоким реабилитационным

потенциалом. Несомненно, что весь этот огромный объем несовершеннолетних, страдающих пограничной патологией, нуждается в комплексной медицинской реабилитации.

Предубежденное отношение к наличию психиатрического диагноза является причиной дополнительных страданий пациентов, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию, что негативно сказывается на качестве их жизни. В настоящее время благодаря успехам психиатрического лечения появилось большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, которые страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни.

Стигматизация психически больных и самой психиатрической службы значительно усложняет сохранение психического здоровья в обществе, препятствует в оказании медицинской помощи людям с пограничной психической патологией, затрудняет превентивные мероприятия по снятию психоземotionalного напряжения и эмоционального выгорания у населения.

В 2021 году в Министерстве здравоохранения Алтайского края, при активной поддержке администрации края, создана рабочая группа, и принят комплекс мер по дестигматизации психиатрической помощи детям и подросткам. Он включает медийный проект в СМИ, работу с профессиональным сообществом, родителями и непосредственно с детьми.

На сегодняшний день имеется масса выступлений и публикаций в СМИ и социальных сетях о значимости своевременного лечения ребенка у детского психиатра. Совместно с Министерством образования и науки Алтайского края разработана и внедрена через сайты школ и родительские собрания памятка: «Кто такой детский психиатр и зачем его посещать». Совместно с Министерством социальной защиты Алтайского края создан сайт и мобильное приложение, главной целью которого является информирование родителей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями, в том числе с синдромом Дауна, об услугах, которые они могут получить, о мерах поддержки, которыми они могут воспользоваться. На данном

сайте прописан подробный маршрут получения специализированной медицинской помощи у врача-психиатра с оптимальной доступностью для жителей всех муниципалитетов. При сотрудничестве с некоммерческими организациями в городских детских поликлиниках и образовательных организациях установлены стенды, в том числе с брошюрами «Зачем нам психиатр?». Благодаря проведенным мероприятиям стигматизация детской психиатрической службы уменьшается, что в свою очередь способствует большей доступности специализированной помощи.

ВЫВОДЫ

В Алтайском крае на протяжении длительного времени ведется комплексная работа по профилактике и реабилитации суицидального поведения у детей и подростков. Основным направлением является комплексная межведомственная работа с глубоким погружением в проблему детских суицидов каждого участника сложившегося коллектива рабочей группы реагирования и проведения анализа суицидального поведения детей и подростков. Принятые в регионе меры по дестигматизации

детской психиатрической службы повысили доступность и возможности оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим, а также превенцию суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения у детей группы риска с пограничной психической патологией.

Работа в указанном направлении в регионе будет продолжена. Планируется проводить регулярный мониторинг по оценке доступности и качестве оказываемых специализированных медицинских услуг детям и подросткам с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением, регулярно проводить повышения квалификации педагогов, работающих в образовательных организациях методами выявления признаков неблагополучия и суицидальных рисков.

Проводится работа по стандартизации первичной профилактической работы суицидального поведения в образовательных организациях.

Также важнейшим направлением является работа по организации широкой информационной кампании по дестигматизации психиатрической помощи, о возможностях получения специализированной медицинской помощи детям, имеющим как суицидальные попытки, так и несуйцидальные самоповреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболонин А. Ф. Социально-психологические характеристики и особенности проявления агрессивности у девиантных подростков / А. Ф. Аболонин, Н. В. Асланбекова // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3 (78). – С. 45–51.
2. Бохан Н. А. Наркоситуация в среде высокообразованной молодежи: новые вызовы старых проблем / Н. А. Бохан // Актуальные вопросы психического здоровья, перспективы развития психиатрической службы: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию Заслуженного деятеля науки РФ проф. Ц. П. Кроленко и 10-летию детской психиатрической службы Новосибирской области / сост. В. А. Макашева, Д. С. Суворова. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2013. – С. 17–22.
3. Ведяшкин В. Н. Вопросы реабилитации суицидального поведения у детей и подростков Алтайского края / В. Н. Ведяшкин // Нарушения поведения у детей, современные подходы к диагностике и терапии: сборник тезисов докладов межрегиональной научно-практической конференции. – Барнаул: Изд-во «Арбат», 2015. – С. 10–13.
4. Ведяшкин В. Н. Изменения клинико-социальных характеристик суицидального поведения подростков-пациентов наркологического стационара за 10 лет / В. Н. Ведяшкин, И. И. Шереметьева // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань, тезисы [Электронный ресурс] / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 887.
5. Ведяшкин В. Н. Организация профилактики и анализа суицидального поведения у детей и подростков Алтайского края / В. Н. Ведяшкин, И. И. Шереметьева // Детская психиатрия: современные

- вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. мат-лов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. – СПб., 2014. – С. 23–24.
6. *Ведяшкин В.Н.* Суицидальное поведение у несовершеннолетних Алтайского края / В.Н. Ведяшкин, Л.Н. Владыкина, И.И. Шереметьева // Актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии: материалы докл. межрегионал. науч.-практ. конф., посвящ. десятилетнему юбилею КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей». – Барнаул, 2012. – С. 16–20.
 7. *Ведяшкин В.Н.* Уровень отклоняющегося поведения у подростков современности / В.Н. Ведяшкин, И.И. Шереметьева // Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и науч.-практ. конф. «Современные проблемы социальной и клинической сексологии», Казань, 13–15 сент. 2012 г. / под общ. ред. Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. – СПб., 2012. – С. 176.
 8. *Кагарманов Д.С.* Смысл жизни и суицид как аксиологическая проблема / Д.С. Кагарманов, З.Г. Максютова, Л.Р. Сиргалина // Вестн. Башкирского унта. – 2007. – Т. 12. – № 2. – С. 87–89.
 9. *Макашева В.А.* Социальное значение детской психиатрии: качество оказания психиатрической помощи детскому населению отрицательно связано с частотой суицидов на территории (по данным Сибирского федерального округа) / В.А. Макашева, Е.Р. Слободская // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. мат-лов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. – СПб., 2014. – С. 25–26.
 10. *Макушкин Е.В.* Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием / Е.В. Макушкин. – М.: МИА, 2009. – 240 с.
 11. *Макушкин Е.В.* Клинико-эпидемиологические характеристики психических расстройств у детей и подростков в РФ / Е.В. Макушкин // Актуальные вопросы психического здоровья, перспективы развития психиатрической службы: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию Заслуженного деятеля науки РФ проф. Ц.П. Кроленко и 10-летию детской психиатрической службы Новосибирской области / сост. В.А. Макашева, Д.С. Суворова. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2013. – С. 9–12.
 12. *Пережогин Л.О.* Асоциальное поведение детей и подростков. Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств: рук. для врачей / Л.О. Пережогин, Н.В. Вострокнутов. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2012. – 234 с.
 13. *Персидская А.Е.* Педагогическое снижение риска суицидального поведения подростков / А.Е. Персидская // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 57–58.
 14. *Шереметьева И.И.* Бродяжничество у подростков, осложненное делинквентным поведением / И.И. Шереметьева, В.Н. Ведяшкин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – Вып. 3. – С. 89–92.
 15. *Шереметьева И.И.* Особенности отклоняющегося поведения у подростков как актуальный вопрос для детской психиатрии / И.И. Шереметьева, В.Н. Ведяшкин // Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология: материалы междунар. науч.-практ. конф., Барнаул, 5–9 июня 2012 г. / под ред. С.Д. Каракозова, П.Г. Воронцова. – Барнаул: АлтГПА, 2012. – С. 289–292.

REFERENCES

1. *Abolonin A.F.* Socio-psychological characteristics and features of aggression in deviant adolescents / A.F. Abolonin, N.V. Aslanbekova // Sib. vestn. psychiatry and narcology. – 2013. – № 3 (78). – P. 45–51.
2. *Bohan N.A.* Narcosituation among highly educated youth: new challenges of old problems / N.A. Bohan // Topical issues of mental health, prospects for the development of psychiatric services: materials of scientific and practical conference, dedicated. To the 80th anniversary of the Honored Scientist of the Russian Federation Prof. Ts.P. Krolenko and the 10th anniversary of the Children's Psychiatric Service of the Novosibirsk region / comp. V.A. Makashev, D.S. Suvorov. – Novosibirsk: Sibmedizdat, 2013. – P. 17–22.
3. *Vedyashkin V.N.* Issues of rehabilitation of suicidal behavior in children and adolescents of the Altai Territory / V.N. Vedyashkin // Behavioral disorders in children, modern approaches to diagnosis and therapy: collection of abstracts of reports of the interregional scientific and practical conference. – Barnaul: Arbat Publishing House, 2015. – P. 10–13.
4. *Vedyashkin V.N.* Changes in clinical and social characteristics of suicidal behavior of adolescent patients of a narcological hospital for 10 years / V.N. Vedyashkin, I.I. Sheremetyeva // XVI Congress of Psychiatrists of Russia. All-Russian Scientific and Practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects", September

- 23–26, 2015, Kazan, abstracts [Electronic resource] / edited by N. G. Neznanov. – St. Petersburg: Alta Astra, 2015. – P. 887.
5. *Vedyashkin V.N.* Organization of prevention and analysis of suicidal behavior in children and adolescents of the Altai Territory / V.N. Vedyashkin, I.I. Sheremetyeva // Child psychiatry: modern issues of diagnosis, therapy, prevention and rehabilitation: collection of materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation / edited by N. G. Neznanov, I.V. Makarov. – SPb., 2014. – P. 23–24.
 6. *Vedyashkin V.N.* Suicidal behavior in minors of the Altai Territory / V.N. Vedyashkin, L.N. Vladykina, I.I. Sheremetyeva // Topical issues of child and adolescent psychiatry: materials of the inter-regional scientific and practical conference, dedicated. the tenth anniversary of the KGBUZ "Altai Regional neuropsychiatric dispensary for children". – Barnaul, 2012. – P. 16–20.
 7. *Vedyashkin V.N.* The level of deviant behavior in adolescents of modernity / V.N. Vedyashkin, I.I. Sheremetyeva // All-Russian scientific-practical conference with international. with the participation of "Mental health of the population as the basis of national security of Russia" and scientific and practical conf. "Modern problems of social and clinical sexology", Kazan, September 13–15, 2012 / under the general editorship of N. G. Neznanov, K. K. Yakhin. – SPb., 2012. – P. 176.
 8. *Kagarmanov D.S.* The meaning of life and suicide as an axiological problem / D.S. Kagarmanov, Z.G. Maksyutova, L.R. Sirgalina // Vestn. Bashkir University. – 2007. – V. 12. – № 2. – P. 87–89.
 9. *Makasheva V.A.* The social significance of child psychiatry: the quality of psychiatric care for children is negatively associated with the frequency of suicides in the territory (according to the Siberian Federal District) / V.A. Makasheva, E.R. Slobodskaya // Child psychiatry: modern issues of diagnosis, therapy, prevention and rehabilitation: collection of materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation / edited by N. G. Neznanov, I.V. Makarov. – SPb., 2014. – P. 25–26.
 10. *Makushkin E.V.* Aggressive criminal behavior in children and adolescents with impaired development / E.V. Makushkin. – M.: MIA, 2009. – 240 p.
 11. *Makushkin E.V.* Clinical and epidemiological characteristics of mental disorders in children and adolescents in the Russian Federation / E.V. Makushkin // Topical issues of mental health, prospects for the development of psychiatric services: materials of scientific and practical conference, dedicated. To the 80th anniversary of the Honored Scientist of the Russian Federation Prof. Ts.P. Krolenko and the 10th anniversary of the Children's Psychiatric Service of the Novosibirsk region / comp. V.A. Makashev, D.S. Suvorov. – Novosibirsk: Sibmedizdat, 2013. – P. 9–12.
 12. *Perezhogin L.O.* Antisocial behavior of children and adolescents. Prevention and correction of associated mental disorders: hands. for doctors / L.O. Perezhogin, N.V. Vostroknutov. – M.: FSBI "SRBSP named after V.P. Serbsky" Ministry of Health and Social Development of Russia, 2012. – 234 p.
 13. *Persidskaya A.E.* Pedagogical risk reduction of suicidal behavior of adolescents / A.E. Persidskaya // Suicidology. – 2011. – № 1. – P. 57–58.
 14. *Sheremetyeva I.I.* Vagrancy in adolescents complicated by delinquent behavior / I.I. Sheremetyeva, V.N. Vedyashkin // Social and clinical psychiatry. – 2012. – Vol. 22. – Issue 3. – P. 89–92.
 15. *Sheremetyeva I.I.* Features of deviant behavior in adolescents as an urgent issue for child psychiatry / I.I. Sheremetyeva, V.N. Vedyashkin // Children, youth and the environment: health, education, ecology: materials of the International Scientific and Practical Conference, Barnaul, 5–9 June 2012 / edited by S.D. Karakozov, P.G. Vorontsov. – Barnaul: AltGPA, 2012. – P. 289–292

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Ведяшкин Виктор Николаевич – канд. мед наук, главный внештатный детский специалист-психиатр Министерства здравоохранения Алтайского края, заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей, г. Барнаул, Россия.

Viktor N. Vedyashkin – Ph.D. (Medicine), Chief out of state child psychiatrist of the Ministry of Health of the Altai Territory, Deputy Chief Medical Officer of the Altai Regional Psychoneurological Dispensary for Children, Barnaul, Russia.

E-mail: viktor.vedyashchkin@yandex.ru

