

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 16, №2

2017



УДК 616.89-008.441.44

ВНЕШНИЕ ФОРМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ (ОБЗОР)

© Моренец Т.В.¹, Ваулин С.В.²

¹ГАУЗ Брянская областная психиатрическая больница №1, Россия, 241047, Брянск, ул. Салтыкова-Щедрина, 1а

²Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме: обзор является попыткой освещения современного состояния проблемы суицидальной превенции на этапе оказания стационарной психиатрической помощи, а так же уточнения роли отдельных специфических факторов в генезе суицидального поведения. Психиатрическая помощь при наиболее тяжелых формах суицидального поведения оказывается только стационарно, что регламентировано законом о психиатрической помощи. Дезактуализация суицидальных мыслей достигается медикаментозным лечением психопатологической симптоматики с присоединением психотерапевтических и психолого-коррекционных мероприятий. Доля суицидальных попыток во время пребывания в стационаре, так и во время лечебного отпуска или в ранние сроки после выписки пациента невелика, но является крайне важной для изучения суицидогенеза и профилактики самоубийств. Анализ ошибок диагностики, терапии и курации суицидентов позволяет повысить качество оказания психиатрической помощи, обеспечить безопасность пациентов в плане совершения аутоагрессивных действий и снизить показатели суицидальной смертности. Для эффективности суицидальной превенции необходимо изучение отечественного и зарубежного опыта курации суицидоопасного контингента. Интерес представляют сведения и рекомендации по мерам предупреждения суицидального поведения при оказании психиатрической помощи.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидальный риск, суицид, самоубийство, психиатрический стационар

EXTERNAL FORMS OF SUICIDAL BEHAVIOR DURING TREATMENT IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL AND IN EARLY TERMS AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL (REVIEW)

Morenec T.V.¹, Vaulin S.V.²

¹Bryansk Regional Psychiatric Hospital N1, Russia, 241047, Bryansk, Saltykov-Shchedrin St., 1a

²Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Summary: the review is an attempt to highlight the current state of the problem of suicidal prevention at the stage of delivering medical help during hospitalization, as well as to define the role of certain specific factors in the genesis of suicidal behavior. The severest forms of suicidal behavior require hospitalization, which is prescribed in mental health law. Deactualization of suicidal thoughts is reached with pharmacological treatment of psychopathological symptoms in combination with psychotherapeutic methods and methods of the psychological correction. The proportion of suicidal attempts during hospitalization, as well as during the patients' homing or in early terms after the discharge is not too large, but appears to be especially significant for the studies of the genesis of suicide and the prevention of suicides. The analysis of diagnostic, therapeutic and curatorial mistakes of the suicides will allow to improve the quality of the delivery of the psychiatric help, to secure patients' safety in terms of committing autoaggressive actions and lower the indices of suicidal mortality. Study of the national and international experience of the curation of the suicidal contingent is important for the effective suicidal prevention. The information and recommendations on the measures of the prevention of suicidal behavior during the delivery of the psychiatric help are of high interest.

Key words: suicidal behavior, suicidal risk, suicide, psychiatric hospital

Введение

Самоубийства – одна из важнейших проблем общественного здравоохранения в большинстве стран мира. По данным ВОЗ каждый год самоубийства совершают более одного миллиона человек. Для нашей страны на протяжении последних десятилетий были характерны высокие

показатели смертности по причине суицидов, свыше 20 случаев на 100 тыс. населения. По мнению Б.Д. Цыганкова и С.В. Ваулина (2012), пациентам с наиболее тяжелыми формами суицидального поведения и высоким суицидальным риском специализированная психиатрическая помощь должна оказываться в условиях круглосуточного стационара. Нередко лечение проводится в недобровольном порядке с применением ограничительных мер, когда пациент представляет непосредственную угрозу для собственной жизни и безопасности окружающих. Лечение, направленное на купирование психопатологической симптоматики, должно приводить к улучшению психического состояния пациентов и дезактуализации суицидальных мыслей. Тем не менее, пациенты с высоким суицидальным риском могут совершать попытки самоубийства во время пребывания в стационаре, во время лечебного отпуска или в ранние сроки после выписки [15, 16].

На протяжении истории развития психиатрической помощи наблюдалось постепенное улучшение качества жизни пациентов, что приводило к снижению риска суицидального поведения и в конечном итоге к снижению смертности в психиатрических стационарах. Если еще в IX в. функции психиатрических заведений сводились к призрению за психическими болезнями, то в первой половине XX в. уже появились активные методы лечения и диагностики психических заболеваний, в том числе и депрессивных состояний, была создана система стационарных и внестационарных форм оказания психиатрической помощи [40]. Поэтому, в отличие от ситуации в VIII-IX вв., показатели смертности в психиатрических стационарах достаточно низкие, однако самоубийства среди них продолжают иметь место [27].

Случаи суицидов и суицидальных попыток в психиатрической больнице не фиксируются в статистической документации, часть контингента больных после попытки суицида умирает в медицинских учреждениях соматического профиля, часть – регистрируется как несчастные случаи. Тем не менее, показатель распространенности суицидальных форм поведения является значимым критерием качества оказания психиатрической помощи лечебным учреждением [15, 16]. Так, например, согласно годовым отчетам Великобритании за 2001-2011 гг., около 10% стационарных самоубийств были совершены пациентами психиатрических клиник, что составило 2,5% всех суицидов в общей популяции [19]. За рубежом широко распространена практика судебных исков на психиатрические больницы в отношении случаев самоубийств со стороны родственников суицидентов. Если приблизительно одно из четырех амбулаторных самоубийств выльется в претензии со стороны родственников, то среди стационарных самоубийств каждый второй случай приводит к судебному разбирательству. Суды и присяжные, как правило, воспринимают стационарные подразделения, как имеющие большую степень контроля над пациентами и, таким образом, несущими большую ответственность в отношении предотвращения самоубийств. В США показатель суицидальной смертности является значимым при лицензировании медицинских организаций Объединенной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения (ЖАНО). Самоубийства в психиатрических больницах относят, к так называемым «сигнальным событиям», поскольку они сигнализируют о необходимости немедленного реагирования и расследования. Термин «сигнальное событие» и «врачебная ошибка» не синонимичны; не все «сигнальные» инциденты возникают из-за ошибки, и не все ошибки нуждаются в разборе и расследовании [17]. Несмотря на активное развитие в последнее время суицидологии, как отдельного направления психиатрии в России и за рубежом, проблеме диагностики и профилактики суицидального поведения во время лечения в психиатрической больнице и в ранние сроки после выписки уделялось недостаточно внимания.

Эпидемиология

Согласно данным отчета ВОЗ (2014), распространенность самоубийств в Российской Федерации составила 22,4 на 100 тыс. населения, что соответствует высокому показателю. Однако существует значительный разброс частоты самоубийств внутри страны. В отдельных регионах смертность по причине суицидов устойчиво достигает критических цифр: Еврейская автономная область (61,6), Республика Бурятия (63,2), Республика Алтай (67,8), Чукотский автономный округ (76,2) и др. [10]. Авторы объясняют это относительно устойчивыми социально-демографическими, этнокультуральными и экономическими характеристиками регионов, включая доступность психиатрической помощи. Суициды – одна из главных причин смерти среди молодежи в связи с внешними причинами, которые приводят к значимым социально-экономическим последствиям. Суммарные экономические потери вследствие суицидов составили 145, 788 млрд. рублей или 0,46% ВВП. По мнению Е.Б. Любова (2013), проведение программ профилактики суицидов предполагает ресурсосберегающий эффект на национальном и региональном уровнях. Многими авторами подчеркивается лишь приблизительность статистических данных, несмотря на большое количество эпидемиологических исследований. Это объясняется рядом причин, таких как

недостаток получаемой информации, различными методологическими подходами к изучению суицидального поведения, различием дефиниций и классификаций форм суицидального поведения, а так же отсутствием стандартизированных форм регистрации самоубийств и алгоритмов сбора информации по суицидальной смертности [2, 5, 15]. Учитывая этот факт, реальные показатели суицидальной смертности могут оказаться значительно выше.

Еще меньше статистических данных о распространенности суицидальных форм поведения среди стационарных больных и, в частности, в психиатрических больницах. Зарубежными авторами уделяется больше внимания этой проблеме. По данным австралийских ученых за период с 1973 по 1993 г., коэффициент распространенности самоубийств в психиатрических стационарах составил 3,68 на тыс. госпитализаций. Авторы отмечают снижение этого показателя после 1987 г., связывая это с модернизацией психиатрической помощи. Согласно статистическому анализу случаев суицидов в институте психиатрии Кларка (Clarke Institute of Psychiatry) за 30 лет, показатель суицидальной смертности составил 1,24 на тыс. выписок. В целом, по сообщениям североамериканских, европейских, австралийских и китайских больниц, показатель варьирует от 1,0 до 4,5 на тыс. госпитализаций. Данные по соотношению показателей госпитальных суицидов у мужчин и женщин в целом схожи по разным источникам и составляют приблизительно 3:1 [24]. В зарубежной литературе так же имеются указания на распространенность суицидов среди больных многопрофильных стационаров, включающих психиатрические отделения. По некоторым сообщениям, из 35 тыс. ежегодных самоубийств в США около 1,5-1,8 тыс., 5-6% происходят в стационаре. Две трети суицидов были совершены мужчинами; их средний возраст составил 50,7 лет [19, 36]. В Японии, где уровень самоубийств традиционно высок, проблеме профилактики самоубийств среди пациентов психиатрических больниц уделяется значительное внимание, и подобные инциденты подробно фиксируются и анализируются [30].

Что же касается сведений о случаях суицидов в ранние сроки после выписки статистических данных еще меньше. Группой ученых из Швеции проанализированы случаи самоотопления за 1992-2009 годы в северных районах страны. Использовались данные патологоанатомических экспертиз, полицейских и медицинских отчетов, изучались обстоятельства совершения суицидов и психиатрический анамнез. Было показано, что из 129 случаев у трети суицидентов были суицидальные попытки в анамнезе, а половина жертв ранее находилась на стационарном психиатрическом лечении, причем одна треть из них покинула больницы менее, чем за неделю до самоубийства [18]. В Тайбэй (Тайвань), среди 10 тыс. случаев самоубийств у лиц, обратившихся за психиатрической помощью в течение 12 мес. до смерти, 16% из них неоднократно госпитализировались в психиатрический стационар, 21% находился на диспансерном наблюдении. Авторы указывают на тот факт, что половина контингента суицидентов обращалась за психиатрической помощью в течение недели до смерти, а в 20% случаев за 24 ч. По заключению экспертов, суицидальный риск был оценен врачом-психиатром как высокий только лишь в 2% случаев, что может указывать на отсутствие критериев оценки риска совершения самоубийства и недостаточную подготовку специалистов в области суицидологии [32].

По данным чешских ученых из 137 290 пациентов госпитализированных в период между 2008-2012 гг. в психиатрические больницы, 402 человека покончили жизнь самоубийством во время стационарного лечения или в течение 2-х мес. после выписки. Большинство из них неоднократно госпитализировались с аффективными и невротическими расстройствами [39].

Факторы риска суицидального поведения

Факторы риска суицидального поведения условно подразделяют на две большие группы: групповые и индивидуальные. К групповым факторам относят: средовые и социально-демографические; к индивидуальным: психологические (личностные) и клинические. Помимо факторов, провоцирующих развитие суицидального поведения в психиатрическом стационаре и в ранние сроки после выписки, можно выделить и специфические причины, связанные с организацией психиатрической помощи. К специфическим обстоятельствам риска совершения госпитальных суицидов и суицидальных попыток можно отнести меры безопасности, стигматизацию, длительность и условия пребывания в больнице [15, 25].

Влияние средовых, социальных, демографических и этнокультуральных факторов

На всем протяжении развития суицидологии как направления медицинской науки, многочисленными авторами предпринимались попытки выявить факторы, влияющие на суицидальное поведение. В их число входили гелиофизические, метеорологические факторы, такие как изменение интенсивности земного магнетизма, солнечной активности и смены лунных фаз, однако полученные данные были достаточно противоречивы. Согласно данным статистики,

максимальное число самоубийств приходится на май, июнь и июль, а минимум на зимние месяцы [1, 15]. Встречаются эпидемиологические исследования, в которых авторы прослеживают определенную зависимость от дня недели. Полученные данные отечественных и зарубежных ученых во многом совпадают, выделяя наиболее вероятными днями совершения самоубийства для лиц обоего пола понедельник и четверг. По времени суток пик суицидов приходится на утренние часы, минимальное на ночные. Суицидальные попытки, наоборот, чаще совершаются в вечерние и ночные часы. Единогласное мнение исследователей в отношении влияния пола и возраста на характеристики контингентов, совершающих самоубийства и покушения на самоубийство. Бесспорно преобладание распространенности самоубийств среди мужчин во всех половозрастных группах, по различным данным, от 3:1 до 4:1 [8, 15]. Максимальный возрастной пик гибели мужчин – 35-50 лет. У женщин выделяются два «пика» – в возрастном интервале 45-49 лет и максимальный – после 65 лет [9]. Подобные закономерности характерны в некоторой степени и для госпитальных самоубийств, преобладание которых у мужчин регистрируется в среднем возрасте [30].

Влияние социально-экономической и политической ситуации в стране на уровень суицидальной активности населения подтверждено во многих отечественных работах [1, 2, 7, 9, 13, 15]. Социологический подход являлся одним из самых первых теоретических концепций самоубийств. Основоположник концепции, профессор социологии Э. Дюркгейм (1858-1917) придавал социальным факторам ведущее значение. В своем фундаментальном труде «Самоубийство» (1897) важнейшим суицидальным фактором автор считает социально-экономическую депривацию: необразованность, бедность, незанятость, одиночество. Современные исследования во многом подтверждают его мнение. Резкие перемены в политике и экономике нашей страны, военные действия и вместе с тем миграционные процессы и межнациональные конфликты, изменения образа жизни и взаимоотношений в обществе неизбежно сказываются на состоянии психического здоровья населения, приводя к развитию расстройств адаптации и различных по степени выраженности вариантов социально-стрессовых расстройств. Объективные социально-демографические характеристики указывают на социологический аспект риска суицида без учета индивидуальности мотива суицидального поведения и личности суицидентов [1, 15].

Несмотря на тот факт, что показатели суицидальной смертности варьируют в различных странах и регионах мира, эти различия достаточно устойчивы во времени. Это обусловлено относительно стабильными социально-демографическими, этнокультуральными и экономическими факторами. По мнению ряда исследователей, высока роль религиозного фактора в принятии решения о совершении самоубийства. Все основные мировые религии отрицательно относятся к самоубийству, поэтому с позиции религиозного фактора имеет значение сложившиеся к настоящему времени в разных нациях и культурах формы религиозного поведения людей, т.е. особенности их следования религиозным канонам и требованиям [7].

По мнению Б.С. Положего (2003), только этнокультуральная принадлежность населения образует достаточно четкую и последовательную связь с уровнем частоты самоубийств. Данные закономерности хорошо прослеживаются на примере нашей страны, ввиду разнородности населения Российской Федерации в этническом, культуральном и религиозном плане. В Российской Федерации, в сравнении с другими странами, уникальный разрыв в частоте суицидов между регионами. Наиболее благополучная ситуация по частоте суицидов на Северном Кавказе: в Дагестане, Карачаево-Черкесии, Ингушетии и Чечне. Наиболее высокие показатели суицидальной смертности – в финно-угорских регионах (республиках Коми, Марий Эл), в республике Бурятия и в регионах, где проживают малочисленные народы Севера (Корякском, Чукотском, Коми-Пермяцком округах). Например, в республике Дагестан в 2012 г. показатель суицидальной смертности составил всего 2 случая на 100 тыс. населения, в Северной Осетии – 4, а в Ненецком автономном округе – 102, в Корякском – 98, в Чукотском автономном округе 76 на 100 тыс. [7, 10].

Индивидуальные факторы

К индивидуальным факторам, оказывающим влияние на суицидальное поведение, относят: генетический фактор и семейный суицидальный анамнез, личностные особенности суицидентов, в том числе мотивы суицидального поведения. В последнее время весьма актуальны исследования генетического фактора как одного из ведущих в генезе суицидального поведения. Популярной является так называемая «метиловая гипотеза» о природе ранней травмы. Авторами приводятся данные об эпигенетических эффектах в мозгу жертв суицида связанных с метилированием в различных генах, в частности, генов системы ГАМК, реелина. Приведенные исследования стремятся доказать, что средовые факторы (в том числе и психологические травмы) раннего периода развития «оставляют следы» в геноме, что сопровождается поведенческими последствиями и нарушениями психического здоровья [34]. С биохимической позиции суицид

можно рассматривать как трехкомпонентную систему: моноаминергическая медиация и гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная система как путь срочной реализации стрессового напряжения и связанного с ним возбуждения и беспокойства; серотонинергическая система как механизм контроля агрессивных импульсов и формирования депрессии. Вышеописанные «поломки» на уровне генов приводят к неизбежному дисбалансу в этой системе: дефициту или гиперреакции ее звеньев, формируя такие патологические черты личности, как агрессивность, импульсивность, неустойчивость в стрессах, ангедония, депрессия или циклоидность. Это подтверждается многочисленными исследованиями, касающимися наследственной отягощенности по совершению суицидальных попыток и суицида в семье и в целом наследственной природой аффективной патологии [6, 12, 13, 32].

А.Г. Амбрумова и соавт. (1980) отводили ведущую роль в суицидогенезе нарушению взаимодействия между личностью и ее социальным окружением, рассматривая суицидальное поведения как «следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого (неразрешенного) ею микросоциального конфликта».

Ряд исследований посвящен изучению психологических (личностных) факторов риска совершения самоубийства. Сторонники психологического направления подчеркивают, что индивидуальные предпосылки к развитию суицидальной дезадаптации «локализируются» в личностной мотивационной сфере, сформированной в детском и подростковом возрасте, когда закладывались характеристики личности и формировался акцентуированный комплекс переживаний. При сочетании клинических, социально-психологических, ситуационных и личностных влияний этот комплекс может явиться триггером суицидального поведения. К наиболее суицидоопасным, по мнению ряда суицидологов, относятся такие личностные особенности как эмотивность, циклотимичность, аутоагрессивный и аутично-депрессивный типы реагирования на стресс, отсутствие или неприоритетность высших личностных потребностей, эгоцентризм, импульсивность, ригидность поведенческих стереотипов, высокий уровень тревожности. Анализируя особенности механизмов психологической защиты, встречающихся среди суицидентов, большинство авторов выявляют следующие особенности: преобладание использования механизмов проекции, реактивных образований и рационализации, использование избегающих форм поведения [8].

Изучая механизмы формирования предрасположенности к суицидальной дезадаптации Е.А. Панченко (2012) показала, что формирование суицидального процесса, закладывающимся еще в детстве, в виде «дисфункционального типа функционирования родительской семьи», непоследовательного типа воспитания, нарушений поведения в детском и/или подростковом возрасте, формирование в поведении избегающих тенденций. На основании литературных данных и собственных исследований Б.С. Положий и Е.А. Панченко (2012) делают вывод, что около 90% лиц с различными формами суицидального поведения подверглись в своих родительских семьях различным вариантам патологического воспитания. Это могло быть гипоопека, гиперопека, безнадзорность, воспитание по типу «Золушки», «Кумир семьи» и др.[12, 13].

Зарубежные исследователи, анализировавшие суицидальное поведение среди подростков, поступивших в связи с суицидальной попыткой и ранее проходивших лечение в психиатрическом стационаре, выявили следующие психологические особенности: заниженная самооценка, протестные реакции в виде отвержения помощи, незрелые защитные механизмы, отсутствие родительской поддержки, частые конфликты с родителями, трудности в учебе. Среди факторов суицидального риска так же отмечают серьезные потери и жестокое обращение в раннем детстве [13-15]. Рассматривая суицидальное поведение не как результат сложившихся обстоятельств, а как процесс развития личности, можно проводить диагностику личностных особенностей и психокоррекционное вмешательство на любом этапе, с целью профилактики дезадаптивных форм поведения [12].

Клинические факторы риска суицидального поведения

Рассматривая вопрос суицидального поведения пациентов в психиатрической больнице, необходимым является изучение особенностей суицидогенеза в рамках определенных нозологических категорий, выявление клинических факторов суицидальной дезадаптации, оказывающие влияние на индивидуальные особенности курации и подбора как медикаментозного, так и психотерапевтического лечения.

Преобладающий контингент психиатрических больниц – это больные с расстройствами шизофренического (f2), и аффективного спектров (f3), больные с органическим поражением головного мозга (f0). Процент пациентов проходящих лечение стационарно с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами и пациентов с расстройствами

личности и поведения невелик и составляет около 2,5% [6]. Распространенность суицидальных форм поведения среди лиц с установленным психическим расстройством значительно, от 2,5 до 5 раз, превышает уровень самоубийств в общей популяции. Наличие группы инвалидности по психическому заболеванию, нетрудоустроенность, социальная изоляция, одиночество являются дополнительными отягощающими факторами в генезе суицидального поведения в данной категории [3, 15].

Расстройства аффективного спектра, в частности, депрессивные расстройства – признанный триггер суицидального поведения. Существует множество исследований, где анализируются корреляции суицидального поведения с выраженностью и структурой депрессивного синдрома. К наиболее суицидоопасным характеристикам депрессии относят: наличие генерализованной тревоги, неустойчивый аффект, смешанные аффективные и дисфорические состояния [1, 12, 15]. Более высокий уровень суицидальной активности среди расстройств аффективного спектра наблюдается у пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР). На начальных этапах заболевания, дифференциальная диагностика между БАР II типа и рекуррентным депрессивным расстройством зачастую представляет значительные затруднения. Ошибочная диагностика приводит к выбору неверной тактики терапии и курации, что отягощает течение заболевания, приводя к более высокой частоте его обострений, ухудшению клинического и социально-трудового прогноза, снижению качества жизни пациентов, и тем самым увеличению суицидального риска. По данным Н. А. Тювиной, И. Г. Коробковой (2016), депрессию при БАР отличают: более ранний возраст начала заболевания; меньшая длительность, но большая частота обострений; большая склонность к континуальному течению; более выраженное снижение социальной и семейной адаптации; гипертимные черты личности в преморбиде; более частая наследственная отягощенность по аффективным расстройствам, шизофрении и алкоголизму; высокая коморбидность с обменными заболеваниями и злоупотреблением психоактивными веществами; ухудшение состояния чаще в осенне-зимнее время; преобладающий тревожный аффект и выраженное снижение интересов в структуре депрессии; большая частота атипичных нарушений сна, аппетита и массы тела; моторная заторможенность, а так же высокий уровень суицидальной активности [14]. К предикторам возникновения суицидальных тенденций у пациентов с БАР можно отнести частые эпизоды депрессии, нерегулярность наблюдения у лечащего врача, несоблюдение режима приема поддерживающей психофармакотерапии [35]. По данным других авторов, не выявлялось значимых различий в частоте встречаемости суицидальных проявлений у пациентов с БАР и рекуррентным депрессивным расстройством [11]. Высокий суицидальный риск может обнаруживаться у пациентов с расстройствами адаптации на фоне стресса. Большое значение для таких пациентов наряду с фармакотерапией имеет психотерапевтическая и психокоррекционная работа [12, 15].

Согласно материалам одного из мета-анализов, клинические факторы риска суицидального поведения среди психиатрических госпитальных больных в целом схожи с факторами риска суицида в общей популяции и включают аффективные и личностные расстройства, шизофрению, наличие в психопатологической картине депрессии идей виновности, безнадежности, самообвинения, семейный отягощенный анамнез относительно самоубийств и аффективной патологии. По данным израильской группы ученых госпитальный суицид чаще совершают пациенты с расстройствами шизоаффективного и шизофренического спектров. К факторам суицидального риска авторы относят недобровольную госпитализацию и наличие суицидальных попыток в анамнезе [31]. Существует гипотеза о том, что у лиц с множественными попытками суицидальное поведение носит аддиктивный характер. Так, например, при исследовании данного феномена на базе университетской больницы Мадрида, использовались такие критерии как: толерантность, синдром отмены, потеря контроля, социальная дезадаптация, осложнения соматического характера. Авторы пришли к выводу, что у пациентов с множественными суицидальными попытками обнаруживается три и более критерия зависимости к суицидальному поведению [21].

Высокий суицидальный риск у больных шизофренией в 5-10 раз выше, чем среди населения, подтвержден в работах отечественных и зарубежных авторов. Среди пациентов с суицидальными проявлениями доля больных шизофренией достаточно велика и составляет по отдельным данным около 45-65% [13, 15, 31]. Больные шизофренией с суицидальными попытками в анамнезе, частыми госпитализациями по поводу выраженной депрессивной симптоматики представляют собой наиболее опасный контингент в плане совершения стационарного самоубийства [13]. Суицидальные действия такими пациентами могут совершаться немотивированно, импульсивно, поэтому, зачастую их достаточно трудно предсказать. Велика вероятность суицида у пациентов с первым психотическим эпизодом в рамках шизофренией после купирования продуктивной симптоматики. По данным М. Nordentoft, Т. Madsen (2015), суицидальный риск особенно высок в течение первого года с момента дебюта заболевания, почти в два раза выше, чем в более позднем

периоде болезни. Представленные данные говорят о необходимости совершенствования диагностики аффективной патологии на этапе формирования критики к болезни после перенесенного психотического эпизода. Совершенствование критериев выписки и первичной профилактики суицидального поведения путем выявления антивитаальных переживаний у пациентов с впервые диагностированным эндогенным заболеванием может существенно снизить суицидальный риск. Данный контингент требует особого внимания после выписки из стационара со стороны амбулаторной службы.

Согласно демографическим исследованиям в области суицидологии, уровень суицидов увеличивается с возрастом, у женщин достигая максимума после 65 лет [2, 9, 15]. Согласно отчета ВОЗ за 2014 г., в Российской Федерации коэффициент суицидальной смертности у мужчин в возрастной группе от 70 лет достиг невероятно высокой цифры 72,3 на 100 тыс. Поздний возраст – это время утрат: социального статуса, близких людей, соматического здоровья. Наличие депрессии у лиц пожилого возраста определяет значительную суицидальную активность с высокой степенью летальности [15]. Нередко психический статус таких пациентов ошибочно расценивается как деменция, особенно при наличии классической депрессивной триады: гипотимии, идеаторной и моторной заторможенности. В группу высокого риска развития суицидального поведения попадают пациенты геронтологических отделений и домов-интернатов психиатрического профиля. Зачастую, ввиду отсутствия семьи, социальной поддержки, надлежащего ухода, наличия сопутствующих заболеваний, данная группа пациентов становится наиболее уязвимой [1, 23]. Выявить суицидальные намерения помогает респрос, в котором необходимо уделять особое внимание отношению индивида к религии и смерти. Как известно, религиозность является значимым антисуицидальным фактором и от того как пожилые люди воспринимаяют смерть, по мнению А. Vonnewup (2015), отчасти зависит, возникнет ли у них желание умереть. Депрессивные расстройства у пожилых могут являться первыми предвестниками и сопутствующими компонентами деменции и провести между ними дифференциацию у пожилых лиц не всегда удается. Больные в глубокой деменции также могут совершать самоповреждающие действия. Подобные инциденты не относятся к суицидальным формам поведения, ввиду отсутствия осознанности своих действий и их возможных результатов, поэтому такие происшествия попадают в раздел несчастных случаев, что в свою очередь еще больше увеличивает значимость организационных и профилактических мероприятий в отношении аутоагрессивных действий в отделениях геронтологического профиля.

Этапы оказания суицидологической помощи в психиатрическом стационаре

Круглосуточное психиатрическое наблюдение является основой диагностики и подбора психофармакологического лечения при наиболее тяжелых психических заболеваниях. В последнее время все больше говорится об оптимизации оказания медицинской помощи, повышении эффективности стационарного лечения, сокращении коек и сроков госпитализации. Из истории известно, что сокращение мощности психиатрических стационаров напрямую сказывается на уровне суицидальной смертности среди населения. Например, в Великобритании, с целью сокращения сроков госпитализации и уменьшения количества коек в период с 1997 по 2008 г. были созданы так называемые «Центры разрешения кризиса и лечения на дому» (CRHT). Количество госпитализаций снизилось практически в 8 раз, а уровень стационарных суицидов упал почти на треть с 2,45 до 1,68 на 100 тыс. дней госпитализации, что компенсировалось еще большим подъемом уровня суицидальной смертности среди пациентов, находящихся под присмотром команд CRHT. Данный опыт показывает необходимость совершенствования именно стационарной психиатрической помощи в новых условиях, оптимизации критериев выписки и преемственности с амбулаторной службой. Эффективность суицидологической помощи может быть достигнута только при правильном выполнении всех этапов оказания специализированной психиатрической помощи суицидентам в полном объеме, исключая формальный подход.

Согласно этапам оказания суицидологической помощи в психиатрическом стационаре, разработанным Б.Д. Цыганковым и С.В. Ваулиным (2012), можно определить направления суицидальной превенции как в отношении лиц, госпитализированных в психиатрический стационар по поводу суицидальной попытки, так и в отношении лиц, ранее не проявлявших суицидальной дезадаптации, но с высоким суицидальным риском. На этапе госпитализации в психиатрический стационар и госпитальной диагностики проводится первичная оценка психического статуса больного, включая психиатрический, соматоневрологический и социальные аспекты, производится первичная оценка суицидального риска. По данным JCAHO (объединенной комиссии по аккредитации организаций здравоохранения в США), проанализировавшей случаи стационарных самоубийств в течение 10-летнего периода (1995-2005 гг.), первопричиной их совершения являлась неверная оценка суицидального риска примерно в 60% случаев, иначе при

верной оценке были бы предприняты соответствующие меры предосторожности и суицид мог быть предотвращен [17].

Для оценки степени риска суицидальной дезадаптации важен подробный сбор анамнеза: совершались ли ранее пациентом суицидальные попытки, каким способом и как они были предотвращены, встречались ли они у близких родственников, не находился ли суицидент под влиянием события самоубийства. Эта информация может помочь понять мотивы и истинность суицидальных намерений, предупредить повторные внутригоспитальные попытки суицида. Госпитализация в психиатрический стационар, особенно первичная, ставит перед собой задачу адаптации к новым условиям, сам факт поступления в психиатрическую больницу может явиться сильнейшим психосоциальным стрессом, особенно для лиц госпитализированных впервые. На начальном этапе еще ярко выражена симптоматика, идет процесс подбора лечения, возможны первые негативные проявления лекарственной терапии, что в совокупности может явиться поводом для принятия решения о самоубийстве. Со стороны врача и медперсонала необходима настороженность в отношении развития антивитальных переживаний и суицидальных намерений у первичных больных. Важна рациональная психотерапия, как объяснение в доступной форме необходимости лечения в стационаре, особенностей лечебных и организационных мероприятий [3, 15].

Особое внимание в плане суицидальной превенции отводится пациентам, поступившим в связи с суицидальной попыткой. Для разработки терапевтической стратегии важнейшим шагом является выявление стойкости суицидальных тенденций и типа постсуицидального периода. На основании актуальности суицидального конфликта, степени фиксированности суицидальных тенденций, особенностей отношения к совершенной попытке выделяют четыре разновидности постсуицида: критический, манипулятивный, аналитический и суицидально-фиксированный типы. Пациенты со стойким характером суицидальных намерений, нередко открыто заявляют, что «все равно покончат с собой», «никто их не остановит» или «ничто не помешает совершить самоубийство в больнице», пытаются совершить суицидальную попытку на глазах медперсонала [15]. Выявление больных с суицидально-фиксированным типом постсуицида, их неотложная госпитализация (возможно недобровольная), применение необходимых мер надзора являются важнейшими мероприятиями профилактики повторной суицидальной попытки в стационаре.

В зависимости от особенностей психопатологической картины и степени суицидального риска в психиатрическом стационаре общего типа пациенту предписывается определенный вид надзора. Назначение необходимой категории медицинского наблюдения является первоочередной мерой суицидальной превенции после оценки степени суицидального риска. Традиционно предусмотрены следующие виды надзора: «строгий» – режим непрерывного усиленного наблюдения медицинским персоналом за больными; «общий режим» – обычное психиатрическое наблюдение, предусматривающее постоянный контроль средним; и младшим медперсоналом за поведением больных, находящихся в отделении; «свободный выход» – предусматривает возможность самостоятельного прихода и ухода в лечебный отпуск, прогулки, посещение лечебно-трудовых мастерских. В англоязычной литературе соответственно выделяют четыре категории стационарного наблюдения: уровень I – общее наблюдение: не все пациенты должны находиться в пределах видимости, их место нахождения должно быть известно медицинскому персоналу; уровень II – прерывистое наблюдение, при котором пациент должен быть проверен каждые 15 мин.; уровень III – пациент находится под непрерывным наблюдением в непосредственной близости от медицинского персонала, применяется в отношении пациентов с высоким риском совершения агрессивных и аутоагрессивных действий; уровень IV – пациент находится на расстоянии вытянутой руки, в том числе в ванной комнате, для осуществления данного вида надзора требуется отдельная медицинская сестра. Авторы отмечают, что IV вид надзора достаточно дорогостоящий и трудоемкий процесс, поэтому некоторые больницы разработали палаты острой и интенсивной терапии, где несколько пациентов могут быть размещены внутри прозрачной кабины и контролироваться либо непосредственно медицинским персоналом или же с помощью телевизионных систем. Обеспечение строгого надзора в отношении суицидоопасных пациентов является необходимой мерой безопасности, однако, длительное пребывание под непрерывным наблюдением может вызвать усиление симптомов депрессии из-за заниженной самооценки и чувства стигматизированности [27, 31].

Следующим важным компонентом превенции является выбор психофармакотерапии. Медикаментозная терапия депрессивных состояний является значимым антисуицидальным фактором, в то же время неверный подбор антидепрессантов может существенно повысить суицидальный риск при определенных клинических состояниях. Важно при назначении терапии антидепрессантами учитывать тип депрессии и выраженность ее основных симптомов. Риск суицида в стационаре увеличивается для пациентов с резистентностью к психофармакологическому лечению, а так же при наличии тяжелых побочных эффектов во время

предыдущих госпитализаций, несвоевременном назначении терапии антидепрессантами [15, 25, 31].

К основным направлениям работы на этапе курации и терапии в психиатрическом отделении относят: динамическую оценку психического статуса и степени суицидального риска, что неразрывно связано с оценкой эффективности проводимой психофармакотерапии, ее своевременной коррекцией, а так же с решением вопроса об изменении режима наблюдения [3]. В условиях круглосуточного стационара ведущими мерами безопасности являются обеспечение качественного контроля медицинским персоналом и ограничение средств самоповреждения.

Важнейшим элементом обеспечения безопасности пациентов является максимальное исключение возможностей совершения суицидальных действий. С целью осуществления наблюдения за пациентами традиционно в психиатрических больницах практикуются регулярные обходы средним и младшим медицинским персоналом каждые 15-30 мин. Зарубежные авторы рекомендуют с осторожностью полагаться на периодические проверки, потому что 15 мин. достаточно для совершения аутоагрессивных действий в стационаре. При анализе 76 случаев суицидов в стационарных отделениях США G. Jayagam и соавт. (2010) выявили следующие закономерности: в половине случаев самоубийства совершались в 15-минутных интервалах между проверками медицинским персоналом, при постоянном наблюдении – до 9% случаев (персонал неофициально прекратил наблюдение, чтобы провести другие мероприятия), причем в 78% случаев суицидальные мысли отрицались больными на осмотрах. D.Z. Lieberman с соавт. (2004) предлагал менять время проверки случайным образом в пределах 15 мин., чтобы сделать временной интервал менее предсказуемым. Следует помнить, что больные, склонные к импульсивным действиям, всегда нуждаются в строгом надзоре [29, 33].

Если выбор того или иного способа самоубийства определяется средовыми или же культуральными факторами в том или ином сообществе, то в стенах психиатрической больницы выбор способов значительно ограничен. Считается, что наиболее распространенный способ совершения суицида в психиатрических больницах это – самоповешение, которое в среднем составляет 75-77 % всех стационарных самоубийств. Зарубежные авторы выделяют также падение с высоты. Нанесения самоповреждений осколками стекла от окон, зеркал или какими-либо другими предметами, возможно по неосмотрительности оставленными родственниками, самоотравления накопленными лекарствами так же являются возможными способами совершения самоубийства [29, 37].

По данным Joint Commission Resources (2007), 75% стационарных самоубийств происходят в ванной комнате пациента, спальне или гардеробе. Ванная комната является одной из областей, где пациент может быть уверен в уединенности в течение некоторого времени. Смерть в результате самоповешения может наступить через 4-5 мин. давления на сонные артерии, что делает неэффективными 15-минутные проверки медицинским персоналом при наличии индивидуальной палаты и индивидуальной ванной комнаты с запирающейся дверью. Наибольшие зоны риска представляют собой места, ненаблюдаемые со стороны персонала, где пациент способен уединиться на некоторое время. H.S. Benensohn и H.L. Resnik (2012) опрашивали стационарных больных на предмет возможности совершения суицидальных действий и обнаружили, что большинство пациентов уже рассматривали потенциальные возможности совершения самоубийства и указали «слабые места», которые ранее не рассматривались медицинским персоналом как потенциально опасные. Практически любой предмет одежды и какие-либо выступающие объекты могут быть использованы для совершения самоудушения. Большую опасность самоповешения в положении сидя или стоя на коленях представляют собой лигатурные точки крепления, сантехническое оборудование, опорные ручки в душевых и ваннных комнатах. Такие недостатки могут быть устранены, например, путем создания нержавеющей стальной ящика, вокруг сантехнических приборов или путем добавления «тарелки», позволяющей при сохранении функциональности ручек, минимизировать риск самоповешения, снятие дверей со шкафов, замена вешалок полками. Вентиляционные отверстия, двери, гардеробные шкафы, вешалки для одежды, шланги, ремни, шнурки, средства бытовой химии, оставленные без присмотра, полиэтиленовые пакеты так же могут быть потенциально опасными [17, 20, 23, 29].

Ключевую роль в обеспечении безопасности пациентов выполняет медицинский персонал. По некоторым оценкам, медицинская сестра психиатрической больницы каждые 2,5 года своей практики сталкивается с суицидом, совершенным непосредственно в стационаре [17, 28]. Как правило, больные скрывают суицидальные намерения и выявить их удается только по некоторым особенностям поведения. Это может быть настороженное внимание больного к происходящему вокруг, его попытки припасти какие-либо колющие или режущие предметы, шнурки. Стремление укрыться одеялом с головой всегда должно вызывать опасение у персонала. Если все же суицидальная попытка реализована, следует, не оставляя поста, вызвать врача и принять все

необходимые меры: вынуть больного из петли, остановить кровотечение, приступить к искусственному дыханию, промыть желудок и т. д., в зависимости от вида суицидальных действий.

Одной из причин госпитального суицида можно считать нарушение терапевтического альянса, вследствие высокой загруженности медицинских сотрудников больницы. Для создания доверительного отношения со стороны больного, установление отношений сотрудничества и конструктивного взаимодействия необходимо изучение семейного, трудового статуса пациента. Персонал может потерять объективность, рассматривая суицидальные действия как манипулятивные или симулятивные, тем не менее, любые аутоагрессивные проявления требуют серьезного к себе отношения, потому что, во-первых, оценка мотива могла быть ошибочной и истерическая симптоматика в свою очередь может сопровождаться выраженной депрессией с аффектом тоски и тревоги, во-вторых, аутодеструктивные действия даже без суицидальных намерений могут привести к гибели больного [15]. Высокая загруженность медицинского персонала в первую очередь является следствием его нехватки. Согласно справки о состоянии стационарных психиатрических учреждений РФ и правовых актов оказания стационарной психиатрической помощи, подготовленной профессором Н.Г. Незнакомым по запросу руководителя Росздравнадзора М.А. Мурашко, существуют значимые проблемы в системе оказания стационарной психиатрической помощи, в частности недостаточность обеспечения медицинскими сестрами, которое составляет 67 %, младшим медицинским персоналом – 61% от необходимого количества. Сокращение младшего медицинского персонала увеличивает риск совершения госпитального суицида, особенно в ночное время в плохо наблюдаемых местах [29]. Повышение интенсивности работы медицинского персонала приводит к снижению эффективности профилактики аутоагрессии. Следует отметить, что суицид в психиатрической больнице является стрессогенным фактором в отношении самих работников больницы, что впоследствии может провоцировать развитие синдрома эмоционального выгорания [3]. Контроль за пациентами с высоким суицидальным риском является сложной задачей. За рубежом проводятся попытки автоматизировать этот процесс, в клинике Меннигер, США проводятся исследования относительно внедрения электронной интегрированной системы тревоги при рисках суицида для улучшения наблюдения за стационарными больными [33].

На этапе выписки из психиатрического стационара решается вопрос о возможности лечения больного в амбулаторных условиях. Выписка пациентов с высоким суицидальным риском должна производиться при полном отсутствии суицидальных мыслей, дезактуализации суицидального конфликта и купирования депрессивной симптоматики. В некоторых случаях для подготовки пациента к выписке и адаптации к внебольничным условиям в психиатрических больницах используются лечебные отпуска.

При подготовке к выписке большое внимание нужно уделить проведению психосоциальной работы с привлечением медицинского психолога и психотерапевта. Лечащий врач-психиатр совместно с пациентом должен составить подробный план дальнейшего взаимодействия, с учетом того, что пациент впоследствии будет наблюдаться у врача участковой службы. Нередко пациенты скрывают суицидальные замыслы, диссимулируя свое психическое состояние с целью скорейшей выписки. С целью выявления скрываемых пациентами суицидальных намерений могут применяться различные методики. Так, например, в США в некоторых психиатрических клиниках с целью диагностики внутренних форм суицидального поведения, применяется так называемый «Скрытый тест на ассоциации жизнь/смерть» «Life-Death Implicit Association Test (IAT)». По предварительным исследованиям установлено, что возможность IAT по выявлению суицидальных намерений при выписке выше в сравнение с методом открытого расспроса пациента [26].

Заключение

Таким образом, на основании приведенных литературных данных, можно сделать вывод о том, что, несмотря на многочисленные исследования в области выявления факторов риска суицидального поведения, вопросу о проявлениях и профилактики суицидального поведения у лиц находящихся на лечении в стационаре уделялось недостаточно внимания, что особенно важно в период оптимизации и реформации медицины. Сведения, приводимые зарубежными авторами, нередко обнаруживают существенные различия, что, возможно, обусловлено малой выборкой, а так же сложностью генеза суицидального поведения в условиях постоянного медицинского наблюдения. В отечественных исследованиях достаточно редко встречаются попытки комплексного анализа случаев суицидального поведения во время активного терапевтического процесса. Подобная статистика не ведется ни на отраслевом уровне, ни на уровне лечебно-профилактических учреждений. По нашим данным, случаи суицидальных действий в психиатрической больнице требуют фиксации и подробного анализа, потому как являются

показателями качества оказания суицидологической помощи в целом, так и показателем качества лечебно-диагностического процесса конкретного лечебного учреждения.

Стационарный суицид считается наиболее предотвратимым, потому что происходит в непосредственной близости от медицинских сотрудников, тем не менее, подобные случаи имеют место. Несмотря на то, что контроль и обеспечение безопасности пациентов осуществляется медицинскими сестрами, вопросу создания обучающих программ и инструкций для медицинского персонала по взаимодействию с пациентами опасными в отношении совершения аутоагрессивных действий уделяется недостаточное внимание. Введение в программы профессиональной подготовки медицинских сестер часов посвященных суицидологии может повысить эффективность лечебного процесса в отношении суицидальной превенции.

Специализированная стационарная медицинская помощь является наиболее дорогостоящей, поэтому современная ситуация оптимизации и модернизации системы здравоохранения требует максимальной унификации подходов к диагностике и профилактике суицидального поведения, разработки алгоритмов курации суицидоопасного контингента, введение в учебный процесс медицинских работников часов по суицидологии, разработки лечебно-профилактических и организационных мероприятий, направленных на обеспечение безопасности пребывания пациентов в стационаре в отношении совершения суицидальных действий, а также проведение психообразовательных занятий с родственниками пациентов.

Литература (References)

1. Барденштейн Л.М., Щербаква Л.М., Беглянкин Н.И. и др. Клиническая психиатрия. И збранные лекции. – М., 2014. – 432 с. [Bardenshtejn L.M., Shherbakova L.M., Begljankin N.I., i dr. *Klinicheskaja psihiatrija*. Clinical psychiatry. Selected lectures. – Moscow, 2014.– 432 p. (in Russian)]
2. Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Антонова А.А. Анализ некоторых демографических показателей суицидальной активности среди населения Саратовской области (по данным за 2001-2010 гг.) // Психическое здоровье. – 2012. – №5. – С. 30-32. [Barylnik Y.B., Bachilo E.V., Antonov A.A. *Psihicheskoe zdorov'e*. Mental health. – 2012. – N5. – P. 30-32. (in Russian)]
3. Ваулин С.В. Аспекты суицидологической помощи в психиатрическом стационаре // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – №3. – С. 296. [Vaulin S.V. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij*. Bulletin of new medical technologies. – 2011. – N3. – P. 296. (in Russian)]
4. Ваулин С.В. Терапия суицидального поведения // Врач. – №14, 2011. – С. 72-74. [Vaulin S.V. *Vrach*. Doctor. . – N14, 2011. – P. 72-74. (in Russian)]
5. Ваулин С.В., Андрейкин А.Б. Самоубийство и покушение на самоубийство (медико-правовые аспекты) // Вестник Смоленской медицинской академии. – 1998. – С. 141-144. [Vaulin S.V., Andrejkin A.B. *Vestnik Smolenskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of Smolensk medical Academy. – 1998. – P. 141-144. (in Russian)]
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П. Нарышкин А.В. Контингент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т.23., №2. – С.5-13. [Gurovich I.Ya, Shmukler A.B., Kostyuk P.G. Naryshkin, A.V. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. Social and clinical psychiatry. – 2013. – V.23., N2. – P. 5-13. (in Russian)]
7. Дмитриева Т.В., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 458 с. [Dmitrieva T.V., Polozhij B.S. *Jetnokul'tural'naja psihiatrija*. — M.: Medicina. Etnoculturala psychiatry. – Moscow: Medicine, 2003. – 458 p. (in Russian)]
8. Каргин А.М., Холмогорцева А.Б., Войцех В.Ф. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки// Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19, №4. – С. 15-20. [Kargin A.M., Holmogorceva A.B., Vojceh V.F. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. Social and clinical psychiatry. – 2009. – T.19, N4. – С. 15-20. (in Russian)]
9. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997 – Т.7, N1 – С. 128-129. [Lapickij M.A., Vaulin S.V. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. Social and clinical psychiatry. – 1997. – V.7, N1 – P. 128-129 (in Russian)]
10. Морев М.В. Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Т.5, №1. – С. 3-11. [Morev M.V. Shmatova Ju.E., Ljubov E.B. *Suicidologija*. Suicidology. – 2014. – V.5, N1. – P. 3-11. (in Russian)]
11. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г. и др. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – №2. – С. 2-12. [Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostjukova E.G. i dr. *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv*. Modern therapy of mental disorders. – 2014. – N2. – P. 2-12. (in Russian)]

12. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – Т.3, №1. – С. 8-12. [Polozhij B.S. Panchenko E.A. *Suicidologija*. Suicidology. – 2012. – V.3, N1. – P. 8-12. (in Russian)]
13. Положий Б.С. Панченко Е.А., Посвянская А.Д. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Российский психиатрический журнал. – 2008. – №2. – С. 16-20. [Polozhij B.S. Panchenko E.A., Posvjanskaja A.D. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal*. Russian journal of psychiatry. – 2008. – N2. – P. 16-20. (in Russian)]
14. Тювина Н.А., Коробкова И.Г. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – Т.8, №1. – С. 22-28. [Tjuvina N.A., Korobkova I.G. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika*. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. – 2016. – V.8, N1. – P. 22-28. (in Russian)]
15. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография. – Смоленск: СГМА, 2012. – 232 с. [Tsygankov B. D., Vaulin S. V. *Suicidy i suicidal'nye popytki (klinika, diagnostika, lechenie): monografija*. Suicides and suicide attempts (clinic, diagnostics, treatment): the monograph. – Smolensk: SSMA, 2012. – 232 p. (in Russian)]
16. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Анализ качества оказания суицидологической помощи в сети специализированных психиатрических учреждений // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 7. – С. 23-27. [Tsygankov B.D., Vaulin S.V. *Journal of neurology, psychiatry and neurosurgery*. Journal of neurology, psychiatry and neurosurgery. – 2011. – N7. – P. 23-27. (in Russian)]
17. The Joint Commission (TJC). Sentinel event data: event type by year 1995 – 2Q 2012 // Oakbrook Terrace (IL). 01.12.1013. <https://www.jointcommission.org>
18. Ahlm K., Lindqvist P., Saveman B.I., Bjornstig U. Suicidal drowning deaths in Northern Sweden 1992-2009. The role of mental disorder and intoxication // Journal of Forensic and Legal Medicine. – 2015. – N24. – P. 1-8.
19. Appleby L., Kapur N., Shaw J. The national confidential enquiry into suicide and homicide by people with mental illness: annual report // Manchester (GB): University of Manchester – 2013.01.12.13. <http://www.manchester.ac.uk>.
20. Blain P.A., Donaldson L.J. The reporting of in-patient suicides: identifying the problem // Public Health. – 1995. – V.109, N4. – P. 293-301.
21. Blasco-Fontecilla H. et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior? // Adicciones. – 2014. – V.26, N4. – P. 33.
22. Bonnewyn A., Shah A., Bruffaerts R., Demyttenaere K. Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people? // International Psychogeriatrics. – 2015. – V.24. – P. 1-8.
23. Bower L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards // Journal of psychiatric and mental health nursing. – 2014. – V.21, N6. – P. 499-508.
24. Bowers L. Banda T., Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicide // Journal of Nervous and Mental Disease. – 2010. – V.198, N5. – P. 315-328.
25. Cardell R., Horton-Deutsch S. A model for assessment of inpatient suicide potential // Archives of Psychiatric Nursing. – 1994. – V.8, N6. – P. 366-372.
26. Ellis T.E. Rufino K.A., Green K.L. Implicit Measure of Life/Death Orientation Predicts Response of Suicidal Ideation to Treatment in Psychiatric Inpatients // Archives of Suicide Research. – 2015. – V.29. – P. 45-49.
27. Ganesvaran T., Shah A.K. Psychiatric in-patient suicide rates: a 21-year study // Medicine, Science and the Law. – 1997. – V37, N3. – P. 202-309.
28. Hu D.Y. Risk factors and precautions of inpatient suicide from the perspective of nurses: A qualitative study // Journal Huazhong University Science Technology [Medical Sciences]. – 2015. – V.35, N2. – P. 295-301.
29. Jayaram G. Sporney H., Peticone P. The utility and effectiveness of 15-minute checks in inpatient settings // Psychiatry (Edgmont). – 2010. – V.7. – P. 46-49.
30. Keshita I. Profiling psychiatric inpatient suicide attempts in Japan // International journal of Emergency Mental Health. – 2014. – V.16, N1 – P. 217-221.
31. Large M.M., Nielssen O.B. Risk factors for inpatient suicide do not translate into meaningful risk categories – all psychiatric inpatients are high-risk // Journal of Clinical Psychiatry. – 2012. – V.73, N7. – P. 1034-1035.
32. Lee H.C. Lin H.C. Are psychiatrist characteristics associated with postdischarge suicide of schizophrenia patients? // Schizophrenia Bulletin. – 2009. – V.35, N4. – P. 760-765.
33. Madan A. et al. Utility of an integrated electronic suicide alert system in a psychiatric hospital // Quality Management in Healthcare. – 2015. – V.24, N2. – P. 79-83.
34. Maciejewski D.F. Overlapping genetic and environmental influences on nonsuicidal self-injury and suicidal ideation: different outcomes, same etiology? // JAMA Psychiatry. – 2014. – V.71, N6. – P. 699-705.
35. Mert D.G. et al. Factors associated with suicide attempts in patients with bipolar disorder type I // Psychiatria Danubina. – 2015. – V.27, N3. – P.236-241.
36. Mers S.De., Dinsio K., Carlson W. Psychiatric care of the older adult: an over view for primary care // Medical Clinics of North America. – 2014 – V.98, N5. – P. 98-103.

37. Mills P.D., Hemphill R.R., King L.A., Watts B.V. Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs hospitals: avoiding environmental hazards // *General Hospital Psychiatry*. – 2013. – V.35, N5. – P. 528-536.
38. Nordentoft M., Madsen T. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis // *The Journal of Nervous Mental Disease*. – 2015. – V.203, N5 – P. 387-392.
39. Winkler P. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study // *Journal of Affective Disorders*. – 2015. – V.15. – P. 164-169.
40. Wright D., Jacklin L., Themeles T. Dying to get out of the asylum: mortality and madness in four mental hospitals in Victorian Canada 1841-1891 // *Bulletin of the History of Medicine*. – 2013. – V.87, N4. – P. 591-621.

Информация об авторах

Ваулин Сергей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета ДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: sv_vaulin@mail.ru

Моренец Татьяна Викторовна – врач-психиатр, заведующая дневным стационаром ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница №1». E-mail: morenect@mail.ru