

КОМПЛЕКСНАЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ, КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ) ОЦЕНКА ПАРАСУИЦИДОВ КАК ПРИЧИН ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, А.Н. Куликов и коллектив соавторов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: B-5674-2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Куликов Алексей Николаевич (SPIN: 7472-5036; Researcher ID: N-5302-2018; ORCID iD: 0000-0001-7963-7001). Место работы и должность: научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Тел: (495) 963-75-72, электронный адрес: aleks144@hotmail.com

Астахова Лариса Викторовна – заведующая отделением ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» Адрес: Россия, 350087, г. Краснодар, пос. Российский, ул. 16 Полевой участок, 11. Телефон: (861) 228-78-81, электронный адрес: ghostja@yandex.ru

Бачило Егор Вячеславович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: специалист Центра психического здоровья и неврологии «Сфера». Адрес: Россия, г. Саратов, ул. Бахметьевская, 10. Телефон: (917) 213-09-43, электронный адрес: egor.bachilo@mail.ru

Букин Сергей Иванович – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология». Адрес: 230003, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Обухова, д. 15. Телефон: +375 (152) 60-19-71, электронный адрес: s.bukin.grodno@gmail.com

Винокурова Анна Сергеевна – заместитель главного врача по медицинской части ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница». Адрес: Россия, 665806, г. Ангарск, квартал 120, д. 15. Телефон: (3955) 51-34-06, электронный адрес: magpb@irmail.ru

Гринченко Олег Николаевич – заместитель главного врача по медицинской части БУ ХМАО – Югры «Нижевартовская психоневрологическая больница». Адрес: Россия, г. Нижневартовск, ул. Интернациональная, 39 В. Телефон: (932) 431-60-93, электронный адрес: grinchenko.oleg@mail.ru

Ивашиненко Дмитрий Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет». Адрес: Россия, г. Тула, пр. Ленина, 92. Телефон: (920) 271-17-62, электронный адрес: divashinenko@mail.ru

Конопленко Эльвира Расимовна – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница», главный внештатный специалист психиатр МЗ Архангельской области. Адрес: Россия, 163530, Архангельская область, Приморский р-н, пос. Талаги, 31. Электронный адрес: elvir2@yandex.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент (ORCID iD: 0000-0001-8835-6607; Researcher ID: N-4261-2016). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Адрес: Россия, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39А. Электронный адрес: sawt@list.ru

Сердюк Олег Викторович – главный врач ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», главный психиатр МЗ Свердловской области. Адрес: Россия, 620030, г. Екатеринбург, ул. Сибирский тракт, 8 км. Электронный адрес: orb-public@mis66.ru

Парасуициды (попытки самоубийства и самоповреждения) или ПС связаны со значительной болезненностью и служат основным предиктором самоубийства. Профилактика (П) – приоритетное направление общественного здравоохранения. Цель первого международного (российско-белорусского) многоцентрового проспективного исследования – многоуровневая (эпидемиологическая, клиническая, социальная и экономическая)

оценка госпитализированных в соматические больницы после ПС. Материал и методы. Исследование охватило 110 больничных пациентов (57,3% женщин) из 10 городов. Средний возраст мужчин и женщин – 34,07±10,07 (17-62) и 36,58±16,23 (12-74 лет соответственно). Все оценены психиатром в первые дни госпитализации. Анализ затрат (в руб. 2016 г.) включил медицинские и социальные издержки ПС в бюджете больницы (%) и на федеральном уровне. Медицинские расходы рассчитаны через страховое покрытие завершённого случая, социальные издержки – с привлечением подхода социального капитала. Результаты. Предикторы ПС и факторы риска включили ряд демографических, клинических (например, депрессивные симптомы) и связанных с медицинской и социальной поддержкой переменных. Каждый четвертый ПС – повторный. Особенностями парасуицидента служат молодой и средний возраст, отсутствие семьи и работы, психиатрическая и суицидальная история, злоупотребление спиртным. Большинство ПС (>80%) совершены с помощью психотропных препаратов. Наиболее часты (>1/3) конфликты с близкими. Смертность ПС высока (2%). Доля депрессивных расстройств (F.32) у менее 3% пациентов, но реакции дезадаптации (F43.2) у 29,9%. До 40% ПС совершены в алкогольном опьянении. Риск суицида в ближайшие 24-48 часов постсуицидального периода оценён высоким у 22,7% пациентов. Затраты на лечение ПС составляют 1% месячного бюджета больниц, объектов исследования. Учитывая минимальный уровень ПС с тяжелыми медицинскими последствиями (44 на 100000 населения), медицинские и общие (+ социальные) расходы соответствуют 1559553996 и 2059695083 руб., или 0,04% бюджета здравоохранения и 0,002% ВВП соответственно. Расходы на эпизод ПС (около 2000 долларов США) сопоставимы с расходами в других экономически развитых странах. Выводы. Типовыми недостатками медицинской и психиатрической помощи являются малая преемственность, недостаточное развитие альтернативных психиатрическим услуг и служб (как кризисный стационар многопрофильной больницы); недодиагностика депрессивных расстройств и неадекватная фармакотерапия. ПС сопряжены с объективизированным финансовым бременем. Предотвращение ПС в группах риска, как совершивших повторные ПС и / или выбравших brutальные методы ПС, может быть затратно эффективным. Дальнейшие исследования уточняют и стандартизируют эпидемиологию ПС на местном и государственном уровнях, оценят потенциал ресурсосбережения лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: парасуициды, эпидемиология, клиническая картина, медицинские издержки, социальные издержки

«Бритва врезается в тело, реки глубоки, кислота разъедает кожу, наркотики вызывают судороги, оружие незаконно, верёвка рвётся, запах газа невыносим, поэтому стоит жить!».

*Из фильма «Прерванная жизнь» (США, 1999)
по одноименной книге Сюзанны Кейсен*

Широкий спектр разнородных умышленных самоповреждений охватывает суицидальное и несуйцидальное поведение. ВОЗ традиционно рассматривает умышленные самоповреждения (самоотравления) вне связи с риском смерти [1], объединив «истинные» суицидальные попытки (потенциально жизнеопасные самоповреждения с намерением умереть [2, 3]) с заведомо несмертельными самоповреждениями («призыв о помощи», манипулятивное поведение) для разрешения («побега») психотравмирующей ситуации или снятия психического напряжения, облегчения психалгии, болезненного бесчувствия под общим ярлыком парасуицидов (ПС) [4]. ПС в анамнезе – сильнейший предиктор суицида в населении и отдельных группах риска [1]: поведение в прошлом – прелюд такового в будущем при снижении порога страха смерти и боли как защитного фактора. Не менее 40% жертв суицида совершали повторные самоповреждения [цит. по 5]. Так, за пять лет после ПС с тяжелыми медицинскими последствиями каждый второй совершил смертельную или одну и более не-

смертельную попытки [6]. ПС сопряжены с медицинскими, социальными и «неуловимыми» издержками [1, 7].

Результаты целостного анализа ПС как биопсихосоциального феномена служат научно доказательным обоснованием для разработки и оценки государственных и местных антикризисных программ [8, 9].

ВОЗ не собирает регулярно информации о ПС, но получает её посредством Всемирных опросов по психическому здоровью. Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска хронических заболеваний (STEPS) включил и сведения о ПС. В ряде стран (как США и Швеция) регистрируют ПС, требующие медицинской помощи, на государственном уровне.

По приказу МЗ РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений», психиатр фиксирует суицидальные попытки в «Карте обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» (учётная форма № 030-1/у-02). При определённых усилиях и подвижках организации анализа и учёта ПС на региональном уровне [10, 11, О.И. Боев¹] недостаточно

¹Боев И.О. Комплексная программа профилактики суицидального поведения. Система регистрации суицидальных попыток в Ставропольском крае. 2018 Выступление на VII Национальном конгрессе по социальной психиатрии и

известно о распространённости и способах ПС (суицидальных попыток) с тяжёлыми медицинскими последствиями, социо - демографических и клинических характеристиках пациентов, «рутинной» медицинской и психиатрической помощи до и после ПС, их социально-экономическом бремени.

Цель первого международного (российско-белорусского) многоцентрового проспективного параллельного «поперечного» исследования – многоуровневая (эпидемиологическая, клиничко-социальная, экономическая) оценка госпитализированных в многопрофильные больницы в связи с ПС.

Задачи: определить 1) распространённость ПС с тяжёлыми медицинскими последствиями, исходя из зон обслуживания больниц; 2) социо-демографические, 3) клиничко - диагностические (по МКБ-10) характеристики пациентов с выделением групп наибольшего риска ПС; 4) соматическую болезненность пациентов; 5) особенности суицидального (самоповреждающего) поведения («спусковой крючок», способ ПС, обстоятельства совершения, повторность); 6) пути оказания медицинской и/или психиатрической помощи до и после индекс-госпитализации; 7) исходы ПС; 8) бремя медицинских и социальных затрат в связи с последствиями ПС; 9) типовые препятствия и резервы антикризисной помощи, включая многопрофильный стационар.

Материалы и методы.

Исследование охватило 10 городских больниц скорой медицинской помощи (города по алфавиту) Ангарска (9 пациентов), Архангельска (n=7), Гродно, Беларусь (n=7), Екатеринбург (n=15), Краснодара (n=20), Нижневартовска (n=10), Саратова (n=1), Тулы (n=15), Тюмени (n=15), Читы (n=11), с зонами обслуживания 200000 (Ангарск) – 300000 человек (Нижневартовск, Чита). Избраны регионы РФ и бывшая республика СССР с различными уровнями доступности, развитости и финансирования медицинской и специализированной (психиатрической, кризисной) помощи.

Широкий терминологический подход ВОЗ допустим в связи с кризисными условиями формирования выборок: недостатком времени и возможностей для полноценного клинического (суицидологического) анализа и диагноза и объективных данных. Так, В.С. Ефремов [12] к ПС отнёс самоповреждения с неопределёнными субъектом и/или специалистом мотива-

ми. В практике бригад скорой помощи обычно сложности диагностики суицидальной попытки с формально схожими ситуациями – несчастными случаями, повреждениями с неопределёнными намерениями, покушениями на убийство [13]. «Намеренное самоповреждение» включает самоотравление (МКБ Х60-Х69), самотравмирование (самопорез) безотносительно очевидности цели поступка. В приёмном отделении самоповреждения маскированы и как случайная «кривая рана». Условия неотложной помощи в многопрофильной больнице затрудняют выявление суицидального самоповреждения [7].

Критерии включения: госпитализированный (поступивший из приёмного покоя) в течение произвольно избранного месяца (01-30 апреля 2016 г.) любого возраста в связи с ПС. Включённые в исследование добровольно заполнили свободную форму информированного согласия в первые дни пребывания в отделении по состоянию.

Критерии исключения при оценке самоповреждения как намеренного: нет.

При формально сходных социо - демографических и клинических характеристиках пациенты больничных выборок рассмотрены суммарно: 110 человек (47 мужчин и 63 женщин).

Шкала депрессии Бека (≥ 10 баллов) указала возможную депрессию и была основанием (в идеале) углублённого психиатрического обследования.

Не только клинические факторы, но намерение – важный фактор риска рецидива ПС и смерти [цит. по 5]. Импульсивность оценена по длительности интервала между решением совершить ПС и реализацией замысла [14]. Суицидальное намерение (определённое, амбивалентно-импульсивное) – важный фактор риска рецидива ПС [цит. по 5].

Оценка тяжести медицинских последствий ПС основана на физическом состоянии пациента, объёме и типе интенсивной и последующей лечебно-реабилитационной помощи. «Серьёзность» самоповреждения, означающего дальнейшую диагностику и наблюдение, определена скрининговым опросником PATHOS [15]: Ваши проблемы (психотравмы) свыше месяца? Были ли Вы один при самоповреждении (самоотравлении). Планировали ли самоповреждение более 3 часов? Безнадежность в отношении будущего. Были ли подавлены перед попыткой? Ответы дихотомичны «Да / нет». Два и более «да» указывают группу риска.

наркологии «Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья» (Тюмень, 23-25 мая 2018 г.).

Смертность ПС оценена [цит. по 7] по 4-х балльной шкале: 0 баллов – риска для жизни нет; 1 – 25% риск смерти без медицинской помощи; 2 – 50% риск; 3 – 75% риск; 4 – 100% риск. Показатель ≥ 2 баллов означает высокий уровень летальности ПС. Учтены: оценка лечащим врачом физического состояния пациента, количества и типа лекарств и процедур (эндотрахеальная интубация, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и трахеотомия, гемодиализ, длительность госпитализации).

Стоимостный анализ: медицинские затраты. Стационары финансируются Фондом обязательного медицинского страхования (ОМС), согласно расценкам на медицинские услуги региональной программы государственных гарантий в 2016 г. [16]: средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи составили на вызов скорой медицинской помощи – 1747,7 руб.; на случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях) – 22815,3 руб.

Для сравнения: в Нижневартовске стоимость вызова бригады скорой помощи / дежурного психиатра и койко-дня в больнице (отделении) – 5875,2 и 3900 руб. соответственно.

Социальные потери, исходя из подхода «человеческий капитал», определены величиной внутреннего валового продукта РФ на душу населения в 2016 г.: 472161,9 руб., или 1290 руб. в день (в 2016 г. – 366 дней). Показатель исчислен с расчётом на все население страны, но стоимостный анализ во избежание «двойного счёта» охватил лиц трудоспособного возраста (≥ 16 лет), не инвалидов, с включением учащих (вклад последних в ВВП отставлен).

Экономическое бремя («цена») ПС на федеральном уровне определено «снизу вверх» (усредненные затраты на «случай» ПС умножены на количество больных гипотетической когорты нанесших самоповреждения) и как доли (%) бюджета больниц-субъектов исследования, здравоохранения и суммарных (+ социальные) ВВП страны.

Исследовательская группа соавторов составила и заполнила полуструктурированный опросник с ключевыми сферами: оценка повседневной помощи «парасуицидентам», препятствия эффективной помощи, необходимые изменения.

Результаты и обсуждение.

Эпидемиологический анализ. С учётом усреднённой зоны обслуживания больницы (300000 населения) и количества эпизодов ПС за месяц ($n=11$), уровень ПС в РФ с требую-

щими больничной помощи медицинскими последствиями – 44 (здесь и далее на 100000 населения) при уровне суицидов в РФ (2016 г.) 15,4 (соотношение 3:1).

Для сравнения, в 1996 г. в Москве (увы, последнее на сегодня исследование ПС в столице), по данным бригад скорой помощи, уровень ПС 344 [17] при уровне суицидов 8,8 (соотношение 40:1, наибольшее в отечественных работах). Уровень ПС в Иркутске в 2005-2007 гг., по данным городской станции скорой и неотложной помощи, областного токсикологического центра и клинической психиатрической больницы составил 197-210 при соотношении с суицидами 6-7,5:1 [10]. В 2012-2017 гг., по данным суицидологического регистра, уровень ПС в Тюменской области (Тюмень – участница настоящего исследования) составил 36 при усреднённом уровне суицидов около 12; соотношение 3:1 [11]. Признаком совершенствования суицидологического регистра названо увеличение соотношения суицид / суицидальная попытка, чему способствует и уменьшение зафиксированных суицидов. В другом «относительно благополучном в аспекте суицидального поведения» регионе РФ, в Ставропольском крае, при участии 90% краевых медицинских организаций в информационной системе уровень ПС около 20 при соотношении с суицидами 2:1 в 2014-2017 гг. (Боев О.И., 2018).

Международная статистика указывает пределы уровней ПС 2,6-4200 [18], в развитых странах – 300-800 [19]. По современным данным ВОЗ [20], усредненный уровень ПС в развитых странах – 400.

Широкий разброс уровней ПС не столь свидетельствует о «драматизме» ситуации в регионах (странах), как о различии количества и качества информации. Априорно малая часть ПС с медицинскими последствиями и/или на фоне выраженного психического расстройства в поле официальной статистики: «феномен айсберга», надводная часть коего относится к подводной как 1:10-20 [1, 17, 19]. В странах образцовой статистики доли «опасного с медицинской точки зрения суицидального поведения» 4% (в Ирландии) – 18% (в бельгийской Фландрии) [1] от всех ПС.

Принимая «консервативное» соотношение суицидальных попыток к суицидам 1:10 и попытки приравнивая к ПС, получаем усредненный гипотетический уровень ПС 154 в РФ в год исследования (многократно менее данных международной статистики); причем треть ПС – с тяжелыми медицинскими (требующими

больничной помощи) последствиями. Допуская занижение официального уровня суицида на 50% [21] реальный уровень суицидов в РФ – 23,1 и не менее 231 – ПС, близко к нижнему полюсу данных литературы.

Социально-демографическая характеристика пациентов. Соотношение мужчин и женщин в совокупной выборке ($n=110$) 0,74:1, или на 3 мужчины пришлось 4 женщины. Многоцентровое международное изучение ВОЗ намеренных самоповреждений (1979 г.) указало почти двукратное преобладание женщин (0,6:10) [цит. по 19], ВОЗ / Евро многоцентровое изучение ПС [22] также указало большую частоту «женских ПС». Возможно, самые тяжелые с медицинской позиции ПС совершают мужчины и женщины в равной мере при большей частоте «легких» («женских») ПС. При этом соотношение суицидов мужчин и женщин в РФ 5-6:1, но в группе пожилых суицидентов, отличающихся серьезностью намерений убить себя около 1:1 [цит. по 23] с преобладанием женщин в возрастной субпопуляции РФ ≥ 60 лет в 1,5-2,5 раз (здесь и далее: сайт Росстата gks.ru).

Средний возраст мужчин $34,07 \pm 10,07$ (17-62), женщин – $36,58 \pm 16,23$ (12-74) лет, на 10 лет моложе жертв суицида в РФ (42 и 44 года соответственно). Пик суицидальных попыток приходится на 15-24 летних женщин, первые самоповреждения чаще до 20 лет [10, 18, 20, 24]. В нашей выборке младше 25 каждый пятый (22,7%), среди женщин – четверть (25,4%).

Большинство (77,3%) госпитализированных трудоспособного возраста: 97,8% мужчин и 61,9% женщин. Несовершеннолетних (подростков) менее 3%, что объяснимо относительно легкими последствиями ПС в этом возрасте, обычно импульсивных [25], и возрастным цензом госпитализаций в ряде больниц, включенных в исследование. Малая часть (4,5%) пожилых (≥ 60 лет) указывает на высокий индекс летальности ПС в этой возрастной группе [23].

Образование высшее / незаконченное высшее у 30,2% женщин и 19% мужчин, суммарно у 28,2%; сходно (27,4%) с общим населением; среднее или среднее специальное у 31,8 и 44,5% соответственно, суммарно 40,9% (в населении 55,5%).

Низкий образовательный уровень, фактор риска суицидального поведения в ранних исследованиях, служит и защитным фактором [цит. по 5]. «Образованный» якобы тщательно подбирает способ и план суицида.

Трудоспособность. Работал лишь каждый третий: 38% мужчин и 34% женщин (не из-

вестно соответствие занятости уровню и профилю образования). Безработный – каждый второй (47,1%), тогда как в общем населении РФ 5,5% (официальные цифры отражают обращение в Центр занятости населения). Безработица и низкая квалификация полагаются факторами риска ПС [цит. по 5]. Не менее 10% инвалидов по болезни: 11,1 и 14,9% мужчин и женщин соответственно, как и в общем населении. Ограничение функционирования, зачастую усугубляемое (вызываемое) хроническим болевым синдромом – типовой фактор риска суицидального поведения [цит. по 5].

Семейное положение. Большая часть пациентов не завела семьи: 36,2% мужчин и 27% женщин жили с родителями; одиноки 21,3 и 3,2% соответственно. Сравним: 43% мужчин и 59% женщин в РФ не состоят в официальном браке. Большая доля одиноких не объяснена молодостью выборки; сходные данные во всех возрастных выборках, совершивших ПС [10, 22]. У 57,1% женщин и 36,2% мужчин дети, у 61,1 и 64,7% – несовершеннолетние. Дисфункциональная семья не служит антисуицидальным барьером, но источником суицидогенного кризиса [5]. Дети не препятствуют суицидальному поведению на поздних стадиях суицидогенеза, но сами в зоне опасности расширенного суицида.

Почти все (98%) пациенты из зон обслуживания больниц, горожане (87%). Никому не отказано в госпитализации, что указывает тяжесть ПС. По отечественным и иностранным данным, менее $\frac{1}{4}$ ПС требуют медпомощи, при самоотравлениях $< \frac{1}{4}$ госпитализированы [цит. по 7]. В Москве амбулаторную помощь после ПС в 1996 г. оказали каждому десятому [17].

Клинические характеристики пациентов.

Сопутствующие сомато-неврологические болезни у 10,6% мужчин и 34,9% женщин (81,8% последних страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями). При этом, по данным МЗ РФ, у 40% россиян хронические болезни. В списке болезней парасуицидентов бронхит, гастрит, гепатит, болезни позвоночника, мужчина-носитель ВИЧ. Лишь одна женщина страдала онкологическим заболеванием. Не отмечены хронический болевой синдром и/или существенное ограничение повседневной деятельности, недавний диагноз тяжелой болезни как типовые суицидогенные факторы [5]. Регулярно лечились 7,9% женщин и 4,3% мужчин. Недостаточное лечение и уклонение от него (вариант хронического суицида) – факторы риска суицидального поведения [5].

В объединённой выборке под наблюдением ПНД каждый третий (31,8%): 44,7% мужчин и 22,2% женщин; чаще динамическом (62,5 и 80% соответственно), что указывает на тяжесть их состояния. Более 1/3 суицидентов-россиян обращались к психиатру в течение года до суицидальной попытки [26], что не означает само по себе эффективной и / или систематической помощи. Так, нерегулярно посещали психиатра все мужчины и около 60% женщин. По иным отечественным данным, до 85% совершивших ПС ранее к психиатру не обращались [27, 28, 29]. Можно полагать, что особая выборка совершивших тяжелые ПС в прошлом и / или настоящем оказывается чаще в поле зрения психиатра в процессе / после медицинской помощи. Однако и среди зарегистрированных психически больных проблематичен учёт суицидального (самоповреждающего) поведения. Соотношение суицидов к суицидальным попыткам психически больных в РФ (2013) – 1 : 3 [здесь и далее цит. по 30]. Доля совершивших ПС менее 0,1% психиатрического контингента (как и в общем населении), что подчеркивает пробелы статистических данных и редкость суицидального поведения в любой (возрастной, клинической) группе населения. Так, доля суицидов психически больных в массиве суицидентов в РФ 4% [30].

Ни один совершивший ПС в изучаемой выборке и наблюдаемый в ПНД не диагностирован как страдающий аффективным и/или личностными расстройствами, определяющими, по данным литературы, не менее 60% ПС [5]. Злоупотребляли спиртным 34% мужчин и 11,1% женщин (30-40% россиян употребляют алкоголь с медико-социальными последствиями, по данным Росстата).

Эпизоды физического и / или словесного агрессивного поведения в анамнезе у 8,6% мужчин, двое из них отбывали наказание в связи с насилием. У двух женщин – эпизоды вербальной агрессии.

Суицидальный анамнез. Совершали 2-4 ПС 39,5% мужчин и 15,8% женщин; суммарно 24,5%, или каждый четвертый.

Способы ПС в анамнезе. Самопорезы нанесли 54,5% мужчин и 38,5% женщин, самоотравления (лекарствами – в 90%) у 27,3 и 69,2% соответственно, самоповешение совершил один мужчина.

Двое мужчин направлены в многопрофильные больницы, всем рекомендовано наблюдение в ПНД; 1 женщина – к наркологу, в ПБ 3 мужчины и женщина с диагнозами шизофрении и алкогольная зависимость (половина

– недобровольно). Для одного мужчины госпитализация – первая. Итак, более ½ (54,5%) совершивших ПС ранее направлены к психиатру и / или получили (стационарную) психиатрическую помощь вслед ПС в анамнезе.

Повторные ПС за последний год у половины (51,8%) пациентов с ПС в анамнезе; в течение полугода до настоящей госпитализации у 29,4% мужчин и 40% женщин, совершивших ранее ПС. Среди лиц с повторными ПС в течение года наблюдались в ПНД 55,5% мужчин и 60% женщин, то есть более ½. Они же отравились психотропными препаратами, повторив способ отравления избранным однажды препаратом или расширив набор лекарств.

Пример. Бобыль 27 лет, инвалид по психическому расстройству (шизофрения) после самоотравления клозапином (азалептином) сбежал из реанимационного отделения, отравился спустя 3 месяца дома азалептином + тригексифенидилом (циклололом) на фоне «энергетика», был в коме. Переведён в ПБ.

Наблюдение ПНД охватило пациентов с наибольшим риском рецидива ПС, но не предотвратило его.

Семейная история. ПС отмечены в семьях 8,5% мужчин и 4,8% женщин. Злоупотребление спиртным (возможный «фасад» аффективных расстройств) у 7,3%; лечены психиатром близкие 10% пациентов. Ранние детские травмы (развод / смерть родителей), девиантное поведение в детстве у 5% пациентов.

ПС, повлекшие данную госпитализацию.

Актуальное неблагоприятное жизненное событие. Психотравмы менее месяца перед ПС (острые) отметил каждый второй (53,5%) пациент; большинство (76,7%) планировали ПС менее трёх часов; ощущая подавленность перед ПС (83,7%), безнадежность (30,2%), по шкале PATOS.

Половина ПС «не запланирована» [31]. Совершавшие такие попытки обычно не таят намерение, не стремятся к смерти, что не исключает тяжести последствий каждого четвёртого ПС (24%) [14].

Мотивы (личностные побуждения, определяющие ПС) сами по себе не определяют намерение и риск смерти. Коэффициент летальности, отношение числа самоубийств и суицидальных попыток, указывая выраженность намерений, наибольший при тяжкой мучительной болезни, потере близкого (якобы, 4), одиночестве (3), на порядок ниже – при «несчастной любви» (0,5) [32].

Более трети пациентов (36,2% мужчин и 39,7% женщин) сообщили о лично - семейных конфликтах (ссорах с близкими), со-

гласно представлениям о микросоциальном конфликте [2]. Сходны данные (40%) 10-летнего анализа ПС, потребовавших госпитализации в Чите [33]. ПС связывали с материальными трудностями 3,6% пациентов, 6,4% мужчин – со смертью / тяжелой болезнью близкого; унижением (1 мужчина).

Темы одиночества и / или депрессивные (антивитальные) переживания («скуки», «тупика» «потери смысла жизни», «усталости, безысходности») озвучены каждым пятым (21,8%) пациентом, но не «поводом» к ПС: «устал от пустоты жизни», «безысходность, бессмысленность существования», «тупик». Так и 18,2% читинцев сообщали о «депрессии». Пятеро (4,5%) «ничего не помнили» о ПС и поводах к ним, возможно, в связи с вытеснением психотравмы или осложнённым (после комы) постсуицидом.

Способы ПС: чаще самоотравления (46,8 и 69,8% мужчин и женщин, суммарно – более ½ пациентов); самопорезы рук, живота у 19,1 и 14,3% соответственно, самоповешение трёх (6,4%) мужчин. Женщина по имени Катерина бросилась с обрыва в реку на глазах бдительных прохожих. Данные сходны с имеющимися в литературе: >¾ ПС посредством самоотравлений, обычно лекарственными; нанесение самоповреждений – у > 1/5. На повешение, падение с высоты, под транспорт пришлось <2% [10, 19]. Не соблюдено традиционное половое распределение методов ПС, показанное в ходе многолетних наблюдений, как в Иркутске [10] и Чите [33] (города – участники данного исследования): у мужчин преобладали самопорезы (50-55%), у ¾ женщин самоотравления, чаще (до 80%) лекарствами. В Кемерово [28] в 1996-98 гг. участились самоотравления (до 92%) с доминированием женских.

Психотропные средства выбрали 45,4% мужчин и 22,7% женщин, совершивших самоотравления: седативными нейролептиками, генериком клозапина азалептином – каждое 10-е (9,1%) самоотравление, транквилизаторами и / или классическими антидепрессантами (ТЦА) – 6,1%. Все мужчины и 80% женщин наблюдались в ПНД и получали означенные психотропные препараты.

Спектр способов СП, повлекших психиатрические госпитализации, иной: самопорезы (39%), характерные для мужчин, и самоотравления (33%), типичные для женщин [26]. В части нашей выборки, направленной в ПБ, преобладали передозировки психотропными средствами (70% самоотравлений): 83,3% мужчин и 57,1% женщин.

Так, в Смоленске в 1999-2001 гг. 90% отравлений – посредством лекарств (психотропными), что соответствует уровню 74 [34]; 80% отравившихся госпитализированы. Самоотравления составили ¾ ПС в Москве 20 лет назад [17], и ½ (48,3%) суицидальных попыток в современной Тюмени, в большинстве своём требовавших стационарного лечения [35].

Самоотравление предпочитают, в частности, и жёны, страдающих алкогольной зависимостью [36].

Одна (23) не пускала «гулять» пьяного мужа с ребёнком (повторная суицидальная попытка), вторая (33, больна раком) «разозлилась».

ПС совершены не столь brutальными способами (сдвиг в сторону самоотравлений), как суициды (лидирует самоповешение), но заметно утяжеление медицинских последствий повторных ПС: первые повлекли больничное лечение у 22,2% (только мужчин), настоящие – 100% выборки.

Женщина (46), работала, замужем + взрослый сын, ранее нанесла самопорез, не потребовавший медицинской помощи, затем отравилась транквилизаторами (30 таблеток) на фоне алкогольного опьянения, и в коме поступила в реанимационное отделение.

Женщина (55) и три мужчины (27, 31, 35 лет), инвалиды в связи с психическим расстройством; трое из четырёх повторно отравились психотропными препаратами: ТЦА + рисперидоном или клозапином (азалептином) + тригексифенидилом (циклололом) и один – но-шпой (200 таблеток) на фоне алкогольного опьянения или употребления «энергетика» и самоповешения (один мужчина); находились в коме с подключением к аппарату ИВЛ в реанимации. Женщина затем умерла в ПБ (пневмония).

Единицы (больные шизофренией) совершили комбинированные суицидальные попытки (самоотравление + самопорез).

На фоне алкогольного опьянения или похмелья совершили ПС более 40% мужчин или женщин (42,6 и 42,9% соответственно), согласно отечественным и зарубежным эпидемиологическим данным [28, 33, 37].

Прощальные записку / SMS сообщение («картинку» самопорезов по мессенджеру) послали двое мужчин и три женщины.

ПС совершали дома, будучи одни (60,5%), уходили незаметно (чтобы не «расстраивать» близких видом трупа) на двор (16,3%), в гараж (отравление выхлопными газами). Случайно и счастливо обнаружены близкими 27,7% мужчин и 23,8% женщин, сами вызвали скорую помощь 14,9 и 22,2% соответственно. То есть, не менее ½ ПС по атрибутам минимизации шанса сторонней помощи можно полагать суицидальными. Избранный способ не обязательно «смертелен», но представлялся таковым

суициденту. Прерванные самостоятельно ПС указывают амбивалентность жертвы у роковой черты.

Медицинская помощь в связи с ПС.

Врачебная добольничная помощь оказана бригадой скорой медицинской помощи (БСМП). Промыты желудки 40% пациентов: 27,7% мужчин и 49,2% женщин; первичная хирургическая обработка ран 10,9% пациентов: 14,9% мужчин и 7,9% женщин. *Больничная помощь.* Все доставлены в приёмный покой БСМП. Помещены изначально в реанимационное отделение почти 1/2 (44,5%) пациентов: 34% мужчин и 52,4% женщин; переведены затем в терапевтические отделения менее 1/3 женщин и ни один мужчина.

Психиатрическая помощь.

Все пациенты осмотрены психиатром или клиническим психологом (4,5%) в первые 1-4 дня госпитализации; повторно – 4 женщины после ИВЛ и 2 мужчин, ранее судимых, злоупотребляющих ПАВ, после повторных самопорезов, наблюдаемых ПНД с диагнозом F10. У всех установлены или подтверждены психиатрические диагнозы. Доля депрессивных расстройств (F32) определена у менее 3% пациентов (мужчина и женщина), но расстройства адаптации (F43.2) у 29,9%; почти у 1/2 (47,6%) женщин (65% в Чите) и у 12,7% мужчин. Нозографическая единица содержит и кратковременные депрессивные реакции. При этом депрессия по шкале Бека (≥ 10 баллов) предположена у 3/4 (74,4%) обследованных, у 68,8% депрессивных – выраженная и тяжелая. Тревожные (F41) и невротические (F48) расстройства отмечены суммарно у 5,1%. Расстройства личности (F60) у 16,9%. Злоупотребление ПАВ, в основном алкоголем (F10-F19), у 28,6%: 20,8 мужчин и 7,8% женщин; органические психические расстройства (F06-07) – у 6,5%. Психотических больных (F20-25) суммарно 10,4%. Самоповреждения в психозе обычно трактуют как несчастные случаи [12], но возможно (?) и «истинное» суицидальное поведение [2]. Коморбидность при злоупотреблении ПАВ указана как исключение (в Чите).

Настораживает недодиагностика аффективных расстройств в любых выборках и условиях лечения суицидентов. Так, в многолетней (1995-2004) читинской репрезентативной выборке, охватившей областную и городскую клинические больницы (суммарные 2760 попыток определили среднегодовой уровень около 90 без учёта повторных за год случаев), на аффективные расстройства суммарно пришлось 2,5% [33].

Отчасти диагноз затуманен нарушениями психической деятельности «осложнённого постсуицида» [2], обусловленные способом попытки (асфиксия с последующими помрачением сознания и дисмнестическими проявлениями; интоксикационные психозы при отравлении; нарушения психики острого периода черепно-мозговых травм).

Острый постсуицид [2]. Суицидальный риск в ближайшие 24-48 час оценён высоким у 14,9 мужчин и 28,6% женщин, суммарно у 22,7%. Постсуицид критический у 25,5 и 42,85%, манипулятивный 23,4 и 14,3%, аналитический у 10,6 и 14,3% мужчин и женщин соответственно. Полностью отрицала ПС одна женщина, суицидально фиксированы 7,9% женщин. В нескольких случаях (отрицание факта ПС, «запамятование») можно полагать проявления осложнённого постсуицида, когда после ПС отмечены нарушения психики (дисмнестические проявления), обусловленные способом попытки.

Исходы ПС. Полностью восстановили трудоспособность (функционирование) лишь 53,2 мужчин и 63,5% женщин. Выписаны домой 61,7 и 76,2% соответственно.

Всем без изъятия с психиатрическим диагнозом рекомендовано обращение в ПНД и / или в кабинет социально-психологической помощи при наличии. Переведены в ПБ 10% пациентов, в наркологические отделения – 4 мужчины. Среди направленных в ПБ треть «депрессивных» (34,4%), причём половина, возможно, в тяжелой степени (по шкале Бека вне связи с диагнозом). Ранее наблюдались психиатрами 80% пациентов, 70% совершили повторные суицидальные попытки, причём 57,1%; из последних – теми же медикаментами, обычно психотропными.

Малая доля (10%) направленных к психиатру после экстренной медицинской помощи указывает на малую выявляемость душевных проблем в непсихиатрических службах [1] и стигматизацию типовой психиатрической помощи. Суициденты, направленные в психиатрические учреждения «теряются в пути» [38], самые упрямые «отказники» злоупотребляют ПАВ [39].

Смертельные исходы означали прерванные случаи госпитализации, в ходе которой не выполнена необходимая совокупность медицинских услуг, клинический результат не достигнут. Характеристики летальности в зависимости от пола и возраста во всех странах сходные: опасное с медицинской точки зрения суицидальное поведение чаще приводит к

смерти мужчин, чем женщин, рост летальности увеличен с возрастом [1].

Две смерти (одна – настигла уже в ПБ) коснулись пожилых женщин. Женщина 64 лет, замужем + 2 взрослых сына, страдала ИБС, умерла в реанимационном отделении после полимедикаментозного отравления. Вторая (55) с диагнозом F20 умерла уже в ПБ (то есть за «границами» исследования) от пневмонии.

Полезен показатель больничной смертности при различных способах ПС: число смертельных исходов в больнице после использования того или иного способа, деленное на общее число совершивших суицидальную попытку данным способом. Так, 3-10% пациентов умирают вслед самоотравлениям [цит. по 7]. В нашей выборке их 2%.

Оценка смертности ПС. Показатель ≥ 2 баллов (высокий уровень летальности) у 16 (14,5%) пациентов, лечившихся $3,75 \pm 2,3$ дня.

Ресурсопотребление и стоимостный анализ ПС. Госпитализация определена тяжелыми ПС (включая прерванные суициды) с выраженным настроением умереть при выборе брутального метода. Пациенты провели суммарно 591 койко-дней, или более полутора лет в больницах, без учёта переведённых в ПБ. Длительность эпизода лечения $6,1 \pm 5,1$ дней (1-29). Разброс длительности госпитализаций указывает на клиническую разнородность когорты, менее недели лечились более половины: 59 (53,6%). Данные сходны с представленными в литературе. Так, средняя длительность госпитализации в связи с умышленным самоповреждением 3-7 дней [цит. по 7]. В Чите в 1995-2004 гг. 2/3 ПС лечены менее 5 дней [33].

Суммарная длительность госпитализаций вслед самоотравлений (включены комбинированные ПС), самопорезов и самоповешений составила суммарно 497, 70 и 24 койко-дня, или $3,43 \pm 3,1$; $11 \pm 10,9$ и $5,0 \pm 3,6$ на пациента соответственно. При меньшей средней длительности эпизода госпитализации после самоотравлений последние при их частоте определили большую часть (84,2%) суммарных койко-дней в объединённой выборке.

Совокупное количество койко-дней 59 женщин и 41 мужчин – 342 и 261 соответственно, или 5,79 и 6,36 / пациент. То есть затраты сопоставимы в отличие от данных литературы, где «мужские ПС» почти впятеро дороже [цит. по 7].

Сомнителен эффект «утра понедельника» [40], пика самоповреждений перед тягостной рабочей неделей. В объединённой выборке таких – 5,6%.

Медицинские затраты, компенсируемые Фондом ОМС, составили суммарно в объединённой российской выборке ($n=103$) 2529989 руб., или 24563 руб. на пациента (при среднем курсе в апреле 2016 г. – 66,7 руб. – около 400 USD). С учётом паритета покупательской способности 5 : 1 – 2000 USD, затраты на эпизод СП сопоставимы с таковыми в экономически развитых странах [цит. по 7].

Затраты на больничное лечение (2349975,90 руб.) превалировали (92,9%). Исходя из доли (~1%) пациентов с самоповреждениями, ПС составили 1% суммарных расходов больницы.

Сравним: 330 эпизодов госпитализаций в белорусском Гродно, субъекте исследования, в связи с СП за 2012-2013 гг. определили уровень ПС около 35 [41] и 0,3% бюджета больницы скорой медицинской помощи.

Социальные издержки, исходя из потерь валового продукта на душу населения, суммарные (учтены 94 пациента) – 740460 руб., или 7877,23 руб. на пациента.

Суммарные (медицинские + социальные) затраты на выборку без «иностранцев» и на пациента составили 3270449 руб. (77,4% медицинских) и 32440,83 руб. соответственно. С учётом ориентировочного (минимального) уровня ПС (44), гипотетическая когорта переживших ПС с тяжелыми медицинскими последствиями в России составила 63492 человек (население Туапсе Краснодарского края) за год. Медицинские и суммарные (медицинские + социальные) затраты соответствуют 1559553996 и 2059695083 руб., или 0,04% бюджета здравоохранения и 0,002% ВВП соответственно.

Ограничения исследования определены его дизайном [7] и предметом изучения (ПС). В отличие от международной системы регистрации суицидов, сбор данных о ПС не стандартизирован, и при сравнении показателей важен учёт методологических аспектов. Выезды «Скорой медицинской (психиатрической) помощи» и ныне служат, если не «единственным материалом, по которому можно судить об основных тенденциях аутоагрессивного поведения в городе» [17], но основным источником отечественных клинико-статистических анализов ПС. Не все ПС охвачены медицинской помощью, и показатели смертности на основе данных медицинских служб выше оценок самоотчётов о попытках самоубийства. Изучены ПС лишь с тяжелыми (требующими госпитализации) медицинскими последствиями. Под «зонтом» ПС объединены самоповреждения без намерения смерти и с таковым; не включены получившие экстренную

медицинскую помощь без госпитализации; миновавшие приёмный покой; не учтены «несчастные случаи». Ряд больниц (как Ангарская) обслуживает лишь взрослых (≥ 18 лет), не служат «монополистами» неотложных медицинских услуг в городе (Саратовская больница). Оценки уровней ПС с медицинскими последствиями по больничным данным, занижены при ведущей роли амбулаторной помощи и самопомощи – при малой доступности медицинских услуг (например, у селян) и стигматизации парасуицидентов. Малые вследствие краткосрочности набора на протяжении произвольного весеннего месяца (роль сезона не уточнена), возможно, разнородные выборки преимущественно горожан при более высоких показателях суицидального поведения селян, объединены в одну. При этом месячный горизонт исключил смешение пациентов и эпизодов госпитализации (дублирование повторно совершивших ПС за год). Значительный пережёт подгрупп пациентов затрудняет клинко-эпидемиологическую оценку, и «проклятый вопрос» суицидологии открыт: одни и те же ли совершают суициды, суицидальные и несуицидальные самоповреждения.

Эпидемиологические и стоимостные данные о ПС экстраполированы «снизу вверх» на гипотетическую субпопуляцию на федеральном уровне.

Использованы минимальные показатели медицинских услуг без повышающих коэффициентов в регионах и связанных с типом помощи. Подсчёт затрат, исходя из завершённого случая, препятствует межгрупповому анализу «вклада» социо-демографических и клинических характеристик в разброс медицинских издержек. Подсчёт медицинских затрат по завершённому случаю не позволил выявить параметры, объясняющие большие медицинские затраты (из-за длительности и интенсивности лечения) – пожилой (>60 лет) возраст, брутальный способ ПС, намерение смерти. Из «поперечного» стоимостного анализа исключены «предистория»: добольничный этап (за исключением вызова бригады скорой помощи) и издержки по выписке (долечивание медицинских последствий ПС и психических расстройств). Стоимостный анализ не касался социальных издержек ПС, значимых при продолжении больничного листа и/или инвалидности. «Неуловимые» потери (душевная боль, горе, страдания, стигма) суицидентов и его близких вне стоимостного анализа, но важны при планировании служб и программ. Подсчёт социальных потерь исходя из подхода «чело-

веческого капитала» приближен. Региональное пространство России по экономическим признакам вариабельно. Масштаб регионального неравенства в РФ впечатляет. Сравнения ВРП богатейших и беднейших регионов (доклад российского офиса Всемирного банка), показывают: Москва аналогична Нидерландам, Магаданская область – Гонконгу, Чечня сопоставима с Конго, Тува – с Бolivией. Отличия ВРП на душу населения в 2016 г. почти восьмикратное (ХМАО 1852300 – Забайкальский край 243100 руб.). Важен подсчёт социальных издержек в каждом субъекте РФ для уточнения социальной эффективности (ресурсосберегающего потенциала) антикризисной помощи. Большинство пациентов безработные или на низкооплачиваемой работе, с бедной социальной сетью («меньший резонанс» горя окружающих?). «Цену» смерти трудоспособного после ПС уместно посчитать потери лет продуктивной жизни.

Планирование исследований. Стандартизация регистрации ПС в стране и на местном уровне – важна для систематического анализа причин самоубийств и сокращения их числа. Мониторинг уровней ПС, социо-демографические и клинические характеристики групп риска как мишеней избирательных биопсихосоциальных вмешательств, способов ПС (обосновывают ограничение доступа к средствам суицидов и ПС), смертности самоповреждающего поведения (доли попыток, приведших к гибели) – научно доказательная информация для разработки и оценки местных и государственных программ профилактики самоубийств [1]. Данные о частоте ПС в репрезентативных выборках медицинских учреждений на региональном или федеральном уровнях следует дополнить опросами репрезентативных выборок населения. Так, 5% взрослых и 20% подростков сообщают о несуйцидальных самоповреждениях в течение жизни [цит. по 7].

Изучение физической и психической болезненности в отдалённом постсуицидальном периоде (по выписке из больницы) уточнит характеристики групп ресурсоёмких пациентов с сочетанными клинко-социальными проблемами как мишеней первоочередных профилактических мероприятий.

Необходим простой (не трудоемкий) инструмент оценки и мониторинга риска ПС в общемедицинской практике, в Сети, ориентирующий пользователя на обращение в антикризисную службу. Заслуживает тиражирования организационная модель выявления риска

самоубийств стационарных больных любого профиля в Гродненской области (Беларусь).¹

При долгосрочном мониторинге ПС следует выделить характеристики намерения смерти, рецидивов суицидального поведения. В сочетании с информацией о самоубийствах, данные о частоте и способах ПС могут использоваться для расчёта показателя летальности суицидального поведения (доли суицидальных попыток, повлекших смерть) в зависимости от пола, возраста и способа самоповреждения, что поможет выявить группы риска ПС как мишени избирательных психосоциальных антикризисных вмешательств, опаснейшие способы, указывающие пути затруднения доступа к средству ПС.

Многофакторный анализ выявит особые наборы факторов риска и антисуицидальных факторов в различных группах парасуицидентов и жертв суицидов.

Качественный анализ покажет многообразие мотивов парасуицидентов и выстраданных ими стратегий совладания с дистрессом.

Определение затратной эффективности (исходя из цены сбережённого года продуктивной жизни) лечебно-профилактических мероприятий в группах риска важно для обоснования развития и оценки антикризисных служб и программ с гуманным и ресурсосберегающим потенциалом. Предупреждение ПС в пересекающихся группах молодых, депрессивных, «микстов», использующих тяжкие методы ПС, совершающих повторные ПС (четверть нашей выборки) может быть наиболее затратно эффективно [цит. по 7]. Предстоит определить соотношение дополнительных затрат (развитие, например, кризисного отделения), необходимых для предотвращения одного случая суицида или ПС; изучить ключевые сферы повседневной лечебно-консультативной помощи (отсутствие преемственности, континуума суицидологической помощи) совершившим ПС: процесс помощи, препятствия к доступу эффективной помощи, необходимые вмешательства.

Заключение.

Проведено типовое (для рубежных стран) наблюдательное натуралистическое (отражающие повседневную практику) клинко-эпидемиологическое исследование с вторичным стоимостным анализом на основе медицинской документации ряда скоромощных больниц [7]. Проспективный подход позволил детальнее изучить пациентов.

¹Метод определения вероятности совершения самоубийства. Инструкция по применению / Букин С.И., Сурмач М.Ю., Карпюк В.А., Воронко М.В. МЗ Республики Беларусь, Гродно, 2018. 6 с.

Выборку составили лица с «опасным с медицинской точки зрения суицидальным поведением», то есть требующим медицинской помощи или ведущим к смерти [1]. Портрет леченого после ПС в многопрофильной больнице сходен с «типичным представителем» группы риска суицидального поведения [5, 42]: молодой одинокий со средним, но нереализованным уровнем образования, безработный, страдающий, как близкие, психическим расстройством и/или злоупотребляющий ПАВ, с суицидальным поведением в анамнезе (высоким риском рецидива ПС). К отличиям совершивших ПС горожан от жертв суицида отнесены более молодой возраст (суицидальный сценарий писан значительно ранее, чем кульминация трагедии); близкое к 1:1 половое соотношение (возможно, за этим снижение частоты «тяжелых» ПС женщин и / или рост у мужчин) при преимущественном выборе самоотравлений лекарственными средствами.

Пациенты выявляли разнообразные взаимопотенцирующие частично пересекающиеся клинко-социальные проблемы (груз детских психотравм, суицидальный анамнез, не выявленную и / или не леченую депрессию и / или тревогу, злоупотребление ПАВ (возможное самолечение депрессии), телесные болезни, острый психосоциальный дистресс, одиночество, незанятость). Малая доступность, неразвитость и привлекательность местных суицидологических служб [43] и/или уклонение от малопривлекательной и / или неэффективной психиатрической помощи дополняют картину.

При относительно малой эпидемиологической частоте ПС социально-экономические потери самоповреждений, прошедших медицинский «фильтр», существенны, что объяснимо характеристиками когорты: преобладанием трудоспособных лиц и тяжестью ПС в остром постсуициде.

Согласно международной обнадёживающей практике и мнению соавторов исследования, предстоит следующее:

1. Улучшить и унифицировать регистрацию ПС на региональном и государственном уровнях и регистров случаев медицинской помощи после ПС [11, 44], облегчающий выявление и мониторинг группы риска ПС (как лиц с повторными и/или тяжелыми ПС).

2. Организовать обязательное психолого-психиатрическое консультирование в многопрофильных больницах для улучшения диагностики (особо депрессии) и обеспечения доступного и преемственного наблюдения и лечения в психиатрических и / или суицидологических службах.

3. Внедрять междисциплинарный и межведомственный подходы в лечебно - профилактическую работу с целевыми группами. Например, в первом отечественном кризисном стационаре (московская городская клиническая больница № 20) 20 лет назад более 40% суицидентов составили экс-пациенты скорпомощной больницы [17].

4. Обучать профессионалов и добровольцев, включая успешно преодолевших кризисные состояния (лидеров групп самопомощи).

5. Ограничить доступ к средствам ПС (безрецептурным лекарствам). В таком контексте разумна коррекция схем психофармакотерапии лиц со склонностью к самоотравлениям. Так, подверженным риску суицидального поведе-

ния с историей самоотравлений и проблематичной приверженностью к лекарствам негоже выписывать и выдавать на руки бесконтрольно классические трициклические антидепрессанты [45] или клозапин (азалептин) как «снотворное».

Многоуровневая программа профилактики ПС направлена на раннее выявление и коррекцию ПС, предупреждение повторных ПС и помощь близким суицидентов в рамках континуума суицидологических служб [2, 8, 9, 46]. Изучение биопсихосоциальной природы, динамический контроль, лечение и предупреждение ПС несут не только гуманный посыл, но и ресурсосберегающий (народосберегающий) потенциал.

Литература:

1. Предотвращение суицидов. Глобальный императив. Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. 97 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / МЗ РСФСР. М., 1980. 55 с.
3. Apter A. Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *Eur. Psychiatry*. 2010; 25: 257-59.
4. Kreitman N., Philip A.E., Greer S., Bagley C.R. Parasuicide. *Br. J. Psychiatry*. 1969; 115 (523): 746-47.
5. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1); 23-35.
6. Beautrais A.L Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34: 1-11.
7. Любов Е.Б., Паршин А.Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 11-28.
8. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 11-12.
9. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; (4): 55-63.
10. Ворсина О.П., Симуткин Г.Г. Суицидальное поведение населения Иркутской области. Иван Федоров: Томск, 2013. 320 с.
11. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М. и соавт. Регистрация и учёт суицидального поведения. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 104-111.
12. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб, 2004. 479 с.
13. Прокопович Г.А. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки отравления (по материалам многопрофильного стационара скорой помощи): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2015. 31 с.
14. Simon O.R., Swann A.C., Powell K.E. et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 32 (1 Suppl.): 49-59.
15. Kingsbury S. PATHOS: A screening instrument for adolescent overdose: A research note. *J. Child Psychology Psychiatry*. 1996; 37 (5): 609-11.
16. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
17. Амбрумова А.Г., Гилод В.М., Серпуховитина Т.В. и соавт. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998; 8 (2): 76-81.
18. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 368-75.

References:

1. Predotvrashhenie suicidov. Global'nyj imperativ [Suicide prevention. The global imperative]. *Vsemirnaja Organizacija Zdravoohranjenja*, 2014. 97 s. (In Russ)
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya [Diagnosis of suicidal behavior]: Metodicheskie rekomendacii / MZ RSFSR. M., 1980. 55 s. (In Russ)
3. Apter A. Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *Eur. Psychiatry*. 2010; 25: 257-59.
4. Kreitman N., Philip A.E., Greer S., Bagley C.R. Parasuicide. *Br. J. Psychiatry*. 1969; 115 (523): 746-47.
5. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1); 23-35. (In Russ)
6. Beautrais A.L Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34: 1-11.
7. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 11-28. (In Russ)
8. Kornetov Multi-aspect model of suicide prevention. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 11-12. (In Russ)
9. Polozhij B.S. Integrativnaja model' suicidal'nogo povedeniya [Integrative model of suicidal behavior]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2010; (4): 55-63. (In Russ)
10. Vorsina O.P., Simutkin G.G. Suicidal'noe povedenie naselenija Irkutskoj oblasti [Suicidal behavior of the population of the Irkutsk region]. Ivan Fedorov: Tomsk, 2013. 320 s. (In Russ)
11. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., et al. Registration and account of suicidal behavior. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 104-111. (In Russ)
12. Efremov V.S. Osnovy suicidologii [Basics of suicide]. SPb, 2004. 479 s. (In Russ)
13. Prokopovich G.A. Social'no-demograficheskie i klinicheskie karakteristiki lic, sovershivshih suicidal'nye popytki otravleniya (po materialam mnogoprofil'nogo stacionara skoroj pomoshhi) [Socio-demographic and clinical characteristics of persons who have committed suicide attempts of poisoning (based on the materials of a multidisciplinary emergency hospital)]: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. SPb, 2015. 31 s. (In Russ)
14. Simon O.R., Swann A.C., Powell K.E. et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 32 (1 Suppl.): 49-59.
15. Kingsbury S. PATHOS: A screening instrument for adolescent overdose: A research note. *J. Child Psychology Psychiatry*. 1996; 37 (5): 609-11.
16. Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 19 dekabrja 2015 g. № 1382 «O Programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2016 god». (In Russ)
17. Ambrumova A.G., Gilod V.M., Serpuhovitina T.V. i soavt. Kliniko-statisticheskij analiz suicidal'nyh popytok po g. Moskve za 1996 god [Clinical and statistical analysis of suicidal attempts in Moscow in 1996]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 1998; 8 (2): 76-81. (In Russ)
18. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 368-75.

19. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch. Suicide Res.* 1996; 2: 1-29.
20. Borges G, Nock M.K., Haro Abad J.M. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization world mental health surveys. *J. Clin. Psychiatry.* 2010; 71 (12): 1617–28.
21. Шматова Ю.Е., Морев М.В., Любов Е.Б. Экономическое бремя социально значимых болезней и девиантного поведения населения Вологодской области. *Суицидология.* 2014; 5 (3): 59–64.
22. Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 93: 327-38.
23. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология.* 2017; 8 (1): 3-16.
24. Patel V., Ramasundarahettige C., Vijayakumar L. et al. Million Death Study Collaborators. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2343–51.
25. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2373–82.
26. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). Смоленск: СГМА, 2012. 232 с.
27. Гажа А.К., Баранов А.В. Организация суицидологической помощи населению Тамбовской области. *Суицидология.* 2016; 7 (3): 63-67.
28. Лопатин А.А. Суициды и парасуициды (клинико-эпидемиологические и социально-организационные аспекты): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Кемерово, 2000. 43 с.
29. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области. *Суицидология.* 2015; 6 (4): 66-75.
30. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 572 с.
31. Kessler R.C., Berglund P., Borges G. et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA.* 2005; 293: 2487–95.
32. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 28-43.
33. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Клинико-эпидемиологические аспекты парасуицидов в г. Чите. *Дальневосточный медицинский журнал.* 2007; 1: 57–8.
34. Яковлева С.В. Суицидальные попытки путем самоотравления (эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М, 2003. 20 с.
35. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Приленский А.Б. и соавт. Преднамеренные отравления с суицидальной целью: характеристика контингента отделения токсикологии. *Суицидология.* 2017; 8 (4): 98-106.
36. Меринов А.В., Байкова М.А., Алексеева А.Ю. Семьи мужчин, страдающих алкогольной зависимостью: взгляд с позиции суицидологии. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 92–98.
37. Любов Е.Б. Зависимые от психоактивных веществ как группа риска суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал.* 2017; 3: 19–26.
38. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark: epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan. Med. Bull.* 2007; 54: 306-69.
39. Suokas J., Lonnqvist J. Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 179–82.
40. Johnson H., Brock A., Griffiths C., Rooney C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of week in England and Wales, 1993–2002. *Health Stat Q.* 2005; 27: 13–6.
41. Букин С.И., Лазаревич С.Н. Об экономической составляющей профилактики самоубийств // 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 [Электронный ресурс]: тезисы / под общей ред.Н.Г.
19. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch. Suicide Res.* 1996; 2: 1-29.
20. Borges G, Nock M.K., Haro Abad J.M. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization world mental health surveys. *J. Clin. Psychiatry.* 2010; 71 (12): 1617–28.
21. Shmatova J.E., Morev M.V., Lyubov E.B. Economic burden social significant diseases and deviant behavior (at the region level). *Suicidology.* 2014; 5 (3): 59-64. (In Russ)
22. Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 93: 327-38.
23. Lyubov E.B., Magurдумова Л.Г., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology.* 2017; 8 (1): 3-16. (In Russ)
24. Patel V., Ramasundarahettige C., Vijayakumar L. et al. Million Death Study Collaborators. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2343–51.
25. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2373–82.
26. Cyganov B.D., Vaulin S.V. Suicidy i suicidal'nye popytki (klinika, diagnostika, lechenie) [Suicide and suicide attempts (clinic, diagnosis, treatment)]. Smolensk: SGMA, 2012. 232 s. (In Russ)
27. Gaza A.K., Baranov A.V. The organization of the prevention of suicidal behavior in the population of the Tambov region. *Suicidology.* 2016; 7 (3): 63-67. (In Russ)
28. Lopatin A.A. Suicidy i parasuicidy (kliniko-jepidemiologicheskie i social'no-organizacionnye aspekty) [Suicide and parasuicides (clinical, epidemiological and socio-organizational aspects)]: Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. Kemerovo, 2000. 43 s. (In Russ)
29. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region. *Suicidology.* 2015; 6 (4): 66-75. (In Russ)
30. Demcheva N.K., Jazdovskaja A.V., Sidorjuk O.V. i dr. Jepidemiologicheskie pokazateli i pokazateli dejatel'nosti psihiatricheskikh sluzhzb v Rossijskoj Federacii (2005-2013 gg.) [Epidemiological indicators and performance indicators of psychiatric services in the Russian Federation (2005-2013)]: Statisticheskij spravochnik. M.: FGBU «FMIICPN im. V.P.Serb'skogo» Minzdrava Rossii, 2015. 572 s. (In Russ)
31. Kessler R.C., Berglund P., Borges G. et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA.* 2005; 293: 2487–95.
32. Borodin S.V., Mihlin A.S. Motivy i prichiny samoubijstv [Motives and causes of suicide]. Aktual'nye problemy suicidologii. M., 1978. S. 28-43. (In Russ)
33. Saharov A.V., Govorin N.V. Kliniko-jepidemiologicheskie aspekty parasuicidov v g. Chite [Клинико-эпидемиологические аспекты парасуицидов в г. Чите]. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal [Far Eastern medical journal].* 2007; 1: 57–8. (In Russ)
34. Jakovleva S.V. Suicidal'nye popytki putem samootравления (jepidemiologicheskij, toksikologicheskij i klinicheskij aspekty) [Suicide attempts by self-poisoning (epidemiological, Toxicological and clinical aspects)]: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M, 2003. 20 s. (In Russ)
35. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Prilensky A.B., Hohlov M.S., Yushkova O.V., Korovin K.V. Intentional poisoning with suicide intention: characteristics of the toxicology department contingent. *Suicidology.* 2017; 8 (4): 98-106. (In Russ)
36. Merinov A.V., Bačkova M.A., Alekseeva A.Yu. Families of men suffering from alcohol addiction: a view from the suicidology perspective. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 92–98. (In Russ)
37. Ljubov E.B. Zavisimye ot psihoaktivnyh veshhestv kak gruppa riska suicidal'nogo povedenija [Dependent on psychoactive substances as a risk group for suicidal behaviour]. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry].* 2017; 3: 19–26. (In Russ)
38. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark: epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan. Med. Bull.* 2007; 54: 306-69.
39. Suokas J., Lonnqvist J. Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 179–82.
40. Johnson H., Brock A., Griffiths C., Rooney C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of week in England and Wales, 1993–2002. *Health Stat Q.* 2005; 27: 13–6.
41. Bukin S.I., Lazarevich S.N. Ob jekonomicheskoy sostavljajushhej profilaktiki samoubijstv // XVI S'ezd psihiatrov Rossii. Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Psihiatrija na jetapah reform: problemy i perspektivy», 23-26 sentjabrja 2015 goda, g. Kazan': tezisy / pod obshhej red. N.G. Neznanova. SPb: Al'ta Astra, 2015: 883–84. (In

- Незнанова. СПб: Альта Астра, 2015: 883–84.
42. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 16-30.
 43. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция. *Суицидология*. 2014; 5 (3): 3-17.
 44. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1)
 45. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide / Diekstra R. et al. eds. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill, 1995: 163-72.
 46. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-74.
 42. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 16-30. (In Russ)
 43. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function. *Suicidology*. 2014; 5 (3): 3-17. (In Russ)
 44. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1)
 45. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide / Diekstra R. et al. eds. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill, 1995: 163-72.
 46. Obraztsova A.S. Support group experiencing the suicide of a close. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-74. (In Russ)

INTEGRATED (EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, SOCIAL, AND COST) ASSESSMENT OF PARASUICIDES AS THE REASONS OF HOSPITALIZATION IN MULTIDISCIPLIC HOSPITALS

E.B. Lyubov¹, P.B. Zotov², A.N. Kulikov¹ & Research Group

¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbysky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract: Parasuicides (suicides attempts or self-injury), or PS are associated with significant morbidities and constitute a major predictor of later suicide. Studying on PS represents one of the most important directions for major public health priority and suicide prevention. Aim of the first international (Russia-Belarus) multicentre study is a multilevel (i.e., epidemiological, clinical, social, and economic) assessment of patients hospitalized in somatic hospitals after PS. Material and methods. A prospective clinical and epidemiological study included 110 inpatients in the 10 city emergency medical centers admitted for PS during the study; 63 patients (57.3%) were female. The mean age of men and women was 34.07 and 36.58 years (standard deviation – 10.07 and 16.23, range–17-62 and 12-74 years) respectively. All patients received a psychosocial assessment during their first days of hospital attendance. The cost analysis (in/Rub. 2016) showed total economic burden (i.e., medical and social costs) of PS in the hospital budget (%) and at the federal level. Medical costs are calculated taking into account insurance costs for the treated case. Social costs using the social capital approach. Results. Predictors of PS and risk factors include certain demographic variables, clinical (e.g., depressive) symptoms and issues related to medical and social support. Typical features of parasuicides are the following: young and middle age, no family, unemployment, with psychiatric, and suicidal history, alcohol abuse. Every fourth PS was a repeated one. Most of the suicide attempts (>80%) were done with psychiatric medications. At least ½ of the PS on the attributes of minimizing the chance of third-party care can be considered suicidal. The most frequent reasons for PS were conflicts with loved ones (>1/3). The proportion of depressive disorders (F.32) is defined in less than 3% of patients (male and female), but adaptation disorders (F43.2) were found in 29.9% patients. Up to 40% of the PS are committed under alcoholic intoxication. The overall mortality of PS was high (2%). The risk of suicide in the next 24-48 hours of the post-suicide period was high for 22.7% of patients. PS make up a 1% proportion of hospitalizations for self-harm. Taking into account the tentative (minimal) level of the PS with severe medical consequences (i.e., 44 per 100.000 population), medical and total (+ social) costs correspond to 1559553996 and 2059695083 Rub., or 0.04% of the health care budget and 0.002% of GDP, respectively. The costs for the episode of PS (nearly 2000 USD) are comparable with those in other economically developed countries. Conclusion. Typical shortcomings of medical and psychiatric care are the small continuity, insufficient development of alternative antisuicidal services (e.g., crisis hospital in a multi-profile hospital). Improved continuity of care as well as diagnosis of affective disorders and pharmacotherapy (in frame of risk reduction to self-poisoning means) would likely reduce the number of subsequent suicidal attempts following a previous nonfatal attempt. Attempted suicide produces substantial financial burden. Prevention in targeting risk groups as who made repeated PS or / and users of hard PS methods may be most cost-effective. Further research should aim at identifying epidemiology PS and the cost-effectiveness of prevention measures.

Keywords: parasuicides, epidemiology, clinical picture, medical costs, social costs

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клиничко-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 16-29. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-16-29](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29)

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. et al. Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 16-29. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-16-29](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29)