

## БОЛЬНИЧНЫЕ СУИЦИДЫ

А.В. Голенков, В.А. Козлов, А.В. Филоненко

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия  
БУ «Республиканская детская клиническая больница», г. Чебоксары, Россия

### SUICIDE INSIDE HOSPITALS

A.V. Golenkov, V.A. Kozlov,  
A.V. Filonenko

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia  
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia

#### Сведения об авторах:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронный адрес: [golenkovav@inbox.ru](mailto:golenkovav@inbox.ru)

Козлов Вадим Авенирович – доктор биологических наук, кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1915-5416; Researcher ID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Место работы и должность: профессор кафедры медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: [pooh12@yandex.ru](mailto:pooh12@yandex.ru)

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45; БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-63-81, электронный адрес: [filonenko56@mail.ru](mailto:filonenko56@mail.ru)

#### Information about the authors:

Golenkov Andrei Vasilievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (905) 197-35-25, email: [golenkovav@inbox.ru](mailto:golenkovav@inbox.ru)

Kozlov Vadim Aveniurovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1915-5416; Researcher ID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500) Place of work and position: Professor of the Department of Medical Biology with a course in Microbiology and Virology, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov". Address: 45 Moskovsky prospect, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (903) 379-56-44, email: [pooh12@yandex.ru](mailto:pooh12@yandex.ru)

Filonenko Aleksandr Valentinovich – MD, PhD (SPIN-code: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Place of work and position: assistant professor of the department of pediatrics and pediatric surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 45 Moskovsky prospect, Cheboksary Republican Children's Clinical Hospital. Address: 15 Moskovsky prospect, Cheboksary. Phone: +7 (905) 197-63-81, email: [filonenko56@mail.ru](mailto:filonenko56@mail.ru)

Систематические и методологически обоснованные исследования клинических характеристик и методов суицида у пациентов, совершивших самоубийство в условиях стационара, давно назрели. Такие события редки, однако имеют крайне негативные последствия и для семей, и для учреждений. Цель обзора в обобщении сведений о завершённых самоубийствах в отделениях больниц общего и психиатрического профиля для диагностики и профилактики внутрибольничных самоубийств. *Материал и методы.* Произведён поиск публикаций с исчерпывающими клиническими данными о самоубийствах в стационарах, имеющих важное значение для создания лучшей и более безопасной среды оказания помощи. Анализ данных между учреждениями повышает точность выявления пациентов, подверженных риску самоубийства, а также даёт возможность фиксировать более полные профили факторов риска самоубийства. *Результаты.* К больничным суицидам относятся самоубийства, произошедшие во время госпитализации, независимо внутри или за пределами территории учреждения, а для пациентов психиатрического профиля, самоубийства, совершённые в течение 24 часов после выписки. Частота самоубийств в больницах высока и превышает таковую среди населения. Она составляет 250 на 100000 госпитализаций в психиат-

рические больницы и 1,8 на 100000 госпитализаций в больницы общего профиля, что в четыре-пять раз больше, чем в общей популяции. До 5,5% самоубийств совершается в больницах. От 3 до 5,5% – в психиатрических и около 2% – в больницах общего профиля. Представлены факторы риска самоубийства. Доступность одного или нескольких средств суицида, таковых как вода, острая ограда, высокая этажность – третий этаж и выше, острые орудия – ножи и осколки стекла, возможность повешения, является признанным фактором в психиатрических учреждениях. В психиатрической среде срок госпитализации также определяет риск суицида. Он наиболее высок в течение первой недели госпитализации и в течение двух недель после выписки. Суицидальному риску способствуют недостаточность наблюдения, недооценка риска суицида со стороны сотрудников, плохая коммуникация внутри дежурных бригад и отсутствие отделения интенсивной терапии. Факторами риска являются наличие суицидального анамнеза с попытками самоубийства незадолго до госпитализации, диагноза шизофрении и расстройства настроения, сопутствующая алкогольная и наркотическая зависимость, госпитализация без согласия, проживание в одиночестве и предшествующее отсутствие на службе. Факторами риска в период сразу после госпитализации являются наличие в анамнезе суицида и суицидальных мыслей или попыток суицида незадолго до госпитализации, а также во время госпитализации, существующие трудности в межличностных отношениях, наличие стресса и потеря работы, одиночество, решение о незапланированной выписке из больницы, отсутствие контакта с персоналом в ближайшем к выписке периоде. В больницах общего профиля суицидальными факторами являются хроническое заболевание и тяжесть соматического состояния, личностные особенности пациента и наличие сопутствующей психиатрической патологии. Некоторые страны создали национальные программы профилактики самоубийств и прописали вопрос самоубийства стационарных пациентов в числе своих приоритетов. *Заключение.* Для предотвращения суицида и попыток самоубийства до и после выписки, в больницах общего и психиатрического профиля, назрела необходимость обучения сотрудников вопросам суицидального поведения и улучшения выявления пациентов, склонных к суициду. Обследование лиц, склонных к суициду, должно включать рекомендации относительно и безопасности пациента, лечения основного заболевания, а также конкретных подходов терапии. Консультация психиатра. К мерам профилактики относятся тщательный мониторинг, постоянное наблюдение, ограничение доступа к средствам самоубийства, направление в психиатрическую клинику и лечение седативными средствами. Психические расстройства лечатся в соответствии с клиническими рекомендациями и после выписки. Специфическая психо- и рефлексотерапия суицидального поведения снижает риск вероятных самоубийств. Снижение уровня суицидальной смертности среди стационарных пациентов больниц общего профиля достигается повышением осведомлённости персонала, улучшением ухода и повышенным вниманием к социальным, семейным и финансовым проблемам пациентов.

*Ключевые слова:* самоубийство в стационаре, профилактика самоубийств, анализ первопричин, безопасность пациентов

Оценка суицидального риска у пациентов в больнице общего профиля является довольно сложной задачей лечащего врача. C.I. Hung. и соавт. [1] провели исследование по выявлению стационарных пациентов из группы высокого суицидального риска. К предикторам суицидального поведения были отнесены такие категории как: пожилой возраст, мужской пол, болезненное и неизлечимое заболевание, одышка, боль, синдромы, не поддающиеся лечению, психоз, органическое психическое расстройство (ПР), алкоголизм, требовательное или «жалобное» поведение, плохие межличностные отношения, депрессия, доступ к смертельным средствам, рак, язвенная болезнь, травма спинного мозга, травма головы, рассеянный склероз, хорея Хантингтона, неадекватная седативная терапия, слабые межличностные связи врача с пациентом и отсутствие контроля эмоционального состояния паци-

Assessing suicide risk in patients in a general hospital is a rather difficult task for the attending physician. C.I. Hung et al. [1] conducted a study to identify inpatients of high suicide risk. Predictors of suicidal behavior (SB) included the following categories: old age, male gender, painful and incurable disease, shortness of breath, pain, syndromes that cannot be treated, psychosis, organic mental disorder (MD), alcoholism, demanding or “complaining” behavior, poor interpersonal relationships, depression, access to lethal drugs, cancer, peptic ulcers, spinal cord injury, head injury, multiple sclerosis, Huntington's chorea, inadequate sedation, poor physician-patient interpersonal communication, and lack of control over

ента. Более половины случаев происходят в течение первых двух недель после поступления (53,4%), и почти половина (46,7%) во время ночных смен. Авторы отмечают, что тщательное наблюдение за пациентами из группы высокого риска должно быть обязательным в течение первых двух недель после поступления, особенно во время ночного дежурства. Самый высокий уровень попыток наблюдался у лиц, поступивших в реабилитационное – 33,4 на 100000, и неврологическое отделение – 29,9 на 100000 [1].

Очевидно, что суицидальное поведение (СП) является особой проблемой в больницах общего и психиатрического профиля. У пациентов с сопутствующими ПР могут развиваться суицидальные мысли (СМ) во время пребывания в больнице общего профиля, особенно если они страдают хроническими заболеваниями. С повышенным риском самоубийства связаны некоторые соматические расстройства, такие как злокачественные новообразования, эпилепсия, хроническая обструктивная болезнь лёгких, инсульт и хронические болевые состояния, бронхиальная астма [2].

Так, Y. Zhang и соавт. [3], анализируя связь приступного периода астмы с суицидом по отношению шансов (ОШ) и доверительного интервала (ДИ), отмечают значительно повышенный риск появления СМ (ОШ, 1,52; 95% ДИ, 1,37–1,70), попыток самоубийства (ОШ, 1,60; 95% ДИ, 1,33–1,92) и смертностью от самоубийств (ОШ, 1,31; 95% ДИ, 1,11–1,55) по сравнению с контрольной группой, не страдающей этим заболеванием. К сожалению, у подростков-астматиков риск суицидальной смертности более чем в два раза выше, чем у пациентов контрольной группы, без этой патологии (ОШ, 2,14; 95% ДИ, 1,61–2,83). При наличии положительного результата скрининга на СП, рекомендуется пригласить к пациенту специалиста в области психического здоровья с последующим наблюдением во избежание осуществления суицидальных намерений.

Несмотря на существующие и растущие знания о факторах риска, защиты и тенденциях совершённых самоубийствах, врачи нуждаются в расширении информации данной тематики. Дополнительная информация является важной частью любой тщательной психиатрической диагностики. Исследование K. Babeva и соавт. [4] показало, что 80% лиц, совершивших самоубийство, отрицали наличие СМ в своем последнем общении с куратором.

*Цель обзора* – обобщение сведений о завершённых самоубийствах в отделениях больниц общего и

the patient's emotional state. More than half of the cases occur within the first two weeks after admission (53.4%) and almost half (46.7%) take place during night shifts. The authors note that close monitoring of high-risk patients should be mandatory during the first two weeks after admission, especially during night shifts. The highest rate of attempts was observed in persons admitted to the rehabilitation department – 33.4 per 100,000 hospitalizations, and the neurological department – 29.9 [1].

It is clear that SB is a particular problem in general and psychiatric hospitals. Patients with comorbid MD may develop suicidal ideation (SI) during their stay in a general hospital, especially if they have chronic illnesses. Some medical disorders are associated with an increased risk of suicide, such as malignancy, epilepsy, chronic obstructive pulmonary disease, stroke and chronic pain conditions, bronchial asthma [2].

For example, Y. Zhang et al. [3], analyzing the relationship between the attack period of asthma and suicide in terms of odds ratio (OR) and confidence interval (CI), they note a significantly increased risk of SI (OR, 1.52; 95% CI, 1.37 – 1.70), suicide attempts (OR, 1.60; 95% CI, 1.33–1.92) and suicide mortality (OR, 1.31; 95% CI, 1.11–1.55) compared with the control group, not suffering from this disease. Unfortunately, the risk of suicide mortality in adolescents with asthma is more than twice as high as in patients in the control group without this pathology (OR, 2.14; 95% CI, 1.61–2.83). If there is a positive screening result for SB, it is recommended to invite a mental health specialist to the patient for follow-up to avoid suicidal thoughts.

Despite existing and growing knowledge about risk factors, protective factors and trends in suicide, doctors need to expand information on this topic. Additional information is an important part of any thorough psychiatric diagnosis. Study by K. Babeva et al. [4] showed that 80% of individuals who committed suicide denied the presence of SI during their last interaction with their doctor.

*Aim of the review* is to generalize in-

психиатрического профиля, диагностике СП и профилактике внутрибольничных самоубийств.

*Факторы риска суицидальных мыслей*

С. Martelli и соавт. [5] отмечают, что к самоубийствам в стационарных условиях относится преднамеренное прекращение жизни, произошедшее во время госпитализации, независимо внутри или за пределами территории учреждения (организации), а для пациентов психиатрических стационаров, ещё и самоубийства, совершённые в течение 24 часов после выписки из учреждения. Частота самоубийств в больницах высока и превышает таковую среди населения в целом. Она составляет 250 на 100000 госпитализаций в психиатрические больницы и 1,8 на 100000 госпитализаций в больницы общего профиля, что в четыре-пять раз больше, чем в общей популяции. При этом от 5 до 6,5% самоубийств совершается в стационарах: от 3 до 5,5% – психиатрического и около 2% – общего профиля. Авторами выявлены следующие факторы риска суицида: доступность одного или нескольких средств суицида, таковых как вода, острая ограда, высокая этажность здания (три этажа и выше), острые орудия – ножи и осколки стекла, возможность повешения, особенно для стационарных больных с психическими расстройствами. В психиатрической среде срок госпитализации также определяет риск суицида. Он наиболее высок в течение первой недели госпитализации и в течение двух недель после выписки. Суицидальному риску способствуют и ненадлежащие условия ухода, такие как недостаточный надзор, недооценка риска суицида со стороны дежурных сотрудников, плохая коммуникация внутри дежурных бригад и отсутствие отделения интенсивной терапии. Факторами риска во время госпитализации являются наличие личного и семейного суицидального анамнеза с попытками самоубийства незадолго до госпитализации, диагнозы шизофрении и расстройства настроения, сопутствующая алкогольная и наркотическая зависимость, госпитализация без согласия, проживание в одиночестве и предшествующее отсутствие на службе. Факторами риска в период сразу после госпитализации являются наличие в личном анамнезе суицида и СМ или попыток суицида незадолго до госпитализации, а также во время госпитализации, существующие трудности в межличностных отношениях, наличие стресса и потеря работы, одиночество, решение о незапланированной выписке из больницы, отсутствие контакта с медсестрами в ближайшем к выписке периоде. В больницах общего профиля наиболее часто упоминаемыми

formation on completed suicides in departments of general and psychiatric hospitals, diagnosis of SB and prevention of in-hospital suicides.

*Risk factors for suicidal ideation*

С. Martelli et al. [5] note that suicide in inpatient settings includes the intentional termination of life that occurred during hospitalization, regardless of inside or outside the territory of the institution (organization), and for patients in psychiatric hospitals, also suicides committed within 24 hours after discharge from the institution. The rate of suicide in hospitals is high and higher than that in the general population. It is 250 per 100,000 admissions to psychiatric hospitals and 1.8 to general hospitals, which is four to five times higher than in the general population. Moreover, from 5 to 6.5% of suicides occur in hospitals: from 3 to 5.5% in psychiatric hospitals and about 2% in general hospitals. The authors identified the following risk factors for suicide: the availability of one or more means of suicide, such as: water, a fence sharp peaks, a high-rise building (three floors and higher), sharp instruments – knives and glass fragments, the possibility of hanging, especially for inpatients with MD. In the psychiatric environment, length of hospitalization also determines the risk of suicide. It is highest during the first week of hospitalization and two weeks after discharge. Inadequate care conditions, such as inadequate supervision, underestimation of suicide risk by on-duty staff, poor communication within on-duty teams, and lack of an intensive care unit, also contribute to suicide risk. Risk factors during hospitalization include a personal or family history of suicide with suicide attempts shortly before admission, diagnoses of schizophrenia and mood disorders, co-occurring alcohol and drug addiction, hospitalization without consent, living alone, and previous absence from truancy. Risk factors in the period immediately after hospitalization are a personal history of suicide and SI or suicide attempts shortly before hospitalization, as well as during hospitalization, existing difficulties in interpersonal relationships, stress and loss of work, loneliness, the decision to un-

суицидальными факторами являются хроническое заболевание и тяжесть соматического состояния, личностные особенности пациента и наличие сопутствующей психиатрической патологии. Вместе с тем, авторы обнаружили недостаточную эффективность консультаций психиатров во время госпитализации пациентов, совершивших самоубийство. Некоторые страны создали национальные программы профилактики самоубийств. Так, Англия прописала вопрос самоубийства стационарных пациентов в числе своих приоритетов. Элементы профилактической заинтересованности появляются в научных публикациях и некоторых программах местной и региональной инициативы других стран. Эти элементы группируются следующим образом: 1) обеспечение безопасности больничной среды; 2) оптимизация ухода за пациентами с суицидальным риском; 3) обучение медицинских бригад выявлению риска и уходу за суицидальными субъектами; 4) вовлечение семей в уход; 5) осуществление процедур после совершения или попытки самоубийства [5].

СМ и попытки самоубийства являются негативными событиями для медицинского учреждения. Публикация D.S. Lewis и соавт. [6] представляет собой обзор факторов с наибольшим количеством попыток самоубийства в больницах Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса. Общий уровень самоубийств, приводимый авторами, колеблется от 3,2 на 100000 в Греции, 11,3 на 100000 в США, 13,0 на 100000 в Германии и до 34,3 на 100000 в Российской Федерации. Внимание к потенциальному риску самоубийства, связанному с соматоневрологической патологией, вызывает растущую озабоченность среди персонала медицинских учреждений. Повышенный риск самоубийства обусловлен инвалидизирующим или хроническим заболеванием. За пять лет в клинике неврологии Университетского медицинского центра Фрайбурга произошло четыре случая самоубийства. Для врачей и медсестер отделений неотложной помощи работа с пациентами с СМ не является повседневной практикой и требует особого умения и навыков [7].

Риск попытки самоубийства или завершённый суицид тесно связан с депрессией, чувством безнадежности, беспомощности и социальной изоляцией. Дополнительные факторы риска самоубийства включают когнитивные нарушения, возраст до 60 лет, физическую инвалидность, недавнее начало или прогрессирование заболевания, отсутствие планов на будущее

planned discharge from the hospital, absence contact with nurses in the period closest to discharge. In general hospitals, the most frequently cited suicidal factors are chronic illness and the severity of the physical condition, the patient's personality, and the presence of psychiatric comorbidity. However, the authors found that consultations with psychiatrists during hospitalization of patients who committed suicide were insufficiently effective. Some countries have established national suicide prevention programs. Thus, England has listed the issue of inpatient suicide among its priorities. Elements of prevention interest appear in scientific publications and some local and regional initiative programs in other countries. These elements are grouped as follows: 1) ensuring the safety of the hospital environment; 2) optimization of care for patients at risk of suicide; 3) training medical teams to identify risk and care for suicidal subjects; 4) involving families in care; 5) implementation of procedures after committing or attempting suicide [5].

SI and suicide attempts are negative events for the health care setting. Publication by D.S. Lewis et al. [6] provides a review of factors with the highest rates of suicide attempts in NSW Department of Health hospitals. The overall suicide rates cited by the authors range from 3.2 per 100,000 hospitalizations in Greece, 11.3 in the United States, 13.0 in Germany, and 34.3 in the Russian Federation. Attention to the potential risk of suicide associated with somatoneurological pathology is a growing concern among healthcare personnel. An increased risk of suicide is due to a disabling or chronic illness. In five years, four suicides occurred at the neurology clinic of the University Medical Center Freiburg. For doctors and nurses in emergency departments, working with patients with SI is not an everyday practice and requires special skills and abilities [7].

The risk of attempted or completed suicide is strongly associated with depression, feelings of hopelessness, helplessness, and social isolation. Additional risk factors for suicide include cognitive im-

или осознания смысла жизни, недавние потери, как личные, так и профессиональные. Финансовые проблемы, а также предыдущая история ПР или СП. Самоубийство рассматривается как единственный выход из создавшейся ситуации [8].

#### *Безнадёжность*

Безнадёжность является ключевым фактором СМ и признана ведущим предиктором самоубийства, например, при рассеянном склерозе, хотя и не равна или даже более сильна, чем депрессия [9]. Пациент с безнадёжностью представляет смерть как положительное решение негативного будущего, которое его ждёт впереди. Поэтому очень важно вселить в пациента надежду. Без позитивного взгляда на будущее большинству суицидентов кажется, что боль и горе данного момента будут длиться вечно.

Безнадёжность и хроническая боль связаны с самоубийством. Однако лишь немногие исследования изучали взаимоотношения между хронической болью и безнадёжностью в прогнозировании риска самоубийства среди госпитализированных взрослых. В модели логистической регрессии Р.С. Рюан и соавт. [10], пациенты с хронической болью (скорректированное ОШ, 2,29; 95% ДИ, 1,21–4,43,  $p=0,01$ ) и безнадёжностью (скорректированное ОШ, 5,69; 95% ДИ, 2,52–12,64,  $p<0,001$ ) имеют высокие шансы получить положительный результат по итогам Вопросника проверки на самоубийство (Ask Suicide-Screening Questions – ASQ).

#### *Депрессия*

СМ являются основным симптомом большой депрессии, и они тесно связаны между собой. Депрессия является наиболее важным фактором риска СП [11]. Безнадёжность, связанная с депрессией, значительно увеличивает риск самоубийства. Среди людей, которые обычно совершают самоубийства, 90% страдают диагностируемыми ПР, в частности депрессией. Около 15% пациентов с тяжёлой большой депрессией в конечном итоге умирают от самоубийства. Депрессия является распространённой психиатрической проблемой. Несмотря на это, состояние недооценивается и игнорируется. Депрессия затрагивает от 40 до 50% пациентов с болезнью Паркинсона.

#### *Социальная изоляция*

J.R. Cutcliffe и соавт. [12] определили, что самоубийства связаны с социальной изоляцией и слабой социальной поддержкой. Социальная изоляция изменяется временем, проведённым в одиночестве, по сравнению со временем, проведённым с другими

pairment, age under 60 years, physical disability, recent onset or progression of illness, lack of future plans or sense of meaning in life, and recent losses, both personal and professional. Financial problems, as well as previous history of MD or SB. Suicide is considered by patients with the listed risk factors as the only way out of the current situation [8].

#### *Hopelessness*

Hopelessness is a key factor in SI and is recognized as a leading predictor of suicide, for example in multiple sclerosis, although it is not equal to or even stronger than depression [9]. The patient with hopelessness imagines death as a positive solution to the negative future that lies ahead. Therefore, it is very important to instill hope in the patient. Without a positive outlook on the future, most suicidal people feel that the pain and grief of the moment will last forever.

Hopelessness and chronic pain are associated with suicide. However, few studies have examined the relationship between chronic pain and hopelessness in predicting suicide risk among hospitalized adults. In the logistic regression model by P.C. Ryan et al. [10] patients with chronic pain (adjusted OR, 2.29; 95% CI, 1.21–4.43,  $p=0.01$ ) and hopelessness (adjusted OR, 5.69; 95% CI, 2.52–12.64,  $p<0.001$ ) are highly likely to score positive on the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ).

#### *Depression*

SI is a core symptom of major depression and the two are closely related. Depression is the most important risk factor for SB [11]. The hopelessness associated with depression significantly increases the risk of suicide. Among people who usually commit suicide, 90% suffer from diagnosable disorders, in particular depression. About 15% of patients with major (psychotic) depression eventually die by suicide. Depression is a common psychiatric problem. Despite this, the condition is underestimated and ignored. Depression affects 40 to 50% of patients with Parkinson's disease.

#### *Social isolation*

J. R. Cutcliffe et al. [12] identified that suicide is associated with social iso-

людьми. Количеству времени, которое человек проводит в одиночестве, следует противопоставить признание того, что не все люди, которые проводят время в одиночестве, считаются подверженными риску самоубийства. В то же время движение к социальной изоляции заслуживает внимания для оценки причин и определения уровня риска.

#### *Оценка риска самоубийства*

Оценка суицидального риска проводится для выявления СМ на момент обследования и не позволяет предсказать изменения на протяжении всего пребывания пациента в больнице [13]. Оценка представляет собой непрерывное наблюдение, происходящее от первого обращения человека в медицинскую службу до оказания лечения, ведущего к выписке. Мониторинг потенциала и наличия суицидального риска требует постоянного внимания со стороны медицинского персонала, работающих с такими пациентами.

В публикации S. Khanra и соавт. [14] приводятся некоторые факторы риска самоубийств в психиатрическом стационаре Индии. К ним относятся отсутствие профессиональной квалификации ( $p=0,03$ ), попытки самоубийства в анамнезе ( $p<0,001$ ), короткая продолжительность пребывания в больнице ( $p=0,001$ ), недостаточное купирование психопатологии ( $p=0,02$ ) и навязчивые СМ ( $p=0,02$ ).

#### *Профилактика суицидального риска*

Профилактика самоубийств среди госпитализированных пациентов начинается с выявления риска СМ. Скрининг на риск самоубийства в качестве предварительной оценки рекомендуется проводить обученными медицинскими работниками до направления в специализированные службы психического здоровья. При наблюдающихся признаках безнадежности, депрессии или социальной изоляции, при высказывании и подтверждении пациентами наличия СМ, рекомендуется оценить природу суицидальных намерений пациента, и направить его на динамическое наблюдение, начиная с обнаружения риска и заканчивая постоянным наблюдением или комплексной оценкой риска самоубийства пациента. С сожалением A. Sattler и соавт. [15] отмечают, что несмотря на то, что депрессия является изнурительным, дорогостоящим и потенциально опасным для жизни заболеванием, её часто не диагностируют и не лечат. Опросник о состоянии здоровья пациента перед посещением (Previsit Patient Health Questionnaire – 9; PHQ-9) рекомендуется применять в системе первичной медико-санитарной помощи для выявления симптомов тяжелой депрессии и предот-

lation and poor social support. Social isolation is measured by time spent alone compared to time spent with other people. The amount of time a person spends alone must be contrasted with the recognition that not all people who spend time alone are considered at risk for suicide. At the same time, the movement towards social exclusion deserves attention to assess the causes and determine the level of risk.

#### *Suicide risk assessment*

Suicide risk assessment is performed to identify SI at the time of examination and does not predict changes throughout the patient's hospital stay [13]. The assessment is a continuous observation that occurs from the person's first contact with the health service through the provision of treatment leading to discharge. Monitoring the potential and presence of suicidal risk requires constant attention from medical personnel working with such patients.

In publication by S. Khanra et al. [14] provides some risk factors for suicide in psychiatric hospitals in India. These included lack of professional qualifications ( $p=0.03$ ), history of suicide attempts ( $p<0.001$ ), short length of stay in hospital ( $p=0.001$ ), insufficient management of psychopathology ( $p=0.02$ ) and obsessive SI ( $p=0.02$ ).

#### *Preventing suicide risk*

Suicide prevention among hospitalized patients begins with identifying the risk of SI. Screening for suicide risk is recommended as a pre-assessment by trained health professionals before referral to specialist mental health services. If signs of hopelessness, depression or social isolation are observed, when patients express and confirm the presence of SI, it is recommended to assess the nature of the patient's suicidal intentions and refer him for dynamic monitoring, starting with risk detection and ending with ongoing monitoring or a comprehensive assessment of the patient's risk of suicide. With regret A. Sattler et al. [15] note that although depression is a debilitating, costly, and potentially life-threatening illness, it is often underdiagnosed and undertreated. The Previsit Patient Health Questionnaire-9

вращения самоубийства посредством раннего вмешательства. Перенос скрининга депрессии из стационара в режим предварительного визита в поликлинику приводит к значительному увеличению количества завершённых исследований PHQ-9 без ущерба для госпитальной безопасности пациентов. Асинхронный PHQ-9 снижает рабочую нагрузку на членов клинической бригады, находящейся на приёме, позволяет улучшить самостоятельную отчётность пациентов и обеспечить более целенаправленные клинические, лечебные и профилактические мероприятия от поставщиков услуг.

E.D. Ballard и соавт. [16] констатируют, что предотвращению самоубийств в больницах придается всё большее значение. Самоубийства являются серьёзной проблемой общественного здравоохранения, однако информация о самоубийствах в медицинских учреждениях ограничена. Распространённость, демографические характеристики и факторы риска суицида в этой группе населения не достаточны. Лучшее понимание роли ключевых факторов у стационарных пациентов облегчает клиницистам оценку таких симптомов, как боль, делирий, депрессия, безнадёжность и пассивное суицидальное поведение при тяжёлом или неизлечимом заболевании. Приведённые в этом исследовании данные, показали, что только в 16% рассмотренных медицинских случаев перед самоубийством была запрошена консультация психиатра. Пациенты психиатрических учреждений, совершившие самоубийство, как правило, моложе (средний возраст – 41,2 года), чем пациенты, совершившие самоубийство в медицинских учреждениях (средний возраст – 54,3 года). Самыми распространёнными диагнозами из 286 летальных самоубийств в медицинских учреждениях были новообразования (25,2%), сердечно-сосудистая патология (16,1%), легочные (15,4%) и неврологические (13,3%) заболевания. Клинический опыт показывает, что делирий, в отличие от стабильного неврологического состояния, может быть непосредственным фактором, способствующим суицидам в терапевтических и хирургических стационарах.

Проценты самоубийств, совершённых различными методами: в медицинских учреждениях из 304 случаев – прыжки с высоты (53,6%), повешение (16,1%) и порезы (11,5%); в учреждениях психиатрической помощи из 671 суицидов – прыжки (26,4%), повешение (22,7%) и утопление (13,9%); а среди населения в целом из 32439 самоубийств – применение огнестрель-

(PHQ-9) is recommended for use in primary care to identify symptoms of major depression and prevent suicide through early intervention. Moving depression screening from the inpatient setting to the preclinic visit results in a significant increase in PHQ-9 completion rates without compromising hospital patient safety. The asynchronous PHQ-9 reduces the workload of front-line clinical team members, improves patient self-reporting, and allows for more targeted clinical, treatment, and prevention interventions from providers.

E.D. Ballard et al. [16] state that suicide prevention in hospitals is becoming increasingly important. Suicide is a serious public health problem, but information on suicide in health care settings is limited. The prevalence, demographic characteristics, and risk factors for suicide in this population are lacking. Better understanding of the role of key factors in inpatients makes it easier for clinicians to assess symptoms such as pain, delirium, depression, hopelessness, and passive suicidal behavior in severe or terminal illness. The data presented in this study showed that in only 16% of medical cases reviewed, a consultation with a psychiatrist was requested before suicide. Psychiatric patients who commit suicide tend to be younger (mean age 41.2 years of age) than patients who commit suicide in medical settings (mean age 54.3 years of age). The most common diagnoses of the 286 fatal suicides in medical institutions were neoplasms (25.2%), cardiovascular pathology (16.1%), pulmonary (15.4%), and neurological (13.3%) diseases. Clinical experience shows that delirium, as opposed to a stable neurological condition, may be a direct factor contributing to suicide in medical and surgical hospitals.

Percentages of suicides committed by various methods: in medical institutions out of 304 cases – jumping from a height (53.6%), hanging (16.1%) and cutting (11.5%); in psychiatric care institutions, out of 671 suicides – jumping (26.4%), hanging (22.7%) and drowning (13.9%); and among the general population, out of 32,439 suicides, the use of firearms (51.6%), hanging (22.6%) and poisoning



ного оружия (51,6%), повешение (22,6%) и отравления (17,9%). Диагноз алкогольной зависимости или злоупотребления психоактивными веществами зарегистрирован в 55 случаях из 1252 самоубийств в психиатрических стационарах (4,4%), тогда как злоупотребление психоактивными веществами зарегистрировано лишь в 18 из 102 самоубийств в медицинских стационарах.

В исследовании D. Руссо и соавт. [17] сравнивались особенности стационарных суицидов у пациентов с психиатрическими диагнозами и без них. Самоубийство в стационаре больницы является тревожным явлением, но которому уделяется мало внимания. Ретроспективно изучались социально-демографические, клинические и связанные с суицидами характеристики самоубийств в стационарах больниц в Милане, Италия, которые собраны в Институте судебной медицины за двадцативосьмилетний период (1993-2020 г.) через исторический архив, ежегодные журналы и отчёты о вскрытиях в заверенных копиях оригиналов, переданных прокурорам судов. В обобщающей выборке обращает на себя внимание мужской пол суицидентов и самоубийство во вне палатных помещениях больниц. Так, стационарными пациентами с психиатрическим диагнозом были в основном мужчины (64,6%), средний возраст 56,7 года, итальянского гражданства (88,9%), госпитализированные в непсихиатрические палаты клиники (66,7%), с единственным заболеванием (56,1%), лечившиеся психотропными препаратами (51%), применившие насильственные методы самоубийства (89,4%), умершие от органических повреждений (78,8%) и вне здания больницы (72,7%). При сравнении суицида пациентов с непсихиатрическим диагнозом преобладали тоже мужчины (76,2%), госпитализированные в непсихиатрические отделения (98,4%), не принимавшие психотропные препараты (58,7%) и умершие во вне палатных помещениях (85,7%) стационара в дневное время. Данная информация важна для стратегии предотвращения самоубийств в стационарах обоих профилей с контролем подвальных, чердачных и складских помещений.

#### *Особенности суицида в пожилом возрасте*

У пожилых людей, госпитализированных в стационары, выявлено существование статистически значимой корреляции СМ с возрастом, семейным и материальным положением, психическим здоровьем, качеством жизни и депрессией. S.J. Liao и соавт. [18] применив краткую шкалу оценки симптомов (Brief Symptom

(17,9%). A diagnosis of alcohol dependence or substance abuse was recorded in 55 of 1252 suicides in psychiatric hospitals (4.4%), while substance abuse was recorded in only 18 of 102 suicides in medical hospitals.

In the study by D. Russo et al. [17] compared the characteristics of inpatient suicides in patients with and without psychiatric diagnoses. Hospital inpatient suicide is an alarming phenomenon that receives little attention. Socio-demographic, clinical and suicide-related characteristics of suicides in hospital inpatients in Milan, Italy were retrospectively studied, collected at the Institute of Forensic Medicine over a 28-year period (1993-2020) through historical archives, annual journals and autopsy reports. In certified copies of the originals handed over to court prosecutors. In the general sample, attention is drawn to the male gender of suicide victims and suicide outside the ward areas of hospitals. Thus, inpatients with a psychiatric diagnosis were mainly men (64.6%), mean age 56.7, Italian citizenship (88.9%), hospitalized in non-psychiatric wards of the clinic (66.7%), with a single disease (56.1%), treated with psychotropic drugs (51%), used violent methods of suicide (89.4%), died from organic injuries (78.8%) and outside the hospital building (72.7%). When comparing suicide in patients with a non-psychiatric diagnosis, the predominance was also men (76.2%), those hospitalized in non-psychiatric departments (98.4%), those who did not take psychotropic drugs (58.7%) and those who died in out-of-hospital settings (85.7%) hospital during the day.

This information is important for the suicide prevention strategy in both types of hospitals with control of basements, attics and storage areas.

#### *Features of suicide in old age*

In elderly people hospitalized in hospitals, a statistically significant correlation of SI was revealed with age, marital and financial status, mental health, quality of life and depression. S.J. Liao et al. [18] using the Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5), Mini-mental status examination (MMSE), Beck scale for SI (BSSI), a ver-

tom Rating Scale-5; BSRS-5), мини-обследование психического статуса (Mini-mental Status Examination; MMSE), шкалу Бека для СМ (Beck Scale for Suicide ideation; BSS), версию краткого опросника Качества жизни ВОЗ (World Health Organization Quality of Life-BREF Taiwan version; WHOQOL-BREF TW) и краткую гериатрическую шкалу депрессии (Geriatric Depression Scale-Short Form; GDS-SF), изучили влияние состояния психического здоровья, удовлетворённости жизнью и наличия депрессии на СМ у 228 госпитализированных пациентов Тайваня в возрасте 72,5 года. У 89,5% выборки отмечена склонность к депрессии. СМ констатированы у 26,3%. Представлены существенные различия в баллах СМ в разных группах экономического статуса и семейного положения. Возраст, семейное положение и качество жизни отрицательно коррелировали с суицидом. Материальное положение, соматические, ПР и депрессия коррелировали положительно. Результаты показали, что, чем выше балл по шкале BSRS-5, тем вероятнее суицид ( $r=0,345$ ,  $p<0,001$ ). Корреляционным анализом оценки шкалы депрессии SDS-SF констатировано, что, чем более выражена депрессия, тем выше вероятность самоубийства ( $r=0,150$ ,  $p<0,05$ ). Пожилые люди по показателям BSRS-5, GDS-SF, баллах по шкале WHOQOL-BREF TW имеют статистически значимые предикторы суицида. Медицинскому персоналу рекомендовано применение шкалы BSRS-5 для скрининга и оценки состояния психического здоровья пожилых людей, раннего обнаружения и принятия профилактических мер для оптимизации качества жизни этой категории населения в стационаре.

Для обеспечения восстановления соматического и поддержания психического здоровья больных, пожилых стационарных пациентов важна разработка многогранного подхода, направленного на купирование детерминант СМ, желания умереть и снижения риска суицидальных попыток, а также изучение факторов, коррелирующих с СП – депрессией, неполноценностью и бессонницей [19].

A.L. Berman и соавт. [20] рассмотрели информацию и методы, обеспечивающие качественный уход и безопасность людей, нуждающихся в помощи по предотвращению госпитального суицида. Фактическое число ежегодных самоубийств в больницах остаётся под вопросом, но, несомненно, это далеко не те оценочные 5-6% всех самоубийств в год, о которых упоминалось выше. Тем не менее, самоубийства происходят во время стационарного лечения, особенно в

сion of the WHO Quality of Life Short Form Questionnaire (WHOQOL - BREF Taiwan version) and the Brief Geriatric Depression Scale (GDS-SF (Short Form)) examined the effects of mental health status, life satisfaction, and depression on SI in 228 hospitalized Taiwanese patients aged 72.5, 89.5% of the sample showed a tendency towards depression. SI was detected in 26.3%. Significant differences in SI scores across different economic status and marital status groups are presented. Age, marital status, and quality of life were negatively correlated with suicide. Financial status, somatic conditions, MD and depression correlated positively. The results showed that the higher the BSRS-5 score, the more likely suicide was to occur ( $r=0.345$ ,  $p<0.001$ ). Correlation analysis of the SDS-SF depression scale showed that the more severe the depression was, the higher was the likelihood of suicide ( $r=0.150$ ,  $p<0.05$ ). Elderly people, according to BSRS-5, GDS-SF, score on the WHOQOL-BREF TW scale, have statistically significant predictors of suicide. Medical personnel are recommended to use the BSRS-5 scale for screening and assessing the mental health status of older people, early detection and taking preventive measures to optimize the quality of life of this category of the population in the hospital.

To ensure the restoration of somatic and maintenance of mental health of sick and elderly inpatients, it is important to develop a multifaceted approach aimed at relieving the determinants of SI, the desire to die and reducing the risk of suicide attempts, as well as studying the factors correlating with SB – depression, inferiority and insomnia [19].

A.L. Berman et al. [20] reviewed information and methods to ensure quality care and safety for people seeking help to prevent hospital suicide. The actual number of annual suicides in hospitals remains questionable, but is certainly far from the estimated 5-6% of all suicides per year mentioned above. However, suicides do occur during inpatient treatment, especially in the first week of hospitalization. Patients may remain at risk for suicide throughout their hospital stay, requiring

первую неделю госпитализации. Пациенты могут оставаться в группе риска суицида на протяжении всего пребывания в больнице, что требует постоянной бдительности и частого общения с лечащей командой. Хотя принудительная госпитализация является вариантом, который следует рассматривать в кризисных ситуациях, остаётся неизвестным, предотвратит ли оно самоубийство в ближайшем будущем после выписки или в долгосрочном периоде. Стационарная госпитализация служит краткосрочным целям, и не доказано, что она предотвращает самоубийства в ближайшей или отсроченной перспективе. Рекомендуется внимательнее рассмотреть вопрос о том, являются ли проверка и наблюдение эффективной мерой и стандартной практикой для обеспечения безопасности суицидальных пациентов. Авторы считают, что стратификация риска имеет почти нулевую прогностическую ценность и приводит к неприемлемому количеству ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Стратификация риска должна привести к применению последовательных, единообразных или эмпирически обоснованных терапевтических вмешательств. Инструменты и шкалы оценки рисков могут служить руководством для внедрения целевых вмешательств, адаптированных к уникальным клиническим проявлениям уязвимости, дистресса, навыкам преодоления трудностей и стрессовых факторов окружающей среды пациентами. Самоубийство является результатом одновременного действия множества различных временных факторов. Один единственный симптом не является надёжным критерием снижения суицидального риска и принятия решения о выписке. Отсутствие сообщений о суицидальных намерениях во время госпитализации, и как условие принятия решения о выписке, не означает отсутствие острого или краткосрочного риска самоубийства. Рекомендации при выписке, не учитывающие исходное состояние, мало приемлемы в реализации профилактических рекомендаций, поскольку человек вновь возвращается в потенциально небезопасную среду без обеспечения постоянной терапевтической поддержки. Врачи стационаров должны быть готовыми к преодолению трудностей в осуществлении мер по спасению жизни самоубийц и обладать навыками оказания реанимационного пособия [20].

*Особенности суицида в отделении интенсивной терапии*

R.M. Garcia [21] произведена оценка суицидальности пациентов, поступивших в отделение реанима-

constant vigilance and frequent communication with the care team. Although involuntary hospitalization is an option that should be considered in crisis situations, it remains unknown whether it will prevent suicide in the short term after discharge or in the long term. Inpatient hospitalization serves short-term purposes and has not been shown to prevent suicide in the short or long term. It is recommended that greater consideration be given to whether screening and surveillance is an effective intervention and standard practice for ensuring the safety of suicidal patients. The authors believe that risk stratification has almost zero predictive value and leads to an unacceptable number of false-positive and false-negative results. Risk stratification should lead to the use of consistent, uniform, or empirically based therapeutic interventions. Risk assessment tools and scales can provide guidance for implementing targeted interventions tailored to patients' unique clinical presentations of vulnerability, distress, coping skills, and environmental stressors. Suicide is the result of the simultaneous action of many different temporary factors. A single symptom is not a reliable criterion for reducing suicide risk and making a decision about discharge. The absence of reports of suicidal ideation during hospitalization, and as a condition of the decision to discharge, does not mean the absence of acute or short-term risk of suicide. Discharge recommendations that do not take into account the initial condition are of little use in the implementation of preventive recommendations, as the person is returned to a potentially unsafe environment without the provision of ongoing therapeutic support. Hospital doctors must be prepared to overcome difficulties in implementing measures to save the lives of suicides and have the skills to provide resuscitation aids [20].

*Features of suicide in the intensive care unit*

R.M. Garcia [21] assessed the suicidality of patients admitted to the intensive care unit. As with all units in these settings, a comprehensive assessment of the population's clinical status, risk and protective factors, psychiatric history and

ции и интенсивной терапии. Как и во всех других отделениях в этих условиях, требуется комплексная оценка клинического статуса контингента, факторов риска и защиты, психиатрического анамнеза и текущей степени СП. Необходимостью является выявление любых первичных ПР для проведения соответствующее лечение и обеспечения безопасности до момента перевода в стационар психиатрического учреждения. Наиболее частым состоянием при поступлении в клинику является необходимость алкогольной детоксикации, отражая высокую распространённость употребления алкоголя среди суицидентов с последующими порезами острыми предметами, передозировкой лекарств и повешением. Авторами подчеркивается важность предотвращения доступа на постах к средствам членовредительства и доброжелательное общение персонала с пациентом для раскрытия намерения. У пациентов, поступающих в медико-хирургические отделения больниц общего профиля, выявлены некоторые коррелирующие факторы суицидальности, включающие возбуждение, импульсивность, высокий уровень тревожности, хроническую боль и количество соматических заболеваний. Возбуждение, предшествующее попытке самоубийства, может служить предупреждающим сигналом. Рекомендуется определять ведущую причину депрессии, тревоги или делирия и обеспечить соответствующее лечение [21]. В исследовании J.M. Bostwick и соавт. [22] выявлено, что до 12% попыток самоубийства в больнице соответствовали критериям бреда. Общий уровень самоубийств в соматических, хирургических и отделениях интенсивной терапии достаточно низкий – от 0,5% до 1%. В них рекомендуется выделять группы пациентов высокого риска суицида. Это пациенты, во-первых, поступившие после попытки самоубийства и нуждающиеся в медицинской помощи до перевода в психиатрическое отделение; во-вторых, пациенты с деменцией или бредом, сопровождающиеся возбуждением и импульсивностью; в-третьих, пациенты с впервые диагностированным заболеванием или с хроническими заболеваниями, сопровождающиеся тревогой и беспокойством, связанными со здоровьем [23]. Существующие проблемы, характерные для пациентов отделений интенсивной терапии, включают высокий риск коморбидного делирия, ограниченность общения, например, в результате интубации, интоксикации, связанной с соматическим заболеванием, назначением седативных или психотропных препаратов. Решающая роль в ведении суицидальных пациентов в

current degree of SB is required. It is necessary to identify any primary MDs to provide appropriate treatment and ensure safety until transfer to a psychiatric facility. The most common condition on admission to the hospital is the need for alcohol detoxification, reflecting the high prevalence of alcohol use among suicide victims, followed by cutting with sharp objects, drug overdose and hanging. The authors emphasize the importance of preventing access to means of self-harm at posts and friendly communication between staff and patients to reveal intentions. Several correlates of suicidality have been identified in patients admitted to medical-surgical wards of general hospitals, including agitation, impulsivity, high levels of anxiety, chronic pain, and number of medical illnesses. Agitation preceding a suicide attempt may serve as a warning signal. It is recommended to identify the underlying cause of depression, anxiety or delirium and provide appropriate treatment [21]. In a study by J.M. Bostwick et al. [22] found that up to 12% of hospital suicide attempts met criteria for delusion. The overall suicide rate in medical, surgical and intensive care units is quite low – from 0.5% to 1%. They recommend identifying groups of patients at high risk of suicide. These are patients, firstly, admitted after a suicide attempt and in need of medical care before transfer to a psychiatric ward; second, patients with dementia or delirium accompanied by agitation and impulsivity; thirdly, patients with a newly diagnosed disease or with chronic diseases accompanied by health-related anxiety and worry [23]. Existing problems typical for patients in intensive care units include a high risk of comorbid delirium, limited communication, for example, as a result of intubation, intoxication associated with medical illness, the prescription of sedatives or psychotropic drugs. Consultant psychiatrists play a decisive role in the management of suicidal patients in such situations. Anxiety, agitation and pain should be managed preventively, and thereby minimize the intention of planned suicide. The patient's own reactive emotions and the staff's uncertainty about his intentions become ob-

подобной ситуации отводится консультантам - психиатрам. Тревогу, возбуждение и боль следует купировать превентивно, и тем самым свести к минимуму намерение планируемого самоубийства. Собственные реактивные эмоции пациента и неуверенность персонала по отношению к его намерениям становятся препятствиями для оказания медицинской помощи.

В отделениях неотложной помощи происходят до 8% стационарных самоубийств, и 2,45% – в других отделениях непсихиатрического профиля. Часть стационарных самоубийств происходит вне отделения, когда пациент находится на прогулке или самовольной отлучке. До 40% пациентов с попытками самоубийства и завершённым суицидом имеют клиническое общение с лечащим врачом в течение дня. Лица без смертельного исхода покушения обычно моложе, ранее имели опыт нескольких попыток суицида; в палатных условиях чаще наносят самопорезы. При этом попытки самоубийства в 60% случаев связаны с коротким периодом времени после клинического контакта с врачом, примерно, в течении одного дня. Демонстративность такого поведения чаще свидетельствует о желании привлечения внимания к своей персоне, а не о завершении деяния. В то время, как смертность от самоубийства наблюдается при более длительном периоде времени от момента общения [24].

*Последствия у родильниц с послеродовой депрессией в отделении патологии новорождённых*

Не следует забывать, что критическим временем психического здоровья женщины является послеродовой период [25, 26]. Женщины, перенесшие кесарево сечение, суицид в анамнезе, с отсутствием брачных отношений и страдающие послеродовой депрессией (ПД) имеют повышенный риск попытки самоубийства, при переводе из родильного дома в отделение патологии новорожденных.

А.В. Голенков и соавт. [27] отмечают, что шансы послеродового суицидного риска в 6,50 раз выше (95% ДИ, 2,73-15,48) у матерей с ПД, чем у тех, кто не страдает этим расстройством настроения. Воздействие депрессии в неонатальный период, особенно смешанных эпизодов, увеличивает вероятность возникновения суицида матери, находящейся в стационаре в отделении патологии новорожденных. Публикации С.У. Kwon и В. Lee [28] подтверждают результаты наших исследований эффективности иглоукалывания в отношении как прямых, так и косвенных результатов превентивной оптимизации, не только для лиц с СП,

stacles to the provision of medical care.

Up to 8% of inpatient suicides occur in emergency departments, and 2.45% in other non-psychiatric departments. Some inpatient suicides occur outside the department, when the patient is out for a walk or without permission. Up to 40% of patients with suicide attempts and completed suicide have clinical communication with their physician during the day. Individuals without a fatal attempt tend to be younger and have previously experienced several suicide attempts; in ward conditions, self-cutting is more common. Moreover, suicide attempts in 60% of cases are associated with a short period of time after clinical contact with a doctor, approximately within one day. The demonstrativeness of such behavior more often indicates a desire to attract attention to one's person, rather than the completion of the act. While mortality from suicide is observed over a longer period of time from the moment of communication [24].

*Consequences in postpartum women with postpartum depression in the neonatal pathology department*

It should not be forgotten that the critical time for a woman's mental health is the postpartum period [25, 26]. Women who have had a cesarean section, a history of suicide, are unmarried, and suffer from postpartum depression (PPD) are at increased risk of attempting suicide when transferred from the maternity hospital to the neonatal unit.

A.V. Golenkov et al. [27] note that the odds of postpartum suicide risk are 6.50 times higher (95% CI, 2.73–15.48) in mothers with PPD than in those without this mood disorder. Exposure to depression during the neonatal period, especially mixed episodes, increases the likelihood of suicide in a mother hospitalized in the neonatal pathology department. Publication by C.Y. Kwon and B. Lee [28] confirms our findings on the effectiveness of acupuncture on both direct and indirect outcomes of preventive optimization, not only for individuals with SB, but also for women with other postpartum conditions, including depression, anxiety and pain. It is noted [29] that chronic pain contributes

но и для женщин с другими послеродовыми состояниями, включая депрессию, тревогу и боль. Отмечается [29], что хроническая боль способствует возникновению СМ, приводя к нейропсихологическим нарушениям, ощущению отсутствия смысла жизни. При сохраняющемся болевом синдроме в течение двух недель распространённость СП может достигать 25,87% в пределах от 18,09 до 34,50%.

Подтверждены особенности корреляционных взаимоотношений системы «мать-дитя» в позднем неонатальном периоде [30], когда состояние материнской ПД негативным образом сказывается и на здоровье её потомства с прогрессированием суицидальных идей в подростковом возрасте. В исследовании R. Lieb и соавт. [31] оценена связь между СМ и попытками самоубийства у матерей, с различными аспектами суицидальных настроений у детей в ходе 4-летнего наблюдения. Дети матерей с суицидальным анамнезом подвергаются заметно повышенному риску СП и имеют тенденцию проявлять суицидальные попытки раньше, чем дети матерей без суицидальных намерений и могут совершить суицид, находясь в соматических отделениях больницы на излечении. Результаты основаны на данных 933 детей, прошедших динамическое наблюдение. СМ и попытки самоубийства оценивались в системе мать-дитя с помощью Мюнхенского комплексного международного диагностического интервью (Munich-Composite International Diagnostic Interview). По сравнению с потомками матерей, не склонных к суициду, у детей матерей, сообщивших о попытках самоубийства, наблюдался значительно более высокий риск СМ и попыток самоубийства, а также тенденция к попыткам самоубийства в более раннем возрасте. Ассоциации сопоставимы для детей мужского и женского пола. Передача материнской суицидальности стабильна. Как и авторы [31], мы полагаем, что суицидальность проявляется в семьях, независимо от депрессии и другой психопатологии.

*Суицидальность при соматоформных расстройствах*

М.Е. Torres и соавт. [32] определили частоту и факторы риска суицидальных исходов при соматических симптомах и связанных с ними расстройствах, а также, независимость риска от сопутствующих ПР. Соматические симптомы и связанные с ними расстройства связаны с повышенным риском СМ и попыток самоубийства. Оценки варьируют от 24 до 34% участников, поддержавших текущие активные СМ, и

to the occurrence of SI, leading to neuropsychological disorders and a feeling of lack of meaning in life. If the pain syndrome persists for two weeks, the prevalence of SB can reach 25.87%, ranging from 18.09 to 34.50%.

The features of the correlation relationships of the “mother-child” system in the late neonatal period have been confirmed [30], when the state of maternal PPD negatively affects the health of her offspring with the progression of suicidal ideas in adolescence. In a study by R. Lieb et al. [31] assessed the relationship between SI and suicide attempts in mothers, with various aspects of suicidal ideation in children during a 4-year follow-up. Children of mothers with a suicidal history are at a markedly increased risk of SB and tend to exhibit suicide attempts earlier than children of mothers without suicidal intentions and may commit suicide while being treated in the somatic wards of a hospital. The results are based on data from 933 children who underwent follow-up. SI and suicide attempts were assessed in the mother-child system using the Munich-Composite International Diagnostic Interview. Compared with offspring of mothers who were not suicidal, children of mothers who reported suicide attempts had a significantly higher risk of SI and suicide attempts and a tendency to attempt suicide at an earlier age. Associations are comparable for male and female children. The transmission of maternal suicidality is stable. Like the authors of [31], we believe that suicidality manifests itself in families, regardless of depression and other psychopathology.

*Suicidality in somatoform disorders*

M.E. Torres et al. [32] determined the frequency and risk factors for suicidal outcomes in somatic symptoms and related disorders, as well as the independence of risk from concomitant MD. Somatic symptoms and related disorders are associated with an increased risk of SI and suicide attempts. Estimates ranged from 24 to 34% of participants who endorsed current active SI and from 13 to 67% of participants who endorsed a previous suicide attempt. The risk is independent of concomitant adverse events. Risk factors

от 13 до 67% участников, которые подтвердили предыдущую попытку самоубийства. Риск независим от сопутствующих психических расстройств. Факторы риска попыток самоубийства в выборках с соматическими симптомами и связанными с ними расстройствами включают показатели гнева, алекситимии, употребления алкоголя, прошлых госпитализаций, диссоциации и эмоционального насилия. Доказана связь, независимая от ПР, между соматическими симптомами и исходами самоубийств. Клинические рекомендации по купированию этих состояний должны включать оценку и купирование суицидального риска. Исследования необходимо продолжить для полного выяснения потенциальных факторов риска лиц, страдающих этими расстройствами [32].

J.F. Wiborg и соавт. [33] изучили уровень СП у пациентов поликлинической медико-санитарной помощи с соматоформными расстройствами и выявили факторы, которые могут помочь понять и контролировать активные СМ этих пациентов. Авторы провели перекрестное исследование, в котором приняли участие 1645 пациентов первичной помощи. Из них 142 пациента соответствовали критериям соматоформного расстройства. Оценивались суицидальность и восприятие болезни. Четверть (23,9%) пациентов имели активные СМ в течение предыдущих 6 месяцев, 17,6% пытались покончить жизнь самоубийством в прошлом, причем большинство после появления соматоформных симптомов. Протестированы две модели с СМ в качестве зависимой переменной. В первой модели коморбидные симптомы депрессии (ОШ, 1,17; 95% ДИ, 1,03–1,33) и предыдущие попытки самоубийства (ОШ, 3,02; 95% ДИ, 1,06–8,62) достоверно связаны с СМ. Коморбидные симптомы тревоги не уступили значимости. Затем к этой модели были добавлены восприятие болезни и возраст появления симптомов, чтобы проверить роль специфичных факторов. Во второй модели коморбидные симптомы депрессии (ОШ, 1,15; 95% ДИ, 1,00–1,32) и восприятие дисфункции (ОШ, 1,06; 95% ДИ, 1,01–1,11) независимо связаны с активными СМ. Авторы считают, что суицидальность является существенной проблемой у пациентов поликлинического звена с соматоформными расстройствами. Восприятие изменённого функционального состояния может играть жизненно важную роль в понимании и лечении активных СМ у этих пациентов, в дополнение к факторам, перечисленным выше [33].

#### *Шкалы скрининга риска*

Отдельными авторами [34] уделяется большое

для попыток самоубийства в выборках с соматическими симптомами и связанными с ними расстройствами. Факторы риска попыток самоубийства в выборках с соматическими симптомами и связанными с ними расстройствами включают показатели гнева, алекситимии, употребления алкоголя, прошлых госпитализаций, диссоциации и эмоционального насилия. Доказана связь, независимая от ПР, между соматическими симптомами и исходами самоубийств. Клинические рекомендации по купированию этих состояний должны включать оценку и купирование суицидального риска. Исследования необходимо продолжить для полного выяснения потенциальных факторов риска лиц, страдающих этими расстройствами [32].

J.F. Wiborg et al. [33] studied the level of SI in outpatient health care patients with somatoform disorders and identified factors that can help understand and control active SI in these patients. The authors conducted a cross-sectional study involving 1645 primary care patients. Of these, 142 patients met criteria for somatoform disorder. Suicidality and illness perception were assessed. A quarter (23.9%) of patients had active SI in the previous 6 months, and 17.6% had attempted suicide in the past, the majority after the onset of somatoform symptoms. Two models were tested with SI as the dependent variable. In the first model, comorbid depressive symptoms (OR, 1.17; 95% CI, 1.03–1.33) and previous suicide attempts (OR, 3.02; 95% CI, 1.06–8.62) were significantly associated with SI. Comorbid anxiety symptoms did not lose significance. Illness perception and age at symptom onset were then added to this model to test the role of specific factors. In the second model, comorbid depressive symptoms (OR, 1.15; 95% CI, 1.00–1.32) and perceived dysfunction (OR, 1.06; 95% CI, 1.01–1.11) were independently associated with active SI. The authors believe that suicidality is a significant problem in outpatient clinic patients with somatoform disorders. Perception of altered functional status may play a vital role in understanding and treating active SI in these patients, in addition to the factors listed above [33].

#### *Risk Screening Scales*

Some authors [34] pay great attention to the importance of screening in assessing the risk of suicide in medical institutions

внимание важности скрининга в оценке риска самоубийства в медицинских учреждениях с применением ряд шкал. Поставщики услуг и администраторы, заинтересованные во внедрении программ скрининга, могут выбирать из ряда проверенных инструментов скрининга. К ним относятся: анкета СП (The Suicide Behaviors Questionnaire – SBQ), Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (The Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS), шкала суицидального аффекта-поведения-познания (The Suicide Affect-Behavior-Cognition Scale – SABCS), анкета о состоянии здоровья пациента (The Patient Health Questionnaire – PHQ-9). При выборе инструмента скрининга суицидального риска для применения в медицинских учреждениях необходимо учитывать степень чувствительности, чем его специфичность. Тесты просты в использовании, возрастному диапазону целевой группы, по качеству данных. Авторы рассматривают и суммируют свойства инструментов скрининга риска самоубийств, обсуждают преимущества использования этих инструментов в условиях больницы общего профиля и ограничения в их использовании [34].

#### *Заключение*

Систематические и методологически обоснованные исследования клинических характеристик и методов суицида у пациентов, совершивших самоубийство в условиях стационара, давно назрели. Такие события редки, однако имеют крайне негативные последствия и для семей, и для учреждений. Сбор исчерпывающих клинических данных о самоубийствах в стационаре имеет важное значение для создания лучшей и более безопасной среды оказания помощи. Анализ данных между учреждениями повышает точность выявления пациентов, подверженных риску самоубийства, а также фиксировать более полные профили факторов риска самоубийства.

Для профилактики суицида и попыток самоубийства до и после выписки, в больницах общего и психиатрического профиля, назрела необходимость обучения сотрудников вопросам СП и улучшению выявления пациентов, склонных к суициду. При наличии таких пациентов, необходимо привлекать психиатра на консультацию. Обследование лиц, склонных к суициду, должно включать рекомендации относительно и безопасности пациента, лечения основного заболевания, а также конкретных подходов терапии. К мерам профилактики относятся тщательный мониторинг, постоянное наблюдение, ограничение средств самоубийства, направление в психиатрическую клинику и

using a number of scales. Providers and administrators interested in implementing screening programs can choose from a range of validated screening tools. These include: The Suicide Behaviors Questionnaire (SBQ), Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), Suicidal Affect-Behavior-Cognition Scale (SABCS), Patient Health Questionnaire (PHQ-9). When selecting a suicide risk screening tool for use in health care settings, sensitivity should be considered rather than specificity. The tests are easy to use, age range of the target group, and data quality. The authors review and summarize the properties of suicide risk screening tools and discuss the benefits of using these tools in a general hospital setting and the limitations of their use [34].

#### *Conclusion*

Systematic and methodologically sound research into the clinical characteristics and methods of suicide in patients who commit suicide in hospital settings is long overdue. Such events are rare, but have extremely negative consequences for both families and institutions. Collecting comprehensive clinical data on inpatient suicide is essential to creating a better and safer care environment. Cross-institutional data analysis improves the accuracy of identifying patients at risk for suicide, as well as capturing more complete profiles of suicide risk factors.

To prevent suicide and suicide attempts before and after discharge, in general and psychiatric hospitals, there is an urgent need to train staff on SB issues and improve the identification of patients at risk of suicide. In the presence of such patients, it is necessary to involve a psychiatrist for consultation. The assessment of suicidal individuals should include recommendations regarding patient safety, treatment of the underlying condition, and specific treatment approaches. Prevention measures include close monitoring, constant surveillance, restriction of means of suicide, referral to a psychiatric clinic and treatment with sedatives. MDs are treated in accordance with clinical guidelines and after discharge. Specific psycho- and reflexology of SB reduces the risk of possible suicides. Reducing the suicide mortality



лечение седативными средствами. ПР лечатся в соответствии с клиническими рекомендациями и после выписки. Специфическая психо- и рефлексотерапия СП снижает риск вероятных самоубийств. Снижение уровня суицидальной смертности среди стационарных пациентов больниц общего профиля достигается повышением осведомленности персонала, улучшением ухода, и повышенным вниманием к социальным, семейным и финансовым проблемам пациентов.

ty rate among general hospital inpatients is achieved by increasing staff awareness, improving care, and increased attention to the social, family and financial problems of patients.

Литература / References:

1. Hung C.I., Liu C.Y., Liao M.N., Chang Y.H., Yang Y.Y., Yeh E.K. Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000; 22 (2): 115-121. DOI: 10.1016/s0163-8343(00)00052-9
2. Imboden C., Hatzinger M. Suizidalität im somatischen spital – perspektive der konsiliar- und liaisonpsychiatrie. *Ther Umsch*. 2015; 72 (10): 637-642. [Imboden C., Hatzinger M. Suicidality at the general hospital – perspective of consultation and liaison psychiatry. *Ther Umsch*. 2015; 72 (10): 637-642.] (In German) DOI: 10.1024/0040-5930/a000730
3. Zhang Y., Cheng J., Li Y., He R., Choudhry A.A., Jiang J., Pan P., Su X., Hu C. Suicidality among patients with asthma: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019; 256: 594-603. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.031
4. Babeva K., Hughes J.L., Asarnow J. Emergency department screening for suicide and mental health risk. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18 (11): 100. DOI: 10.1007/s11920-016-0738-6
5. Martelli C., Awad H., Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé: données épidémiologiques et prevention. *Encephale*. 2010; 36 Suppl 2: D83-91. [Martelli C., Awad H., Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention. *Encephale*. 2010; 36 Suppl 2: D83-91.] (In French) DOI: 10.1016/j.encep.2009.06.011
6. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J Neurosci Nurs*. 2014; 46 (4): 241-248. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000062
7. Lynch M.A., Howard P.B., El-Mallakh P., Matthews J.M. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008; 46 (7): 45-52. DOI: 10.3928/02793695-20080701-09
8. Arciniegas D.B., Anderson C.A. Suicide in Neurologic Illness. *Curr Treat Options Neurol*. 2002; 4 (6): 457-468. DOI: 10.1007/s11940-002-0013-5
9. Caine E.D., Schwid S.R. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide. *Neurology*. 2002; 59 (5): 662-663. DOI: 10.1212/wnl.59.5.662
10. Ryan P.C., Lowry N.J., Boudreaux E., Snyder D.J., Claassen C.A., Harrington C.J., Jobes D.A., Bridge J.A., Pao M., Horowitz L.M. Chronic pain, hopelessness, and suicide risk among adult medical inpatients. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2024; 65 (2): 126-135. DOI: 10.1016/j.jaclp.2023.11.686
11. Kostić V.S., Pekmezović T., Tomić A., Jecmenica-Lukić M., Stojković T., Spica V., Svetel M., Stefanova E., Petrović I., Džoljić E. Suicide and suicidal ideation in Parkinson's disease. *J Neurol Sci*. 2010; 289 (1-2): 40-43. DOI: 10.1016/j.jns.2009.08.016
12. Cutcliffe J.R., Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004; 11 (4): 393-400. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x
13. Lynch M.A., Howard P.B., El-Mallakh P., Matthews J.M. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008; 46 (7): 45-52. DOI: 10.3928/02793695-20080701-09
14. Khanra S., Mahintamani T., Bose S., Khess C.R., Umesh S., Ram D. Inpatient suicide in a psychiatric hospital: a nested case-control study. *Indian J Psychol Med*. 2016; 38 (6): 571-576. DOI: 10.4103/0253-7176.194914
15. Sattler A., Dunn J., Albarran M., Berger C., Calugar A., Carper J., Chirravuri L., Jawad N., Zein M., McGovern M. Asynchronous versus synchronous screening for depression and suicidality in a primary health care system: quality improvement study. *JMIR Ment Health*. 2024; 11: e50192. DOI: 10.2196/50192
16. Ballard E.D., Pao M., Henderson D., Lee L.M., Bostwick J.M., Rosenstein D.L. Suicide in the medical setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008; 34 (8): 474-481. DOI: 10.1016/s1553-7250(08)34060-4
17. Rucco D., Gentile G., Tambuzzi S., Fanton B., Calati R., Zoja R. Hospital inpatient suicides: a retrospective comparison between psychiatric and non-psychiatric inpatients in Milan healthcare facilities. *Suicide Life Threat Behav*. 2023; 53 (2): 334-347. DOI: 10.1111/sltb.12947
18. Liao S.J., Fang Y.W., Liu T.T. Exploration of related factors of suicide ideation in hospitalized older adults. *BMC Geriatr*. 2023; 23 (1): 749. DOI: 10.1186/s12877-023-04478-w. Erratum in: *BMC Geriatr*. 2024; 24 (1): 236.
19. Liao S.J., Wu B.J., Liu T.T., Chou C.P., Rong J.R. Prevalence and characteristics of suicidal ideation among 2199 elderly inpatients with surgical or medical conditions in Taiwan. *BMC Psychiatry*. 2018; 18 (1): 397. DOI: 10.1186/s12888-018-1981-7
20. Berman A.L., Silverman M.M. Hospital-based suicides: challenging existing myths. *Psychiatr Q*. 2022; 93 (1): 1-13. DOI: 10.1007/s11126-020-09856-w
21. Garcia R.M. Psychiatric disorders and suicidality in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. 2017; 33 (3): 635-647. DOI: 10.1016/j.ccc.2017.03.005
22. Bostwick J.M., Rackley S.J. Completed suicide in medical/surgical patients: who is at risk? *Curr Psychiatry Rep*. 2007; 9 (3): 242-246. DOI: 10.1007/s11920-007-0026-6

23. Mills P.D., Watts B.V., Hemphill R.R. Suicide attempts and completions on medical-surgical and intensive care units. *J Hosp Med.* 2014; 9 (3): 182-185. DOI: 10.1002/jhm.2141
24. Mills P.D., Watts B.V., Hemphill R.R. Suicide and suicide attempts on hospital grounds and clinic areas. *J Patient Saf.* 2021; 17 (5): 423-428. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000356
25. Филоненко А.В. Последствия влияния послеродовой депрессии родильницы на психосоматические показатели здоровья младенца. *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2012; 4-1: 37-43. [Filonenko A.V. Effect of postpartum depression in a puerpera on her babies' psychosomatic health indicators. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics.* 2012; 4-1: 37-43] (In Russ)
26. Совков С.В. Судьба пациенток, перенесших послеродовую депрессию. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 15 (1): 56-58. [Sovkov S.V. The fate of patients who suffered postpartum depression. *Tyumen Medical Journal.* 2013; 15 (1): 56-58.] (In Russ)
27. Голеньков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В. Суицидальная опасность послеродовой депрессии. *Академический журнал Западной Сибири.* 2021; 1 (90): 32-36. [Golenkov A.V., Filonenko V.A., Sergeeva A.I., Filonenko A.V. The suicidal danger of postpartum depression. *Academic Journal of West Siberia.* 2021; 1 (90): 32-36] (In Russ)
28. Kwon C.Y., Lee B. The effectiveness and safety of acupuncture on suicidal behavior: a systematic review. *Healthcare (Basel).* 2023; 11 (7): 955. DOI: 10.3390/healthcare11070955
29. Kwon C.Y., Lee B. Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Psychol.* 2023; 14: 1217299. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1217299
30. Филоненко А.В. Рефлексотерапия: психоэмоциональная сфера матери и её взаимосвязь с выраженностью морфофункциональных отклонений у новорожденного с перинатальным поражением нервной системы в поздний неонатальный период. *Рефлексотерапия.* 2007; 4: 40-44. [Philonenko A.V. Reflexotherapy: psychoemotional sphere of mother and its interrelationship with expressiveness of morfo-functional disorders of newborn with perinatal defeat of the nervous system in late neonatal period. *Reflexotherapy.* 2007; 4: 40-44] (In Russ)
31. Lieb R., Bronisch T., Höfler M., Schreier A., Wittchen H.U. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry.* 2005; 162 (9): 1665-1671. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.9.1665
32. Torres M.E., Löwe B., Schmitz S., Pienta J.N., Van Der Feltz-Cornelis C., Fiedorowicz J.G. Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2021; 140: 110290. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110290
33. Wiborg J.F., Gieseler D., Fabisch A.B., Voigt K., Lautenbach A., Löwe B. Suicidality in primary care patients with somatoform disorders. *Psychosom Med.* 2013; 75 (9): 800-806. DOI: 10.1097/PSY.000000000000013
34. Thom R., Hogan C., Hazen E. Suicide risk screening in the hospital setting: a review of brief validated tools. *Psychosomatics.* 2020; 61 (1): 1-7. DOI: 10.1016/j.psym.2019.08.009

## SUICIDE INSIDE HOSPITALS

A.V. Golenkov<sup>1</sup>, V.A. Kozlov<sup>1</sup>,  
A.V. Filonenko<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia;  
golenkovav@inbox.ru

<sup>2</sup>Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia

### Abstract:

Systematic and methodologically verified research of clinical characteristics and methods of suicide in patients who commit suicide in hospital settings is long overdue. Such events are rare, but have extremely negative consequences for both families and institutions. *The aim* of the review is to summarize information on completed suicides in departments of general and psychiatric hospitals for the diagnosis and prevention of in-hospital suicides. *Material and methods.* A search was conducted for publications with comprehensive clinical data on suicide in hospitals, which are important for creating a better and safer care environment. Cross-institutional data analysis improves the accuracy of identifying patients at risk for suicide and also provides the opportunity to capture more complete profiles of suicide risk factors. *Results.* In-hospital suicides include suicides that occur during hospitalization, whether inside or outside the facility, and for psychiatric patients, suicides that occur within 24 hours of discharge. The rate of suicide in hospitals is high and exceeds that in the general population. It is 250 per 100,000 admissions to psychiatric hospitals and 1.8 per 100,000 admissions to general hospitals, which is four to five times higher than in the general population. Up to 5.5% of suicides occur in hospitals, of them from 3 to 5.5% take place in psychiatric hospitals and about 2% happen in general hospitals. Risk factors for suicide are presented. The availability of one or more means of suicide, such as: water, fences with sharp peaks, high floors – third floor and higher, sharp instruments – knives and glass fragments, the possibility of hanging – are a recognized factor in psychiatric institutions. In the psychiatric environment, length of hospitalization also determines the risk of suicide. It is highest during the first week of hospitalization and two weeks after discharge. Insufficient monitoring, underestimation of suicide risk by staff, poor communication within

duty teams and lack of an intensive care unit contribute to suicide risk. Risk factors include a history of suicidality with suicide attempts shortly before admission, diagnoses of schizophrenia and mood disorders, co-occurring alcohol and drug dependence, hospitalization without consent, living alone and previous absence from duty. Risk factors in the period immediately after hospitalization include a history of suicide and suicidal thoughts or suicide attempts shortly before hospitalization, as well as during hospitalization, existing difficulties in interpersonal relationships, stress and loss of work, loneliness, the decision to unplanned discharge from the hospital, absence contact with staff in the period closest to discharge. In general hospitals, suicidal factors are chronic illness and the severity of the physical condition, the patient's personality characteristics and the presence of concomitant psychiatric pathology. Some countries have established national suicide prevention programs and have made the issue of inpatient suicide a priority. *Conclusion.* To prevent suicide and suicide attempts before and after discharge in general and psychiatric hospitals, there is an urgent need to educate staff about suicidal behavior and improve the identification of suicidal patients. The assessment of suicidal individuals should include recommendations regarding patient safety, treatment of the underlying condition, and specific treatment approaches. Consultation with a psychiatrist. Prevention measures include close monitoring, constant surveillance, restriction of access to means of suicide, referral to a psychiatric clinic and treatment with sedatives. Mental disorders are treated according to clinical guidelines and after discharge. Specific psychological and reflexology therapy for suicidal behavior reduces the risk of probable suicide. Reducing suicide mortality rates among general hospital inpatients is achieved through increased staff awareness, improved care, and increased attention to patients' social, family, and financial concerns.

*Keywords:* hospital suicide; suicide prevention; root cause analysis; patient safety

**Вклад авторов:**

*A.B. Golentkov:* разработка дизайна исследования, написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;

*V.A. Kozlov:* статистическая обработка результатов исследования, редактирование текста рукописи;

*A.V. Filonenko:* обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи.

**Authors' contributions:**

*A.V. Golentkov:* developing the research design, article writing; article editing;

*V.A. Kozlov:* statistical processing of research results, editing of the manuscript text;

*A.V. Filonenko:* reviewing and translating relevant publications; editing of the manuscript text.

**Финансирование:** Данное исследование не имело финансовой поддержки.

**Financing:** The study was performed without external funding.

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

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 19.05.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.06.2024.

---

**Для цитирования:** Голентков А.В., Козлов В.А., Филоненко А.В. Больничные суициды. *Суицидология*. 2024; 15 (2): 94-112. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-94-112

**For citation:** Golentkov A.V., Kozlov V.A., Filonenko A.V. Suicide inside hospitals. *Suicidology*. 2024; 15 (2): 94-112. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-94-112