

## СУИЦИДОЛОГИЯ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, В.А. Розанов, А.А. Севастьянов

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия  
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия  
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

### Контактная информация:

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: Россия, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

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 – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. Телефон: (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Севастьянов Алексей Александрович – кандидат технических наук (SPIN-код: 7459-8877; Researcher ID: L-3574-2018; ORCID iD: 0000-0003-3926-1059). Место работы: ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А. Телефон: (3452) 28-36-60. Электронный адрес: contact@ogtcentre.ru

Обсуждаются вопросы актуальности повышения качества профессиональных знаний по суицидологии в медицинской среде. Авторы отмечают, что темы суицида обычно ассоциируются с психиатрической помощью и рассматриваются, в подавляющем большинстве случаев, при прохождении студентами соответствующего цикла, нередко с явно недостаточным вниманием к проблеме. В программы постдипломного образования вопросы суицидальной превенции в неоправданно малом объёме включены по специальностям «психиатрия», «наркология» и «психотерапия». Знания врачей других «непсихиатрических» специальностей обычно не превышает студенческий уровень, что ограничивает их участие в профилактической работе, и практически ставит в тупик при столкновении с суицидальными действиями их пациентов. Между тем, известно, что перед совершением попытки многие суициденты обращаются к интернистам по поводу различных заболеваний, но не получают помощи. В последующем лишь не более 5% из них продолжают лечение у суицидолога (психиатра) по выписке даже при наличии кризисного отделения в структуре больниц. Треть совершают не менее тяжелую попытку в течение года, что предсказуемо при неразрешимых (накапливающихся) психосоциальных и, возможно, медицинских последствиях суицидального поведения (СП). В этих условиях понятна необходимость целевого обучения врачей первичного звена (семейных врачей). Не менее значима работа и с персоналом психиатрических ЛПУ (от психиатров, клинических психологов до медсестер и санитарок), который часто мало сведущ в вопросах СП, и нередко стигматизирует пациентов и их родственников, что значительно ограничивает реабилитационный потенциал и эффективность коррекционной работы. В заключении авторы указывают на ряд важных практических задач в системе образования: 1. Необходимость системного изучения и преподавания суицидологии в медицинских ВУЗах с отказом от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода, и перевод её в категорию междисциплинарных научно-практических проблем. 2. Включение вопросов суицидологии в программы последипломной подготовки, в том числе с учётом профиля обучающихся врачей, и с акцентом на выработку практических навыков по диагностике суицидального поведения и тактике ведения данной категории пациентов. 3. Создание учебников, методических пособий по превенции суицида. Подобный подход в целом может служить основой формирования межведомственных программ суицидальной превенции.

*Ключевые слова:* суицидология, суицид, обучение суицидологии, превенция суицида

*Мы все учились понемногу  
чему-нибудь и как-нибудь.  
А.С. Пушкин*

Около 800000 землян ежегодно гибнут от самоубийств, что соответствует усреднённому уровню самоубийств (УС), составившем 10,5 (здесь и далее на 100000 населения) в 2016 г. (13,7 и 7,5 мужчин и женщин соответственно) [1].

Самоубийства – неизменно серьёзная проблема стран с высоким уровнем дохода, но почти 80% суицидов приходится на наиболее густонаселённые страны с низким и средним уровнем дохода, несущих большую часть глобального бремени самоубийств [1]. На каждую жертву самоубийства приходится более 20 попыток. Попытки самоубийства служат важнейшим прогностическим фактором самоубийства. Если же принять во внимание влияние на окружение суицидента, то в конечном итоге от суицидального поведения страдают миллионы [2, 3, 4, 5].

Программы предотвращения самоубийств основаны на фактических (доказательных) данных [1].

Суицидология как и психиатрия, пока не наука<sup>1</sup>, представляет собой синтетический свод малосистематизированных и проверенных знаний и компетенций на стыке различных дисциплин [6]. Вместе с тем организация и функция континуума суицидологических служб опирается на универсальный биопсихосоциальный подход (согласно природе СП), междисциплинарное (бригадное) и межведомственное взаимодействие. Насущной проблемой развития служб (государственной и местных профилактических программ предупреждения СП в перспективе) наряду со сводом типовых проблем [7] является недостаток обученных целевым образом кадров на фоне хронического дефицита медицинских и социальных ресурсов.

Одним из тревожных сигналов организационной несогласованности служит разнородность несистематизированных и неунифицированных статистических сведений о суицидах на региональном и, как следствие, Федеральном уровнях. Суммарные поло-возрастные данные об уровнях суицидов недостаточны для организа-

ции целевой профилактической работы с отдельными группами риска СП. «Серой зоной» статистического учёта остаются парасуициды. Нельзя, однако, не отметить инициатив отдельных регионов РФ, заслуживающих тиражирования и адаптации в других субъектах страны, такие как межведомственное взаимодействие в Ставропольском и Краснодарском краях, «суицидологический регистр» Тюменской области [8].

Увы, статистические данные беспристрастно высвечивают всеобщие проблемы суицидологической помощи. Меньшая часть суицидентов, совершивших суицидальные попытки, попадает в поле зрения психиатров, правоохранительных органов, пенитенциарной системы, социальных служб [1, 8]. При этом часть из них перед совершением попытки обращались к интернистам, а наиболее тяжёлые (по медицинским последствиям) суицидальные попытки (парасуициды) фиксируются в многопрофильных больницах, в реанимационных, травматологических и др. отделениях [5, 9].

Показательно: не более 5% суицидентов продолжают лечение у суицидолога (психиатра) по выписке даже при наличии кризисного отделения в структуре больниц, при этом треть совершают не менее тяжёлую попытку в течение года, что предсказуемо при неразрешимых (накапливающихся) психосоциальных и, возможно, медицинских последствиях СП, дистрессах, вследствие снижения барьера страха смерти / боли [10]. Та же доля проходит психиатрический фильтр, будучи направлена (частью недобровольно) в психиатрические больницы, что отнюдь не означает продолжения лечения по выписке.

Относительно малую (около 5-10%), но показательную клиническую группу риска составляют зарегистрированные психически больные [9], активное наблюдение за которыми не гарантирует адекватность лечения, особенно в амбулаторных условиях [11], при том, что пик СП душевнобольных приходится на ремиссионный период.

Примечательно, что большинство самоотравлений как психиатрических пациентов, так и не наблюдаемых психиатром (психотерапевтом) лиц, связано с использованием психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов, особенно классических, ТЦА, седативных нейролептиков), что косвенно указывает на паттерны лечения депрессивных па-

<sup>1</sup>Суицидология не отличается систематическим (упорядоченным) набором знаний, убедительными экспериментальной и теоретической базами, математическим аппаратом; доказательства клинко-экономической и социальной эффективности рекомендаций ограничены.

циентов с преобладанием нерациональной полипрагмазии [12]. При этом, персонал психиатрических ЛПУ (от психиатров, клинических психологов до медсестер и санитарок) мало сведущ в вопросах СП и заражён мифами «общего населения», иной раз вне связи со стажем и наличием столкновений с эпизодами СП подопечных в ходе профессиональной деятельности [13, 14].

Настораживает оправдательная позиция персонала к СП и суицидентам, что косвенно указывает на степень выгорания профессионалов, обычно неосознанного, например, проявляющегося в отстранённой реакции на очередной инцидент «импульсивного» (то есть не предсказуемого?) СП подопечного. В то же время, осторожный оптимизм вызывает настрой опрошенного персонала (80%) на обучение и приобретение новых знаний, даже при удовлетворённости уровнем знаний о риске СП, их причинах в настоящем.

Отдельной клинической группой риска СП служат соматически больные, особенно с хроническим болевым синдромом и ограничениями повседневного функционирования [15]. Памятуя о трети больных клинической потенциально суицидогенной депрессией (не менее опасна и субсиндромальная у почти 1/2), среди пациентов территориальных поликлиник [16], обычно не выявляемой в повседневной практике, и адекватно не леченной, понятна необходимость целевого обучения врачей первичного звена (семейных врачей). Показательна обратная связь потребления антидепрессантов и уровня суицидов на региональном уровне [17]. Впервые на эту связь указал Вольфганг Рутц [18] в ходе своего Готландского исследования, которое целиком основывалось на обучении, повышении квалификации врачей общей практики в вопросах выявления и лечения депрессии. Как подтверждение, и в наших условиях одним из немногих доказательно эффективных элементов типовой программы профилактики суицидов служит обучение врачей-интернистов выявлению и лечению депрессий и СП [19].

Медицинские профессионалы могут быть не готовы или не подготовлены выявлять и контролировать СП на фоне психических, сомато-неврологических расстройств. Качество помощи может быть неадекватным и непоследовательным. Обучение профессионалов, адаптированное к местному контексту (набору спе-

цифических факторов риска СП, резервов и препятствий программ), может повысить мотивацию суицидентов и их близких и эффективность лечебно-профилактических мероприятий [20]

Большая (до 80%) часть душевнобольных в развитых странах мира лечится у семейных врачей, что дестигматизирует («дедемонизирует») и делает более доступным психиатрическое лечение. Вряд ли в ближайшем будущем реально привлечь отечественных терапевтов к такой деятельности (время приёма среднестатистического пациента 11 минут), но внедрение скринингов депрессии и СП необходимо (подходящий инструмент – шкала Бека) с последующим обращением «проблемных пациентов» не в ПНД, но в соседний (возрождённый) кабинет психотерапевта (социально - психологической помощи). Особыми навыками должны обладать детские и подростковые врачи, и не только психиатры (при явной нехватке таковых в регионах), помня, что большинство потенциально суицидоопасных психических и соматических болезней – родом из детства, и имея в виду растущую распространённость предкризисных и кризисных состояний учащихся во всем мире [18, 21]. В руководствах для врачей общей практики необходимо прописать границы ответственности, условия помощи, взаимодействие с психиатром-консультантом. Так, отечественному интернисту (...помечтаем) по силам и по функциональным обязанностям выявить группу риска СП (без психиатрического диагноза), контролировать безопасность (нежелательные действия как суицидогенный фактор) и эффективность поддерживающей терапии психотропными препаратами (но не их первичное назначение), а также мониторировать риск СП. Риск межлекарственных взаимодействий (влияющий на субъективную переносимость и приверженность терапии), а также потенциал намеренной и случайной передозировки при даже рациональной полипрагмазии предстоит обсудить с клиническим фармакологом. Пока же каждый десятый депрессивный пациент (риск СП не обсуждён) из вышеуказанной репрезентативной отечественной выборки [16], обратился к психиатру ПНД и получил 6-недельный (пробный?) курс антидепрессантов.

Парадигмальным суицидоопасным соматическим недугом служит разнородная обширная группа злокачественных новообразований [15].

Рак – единственный пример телесной болезни, непосредственно связанной с СП при контроле социо-демографических и клинических факторов. Региональный суицидологический и онко-регистры [22] и резонансные (порой полускандальные) сообщения СМИ привлекают внимание к масштабам проблемы СП онкобольных и без «теневых» латентных суицидов (отказ от лечения, «случайные» передозировки). Депрессивные и/или тревожные расстройства – облигатные, частично (?) коморбидные проявления процесса. Спектр СП от суицидальных мыслей до попыток и суицида подлежит мониторингованию как интегральный элемент хорошей клинической практики. Универсальным антисуицидальным фактором служит рациональная, с оптимизированным соотношением риск («бремя лечения») / польза (от излечения до паллиативной помощи) терапия в рамках широкого биопсихосоциального подхода, подразумевающего бригадный подход. Онкопсихологи включены в штат онкодиспансеров; непременно психологическая поддержка больного и его окружения. Конгрессы по онкопсихологии (также пример плодотворного взаимодействия на стыке областей знания), журналы «Суицидология», «Паллиативная помощь и реабилитация» [22] (Главный редактор Г.А. Новиков), «Pallium: паллиативная и хосписная служба» [23] (Главный редактор Д.В. Невзорова) демонстрируют важность смычки профессионалов разных специальностей.

В большинстве регионов даже при наличии необходимого, по Приказу № 148<sup>1</sup>, набора звеньев суицидологической помощи, бригадный подход лишь декларирован (но прописан фактически Приказом при определении штатного расписания учреждений), связь с организациями и ведомствами вне матрицы психиатрических служб лишь подразумевается. Суицидологическая служба в России создана и развивается как профессиональная при малом участии обученных (где и кем?) добровольцев, «вахтёров» как костяка зарубежных профилактических программ. При этом доля обученных «Суицидологии» специалистов недостаточна при внешнем разнообразии нестандартизированных курсов (обычно 72-часовых), проводимых местными силами, или с привлечением психиатрических НИИ. Примером 72-часового кур-

са «пропедевтики суицидологии», объединяющего психиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе, служит проводимый отделением клинической и профилактической суицидологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского на своих базах или в регионах как творческое продолжение опыта научно-педагогической деятельности Федерального научно - методического центра РФ под руководством А.Г. Амбрумовой.

Показательно, тематика учебных циклов по суицидологии (144 часа) прописана в приложении Приказа. Обучение, консультации специалистов психиатрических и общесоматических ЛПУ вменено Приказом сотрудникам суицидологических учреждений как внедиспансерного психиатрического звена. Вместе с тем, субспециальность «суицидология» отсутствует закономерно, ибо соответствующими навыками распознавания СП должен обладать каждый, причём не только медик. Обучение специальным методам (как краткосрочной КБТ кризисных состояний) доступно клиническому психологу и/или психотерапевту; любой психиатр-практик должен знать об опасности бесконтрольного выписывания трициклических антидепрессантов суициденту. Систематизированный свод данных о суицидологии даёт современное (2019) Национальное руководство (под ред. Б.С. Положего). Однако большинство методических рекомендаций (Федерального центра РФ) устарели. Так, были бы востребованы направленные на выявление и ведение групп высокого риска СП с сочетанными клинико-социальными проблемами, обычно «проваливающимся» меж ячей традиционной жёсткой матрицы психиатрической помощи и пока мало развитых и востребованных суицидологических служб. Речь идёт о таких группах, как подростки, представители ЛГБТ сообществ, малых народов Севера и Дальнего Востока, молодые инвалиды, безработные, заключённые. Важно обучение междисциплинарному и межведомственному взаимодействию с учётом региональных особенностей (подготовки кадров, развитости сети общемедицинской и психиатрической, суицидологической помощи). Не разработаны методически подходы выявления и стимуляции антисуицидальных факторов (жизнестойкости) с непременно привлечением уникального опыта преодолевших суици-

<sup>1</sup>Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 6 мая 1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

дальный кризис и их близких. В учебных программах и методических рекомендациях следует обратить внимание на бремя обширного круга «выживших» (не только членов семьи, но и, к примеру, лечащих врачей) как группы повышенного риска с логичной привязкой к мероприятиям поственции. Пока СП обходит стороной Федеральное руководство по психиатрии и клинические рекомендации по лечению распространённых психических расстройств, равно как и весь процесс преподавания психиатрии в медицинских ВУЗах, и процесс постдипломного образования и, не удивительно, процесс обучения иным медицинским профессиям. В этой системе образования недостаточно рассмотреть факторы риска СП как биопсихосоциального феномена и защитные факторы с акцентом на медико-социальные ресурсы. Намного важнее уделить внимание методам выявления кризисных состояний, подчеркнуть многообразное бремя СП и ресурсосберегающий потенциал программ профилактики (указав их интегральные составляющие). Отдельно следует подчеркнуть, что риск СП не может быть полностью исключён, но всё же, может быть существенно снижен, при этом важно подготовить коллег к возможным психотравмам в связи с СП подопечных (возможно, близких).

Созданному более года назад в рамках НМИЦПН, и как его филиал «Федеральный центр профилактики и лечения суицидов и рискованного поведения подростков» (руководитель Б.С. Положий) вменена и научно - методическая (образовательная) деятельность.

Мало задействован такой ресурс обучения / консультирования специалистов, как интернет, особо и первоначально – для отдалённых районов со сверхвысокими показателями СП. В НМИЦПН разработаны тесты и «кейсы» (случаи «заболевания») по психиатрии и суицидологии, в частности, в рамках последипломного образования (аккредитации) специалистов. Примером обучения суицидологии непсихиатров может быть модуль (72 часа) для онкологов, апробированный на вебинарах в МНИОИ им. П.А. Герцена (г. Москва). Вопросы суицидологии так же включены в циклы тематического усовершенствования по психоонкологии (72 часа), проводимые кафедрой онкологии Тюменского ГМУ (г. Тюмень).

Подводя итог обсуждению отмеченных проблем, с которыми сталкивается суицидология в системе медицинского образования, мы

попытались сформулировать некоторые обобщающие позиции, которые помогут оптимизации обучения в этой междисциплинарной области знаний.

Темы суицида обычно ассоциируются с психиатрической помощью и рассматриваются, в подавляющем большинстве случаев, при прохождении студентами соответствующего цикла, нередко с явно недостаточным вниманием к проблеме. В программы послдипломного образования вопросы суицидальной превенции включены по специальностям «психиатрия», «наркология» и «психотерапия». Знания врачей других «непсихиатрических» специальностей обычно не превышает студенческий уровень, что ограничивает их участие в профилактической работе и практически ставит в тупик при столкновении с суицидальными действиями их пациентов.

Проблема включает самые различные аспекты. Выделим лишь некоторые из них.

1. *Диагностика и выявление* суицидального поведения во многих случаях возможны, и должны проводиться ещё на «допсихиатрическом» этапе, и предпочтительно в период, так называемых внутренних форм – антивитальных переживаний, суицидальных мыслей, замыслов, намерений [19], что при соответствующей коррекционной терапии значительно снижает суицидальный риск [24]. Суицидальное поведение наблюдается при самых различных соматических, неврологических, хирургических и других заболеваниях, нередко ассоциируясь с высокой частотой при отдельных нозологиях [15]. Ретроспективная оценка суицидальных действий свидетельствует о том, что четверо из пяти пациентов до совершения суицида обращаются за медицинской помощью в общую лечебную сеть, обычно предъявляя соматические жалобы, и от внимания врача первичного звена во многом зависит их дальнейшая судьба [25]. Простой вывод: расширение знаний врачей непсихиатрических специальностей в области суицидологии может способствовать повышению выявляемости суицидального поведения, и как следствие – снижению уровня самоубийств. Отечественный опыт практического внедрения подобных программ на уровне врачей первичного позволяет значительно снизить суицидальную смертность в регионе [26, 27]. Можно предположить, что учёт этих результатов при разработке и реализации территориальных программ, конечно с вниманием к эт-

ническим, социально-экономическим и другим особенностям региона, так же позволит изменить ситуацию к лучшему.

2. *Отказ от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода в суицидологии.* Это позволит изменить взгляд на проблему, отказавшись от переноса ответственности за её решение исключительно на специалистов в области психического здоровья, и одновременно укажет новые пути развития суицидальной превенции.

3. *Стигматизация* пациентов и их родственников, после совершения покушения или летального суицида – одна из самых частых проблем в нашем обществе [28]. И, как правило, проявляется не только в общественном сознании, публикациях СМИ и социальных сетях [29], но и реальными эмоциональными и поведенческими реакциями со стороны средних медицинских работников и врачей самых различных специальностей [13, 14], что значительно ограничивает реабилитационный потенциал и эффективность коррекционной работы. Более того, негативная реакция со стороны врача и среднего медперсонала, может усилить эмоциональные нарушения и явления *самостигматизации* пациента, повысив суицидальный риск, в отдельных случаях потенцируя его на повторную суицидальную попытку, как правило, с выбором более brutальных способов – вторичная профилактика [10].

Негативное отношение может проявиться не только в недостатке внимания и эмпатии, но и в снижении качества профессиональной помощи в период госпитализации, нередко в отказе от привлечения к участию в ведении больного специалистов в области психического здоровья и преимущественной ориентации помощи на контроле соматических симптомов самоповреждения. Последний аспект так же может быть следствием часто недостаточной подготовки врачей в области медицинской психологии и биоэтики.

4. *Психологические последствия для врача* после совершения больным суицидальных действий, так же носят преимущественно негативный характер, и могут быть ассоциированы помимо самой трагедии, с «поризанием» («стигматизацией») со стороны пациентов, профессионального сообщества, различного рода клиническими разборами, следственными действиями и другими факторами. Всё это отражается на эмоциональном состоянии врача,

и, нередко, последующей профессиональной деятельности, в отдельных случаях приводя к суициду [30, 31, 32].

5. *Суицид – как отражение качества помощи,* может быть отнесён к категории объективных признаков и рассматриваться в таком виде при добровольной смерти пациентов. Примерами могут быть оказание помощи больным при самых различных заболеваниях – злокачественных новообразованиях, пациентам с хронической болью, лицам перенесшим ампутацию, с последствиями инсульта, инфаркта и др. Перечень заболеваний включает и соответствующие профили специалистов, нуждающихся в подготовке. Среди категорий оценки в этом случае могут быть: «некачественное оказание помощи», «неоказание помощи», «доведение до самоубийства», что может подразумевать, в том числе и уголовную ответственность [33].

Отмеченные пять пунктов, конечно, не исчерпывают всех актуальных тем суицидологии, однако указывают на ряд важных практических задач в системе образования:

1. Необходимость системного изучения и преподавания суицидологии в медицинских ВУЗах с предпочтительным отказом от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода и перевод её в категорию междисциплинарных научно-практических проблем.

2. Учитывая высокую значимость вследствие высокой распространённости суицидального поведения в популяции и необходимость системных изменений в стране (или в отдельных федеральных округах, мегаполисах) по формированию национальной системы суицидальной превенции, считаем вполне обоснованным введение соответствующей дисциплины в систему базового медицинского образования (в объеме не менее 36 часов).

3. На переходный период (до включения в базовое образование) возможны рекомендации по обязательному включению суицидологии в перечень элективных курсов и дисциплин для студентов пятого-шестого курсов медицинских ВУЗов. Среди дополнительных вариантов образовательных проектов: тематические семинары, публичные лекции, например, к Всемирному дню суицидальной превенции (10 сентября), ко дню психического здоровья (10 октября), более широкое освещение вопросов суицидологии, и посвященных данной теме научных

мероприятий в периодической печати и интернет-изданиях и др. [34].

4. Для специалистов в области психического здоровья – психиатры, наркологи, психотерапевты, клинические психологи – вполне обосновано включение в программы ординатуры раздела «Суицидология» в объёме не менее 72 часов, а на этапе постдипломного профессионального образования – требование обязательного прохождения краткосрочных тематических циклов повышения квалификации.

5. Для врачей общего профиля, учитывая значительную роль соматогенных агентов (боль, соматические, неврологические и др. заболевания) среди факторов суицидального риска, а так же большие (часто нереализованные) возможности врачей непсихиатрического профиля в диагностике и превенции суицидального поведения, необходимо включение в программы последипломной подготовки вопросов по клинической суицидологии, в том числе с учётом профиля обучающихся врачей, и с акцентом на выработку практических навыков по диагностике суицидального поведения и тактике ведения данной категории пациентов. В качестве перспективных форм преподавания данного направления могут выступать краткосрочные циклы системы непрерывного медицинского образования – НМО (18-36 часов), а так же Школы и тематические семинары [35].

Мы считаем, что такое новшество в нашей системе медицинского образования будет не

только очередным шагом в повышении уровня подготовки врачей, но и станет важным сигналом для всего медицинского сообщества. Среди врачей общей практики, среди специалистов-реаниматологов (особенно токсикологического направления, которые сталкиваются с большим числом пациентов, поступивших по поводу самоотравлений), среди практически всех врачебных специальностей существует большой интерес к проблеме суицидов, особенно всего того, что касается суицидов среди подростков и молодежи. В самой студенческой медицинской среде проблемы стресса, нарушений психического здоровья и суицидальных переживаний отнюдь не являются редкими. Поэтому курс суицидологии с акцентом на междисциплинарные аспекты является ещё и своеобразным профилактическим и психотерапевтическим курсом. Он поможет преодолеть мифологические воззрения, которые присущи практически всем (и врачи в этом отношении не являются исключением), будет способствовать дестигматизации проблемы суицида и формированию гуманистического отношения к ней во врачебной среде. Разумеется, внедрение такого курса повлечёт за собой создание учебников, методических пособий по превенции, а сам процесс согласования и утверждения программ на уровне профильных ведомств может стать шагом на пути формирования межведомственных программ суицидальной превенции.

Литература:

1. WHO Global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2018. ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en), accessed 8 November 2018).
2. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56-76. [Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 56-76.] In Russ
3. Pitman A., Osborn D., King M., Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 86–94.
4. Cerel J, Brown MM, Maple M, et al. How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide Life-Threat Behav*. 2018.
5. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 16-29. [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.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29
6. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидо-

- логии: Сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. С. 7-25. [Ambrumova A. G. Suicidal behavior as an object of complex study / Complex research in suicidology: Collection of scientific works. Moscow: Ed. Mosk. Research Institute of psychiatry MH USSR, 1986. Pp. 7-25.] (In Russ)
7. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. С.А. In Russ Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция. *Суицидология*. 2014; 5 (3): 3-17. [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)
8. Зотов П.Б. Опыт системного суицидологического учета: первичная документация. *Академический журнал Западной Сибири*. 2011; 6: 13-16. [Zotov P.B. Experience of systemic suicidal accounting: primary documentation. *Academic journal of Western Siberia*. 2011; 6: 13-16.] (In Russ)
9. Любов Е.Б., Шматова Ю.Е., Голланд В.Б., Зотов П.Б. Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 84-90. [Lyubov E.B., Shmatova Y.E., Holland V.B., Zotov P.B. 10-year epidemiological analysis of suicidal behavior of psychiatric patients in Russia. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 84-90.] (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90

10. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015; 11 (1): 8-20. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. Attitude to death after a suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients. *Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia*. 2015; 11 (1): 8-20.] (In Russ)
11. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 23-29. [Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide in outpatient mental health care hospital: lessons from consecutive case series. *Suicidology*. 2016; 7 (2): 23-29.] (In Russ)
12. Приленский А.Б. Средства преднамеренного отравления лиц, госпитализированных в отделение токсикологии. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 50-51. [Prilensky A.B. Means of deliberate poisoning of persons hospitalized in the Department of toxicology. *Academic journal of Western Siberia*. 2016; 12 (6): 50-51.] (In Russ)
13. Руженкова В.В. Стигматизация суицидентов медицинскими сестрами психиатрической больницы. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 23-24. [Ruzenkova V.V. Stigma of suicides by nurses of a psychiatric hospital. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 23-24.] (In Russ)
14. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 14. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 14.] (In Russ)
15. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (1): 3-24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. *Suicidal behavior in the medical patients*. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3-24.] (In Russ)
16. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999; 9 (4): 5-9. [Krasnov V.N. Scientific and practical program "Detection and treatment of depression in the primary medical network". *Social and clinical psychiatry*. 1999; 9 (4): 5-9.] (In Russ)
17. Любов Е.Б., Васькова Л.Б., Тяпкина М.В. Уровни суицидов и потребление антидепрессантов в России и её регионах. *Суицидология*. 2017; 8 (2): 49-54. [Lyubov E.B., Vaskova L.B., Tyapkina M.V. Suicide rates and antidepressant utilization in Russia and its regions. *Suicidology*. 2017; 8 (2): 49-54.] (In Russ)
18. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression: The need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology*. 1999; 14. P. 27-33.
19. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)
20. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization, 2018.
21. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков – попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018; 28 (1): 62-73. [Rozanov V.A. Mental health of children and adolescents - an attempt to objectively assess the dynamics over the past decade, taking into account different approaches. *Social and clinical psychiatry*. 2018; 28 (1): 62-73.] (In Russ)
22. Зотов П.Б. Суициды онкологических больных: половозрастные характеристики контингента. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2018; 4: 39-41. [Zotov P.B. Suicides of cancer patients: age and sex characteristics of the contingent. *Palliative medicine and rehabilitation*. 2018; 4: 39-41.] (In Russ)
23. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Невзорова Д.В. Суицидальное поведение при онкологических заболеваниях. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2019; 1: 30-35. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Nevzorova D.V. Suicidal behavior in cancer. *Pallium: palliative and hospice care*. 2019; 1: 30-35.] (In Russ)
24. Ласый Е.В., Минкевич К.М., Подручный Д.В., Мартынова Т.Ф. Суицидальное поведение в личном и профессиональном опыте врачей-интернистов (результаты анкетирования участников проекта "Профилактика суицидов путем улучшения диагностики депрессии в первичном здравоохранении"). *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2010; 2: 6-21. [Lasy E.V., Minkevich K.M., Podruchny D.V., Martynova T.F. Suicidal behavior in the personal and professional experience of internists (the results of the survey of participants of the project "suicide Prevention by improving the diagnosis of depression in primary health care"). *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2010; 2: 6-21.] (In Russ)
25. Pan Y.J., Lee M.B., Chiang H.C., Liao S.C. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009; 31 (2): 181-184. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.010
26. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 11-12. [Kornetov N.A. Multi-aspect model of suicide prevention. *Tyumen medical journal*. 2013; 15 (1): 11-12.] (In Russ)
27. Седнев А.А., Шаповалов Д.Л., Теслинов И.В., Теслинов В.А. Система превенции суицидов в учреждениях первичного звена здравоохранения. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2012; 15 (2): 71-78. [Sednev A. A., Shapovalov D. L., Teslinov I. V., Teslinov V. A. suicide prevention System in primary health care institutions. *Applied information aspects of medicine*. 2012; 15 (2): 71-78.] (In Russ)
28. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3-92): 25-41. [Borisovnik E. V., Lyubov E. B. Clinical and psychological consequences of suicide for the victim's family. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2016; 24 (3-92): 25-41.] (In Russ)
29. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология*. 2012; 3 (3): 20-29. [Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3 (3): 20-29.] (In Russ)
30. Hem E. *Suicide among doctors*. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2015 Feb 24; 135 (4): 305. doi: 10.4045/tidsskr.15.0176.
31. Wang Y., Liu L, Xu H. Alarm bells ring: *suicide among Chinese physicians: a strobe compliant study*. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Aug; 96 (32): e7790. doi: 10.1097/MD.0000000000007790.
32. Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R.S., Kellogg A.R. Burnout, Drop Out, *Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine*, Part I. *West J Emerg Med*. 2019 May; 20 (3): 485-494. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970.
33. Хачидогов Р.А. К вопросу о необходимости расширения перечня способов поведения до самоубийства в уголовном законе. *Пробелы в российском законодательстве*. 2019; 2: 134-136. [Haidarov R. A. To the question about the need to expand the list of methods of suicide in the criminal law. *Gaps in Russian legislation*. 2019; 2: 134-136.] (In Russ)
34. Любов Е.Б., Положий Б.С. Научно-практические вопросы суицидологии на национальных форумах. *Девиантология*. 2018; 3 (2): 44-47. [Lyubov E.B., Polozhy B.S. Scientific and practical issues of suicide at national forums. *Deviantology*. 2018; 3 (2): 44-47.] (In Russ)
35. Зотов П.Б., Хохлов М.С., Приленский А.Б. Школа превентивной суицидологии и девиантологии в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (1): 64-66. [Zotov P.B., Khokhlov M.S., Prilensky A.B. The School of preventive suicidology and deviantology in Tyumen (West Siberia). *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (1): 64-66.] (In Russ)

## SUICIDOLOGY IN PREPARATION OF A MEDICAL PROFESSIONAL: INTERDISCIPLINARY APPROACH

P.B. Zotov<sup>1</sup>, E.B. Lyubov<sup>2</sup>, V.A. Rozanov<sup>3</sup>, A.A. Sevastianov<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

<sup>2</sup>Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

<sup>3</sup>Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

<sup>4</sup>Tyumen industrial University, Tyumen, Russia; contact@ogtcentre.ru

### Abstract:

The relevance of improving the quality of professional knowledge on suicidology in the medical environment is discussed. The authors note that the idea of suicide is usually associated with psychiatric care and in a wide range of cases raises when students go through a certain cycle, often with clearly insufficient attention to the problem. In graduate education programs, issues of suicidal prevention in an unjustifiably small volume are included in the specialties of "psychiatry", "narcology" and "psychotherapy". The knowledge of doctors of other "non-psychiatric" specialties usually does not exceed the college level, which limits their participation in preventive work, and leads to confusion when facing suicidal actions of their patients. Meanwhile, it is known that before their first attempt, many suiciders turn to interns about various diseases, but do not receive help. Subsequently, only no more than 5% of them continue treatment with a suicidologist (psychiatrist) upon discharge even if there is a crisis department in the structure of hospitals. One third commits another attempt within a year, which is predictable with insoluble (accumulating) psychosocial and, possibly, medical consequences of suicidal behavior (SB). In these conditions, the need for targeted training of primary care doctors (family doctors) is understandable. No less significant is the work with the staff of psychiatric hospitals (from psychiatrists, clinical psychologists to nurses and other personnel), who often have little knowledge of SB issues and often stigmatize patients and their relatives, which significantly limits the rehabilitation potential and the effectiveness of correctional work. In conclusion, the authors point out a number of important practical tasks in the education system: 1. The need for a systematic study and teaching of suicidology in medical universities with a rejection of the traditional dominance of a purely psychiatric approach, and its translation into the category of interdisciplinary scientific and practical problems. 2. The inclusion of suicidology in postgraduate programs, including taking into account the profile of trained doctors, and with an emphasis on developing practical skills in diagnosing suicidal behavior and management tactics for this category of patients. 3. The creation of textbooks, teaching aids on the prevention of suicide. Such an approach as a whole can serve as the basis for the formation of interdepartmental programs of suicidal prevention.

*Keywords:* suicide, suicide, suicide training, suicide prevention

### Вклад авторов:

*П.Б. Зотов:* разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;

*Е.Б. Любов:* написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;

*В.А. Розанов:* написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;

*А.А. Севастьянов:* написание текста рукописи; редактирование текста рукописи.

### Authors' contributions:

*P.B. Zotov:* developing the research design, article writing; article editing;

*E.B. Lyubov:* article writing; article editing;

*V.A. Rozanov:* article writing; article editing;

*A.A. Sevastianov:* article writing; article editing.

**Финансирование:** 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: 29.06.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.10.2019.

**Для цитирования:** Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Севастьянов А.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 93-101. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)- 93-101

**For citation:** Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Sevastianov A.A. Suicidology in preparation of a medical professional: interdisciplinary approach. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 93-101. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101