

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ РОССИИ

Е.Б. Любов, Ю.Е. Шматова, В.Б. Голланд, П.Б. Зотов

ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБУН «Вологодский научный центр» РАН, г. Вологда, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

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

Шматова Юлия Евгеньевна – кандидат экономических наук (SPIN-код: 3583-2063; ORCID iD: 0000-0002-1881-0963; Researcher ID: R-1021-2018). Место работы и должность: научный сотрудник ФГБУН Вологодского научного центра РАН. Адрес: Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а. Телефон: (8172) 59-78-02, электронный адрес: ueshmatova@mail.ru

Голланд Виктор Борисович – кандидат медицинских наук (SPIN-код 9805-6073; AuthorID: 723003). Место работы и должность: старший научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической профилактики Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала № 1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. Телефон: (495) 420-54-45, электронный адрес: holland@2con.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Уровень самоубийств зарегистрированных психиатрическими службами пациентов выше, чем населения в целом на 60% и снизился в большинстве регионов РФ за 10 лет на треть, при более выраженном (вдвое) снижении уровней суицидов общего населения. Самоубийства психиатрических пациентов не превышают 5% всех суицидов в РФ. Уровень парасуицидов пациентов уменьшился на 2/3, ниже 100. Соотношение суицидов / суицидальных попыток (парасуицидов) душевнобольных в среднем по стране составляет 1:4. Разброс («пики») данных о суицидальном поведении связаны с эпидемиологически нечастыми феноменами и малой населённостью ряда регионов, но многолетний анализ указывает тенденции, сходные с общим населением (касаемо суицидов). Данные свидетельствуют о недодиагностике суицидального поведения психиатрических пациентов и необходимости многоуровневых целевых лечебно-профилактических программ для этой клинической группы – мишени высокого риска суицидального поведения. Научно - доказательным подходом для обоснования и развития антикризисных служб служит уточнение и детализация эпидемиологии суицидального поведения душевнобольных в рамках территориальных суицидологических регистров.

Ключевые слова: суицидальное поведение, психически больные, общее население

Психические расстройства – типовой клинический фактор риска суицидального поведения (СП) [1, 2]. Так, не менее 90% суицидентов психически больны [3]. Соотношение уровней суицидов (УС) психиатрических пациентов и населения в целом составляет в зарубежных экономически развитых странах один-два порядка (10-100:1) [2, 4]. При этом лишь малая часть суицидентов, априорно наиболее тяжелых психически и/или с тяжелыми сомато-

неврологическими последствиями парасуицидов (ПС) проходит психиатрический фильтр и/или оказываются в поле зрения врачей (психиатра) многопрофильных больниц [5, 6].

В Российской Федерации (РФ) систематического сопоставления УС и ПС душевнобольных и общего населения на уровнях РФ и её субъектов не приводилось.

Цель исследования: динамический десятилетний (2008-2017 гг.) эпидемиологиче-

ский анализ внешних форм СП (суицидов и суицидальных попыток) зарегистрированных психиатрическими службами душевнобольных в России в сравнении с УС общего населения на федеральном и региональном уровнях.

Задачи:

1) оценка долговременных тенденций УС душевнобольных в сравнении с УС населения на федеральном и местном (Федеральные округа, или ФО и субъекты РФ) уровнях;

2) определение доли (%) душевнобольных в массиве суицидентов;

3) определение соотношения суицидов и суицидальных попыток душевнобольных.

Материал и методы.

Показатели СП психически больных на уровнях РФ и её субъектов за 2008-2017 гг. получены из официальной статистической отчетности [7], за 2014-2017 гг. – из граф 1-4 таблицы 2150 Формы №36 «Сведения о контингентах психически больных», утверждённой приказом Росстата № 459 от 30.06.2014 г. УС населения на федеральном и региональном уровнях – из данных Росстата (www.gks.ru). Разделение УС по градации ВОЗ следующее: низкий (до 10), средний (10-20), высокий и сверхвысокий (≥ 20) уровни [3].

Результаты исследования.

Динамика УС в общем населении и психически больных. УС (здесь и далее: на 100000 населения) в РФ поступательно идёт на убыль последние 20 лет, согласно общемировому

тренду [3, 8]. Так, за последние 10 лет УС в РФ снижен вдвое (с 27,1 до 13,8; рис. 1); в ФО – в 1,5-2 раза. «Сверхвысок» УС (≥ 20) лишь в Сибирском ФО, тогда как 5 лет назад таковой был в шести из восьми ФО. Наибольшее (на 70%) снижение УС по сравнению с 1995 г. в ФО с изначально высокими показателями: в Сибирском и Северо-Западном ФО.

Последние 10 лет возглавляют рейтинг высоких УС Ненецкий (102,3 – в 2008 г. и 43,2 – в 2017 г.) и Чукотский АО (82,2 и 34,3 соответственно), Еврейская АО (56,6 и 41,7), Республики Бурятия (73,3 и 39,6), Алтай (73,0 и 34,9) и Удмуртия (56,6 и 33,9), Забайкальский край (70,0 и 39,3), Амурская (56,2 и 35,7) и Курганская (50,5 и 35,8) области. Большинство вышеперечисленных регионов мало населены. Например, один гипотетический суицид на Чукотке даст прирост УС на три единицы.

Напротив, вырос УС на Северном Кавказе с традиционно низкими (близкими к нулю) показателями, как в Республиках Чечня (с 0,4 в 2008 г. до 0,6 в 2017 г.) и Ингушетия (с 0 до 0,8), а также в Карачаево-Черкесии (с 5,9 до 9,4).

В восьми регионах (Ямало-Ненецкий АО, Воронежская, Белгородская, Тюменская, Смоленская, Ленинградская, Вологодская области и Республика Адыгея) УС в 2008 г. был ниже общероссийского, но спустя 10 лет превысил средние значения по стране.

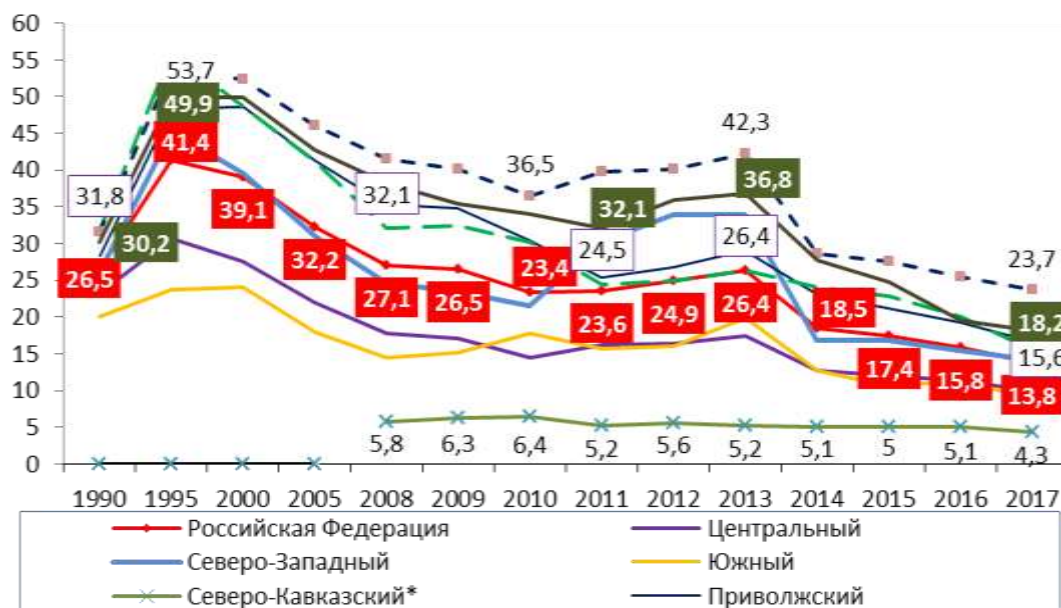


Рис. 1. Динамика УС в РФ и ФО в 1990-2017 гг.

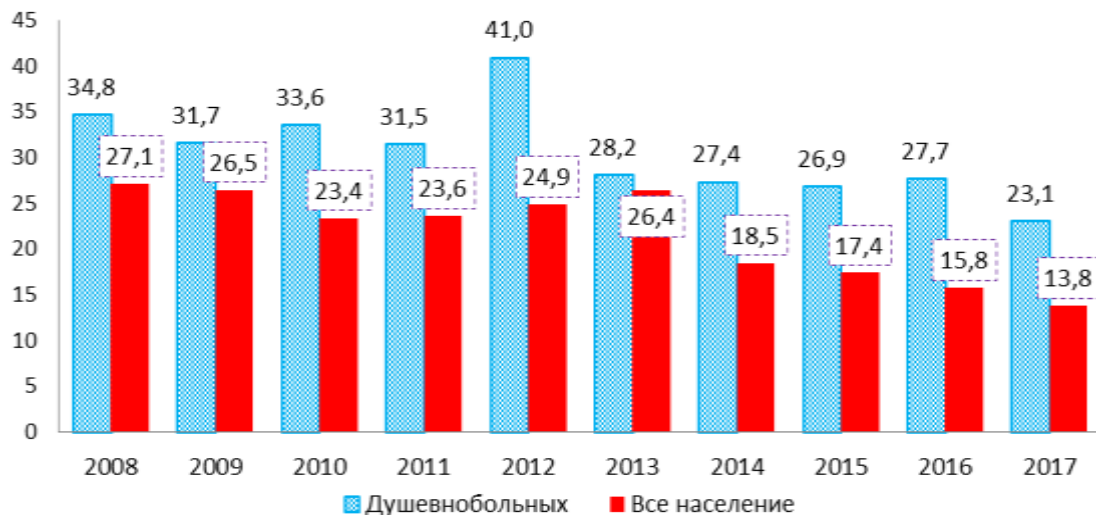


Рис. 2. Динамика УС общего населения и психиатрических пациентов в РФ в 2008-2017 гг.

УС душевнобольных (здесь и далее: на 100 тыс. зарегистрированных психиатрическими службами) последние годы в среднем на 60% выше, чем УС населения России: в 2017 г. – 23,1 и 13,8 соответственно (рис. 2).

Однако в Уральском (в 2017 г. – 17,9 и 15,6) и Дальневосточном ФО (в 2017 г. – 29,7 и 23,7 соответственно) различия УС душевнобольных и «здоровых» малы, как в РФ в целом в 2013 г. (рис. 2).

За 10 лет УС душевнобольных в России снизился на треть, а в общем населении – вдвое. Снижение «психиатрических» УС во всех ФО без Северо-Западного, где с 2014 г. УС вырос на треть при снижении на 15% УС населения в целом. Наиболее снижены УС пациентов за минувшее десятилетие в Уральском

(вдвое) и Приволжском (на 45%) ФО при двойном снижении УС общего населения.

Скачок УС душевнобольных в 2012 г. в РФ (до 41; рис. 2) произошел большей частью за счёт Северо-Кавказского ФО (240,7). С 2008 г. увеличился УС душевнобольных более чем на порядок в Чечне и Северной Осетии, в Ненецком АО (в 2008 г. на нулевой отметке). Более чем втрое – в Республике Тыва, Иркутской и Курской областях, вдвое и более – в республике Коми и Омской области, на 40-50% – в Республике Хакасия, Марий Эл, Чувашии, Вологодской, Ростовской и Архангельской областях, на треть – в Ямало-Ненецком АО, Орловской и Рязанской областях. В вышеперечисленных регионах (без Чечни) УС населения в то же время пошли на убыль.

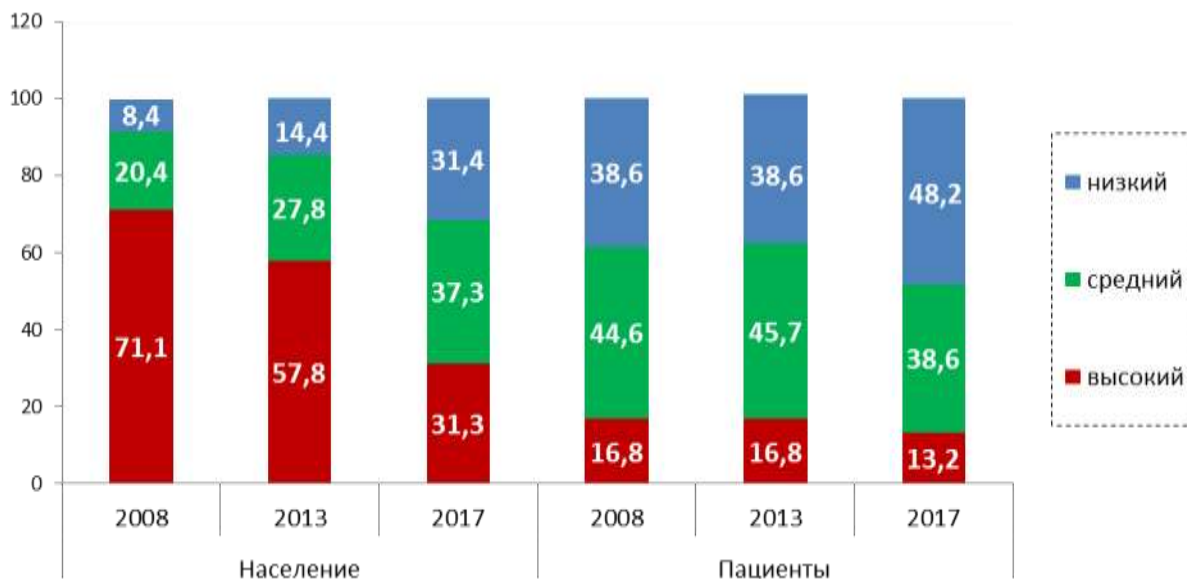


Рис. 3. Динамика УС психиатрических пациентов в регионах РФ (доли регионов в %).

Таблица 1

Группировка регионов по уровням УС населения в 2008, 2013, 2017 гг.

| УС населения / пациентов | | 2008 г. | | 2013 г. | | 2017 г. | |
|--------------------------|----------------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Высокий УС населения | Высокий УС пациентов | 19 | 22,9 | 12 | 14,4 | 5 | 6,0 |
| | Низкий УС пациентов | 9 | 10,8 | 12 | 14,4 | 9 | 10,8 |
| Низкий УС населения | Высокий УС пациентов | 0 | 0 | 1 | 1,2 | 2 | 2,4 |
| | Низкий УС пациентов | 6 | 7,2 | 8 | 9,6 | 19 | 22,9 |

Наибольшие УС душевнобольных в 2017 г. отмечены в Ненецком (211,0) и Чукотском АО (116,9), Республиках Коми (148,2) и Марий Эл (127,1). Большинство регионов-лидеров мало населены. «Нулевые» УС пациентов в Республиках Калмыкия, Ингушетия, Алтай, Магаданской области и Еврейской АО при разбросе УС населения от 0,8 до 41,7.

Для выявления взаимосвязи УС населения в целом и пациентов разделим регионы России на три обезличенные группы «высоких», «средних» и «низких» УС, по рекомендациям ВОЗ (табл. 1). Градация УС душевнобольных может быть (условно) следующей: «высокий» (≥ 50), «средний» (20-50) и «низкий» (<20), исходя из разброса данных по ФО.

Сокращению части регионов с высокими УС при росте доли субъектов с «низкими» и «средними» УС сопутствует та же динамика УС пациентов (рис. 3).

Удельный вес регионов с высокими УС населения и пациентов за 10 лет сократился в 38 раз (табл. 1). В 2017 г. в каждом четвертом-пятом регионе низки УС населения и пациентов, что втрое чаще, чем в 2008 г.

Подобная ситуация в течение всех лет настоящего исследования отмечена лишь в Северо-Кавказском ФО. В каждом десятом субъекте РФ на фоне высокого УС населения низок УС зарегистрированных душевнобольных.

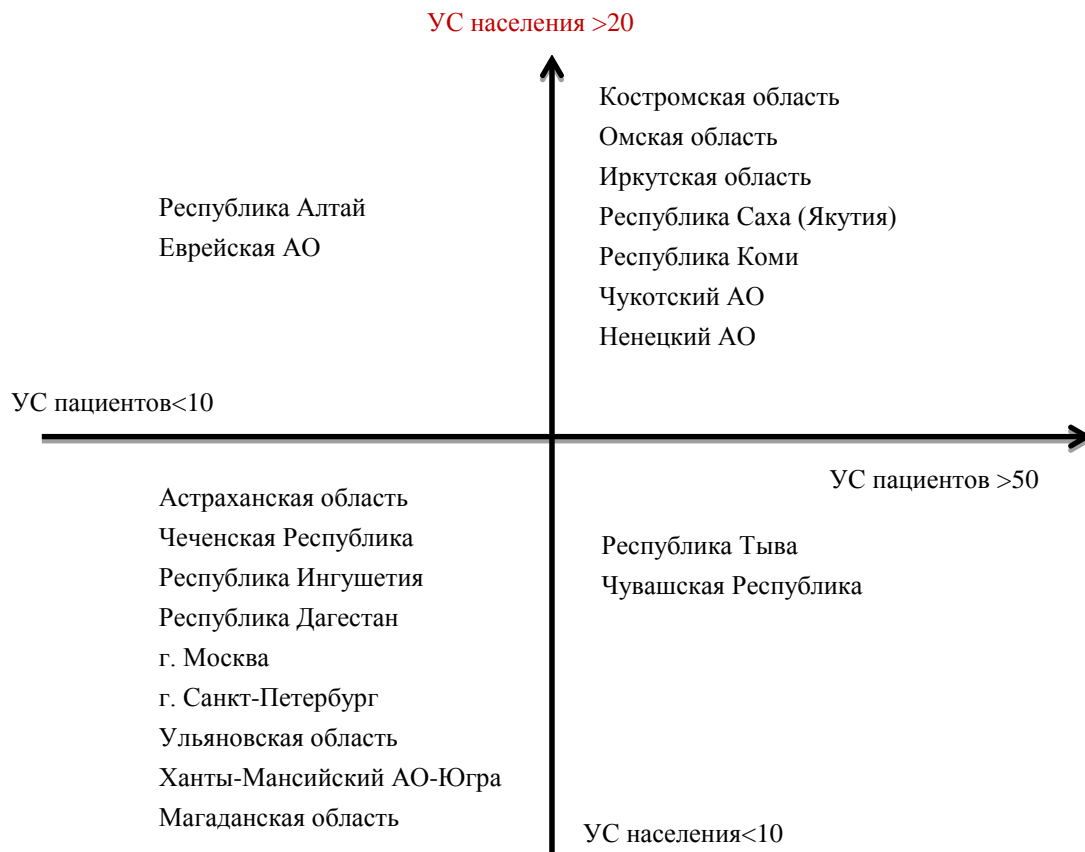


Рис. 4. Распределение субъектов РФ в 2017 г. по УС населения и пациентов.

Единичны регионы, где УС населения низок, а УС душевнобольных высок (более 50): в 2013 г. – Сахалинская область, в 2017 г. – Республики Тыва и Чувашия.

На рис. 4 показаны группы регионов с минимальными и максимальными УС населения и пациентов в 2017 г.

Так, максимальные УС населения и пациентов были в Ненецком и Чукотском АО, Республиках Коми и Удмуртии. В Республике Алтай и Еврейской АО при «нулевом» УС душевнобольных УС населения 34,9 и 41,7 соответственно.

Усредненная доля суицидов зарегистрированных душевнобольных в массиве самоубийств в России – около 4% (3,4% в Уральском – 7% в Южном ФО).

За десятилетие показатель вырос почти на 1/5 (18%) без Центрального и Уральского ФО (доля снижена). В Северо-Западном и Южном ФО доля душевнобольных среди покончивших с собой выросла вдвое за 10 лет, в Республике Северная Осетия – в 10 раз, в Чечне – в 12,5 раз, в Ненецком АО – в 16 раз, в Республике Тыва – в 40 раз, в Астраханской области – в 53 раза (!). В тех же регионах УС населения за означенный период снизился на 30-98% без Чечни, где показатель вырос на 40%. В Магаданской области доля душевнобольных суицидентов, напротив, снижена в 10 раз, в Калмыкии – в 4,4 раза при одновременном снижении и УС населения вдвое.

Суммарное количество ПС душевнобольных россиян снижено с 2008 г. почти вдвое (с 6 до 3,5 тысяч) при уменьшении на 7% контингента зарегистрированных пациентов (с 4220 до 3960 тыс. человек).

Уровень ПС (здесь и далее: в расчёте на 100 тыс. зарегистрированных психиатрическими службами) уменьшился в среднем на 2/3 (с 144 до 88; рис. 5): вдвое больше, чем убыль УС пациентов.

Обращают внимание пики уровней ПС за счёт отдельных регионов без синхронизации с УС (помимо «загадочного» 2012 г.).

Так, уровни ПС в Омской области 2008 г. – 1929,7, а в 2009 г. – 0,0. В Тульской области в 2014 г. – 2974,4, в 2015 г. – 41,0.

Наибольший уровень ПС в 2017 г. зафиксирован в Уральском ФО (120,6), особо за счёт Тульской области (372,9). Наименьший уровень ПС ожидаемо в Северо-Кавказском ФО. Для сравнения: по данным ВОЗ [3], усреднённый уровень ПС в населении (где риск СП ниже) около 400.

Примерное многолетнее соотношение УС и уровней ПС на федеральном уровне в пределах 1:3-4, тогда как, по данным ВОЗ [3], в населении 1:20.

Суициды диспансерных пациентов в среднем в РФ вдвое чаще, чем среди консультативных. Так, в Приволжском ФО – в 2,4 раза, а в ДВФО – в 3,5 раза чаще. Наименьший перевес в СЗФО, ЮФО и УФО (на 25-30%). В трети субъектов РФ, напротив, УС консультативных больных превышает таковой среди диспансерных, а в 8 регионах показатели равны.

ПС консультативных больных, напротив, более распространены, чем среди диспансерных пациентов, но не в Приволжском, Уральском, Дальневосточном и Северо-Кавказском ФО (в 1,5 раза). В семи регионах – в 3 раза, а в четырёх – в 5 раз.



Рис. 5. Динамика УС и уровней ПС душевнобольных РФ в 2008-2017 гг.

Соотношение суициды / ПС в консультативной группе составляет по РФ в среднем 1/6 (от 1/3 в СЗФО до 1/7 в Уральском и Сибирском округах), а в диспансерной – 1/2-1/3 (до 1/5-1/6 – в Северо-Кавказском и Уральском ФО соответственно). При этом диспансерные больные априорно тяжелее консультативных и должны бы чаще наблюдаются врачами.

Обсуждение и выводы:

УС душевнобольных выше более чем на 1/2 по сравнению с общим населением РФ, но уровни ПС многократно ниже, что отражается на соотношении уровней суицидов и ПС (1:4), свидетельствующем об особо малой выявляемости ПС душевнобольных. Лучшая выявляемость СП (как на Северном Кавказе) ведёт к «ухудшению» показателей.

Многолетний тренд к снижению УС душевнобольных соответствует таковому в общем населении, но менее выражен. Разнонаправлены тенденции динамики УС населения и пациентов на местном уровне. СП пациентов – показатель качества психиатрической помощи. На фоне поступательного снижения охвата наблюдением и лечением психиатрических пациентов показательна и «успокоительная» статистика СП.

Доля суицидов зарегистрированных душевнобольных среди жертв самоубийств в РФ указывает на необходимость развития менее стигматизированных и более доступных суицидологических служб как внедиспансерного звена психиатрической помощи [9] и суицидологического звена психиатрических служб.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 25-35.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 102 с.
4. Сергеева Е.А., Васильев В.В., Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Современные исследования суицидального поведения психически больных. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 32-40.
5. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в ПНД. Уроки серии случаев. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 23-29.
6. 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.
7. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Число суицидальных действий среди лиц с психическими расстройствами / Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. / Под ред. З.И. Кекелидзе и Б.А. Казаковцева. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2015. С. 553-559.

Обязательны переводы диспансерных больных, совершивших ПС, в группу активного диспансерного наблюдения (АДН) и консультативных пациентов под диспансерное наблюдение по решению комиссии психиатров [10].

Будущие исследования.

Сетевой анализ СП [11] позволит уточнить «общие» (групповые) и «особенные» (индивидуальные) факторы риска континуума СП в больших стационарных и амбулаторных выборках пациентов, а также многообразное социально-экономическое бремя СП на разных этапах (как в дебюте шизофрении) и при различных клинических ситуациях (как интолерантность или терапевтическая резистентность) психического расстройства. Единые базы данных, охватывающие государственные психиатрические ЛПУ, частные и институтские клиники [12], разрозненные суицидологические службы [13, 14], согласно обнадёживающему региональному опыту суицидологического регистра [15], станут научно-доказательным обоснованием развития многоуровневой антисуицидальной программы на федеральном и местном уровнях.

Ограничения исследования.

Данные об УС на федеральном и местном уровнях не детализированы и исчерпаны абсолютными цифрами. Разброс («пики») данных о СП связаны с эпидемиологически малыми показателями, но многолетний анализ указывает тенденции, сходные с общим населением (касается лишь суицидов).

Reference:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii [Diagnosis of suicidal behavior: Guidelines]. M., 1980. 48 c. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 25-35. (In Russ)
3. Predotvrashhenie samoubijstv: global'nyj imperativ. Kopenhagen: Vsemirnaja organizacija zdravooohranenija [Suicide prevention: a global imperative. Copenhagen: world health organization], 2014. 102 c. (In Russ)
4. Sergeeva E.A., Vasilyev V.V., Pakriev S.G., Kovalev Y.V. Recent researches of suicidal behavior in subjects with mental disorders. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 32-40. (In Russ)
5. 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)
6. 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)
7. Demcheva N.K., Jazdovskaja A.V., Sidorjuk O.V. i dr. Chislo suicidal'nyh dejstvij sredi lic s psichicheskimi rasstrojstvami / Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli dejatel'nosti psichiatricheskikh sluzhb v Rossijskoj Federacii (2005-2013 gg.): Statisticheskij spravochnik [Number of suicidal actions among persons with mental disorders / Epidemiological indicators and indicators of psychiatric services in the Russian Federation (2005-2013): Statistical guide]. / Pod red. Z.I. Kekelidze i B.A. Kazakovceva. M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii. 2015. С. 553-559. (In Russ)

8. Суициды в России и Европе. Под ред. Б.С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2016. 212 с.
9. Любов Е.Б., Цупрун В.Е., Кабизулов В.С. и соавт. Территориальные суицидологические службы России: проблемы и решения. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2014. 5(28). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2014_5_28/nomer/number08.php (Дата обращения: 12.03.2019)
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2013_2_19/nomer/number17.php (Дата обращения: 12.03.2019)
11. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Организация системы судебно-психиатрической профилактики: отмена и продление принудительных мер медицинского характера. Учебное пособие М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017: 216 с.
12. Любов Е.Б., Носова Е.С. Сетевой анализ в суицидологии: проблемы и перспективы развития. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 58-61.
13. Кушнарев В.М., Любов Е.Б., Петухов В.В., Цупрун В.Е. Клинико-эпидемиологические и организационные аспекты амбулаторного приёма суицидентов в НИИ психиатрии. *Суицидология*. 2016; 7 (4): 22-26.
14. Кушнарев В.М., Семкин Г.И., Любов Е.Б. и соавт. Кабинет социально-психологической помощи в ВУЗе. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 61-67.
15. Зотов П.Б., Пельмский А.В., Кузьмин О.Н., Зотова Е.П., Уманский М.С. Соотношение суицидальных попыток и завершённых суицидов в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (2): 66-70.
8. Suicidy v Rossii i Evrope. Pod red. B.S. Polozhego. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo [Suicides in Russia and Europe. Ed. by B. S. Palouge. M.: Medical news Agency], 2016. 212 c. (In Russ)
9. Ljubov E.B., Cuprun V.E., Kabizulov V.S. i soavt. Territorial'nye suicidologicheskie sluzhby Rossii: problemy i reshenija [Territorial suicidal services of Russia: problems and solutions]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* 2014. 5(28). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2014_5_28/nomer/number08.php (In Russ)
10. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Age, time and place of the Professor Abramovoj in domestic of suicide-studying]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* 2013. № 2 (19). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2013_2_19/nomer/number17.php (In Russ)
11. Makushkina O.A., Jahimovich L.A. Organizacija sistemy sudebno-psihiatricheskoj profilaktiki: otmena i prodlenie prinuditel'nyh mer medicinskogo haraktera [Organization of the system of forensic psychiatric prevention: abolition and extension of compulsory medical measures]. *Uchebnoe posobie M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii*, 2017: 216 c. (In Russ)
12. Lyubov E.B., Nosova E.S. Network approach to suicidology: problems and perspectives of development. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 58-61. (In Russ)
13. Kushnarev V.M., Lyubov E.B., Petukhov V.V., Tsuprun V.E. Clinical, epidemiological and organizational aspects of outpatient care for suicidants in psychiatric institute clinic. *Suicidology*. 2016; 7 (4): 22-26. (In Russ)
14. Kushnarev V.M., Semikin G.I., Lyubov E.B., Gilod V.M., Mironov A.S., Pikanina Y.M. Psychosocial care in university. *Suicidology*. 2015; 6 (3): 61-67. (In Russ)
15. Zotov P.B., Pelymsky A.V., Kuzmin O.N., Zotova E.P., Umansky M.S. The relation of suicidal attempts and completed suicides in Tyumen (Western Siberia). *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (2): 66-70. (In Russ)

10-YEAR EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN RUSSIA

E.B. Lyubov¹, Y.E. Shmatova², V.B. Holland¹, P.B. Zotov³

¹Serbsky National Medical Research Center on Psychiatry and Addictions, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

²Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences, Vologda, Russia; ueshmatova@mail.ru

³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

A long-term (10 years) epidemiological study of the suicidal behavior of patients (i.e., those registered by the psychiatric services) in comparison with the suicide levels of the general population at the federal and regional levels, based on official statistics was conducted. There was a decrease by one-third of the level of suicides of the mentally ill patients while the corresponding decrease in the general population was observed at 60%. The suicides of psychiatric patients do not exceed 5% of all suicides in the Russian Federation. The level of parasuicides of patients decreased by 2/3, i.e., below 100. The average ratio between suicides and suicidal attempts (parasuicides) of mentally ill people in the country is 1:4. The variance ("peaks") suicides and suicidal attempts is associated with epidemiologically infrequent phenomena and a small population of some regions, but long-term analysis indicates trends similar to the general population regarding suicides. Data suggest underdiagnosis of suicidal behavior of psychiatric patients and the need for multi-level targeted treatment and prevention programs for the clinical target group at high risk of suicidal behavior. A scientifically evidence-based approach to substantiate and develop anti-crisis services is the refinement and specification of the epidemiology of suicidal behavior of mentally ill patients within the framework of regional suicidological registers.

Key words: suicidal behavior, epidemiology, federal, regional levels, mentally ill patients, general population

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: 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. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90

For citation: 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