

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Е.Б. Любов, В.С. Кабизулов, В.Е. Цупрун, С.А. Чубина

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Медицинский институт усовершенствования врачей,
Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1
им. Н.П. Каменева*

Отечественная психиатрия 80–90 годов XX века вышла за рамки матричной модели с территориальным принципом обслуживания населения. Практически оформился внедиспансерный раздел психиатрической помощи, расширился спектр деятельности психиатров, одним из важных звеньев которого является суицидологическая служба (СС). Развитие суицидологической службы, внедиспансерного звена психиатрической помощи свидетельствует о тенденции все большего проникновения психиатрической службы в структуру общества [9]. Действующий и ныне Приказ МЗ РФ от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (далее – Приказ) определил организацию и обеспечение типовой суицидологической службы, включающей преемственно связанные и координированные единым центром структурно-функциональные подразделения: 1) отделение «Телефон доверия» (ТД); 2) кабинет социально-психологической помощи (КСПП) при территориальных поликлиниках; 3) отделение кризисных состояний (КС) городской больницы «скорой помощи» (СП). Проблемы СС неизменно в центре внимания психиатров [7, 8, 13, 15, 21, 24], но требуют систематизации. Важно изучение суицидологической ситуации и ресурсов суицидологической службы на местном уровне. Систематический динамический контроль и анализ показателей, определяющих суицидальную ситуацию в регионе, позволили составить так называемый «суицидологический паспорт территории» [13], включающий: оценку суицидологической ситуации территории, перечень учреждений, входящих в суицидологическую службу, ее кадровый состав, данные о просветительской, научной работе. Сказанное выше явилось основанием для проведения представленного исследования.

Цели и задачи исследования: изучить распространенность суицидов в субъектах РФ, структуру и

функцию суицидологической службы, подразделений в субъектах РФ, а также выявить типовые проблемы и перспективы развития на местном уровне.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач в 2012–2013 годах проведено исследование с использованием оригинального структурированного опросника отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Респондентами явились главные психиатры (психотерапевты) 57 регионов, представляющих все федеральные округа (ФО) России (табл. 1), на которых возложено организационно-методическое обеспечение и контроль за деятельностью суицидологической службы. Привлечены дополнительные ресурсы информации – официальные сайты субъектов РФ.

Результаты

Уровни суицидов в РФ характеризуются существенными (до двух порядков) региональными различиями (порой даже в соседних районах одной территории), имеют неоднозначную динамику. Риск суицидов сельских жителей (особенность России) многократно превышает таковой городских жителей. Регионы отличны по социально-экономическому уровню, развитости психиатрических служб [11] и социально-экономическому бремени суицидальной смертности [19, 21].

Структура местных суицидологических служб. По данным органов здравоохранения и социальной защиты населения субъектов РФ, подразделения СС в различных сочетаниях развернуты (на 2012 г.) в 60 субъектах РФ: телефон доверия (ТД) – в 52, КСПП – в 39, КС – в 18. Открытие ТД запланировано в 5, КСПП – в 10, КС – в 13 регионах [19]. Суицидологические службы обычно организованы в рамках программы модернизации ЗД. СС не обозна-

Таблица 1

Регионы России, охваченные опросом

Федеральные округа и субъекты	Показатель уровня суицидов	
	2012 год	2013 год
Центральный ФО	13,1	12,9
Владимирская область	22,5	21,6
Воронежская область	17,4	15,2
Костромская область	23,9	20,3
Липецкая область	19,1	18,5
Московская область	15,9	15,5
Орловская область	13,5	14,7
Рязанская область	7,1	6,9
Тамбовская область	14,5	12,7
Тверская область	26,9	24,3
Тульская область	15,8	15,5
Ярославская область	12,2	13,4
Москва	5,2	4,5
Северо-Западный ФО	18,7	18,7
Архангельская область	36,3	34,9
Вологодская область	20,2	23,0
Калининградская область	17,2	20,6
Ленинградская область	20,6	21,8
Мурманская область	9,4	6,4
Новгородская область	24,5	27,9
Псковская область	21,7	24,9
Республика Карелия	26,0	24,7
Республика Коми	39,2	31,9
Санкт-Петербург	9,7	9,4
Южный ФО	14,1	12,9
Астраханская область	7,0	1,3
Волгоградская область	13,6	12,8
Ростовская область	8,6	7,2
Краснодарский край	19,0	18,1
Северо-Кавказский ФО	6,0	5,4
Кабардино-Балкарская Республика	9,5	9,7
Республика Ингушетия	0,5	0,4
Чеченская Республика	0,7	0,8
Ставропольский край	11,6	9,8
Приволжский ФО	25,4	23,8
Кировская область	37,1	38,9
Нижегородская область	4,1	13,2
Оренбургская область	32,5	32,7
Пензенская область	22,3	21,1
Саратовская область	25,5	22,4
Республика Башкортостан	36,2	34,0
Марий Эл	38,0	37,6
Республика Татарстан	17,6	17,4
Пермский край	37,0	35,7
Чувашская Республика	34,1	13,0
Уральский ФО	26,7	26,9
Курганская область	45,7	43,5
Свердловская область	25,2	24,3
Тюменская область	20,4	20,1
Челябинская область	30,0	32,7
Ханты-Мансийский АО - Югра (ХМАО)	12,2	11,2
Сибирский ФО	31,6	31,4
Республики Бурятия	62,7	58,4
Республика Хакассия	31,5	38,0
Иркутская область	38,7	31,8
Кемеровская область	35,7	34,0
Омская область	8,0	14,2
Томская область	17,4	23,9
Забайкальский край	57,9	54,6
Красноярский край	19,3	19,4
Дальневосточный ФО	30,7	29,0
Камчатский край	22,5	25,6
Хабаровский край	27,8	25,5
Сахалинская область	12,4	14,2

чены в Кабардино-Балкарии, Вологодской, Кировской, Ярославской областях, Чечне и Ингушетии, Новгородской, Челябинской областях, но функции ее звеньев выполняют учреждения различных ведомств. Наиболее тяжелых больных курируют многопрофильные больницы, ПБ.

Отделение «Телефон доверия» (ТД) – наиболее распространенное звено суицидологической службы. Как вид экстренной психологической помощи, ТД должен работать круглосуточно и ежедневно (как в Волгограде, Москве, Санкт-Петербурге, Омске, Ростове, ХМАО). Приказом предусмотрено выделение специальных линий для несовершеннолетних. ТД обычно доступны жителям главных городов, но в Свердловской области ТД зарегистрирован также в Нижнем Тагиле, в Кемеровской области – в Новокузнецке. В Краснодарском крае в 2012–2013 годах к пяти ТД добавили еще три. Бесплатный звонок не всюду возможен, но в Омске бесплатная сотовая линия ТД улучшила доступность помощи [23]. В Санкт-Петербурге зарегистрированы городской ТД и телефон экстренной психологической помощи при МЧС. В Москве, наряду с многоканальным городским ТД, работает «Горячая линия» ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. В Забайкалье ТД отнесены к центру «Доверие» Министерства соцзащиты и краевой психотерапевтической поликлинике. В Иркутской области ТД при Усть-Илимском ПНД работает лишь по будням с 8 до 15 часов; в Тамбовской области «Телефон надежды» доступен с 8 до 21 часа; в молодежном центре Саранска лишь с 17 до 22 часов. Российская ассоциация телефонной экстренной психологической помощи (РАТЭПП) объединяет 171 ТД на общественных началах специалистов разных ведомств и разной подчиненности в 69 субъектах РФ. Стихийный рост ТД разного качества настораживает [19]. Всероссийское национальное объединение «Российская ассоциация детских телефонов доверия» охватило почти 300 служб. 17 мая отмечают Международный день детского ТД. Линии экстренной психологической помощи детям и подросткам работают в Воронеже, Екатеринбурге, Иркутске, Москве, Орле, Санкт-Петербурге, Сахалинской области, Томске, Хабаровске, Чите.

Кабинеты социально-психологической помощи (КСПП) разворачиваются по Приказу в поликлинике медико-санитарной части предприятия или учебного заведения. Обычно они развернуты в главных городах

субъектов РФ в составе диспансерных отделений краевых (областных) ПБ, как, например, в Екатеринбурге, Кирове, Саранске, Ставрополе, Волгограде (с 2010 г.), Улан-Уде, Хабаровске или в структуре ПНД, как в Москве (два кабинета суицидолога), Петрозаводске, Казани. Кабинет суицидолога для пациентов ПНД фактически выполняет функцию КСПП. В результате происходит смешение потоков суицидентов. На Сахалине кабинет кризисных ситуаций и социально-психологической помощи (круглосуточная помощь психологов) работает с 2011 года в составе службы МЧС. В Иркутской области КСПП имеются вне областной столицы: в Братске и Усть-Илимске при ПНД, в Ангарске при областной психиатрической больнице, в Свердловской области – в Нижнем Тагиле, Первоуральске; в ХМАО полностью работают 22 КСПП. В Краснодарском крае КСПП созданы не только в столице, но и в Сочи. В 2012–2013 годах к четырем функционировавшим ранее КСПП прибавились еще два. В Забайкалье КСПП открыты не только при психотерапевтическом отделении Читинской медицинской академии и в краевой психотерапевтической поликлинике, но и в центрах «Доверие», «Росток» Министерства социальной защиты, «Дар», «Лад», «Успех» Министерства образования. Кабинет медико-социально-психологической помощи в Тамбове расположен в городской поликлинике. В Астраханской области запланированы 10 КСПП в областной клинической психиатрической больнице, областном наркологическом диспансере и городской поликлинике (Астрахань) и 7 – в ЦРБ. В Омской области открыты в дополнение к работающему 2 кабинета амбулаторной психотерапевтической (кризисной) помощи в административных округах Омска (то есть вне ПБ) с двусменным режимом работы психиатров и психологов, включая субботы. В Ставропольской клинической психиатрической больнице (КПБ) организован кабинет психиатрической и психотерапевтической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами и суицидальным поведением. Детско-подростковая суицидологическая служба Краснодарского края диспансерного отделения КПБ представлена КСПП; утвержден порядок плановой и неотложной помощи несовершеннолетним.

Отделения кризисных состояний (КС) развернуты в многопрофильных больницах городов с населением не менее 300 000. В населенных пунктах с меньшим числом жителей организуют палаты кризисных состояний в составе психосоматических отделений больниц. КС (обычно речь идет о палатах, кризисных койках, количество которых значительно меньше от нормативов Приказа) работают в ряде главных городов регионов: Екатеринбурге, Иркутске, Кемерово, Коми, Краснодаре, Мурманске, Кирове, Перми, Саратове, Санкт-Петербурге, Ставрополе, Томске, Тюмени, Челябинске, Чебоксарах. В Москве первый КС открыт А.Г.Амбрумовой в ГКБ №20 в 1981 году.

Функцию КС в регионах обычно выполняют психотерапевтические (психосоматические) отделения ПБ (Кировская, Хабаровская области, Республики Коми, Чувашия). В Свердловской области КС развернуты в Нижнем Тагиле, Первоуральске, Иркутской области, не только в Иркутском ОПНД (55 коек), но в Братском и Усть-Илимском ПНД, Ангарской ОПБ (по 5 коек). В Краснодарском крае коечный фонд КС увеличен в 2013 году до 35, причем не только в краевой клинической психиатрической больнице, но и в палате кризисных состояний городской больницы. В Екатеринбурге, Орле, Санкт-Петербурге открыты кризисные центры для детей. КС для детей запланированы в Омской (как и для взрослых) и Челябинской областях. В Южно-Сахалинске в центре психолого-педагогической помощи семье и детям реабилитацию проходят подростки с суицидальным поведением. В 2003 году в Бурятии открыт дневной стационар при городской больнице, развернуты кризисные койки для детей и подростков.

Полный состав звеньев суицидологической службы имеется лишь в ряде субъектов: Москва, Санкт-Петербург, Кемеровская, Томская, Тюменская области, Краснодарский, Хабаровский края, Республика Чувашия. В 2014 году (по завершению опроса) на базе новой краевой ПБ (Чита) открыт кризисный центр в составе ТД, кабинета психотерапевтической разгрузки и пяти кризисных коек психотерапевтического отделения. В 25 регионах работали ТД и КСПП.

Примеры развития городской модели суицидологической службы. Столичная многоуровневая СС (Приказ от 13 февраля 2012 г. №109 Правительства и Департамента Москвы) построена по типовому образцу. Амбулаторный уровень представлен КСПП (в 10 административных округах при поликлиниках и ПНД), кабинетом психотерапии городской психотерапевтической поликлиники. Стационарный уровень включает специализированную клиническую больницу (клиника неврозов), клиническую психиатрическую больницу, кризисное отделение ГКБ, соматопсихиатрическое отделение НИИ СП, многопрофильные больницы, ПБ по месту жительства суицидента. Реабилитация и профилактика возложена на клинику неврозов, ПБ №12, КСПП, кабинет психотерапии. Городское отделение ТД (круглосуточного, многоканального) работает при ПНД и КСПП (в часы его работы: с 8 до 20 часов). КС планируются в структуре многопрофильных соматических стационаров и ПБ. В Краснодарском крае организована целостная детско-подростковая суицидологическая служба.

Междисциплинарное и межведомственное сотрудничество – основополагающий принцип организации и функционирования СС [1, 4, 15, 19, 22, 25]. Сотрудники СС, по Приказу, взаимодействуют как члены терапевтической, по А.Г.Амбрумовой, бригады в составе психиатра со «специализацией по суицидологии и психотерапии», психотерапевта, медицинского психолога и социального работника,

медсестры, выполняющей обязанности последнего. По необходимости привлекаются юристы, социологи. В письме МЗ РФ от 04.06.2012 года №15-2/10/1-190 Администрации президента РФ отмечено: «Профилактика всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов, является сложной межведомственной проблемой, медицинская составляющая в которой минимальна». Основные мероприятия должны проводить Министерство образования и науки с Министерством культуры, транспорта, труда и социальной защиты РФ. Министерство здравоохранения выступает как координатор и соисполнитель. В Свердловской области психиатрам, специалистам по социальной работе, социальным работникам, медицинским психологам («при наличии») необходимо выработать план профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним суицидентам. Уникальная межведомственная модель СС Томска в системе социальной защиты населения, по сути, внедиспансерная психиатрическая служба; «кризисные» койки расположены в отделении аффективных расстройств [15]. Службы связаны с токсикологическим центром ОКБ (в московской модели – в НИИ скорой помощи), ПНД, ОКПБ, станцией СП, отделением судебной медицины, ЗАГСом, УВД, статуправлением области, бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), учреждениями Минобразования, Центром занятости населения, службами спасения МЧС России. В Кемерово муниципальная СС самостоятельна, не связана административно с психиатрической службой. Межведомственная модель применена в Новокузнецке. В Омской области межведомственная рабочая группа для предупреждения суицидального поведения включила представителей областных министерств здравоохранения, труда и социального развития, культуры, образования, министерства по делам молодежи, физической культуре и спорту. Разработан алгоритм действий консультантов ТД с привлечением служб МЧС и полиции. Создан единый Паспорт служб кризисной помощи населению. В Ставропольском крае (2013 г.) после межведомственного рабочего совещания представителей краевых министерства здравоохранения, управления ЗАГС, управлений ФСБ, МВД и МЧС организована краевая СС. В Забайкальском крае (2010 г.) межведомственный Координационный совет, в который вошли главы муниципальных образований, представители краевых Министерств здравоохранения, образования, науки и молодежной политики, труда и социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, краевого УВД, Читинских медицинской академии и Епархиального управления, разработал долгосрочную целевую программу «Комплексные меры по профилактике суицидального поведения» (2012–2014 гг.). В Краевой психотерапевтической поликлинике в 2013–2014 годах открыты ТД, КСПП; палата для лиц с кризисными состояниями

и суицидальным поведением в ГКБ [7]. В Челябинской области межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при правительстве подготовила план профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. Первым пунктом означена организация детско-подростковой суицидологической службы. Налажено сотрудничество с молодежными организациями, правоохранительными и социальными службами (Кабардино-Балкария, Москва, Санкт-Петербург, Ставропольский край, Архангельская, Тюменская области). СС Москвы опираются на государственные ЛПУ, учреждения социальной защиты населения, образования, семейной и молодежной политики, физической культуры и спорта, межрегионального сотрудничества, национальной политики и связей с религиозными организациями, по туризму при взаимодействии с представителями гражданского общества, общественными фондами, общественными и культурно-просветительными организациями, правоохранительными органами, Русской православной церковью (выделена лишь одна конфессия). Достоинства СС в централизации; опоре на городские медицинские учреждения при бюджетном финансировании (означающее бесплатную помощь), тесное внутри- и межведомственное взаимодействие с психотерапевтической и медико-психологической, психиатрической, наркологической и иными службами Департамента здравоохранения, общественными организациями, что обеспечивает преемственность комплексной помощи. С обществами самопомощи сотрудничают суицидологические службы Липецкой, Омской, Оренбургской областей, Ставропольского края.

Программы профилактики суицидов утверждены в Республике Коми, Краснодарском и Камчатском краях, Хакасии, Псковской, Саратовской, Томской, Тульской, Челябинской областях, Татарстане, Москве, Санкт-Петербурге, ХМАО. Содержанию первичной профилактики соответствует скрининг ранних проявлений континуума суицидального поведения в возрастных, профессиональных и клинических группах повышенного риска. В Забайкалье начат скрининг в детской поликлинике краевой больницы, проводится оценка психофизиологического здоровья в Центрах здоровья (двух взрослых, трех детских). В Краснодарском крае разработаны социальная анкета суицидента, психологическая анкета по оценке риска суицида детей и подростков. Целевой мониторинг суицидального поведения детей и подростков ведется в Бурятии, Краснодарском крае. Образцом эффективной программы первичной профилактики суицидов и депрессий служит обучающая программа для интернистов «Распознавание депрессии» в Томской области [15]. Психотерапевты ТД и работающие на приеме обучены выявлению депрессии и тревоги; психолого-педагогические кадры мотивированы альтруистическими установ-

ками и непрерывно повышают уровень обучения. В Архангельской области целью российско-норвежского проекта профилактики суицидов стало обучение врачей первичного звена диагностике депрессивных расстройств, суицидального риска и необходимой тактике действий. В Краснодарском крае проходят научно-практические конференции, ежеквартальные межрайонные обучающие семинары врачей первичного звена, педагогов, психологов, социальных работников с участием представителей правоохранительных органов, духовенства и казачества.

Рекомендации по диагностике и ведению суицидентов, по организации типовых СС использованы в Бурятии, Коми, Краснодарском крае, Москве, Марий Эл, Татарии, Хакасии, Воронежской, Курганской, Липецкой, Мурманской, Омской, Оренбургской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Тульской, Челябинской областях. Более 70% СС используют труды МНИИП. Оригинальные разработки имеются в Республике Коми, Марий Эл, Татарстане, Курганской, Московской, Свердловской, Томской областях. В Тюменской области выпущены рекомендации «Суицидальное поведение детей и подростков: факторы риска и защиты, 2013»; «Суицидальное поведение больных наркоманией» для педиатров, неврологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов, социальных работников, работающих с детьми. В Краснодарском крае изданы методические рекомендации для педагогов, психологов, социальных работников образовательных учреждений «Суицидальное поведение у детей и подростков», пособие для родителей «Агрессия и аутоагрессия у детей».

Работа со СМИ. С местными СМИ эпизодически контактируют все СС (обычно в связи с резонансным самоубийством). Информация о СС и ее возможностях является недостаточной. Сайт психологической и психотерапевтической помощи открыт в Забайкалье (на базе сайта «Краевая психотерапевтическая поликлиника»). Рассматривается вопрос об организации филиалов Центра психолого-педагогической помощи в Сахалинской области. В Москве, Ямало-Ненецком АО, Красноярском, Краснодарском, Хабаровском краях, Калининградской, Курганской, Новгородской, Новосибирской, Оренбургской, Орловской, Пермской, Ростовской, Самарской, Смоленской, Тюменской, Челябинской, Ярославской областях созданы организационно-функциональные модели службы практической психологии в системе образования в городе и сельской местности с учетом этно-национальных и социально-экономических особенностей региона (Приказ Минздравсоцразвития РФ №1086, МЧС РФ №550, Минобрнауки РФ №2415, Минкомсвязи РФ №241 от 29.09.2011 «Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации»). В Омской

области запланирован сайт для онлайн-кризисного консультирования.

Статистика суицидального поведения. Одной из многообразных задач суицидологической службы, по Приказу, служит динамический эпидемиологический и клинико-психологический анализ информации об уровне, структуре, особенностях суицидологической ситуации в конкретный период времени в регионе, информирование специалистов, представителей власти, руководителей учреждений и населения. Обычно сведения поступают со станций СП, токсикологических отделений больниц СП, УВД, Бюро судебно-медицинской экспертизы. Регистрация суицидальных попыток налажена во исполнение Приказов МЗ «Об организации специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (Башкортостан, Вологодская, Воронежская, Кемеровская, Кировская, Омская, Пермская, Псковская, Рязанская, Саратовская, Свердловская, Тюменская, Тамбовская области, Краснодарский (с 2005 г.), Ставропольский края, Коми, Татарстан, Мэрий Эл, Хакассия, ХМАО). Учет суицидов психически больных с разбивкой по диагнозам и/или учетом наличия (но не качества) лечения ведется в Вологодской, Воронежской, Иркутской, Кемеровской, Кировской, Курганской, Омской, Пермской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Тверской областях, Краснодарском, Ставропольском краях, Республиках Коми, Марий Эл, Хакассия, Чувашии. Учет способов самоубийств (суицидальных попыток) в Иркутской, Кировской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Свердловской, Тамбовской областях, Краснодарском, Ставропольском краях, Республиках Кабардино-Балкария, Коми, Марий Эл, Хакасии, Чувашия. Так, с 2009 года в отдел медицинской информации Омской КПБ ежемесячно стекается дифференцированная информация о суицидальных попытках и самоубийствах в ЛПУ города и 32 районов (пол, возраст, способ суицида, повторность попытки, алкогольное опьянение). В Тюмени действует оригинальная система учета («регистр») суицидального поведения [13]. В Москве, за исключением одномоментных исследований [5, 6], мониторинга суицидальных попыток не ведется. В Краснодарском крае заключено трехстороннее соглашение между региональным МЗ, краевым управлением и отделами ЗАГС, в результате снижена доля ошибочных заключений о самоубийстве до 1%. В Свердловской области Приказом МЗ от 13.04.2012 №387-п «О мерах по мониторингу и профилактике суицидального поведения среди детского населения», в соответствии с Приказом МЗ России №148, Приказом МЗ России от 16.09.2003 №438 «О психотерапевтической помощи», Приказом МЗ Свердловской области от 28.01.2009 №54-п «О мерах по дальнейшему снижению числа суицидов в Свердловской области» руководителям ЛПУ предписан учет «суицидальных» вызовов СМП и ежеквар-

тальное информирование Территориального центра медицины катастроф; оперативное сообщение участковому психиатру о суицидальных попытках или суициде (лишь детей и подростков). В Республике Коми заведен регистр суицидов; идет помесечная сверка данных с таковыми Госкомстатата.

Кадры суицидологической службы. Обучение. В Приложениях Приказа расписаны штатные нормы медицинского и иного персонала подразделений СС. Штаты заполнены для ТД в Воронежской, Курганской, Липецкой, Омской, Оренбургской, Пермской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Тамбовской, Челябинской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, республике Чувашия; для КСПП – в Воронежской, Липецкой, Псковской, Саратовской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, республиках Кабардино-Балкарии, Марий-Эл, Чувашии; для КС в Мурманской, Саратовской, Свердловской, Челябинской областях, в республике Чувашия. В Иркутской области специалистов для расширяющихся КС не хватает. Врачи, именующие себя суицидологами, со стажем $5,8 \pm 3,7$ (1–15) лет работают в Бурятии, Марий Эл, Краснодарском крае, Москве, Мурманской, Ленинградской, Свердловской, Томской, Челябинской областях. Наибольший дефицит имеется медицинских психологов и психотерапевтов. На ТД заняты подготовленные (по Приказу, прошедшие «специализацию по суицидологии») психиатры, психотерапевты, медицинские психологи. Обычно в КСПП заняты лишь психиатр и медсестра. На дневном ТД в Омске работают медицинские психологи, православные священники, на круглосуточном – психиатр, психотерапевт или нарколог. В Чувашии на ТД добровольцы задействованы из числа студентов психологического факультета (14 чел. в год). В Омской области в качестве сотрудников ТД привлечены и обучены священники.

Приказом на КСПП возложено обучение персонала ЛПУ, на базе которого он развернут; та же функция и у сотрудников КС (пример Московского КС при городской больнице), а на Московский НИИ психиатрии – подготовка специалистов по программе тематического усовершенствования (72 часа). Его за последние три года прошли отдельные специалисты (обычно психиатры) Бурятии, Коми, Марий Эл, Хакасии, Чувашии, Курганской, Ленинградской, Рязанской, Свердловской, Челябинской областей. На выездных курсах в НИПНИ им. В.М.Бехтерева обучались специалисты из Коми и Тверской области; в отделе суицидологии МНИИП, наряду с выездными циклами (Коми, Ставропольский край), на рабочем месте обучены 16 психиатров и клинических психологов из 7 субъектов РФ (Башкирия, Бурятия, Пермская, Тамбовская области, Приморский край, Республика Коми, Ставропольский край) с перспективой работы в определенном звене местной СС. Для обучения специалистов правительство Москвы

заключило договор с медицинскими ВУЗами о подготовке кадров. Однако, «...Программы разработаны, но кадров не хватает...» (из интервью главного психиатра Москвы Б.Д.Цыганкова, 2012 г.). С местными ВУЗами сотрудничают СС 23 регионов: Москва, Санкт-Петербург, Воронежская, Иркутская, Кировская, Краснодарская, Омская, Оренбургская, Пермская, Псковская, Рязанская, Саратовская, Свердловская, Томская, Тульская, Тюменская, Челябинская области, Ставропольский и Краснодарский края, Республики Бурятия, Коми, Татарстан, Чувашия. Основы суицидологии введены в образовательные программы ВУЗов и факультетов постдипломного образования лишь 11 регионов (Москва, Санкт-Петербург, Иркутская, Омская, Псковская, Саратовская, Свердловская, Томская, Тюменская области, республики Бурятия, Коми, Татарстан, Чувашия).

Эффективность суицидологической службы. Попытки изучения сделаны в Архангельской, Воронежской, Курганской, Кировской, Московской, Омской, Оренбургской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Свердловской, Тамбовской, Томской, Челябинской областях, Республиках Коми, Марий Эл, Хакасии, Чувашия ХМАО, Татарстан, Краснодарском крае. Обычно результаты оценки эффективности СС приводятся в форме аналитической справки для МЗ региона и сводятся к усредненным показателям суицидов, особо несовершеннолетних, и (реже) массива суицидальных попыток без учета их повторности. Большинство респондентов оценивает ситуацию с суицидальным поведением населения вверенного им региона как удовлетворительную. Противоположную точку зрения высказывает главный психиатр Иркутской области, хотя местная поступательно развивающаяся СС представлена всеми звеньями.

В Томской области уровень суицидов снижен в 2008–2012 годах на 54%, в Томске – на 91% [14], но затем отмечен (табл. 1) тренд к росту, как и в Омской области с динамично развивающейся СС. Следует оценить вклад в резкое снижение (табл.1) уровня суицидов в Чувашии с ее полной (лишь последние годы) СС активной антиалкогольной программы. Строгая корреляция потребления спиртного и уровня суицидов не показана [5]. В Кемерово число повторных суицидальных попыток уменьшено в 3,4 раза [цит. по 20].

Оценка эффективности звеньев СС касается в основном ТД и сводится к анализу обращений. Обычно (факт, удивляющий каждое новое поколение работников со времени открытия первой линии ТД в Москве) доля абонентов разных возрастов с суицидальным поведением не превышает 5% [подробнее: 19]. Сформирована определенная группа абонентов, блокирующих линии ТД. По данным доклада Уполномоченного при президенте РФ по правам ребенка Павла Астахова (2012), растут обращения несовершеннолетних с суицидальным поведением.

Проблемы суицидологической службы и пути их разрешения (по мнению респондентов)

Проблемы	Возможные решения
Отсутствие федеральной и региональных программ профилактики суицидов и целостной централизованной суицидологической службы	В русле Концепции демографической политики РФ до 2025 года (распоряжение Правительства РФ от 14 февраля 2008 г. №170-р) разработать Федеральную и региональные целевые программы «Охрана психического здоровья населения страны», определяющие планомерное развитие и организационно-методическое и материальное обеспечение СС
Низкое ресурсообеспечение (организационно-методическое, материально-техническое, кадровое) СС. Нехватка (отток) подготовленных кадров. Суицидология исключена из списка специальностей медицинских работников. Приказом детально расписано штатное расписание подразделений СС, не пересматриваемое более 20 лет	Рассмотрение охраны психического здоровья как приоритетного направления МЗ. Включение показателей суицидального поведения в отчеты администрации. Межпрофессиональное (бригадное) и межведомственное взаимодействие. Пересмотр штатного расписания, детализация функциональных обязанностей (нормативов нагрузки) сотрудников
Формы и методы СС не соответствуют положениям Приказа и уровню суицидологической науки и практики. Разобщенность, дублирование служб разного соподчинения. Опора на психиатрические учреждения (психиатр «отвечает за все»). Малая доступность помощи, реабилитации суицидентов. Разобщенность служб помощи и невозможность («незаконность») динамического наблюдения большей части суицидентов. Незаботанные критерии оценки работы звеньев службы	Разработка клинических рекомендаций, основанных на доказательствах, Федеральных и местных стандартов качества помощи суицидентам и их близким в контексте социально-экономических и этнокультуральных особенностей региона. Унификация и координация помощи, организационно-методической работы. Развитие междисциплинарного (бригадного) взаимодействия
Несистематизированный статистический учет суицидального поведения на региональном и федеральном уровнях. Неполный и недифференцированный анализ суицидального поведения психически больных (объем и качество лечения, комплаенс, коморбидность)	Нормативно-правовая и информационная базы динамического контроля и анализа суицидального поведения населения с развернутым и формализованным описанием, эпидемиологический и клинико-психологический анализ суицидов, информирование специалистов, представителей власти, руководителей учреждений и населения об уровне, структуре, суицидологической ситуации «здесь и сейчас»

При этом Иркутский ТД отмечает 80% «немых и хулиганских» звонков.

Общие проблемы местных СС и возможные пути их разрешения указаны в табл. 2.

Обсуждение и выводы

Неполный охват регионов РФ в исследовании не исключает выделение «типичного» и «особенного» в организации и функции местных суицидологических служб. Развитость СС определяется не только и не столько сетью общесоматической и (в большей мере) психиатрической помощи, уровнем суицидов (табл. 1) и их бременем [19], но вниманием организатора психиатрической (психотерапевтической) службы [22] к здоровью и социальному благополучию вверенного ему населения и возможностями его убеждения (привлечения в союзники) администрации региона, а также культуральными факторами такими как табуированность суицида [11]. Низкое значение суицидального поведения для чиновников МЗ [30] и политиков [31] пока повсеместно.

10 сентября отведено Всемирному Дню предотвращения самоубийств. На федеральном и местном уровнях профилактическая (антикризисная, анти-суицидальная) программа не развита. Просвещение и обучение населения (ранние признаки суицидального поведения, поиск скорейшей неформальной и профессиональной помощи, навыки преодоления кризиса) [5, 6, 11] – обязательная часть работы типовой СС [20, 23, 26, 29]. Э.Шнейдман [27] полагал,

что о суициде нужно «больше и подробнее» рассказывать, это самая эффективная форма его предотвращения. Обязательной частью местных программ профилактики суицидального поведения является сотрудничество со СМИ, разработка согласованных с профессионалами и группами самопомощи рекомендаций по «правильному» освещению суицидов во избежание их героизации, развенчиванию мифов о риске суицида, дестигматизации психиатрической помощи и СС [17, 24]. В настоящее время внимание к СМИ сводится к запретительным мерам без использования их антисуицидального потенциала [16, 25]. Вместе с тем, утверждена концепция создания Интернет-службы психологической помощи населению (29 сентября 2011 г.). В работе с молодежью и подростками привлекателен Интернет (антисуицидальные сайты с возможностью выхода в социальные сети, виртуального консультирования). Интернет-ресурс www.pobedish.ru поддержан группой добровольцев. В центре внимания первичной профилактики суицидального поведения находятся лишь страдающие депрессиями, тревогой, соматическими хроническими болезнями, больные, нарушающие режим лечения, с коморбидными соматическими и психиатрическими (злоупотребляющие ПАВ в целях самолечения) расстройствами. Ранней диагностике и оказанию помощи способствуют масштабный скрининг для выявления предрасположенности к суицидальному поведению школьников (Московские НИИ психиатрии и МГППУ); использование модулей выяв-

ления депрессии в первичном медицинском звене Московского НИИ психиатрии [17]. Важным является объективизация бремени суицидального поведения в возрастных, клинических, социальных и профессиональных группах риска, например, маргинальные группы населения с сочетанными клинико-социальными проблемами: сельские жители (вопреки классическому взгляду Дюркгейма), беженцы, мигранты, безработные, заключенные и выходящие на свободу, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, инвалиды, особенно с хроническим болевым синдромом [29]. «Ресурсоемкие» группы становятся мишенями первоочередных лечебно-профилактических мероприятий СС.

Специалистам следует участвовать в мероприятиях по затруднению доступа к средствам самоубийства (барьеры безопасности в метро, на мостах, регулирование продажи слабых анальгетиков), что является действенной мерой первичной профилактики. Ограничительные меры в большей степени касаются препаратов с потенциалом развития зависимости, например, что имеет большое значение для снижения риска намеренной передозировки.

Искажение статистики, по Дюркгейму, начинается с близких суицидента и сотрудников полиции при известной позиции администрации региона, не склонной афишировать истинный масштаб проблемы. Предстоит упорядочить и унифицировать эпидемиологический динамический контроль суицидального поведения. Безразмерная «корзина» рубрики МКБ-10 Y10–Y34 «Повреждение с неопределенными намерениями», «Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями» (Y20) поглощает значительную (не менее 20% в странах с «образцовой» статистикой) долю суицидов; регистрируются (если так) суицидальные попытки лишь с тяжелыми медицинскими последствиями. Следует объяснить резкие (в 1,5–2,5 раз) «скачки» (табл. 1) уровней суицидов (Чувашия, Астраханская, Омская области) с учетом местного контекста [5, 29].

Несмотря на наличие поступательно-планового развития СС, обеспечение ресурсами, реальные возможности по оказанию помощи суицидентам субъектов РФ недостаточны. В ряде регионов нет СС, в большинстве – представлены неполным составом. Происходят разнонаправленные процессы развития (Иркутская, Омская области, Забайкалье, Республика Чувашия), стагнация и распад («закрытие» ТД за «ненужностью», «неэффективностью», для «экономики») служб.

Значительная часть лиц с суицидальным поведением не получает своевременно медико-социальную помощь вне психиатрических учреждений, но в большинстве своем ищут эту помощь и добровольно обращаются за нею (спорный пассаж Приказа). Региональные СС доступны лишь в больших городах, они размещены в психиатрических ЛПУ. Относительно более доступные ТД мало привлекают лиц

групп высокого риска суицида [28], нередко находящихся в бедственном материальном положении. За редким исключением (многолетний опыт Московского НИИ психиатрии) отсутствуют КСПП в ВУЗах, ЦСО и ЦЗН, за что ратовала А.Г.Амбрумова [1, 3, 4]. ТД в структуре различных ведомств разобщены. КС (возможны дневные и ночные полустационары) важно развивать при многопрофильных (СП), наркологических стационарах. Большинство СС не имеет детско-подросткового звена, полностью отсутствуют подразделения для пожилых, при риске суицида у последних многократно превышающем таковой у подростков. Нарушена преемственность стационарного и амбулаторного звеньев СС (в том числе при формальном следовании Закону о психиатрической помощи), препятствующая систематическому наблюдению. В забвении психосоциальная реабилитация суицидентов с опорой на стимуляцию антисуицидальных факторов (как жизнестойкость), третичная профилактика (бремя семьи суицидента).

Актуальны разработка, внедрение и оценка моделей СС для зон экономического и экологического неблагополучия (план Федерального Центра суицидологии в 1995 г.), сельской местности [15], для территорий с «сверхвысокими» уровнями суицидов. Важным является учет этно-культуральных факторов, использование экспедиционного метода работы СС в отдаленных и труднодоступных районах [23], привлечение авторитетных лиц как священнослужителей, старейшин.

Положительные результаты работы СС более констатированы, чем доказаны. Целевым показателем эффективности СС не может быть лишь уровень суицидов (некий рост их уровня не препятствует положительной оценке программы [28] и может быть связан с уточнением статистики) в связи с относительно малой частотой и сложностью биопсихосоциального феномена, малым охватом суицидентов, неполнотой усредненной статистики. Качество и доступность не только суицидологической службы, но и связанных с ней общесоматической и психиатрической помощи отражены показателями суицидального поведения [30]. Более широкий подход к оценке СС включает снижение показателей суицидального поведения в группах риска населения, уменьшение частоты суицидальных попыток и их повтора, доли реабилитированных суицидентов [18], распространенность иных саморазрушительных форм поведения, убийств как варианта широкого спектра девиантного поведения.

Новый импульс межведомственному взаимодействию придаст привлечение добровольцев-учащихся (что позволит выбрать и профессиональный маршрут), общественных, религиозных организаций, групп самопомощи, включая переживших суицид и близких суицидентов с уникальным опытом преодоления кризиса. Предстоит повысить привлекательность и престиж СС не только для «клиентов», но и

сотрудников; упорядочить их непрерывное обучение (обязательные 72 часа позволяют ознакомиться с азами суицидологии), как и персонала общемедицинской сети, преподавателей средней и высшей школы. Осведомленность о суицидальном риске и навыки ведения суицидентов у персонала психиатрических ЛПУ низкие [25]. Лишь 30% интернистов считают, что профилактикой суицидального поведения должны заниматься «не психиатры» [17]. Национальное руководство по превенции суицидального поведения позволит определить и повысить качество работы СС.

Повышению эффективности суицидальных служб будут способствовать, несмотря на недостатки организации региональных СС [1, 4, 5, 15, 23]: 1) профилактическая направленность; 2) целевая помощь

возрастным, клиническим и социальным группам риска; 3) взаимодействие государственных и общественных организаций и специалистов; 4) преемственность; 5) доступность и эффективность; 6) сбор и анализ детальных данных о суицидальном поведении; 7) анонимность; 8) размещение вне психиатрических ЛПУ.

Традиции и опыт отечественной суицидологической школы позволят повысить результативность и качество повседневной практики местных суицидологических служб.

Благодарность: соавторы признательны участникам опроса за информацию и рекомендации по улучшению организации и практики вверенных им служб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. С. 7–25.
2. Амбрумова А.Г. О деятельности Федерального научно-методического центра суицидологии // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4, Вып. 3. С. 151–156.
3. Амбрумова А.Г. Пути становления отечественной суицидологии // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, Вып. 4. С. 53–59.
4. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М.: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. 164 с.
5. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. 280 с.
6. Войцех В.Ф., Амбрумова А.Г. Сравнительный клинико-экономический анализ суицидальных попыток в городе Москве за 1978 и 1998 годы // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, Вып. 2. С. 15–18.
7. Ворсина О.П. Опыт работы детской линии телефона доверия в городе Иркутске // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, Вып. 4. С. 80–82.
8. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. 2013. Т. 4, № 1. С. 48–54.
9. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, Вып. 1. С. 9–15.
10. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема медицинской помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, Вып. 4. С. 5–8.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг.: Динамика показателей и анализ процессов развития. М.: Медпрактика-М, 2012. 600 с.
12. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. «Суицидологический паспорт территории» как этап развития системы суицидальной превенции // Суицидология. 2013. Т. 4, № 4. С. 55–60.
13. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М., Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. 2011. № 1. С. 10–11.
14. Кабизулов В.С. Просуицидные и антисуицидальные факторы информационной сети Интернет [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2013. N 1 (1). URL: <http://medpsy.ru/climp>
15. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 1. С. 11–12.
16. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, Вып. 4. С. 5–13.
17. Ласый Е.В., Минкевич К.М., Вилькоцкая Н.В. и соавт. Врачи и суицидальное поведение: базовые представления, отношение, профессиональный и личный опыт // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. 2012. № 3. С. 57–69.
18. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. 2012. Т. 3, № 4. С. 10–22.
19. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, Вып. 2. С. 38–44.
20. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>
21. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект // Суицидология. 2014. Т. 5, № 1. С. 3–11.
22. Перцель М.Г., Поташева А.П. Особенности организации суицидологической помощи в Свердловской области // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, Вып. 1. С. 76–77.
23. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012. Т. 3, № 1. С. 8–12.
24. Чеперин А.И., Степанова О.Н., Белебева Е.А. и соавт. Новые подходы к организации кризисной помощи: опыт суицидологической службы города Омска // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. N 2 (19) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>
25. Чубина С.А., Любов Е.Б. Оценка суицидального поведения и риска пациентов персоналом психиатрических учреждений // Тюменский психиатрический журнал. 2014. Т. 16, № 1. С. 26–27.
26. Чуприков А.П., Пилиягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. Киев, 1999. 34 с.
27. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 132 с.
28. Lester D. Do suicide prevention centers prevent suicide? // Homeost. Health Dis. 1991. Vol. 33. P. 190–194.
29. Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers: Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assembly. WHO, 2001. 163 p.
30. Norredam M., Album D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases // Scand. J. Publ. Health. 2007. Vol. 35. P. 655–661.
31. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review // J. Affect. Dis. 2011. Vol. 139. P. 205–216.
32. Skruibis P., Gailiene D., Hjelmeland H. et al. Attitudes towards suicide among regional politicians in Austria, Lithuania, Hungary, Norway and Sweden // Suicid. Online. 2010. Vol. 1. P. 79–87.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Е.Б. Любов, В.С. Кабизулов, В.Е. Цупрун, С.А. Чубина

Данные (2012–2013 гг.) о структуре и функции суицидологических служб 57 субъектов РФ указывают проблемы (разобщенность, неполный состав звеньев, дефицит подготовленных кадров) и перспективы их развития (междисциплинарное и межведомственное

взаимодействие, привлечение общественных ресурсов, внедрение научно-доказательного подхода) на пути к биопсихосоциальной модели.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидологические службы, региональный уровень, биопсихосоциальный подход, проблемы, развитие.

REGIONAL ANTISUICIDE FACILITIES IN RUSSIA: PROBLEMS AND SOLUTIONS

E.B. Lyubov, V.S. Kabizulov, V.E. Tsuprun, S.A. Chubina

Data (2012–2013) on the structure and function of antisuicide facilities in 57 subjects of the Russian Federation indicate problems (disconnection, part of the units, lack of trained personnel), and the prospects for their development (interdisciplinary and interagency cooperation, attracting

public resources, implementation of evidence-based approach in everyday practice) on the way to the biopsychosocial antisuicide model.

Keywords: suicidal behavior, antisuicide facilities, regional level, biopsychosocial approach, problems, development.

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Кабизулов Владислав Сергеевич – врач, Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП»

Цупрун Виталий Евсеевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр Тульской областной клинической психиатрической больницы