



Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья

Проблемы и пути их решения

Хельсинки, Финляндия, 12–15 января 2005 г.

Брифинг



Предупреждение самоубийств

“Я действительно полагал, что Венди становилось лучше и что ей оставалось только держаться до конца. Теперь я понимаю, что именно в такие моменты люди становятся наиболее ранимы. У них есть некоторый запас сил, и они могут понимать, что с ними происходит, и, конечно же, это очень сильно расходится с тем, чего бы они хотели. Им кажется, что надежды больше нет, и именно это случилось с Венди, как она написала в своей записке”.

(вдове, в личной беседе с сотрудником Европейского регионального бюро ВОЗ по охране психического здоровья)

Актуальные проблемы

Самоубийство – это не только трагедия отдельного человека, но также серьезная проблема общественного здравоохранения, в особенности в Европейском регионе ВОЗ. За период с 1950 по 1995 гг. показатели распространенности самоубийств во всем мире (мужчины и женщины вместе) возросли на 60% (1). Самоубийство в настоящее время является ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности мужского пола.

Согласно последним имеющимся данным, ежегодно в результате самоубийств погибают примерно 873 000 человек во всем мире, включая 163 000 в Европейском регионе (2). Хотя в глобальном масштабе самоубийства находятся на тринадцатом месте среди причин смерти, в Европейском регионе они находятся на седьмом месте. Самые высокие показатели распространенности самоубийств в Европейском регионе являются также самыми высокими в мире.

Возрастающая проблема

Как в бедных, так и в богатых странах отмечается рост числа случаев психических расстройств и саморазрушающего поведения (3). Согласно всем прогнозам, в ближайшее десятилетие число случаев суицидального поведения резко возрастет, если не будут приняты эффективные превентивные меры.

В странах Европейского региона среднее число случаев самоубийств составляет 17,5 на 100 000

населения. Данные о смертности, содержащиеся в базе данных ВОЗ по достижению здоровья для всех за последний год (4), показывают, что эти показатели колеблются в значительных пределах в рамках Региона – от 44,0 в Литве, 36,4 в Российской Федерации и 33,9 в Республике Беларусь до 5,9 в Италии, 4,6 на Мальте и 2,8 в Греции. Разность между этими показателями для новых независимых государств, ранее входивших в

Среди причин смерти в возрастной группе 15-35 лет в Европейском регионе самоубийства занимают второе место после дорожно-транспортных происшествий.

состав Советского Союза (ННГ), и стран Европейского Союза (ЕС) составляет 15,8 на 100 000 населения. Наблюдаются также очень большие различия между мужчинами и женщинами во всех возрастных группах. Например, в Литве число самоубийств на 100 000 человек составляет 81,7 среди мужчин и 11,5 среди женщин; в Казахстане эти показатели, соответственно, равны 58,8 и 9,1, а в Латвии – 48,8 и 10,4.

Социальные и экономические последствия

Психологические, социальные и экономические последствия самоубийств для семьи и общества не поддаются измерению. В среднем, каждый случай самоубийства оказывает непосредственное воздействие, по меньшей мере, на 6 человек. Если самоубийство совершается в школе или по месту работы, это оказывает воздействие на сотни людей.

Помимо потери жизни самоубийство наносит длительную психологическую травму семье, друзьям и знакомым, а также экономический ущерб обществу.

Бремя самоубийств может быть оценено в показателях DALYs (число лет жизни, скорректированных на инвалидность). В 2002 г. на долю травм, умышленно нанесенных самому себе, приходилось 1,4% общего бремени болезней во всем мире (2) и 2,3% бремени болезней в Европейском регионе. Прямые затраты связаны с лечением и госпитализацией после попыток самоубийства, а косвенные издержки представляют собой потенциальные потери в доходах на протяжении жизни по причине инвалидности в результате попытки самоубийства и преждевременной смерти.

Факторы риска

Суицидальное поведение имеет множество причин. Оно связано с целым комплексом сложных факторов, которые взаимодействуют друг с другом и создают реальную опасность для отдельных людей. К ним относятся:

- психиатрические факторы, такие как сильная депрессия, шизофрения, употребление алкоголя и наркотиков, а также тревожные расстройства;
- биологические факторы или генетические особенности (наличие случаев самоубийств в семейном анамнезе);
- жизненные события (потеря любимого человека, потеря работы);
- психологические факторы, такие как межличностный конфликт, насилие или наличие в анамнезе случая физического и сексуального насилия в детстве, а также чувство беспомощности;
- социальные факторы и факторы окружающей среды, включая наличие средств для совершения самоубийства (огнестрельное оружие, токсичные газы, лекарственные средства, гербициды и пестициды), социальную изоляцию и экономические трудности.

Некоторые факторы риска изменяются в зависимости от возраста, пола, сексуальной ориентации и этнической группы.

Маргинализованные группы, такие как меньшинства, беженцы, безработные, лица, находящиеся в местах заключения или побывавшие в них, а также лица, уже страдающие психическими заболеваниями, подвергаются повышенному риску.

Защитные факторы

Риск самоубийства может быть уменьшен при наличии достаточно сильных защитных факторов. Такие факторы связаны с ощущением эмоционального благополучия, социальной интеграцией путем занятия спортом, участия в церковных собраниях, клубах и т.д., поддержанием тесных связей с семьей и друзьями, высокой самооценкой, обеспечением благоприятных физических и средовых условий, таких как хороший сон, сбалансированное питание, физическая нагрузка и отсутствие наркотиков, а также

Самоубийство и попытка самоубийства приводят к серьезным экономическим последствиям.

Показатели самоубийств могут быть снижены путем лечения лиц, испытывающих состояние депрессии и тревоги. Результаты исследования подтверждают положительный эффект применения антидепрессантов и психотерапии.

наличием различных источников получения положительных эмоций.

Пути решения вышеуказанных проблем

Принимая во внимание значимость данной проблемы здравоохранения, во многих странах предпринимались значительные усилия, направленные на предупреждение самоубийств (5). ВОЗ опубликовала обновленный перечень национальных стратегий предупреждения самоубийств в государствах - членах Европейского региона ВОЗ (6).

На совещании ВОЗ по стратегиям предупреждения самоубийств в Европе, состоявшемся 11–12 марта 2004 г., организаторы здравоохранения и эксперты в области психического здоровья и суицидального поведения из 36 государств - членов Европейского региона обсудили текущую ситуацию и опыт работы по предупреждению самоубийств и сформулировали рекомендации в отношении стратегий предупреждения самоубийств.

По результатам совещания были сделаны следующие выводы:

- Самоубийства и попытки самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения. В некоторых странах в результате самоубийств погибает больше людей, чем от дорожно-транспортных происшествий.
- Важными аспектами суицидального риска являются возраст и пол, и при разработке программ предупреждения самоубийств необходимо принимать во внимание существующие тенденции в данной области.
- Сообщения средств массовой информации, в которых случаи самоубийств могут представляться в привлекательном виде, отрицательно влияют на восприятие данного явления общественностью и могут способствовать росту числа случаев суицидального поведения.

Основными рекомендациями являются:

- Для предупреждения самоубийств и попыток самоубийства необходимы усилия всей системы здравоохранения. Бремя самоубийств настолько высоко, что ответственность за работу в данной области должно взять на себя все правительство, при этом ведущую роль должно играть министерство здравоохранения.
- Необходимо разработать программы предупреждения самоубийств. Они должны предусматривать конкретные меры воздействия для различных групп повышенного риска (например, с учетом возраста и пола), включая задачи различных секторов (образование, рынок труда, социальное обеспечение и т.д.); следует проводить оценку их эффективности.
- Работники учреждений здравоохранения и, в особенности, служб неотложной помощи, должны быть обучены методам выявления суицидального риска и должны активно сотрудничать со службами охраны психического здоровья.
- Просветительная работа среди работников здравоохранения и населения в целом должна начинаться на самом раннем этапе, при этом основное внимание следует уделять как факторам риска, так и защитным факторам.
- Необходимо проведение научных исследований, ориентированных на политику, и оценки эффективности программ предупреждения самоубийств.
- Необходимо привлекать к участию в этой деятельности средства массовой информации и повышать уровень их знаний в области предупреждения самоубийств, а также активно способствовать соблюдению разработанного ВОЗ кодекса поведения в отношении освещения проблемы самоубийств (7) средствами массовой информации.

План действий, предлагаемый для принятия на Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья (Хельсинки, январь 2005 г.), предусматривает целый ряд конкретных мер, включая:

- измерение базовых уровней показателей стресса и выявление групп повышенного риска;
- осуществление программ просвещения, информирования и поддержки, направленных на представителей маргинализированных групп; и

- создание групп самопомощи, телефонных линий и веб-сайтов для помощи лицам в кризисных ситуациях.

Стратегии предупреждения самоубийств

Стратегии предупреждения самоубийств должны охватывать следующие вопросы:

- выявление и ограничение доступа к средствам совершения самоубийств (огнестрельному оружию, токсичным веществам и т.д.);
- повышение эффективности работы служб здравоохранения и обеспечение поддержки и реабилитации лиц с суицидальным поведением;
- совершенствование методов диагностики и последующего лечения;
- обеспечение более полного понимания сотрудниками здравоохранения своего отношения к проблеме предупреждения самоубийств и психических заболеваний и “запретных тем” в данной области;
- усиление просветительной работы среди населения в области психических заболеваний и их выявления на ранней стадии;
- поддержка средств массовой информации, информирующих о случаях самоубийств и попыток самоубийств;
- содействие проведению научных исследований по вопросам предупреждения самоубийств, а также сбору данных о причинах самоубийств, избегая дублирования статистического учета.

Некоторые примеры стратегий предупреждения самоубийств

Национальная стратегия предупреждения самоубийств в Финляндии (1986–1996 гг.) (8) осуществлялась в масштабах всей страны, включая организацию мероприятий на местном, региональном и общенациональном уровнях. Проводилась систематическая оценка ее эффективности, как внутренняя, так и внешняя, что позволяет считать достигнутые результаты успешными (9). Данная стратегия включала проведение просветительной работы среди населения, улучшение доступа к службам

охраны психического здоровья, оказание помощи в кризисных ситуациях, ограничение доступа к средствам совершения самоубийства, повышение квалификации работников здравоохранения, повышение уровня знаний о факторах сопутствующей заболеваемости, мониторинг случаев попыток самоубийства и ведение учета лиц с повышенным риском, в отношении которых необходимо применение превентивных мер. Программа предусматривала действия со стороны работников здравоохранения, социальных служб и государственных учреждений, не требуя совершения каких-либо конкретных действий лицами, потерявшими своих близких в результате самоубийства.

Несколько примеров других национальных программ, осуществляемых в настоящее время:

“Выбери жизнь” – национальная стратегия и план действий по предупреждению самоубийств в Шотландии (2002 г.) имеют целью снизить частоту самоубийств на 20% к 2013 г. Была создана национальная сеть, включающая представителей местных советов, полиции, служб скорой медицинской помощи, служб помощи при несчастных случаях и чрезвычайных ситуациях, тюремных служб и основных неправительственных организаций (НПО). Была также разработана национальная программа подготовки кадров и наращивания потенциала в данной области. Программа осуществлялась в 32 районах, и в местных планах действий основное внимание уделялось достижению трех основных задач:

- обеспечить координацию деятельности в области предупреждения самоубийств между службами здравоохранения, социальной помощи, образования, жилищного хозяйства, полиции, социального обеспечения и занятости;
- разработать программы подготовки многопрофильных специалистов для наращивания потенциала по обеспечению предупреждения самоубийств;
- оказывать финансовую поддержку осуществлению мер вмешательства на уровне местных сообществ и микрорайонов (10).

План действий по предупреждению суицидального поведения в Эстонии предусматривает конкретные меры по

выполнению различных стратегий, направленных на работу с определенными группами населения, и содержит детальное описание целей, программ, сроков, категорий ответственных лиц, ожидаемых результатов, рисков и т.д. Данный план предусматривает создание национального центра, располагающего официальными полномочиями и финансовыми средствами, для координации и развития деятельности в области предупреждения самоубийств в стране. Основными элементами этого плана являются мониторинг случаев покушений на самоубийство и учет лиц с повышенным риском, в отношении которых необходимо принятие превентивных мер.

Национальная программа предупреждения самоубийств в Германии (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland) (2003 г.) (11) характеризуется большим разнообразием рабочих групп, административных органов и федеральных учреждений, охваченных ею. Она предусматривает проведение следующих мероприятий: просветительная работа среди населения, оказание помощи в кризисных ситуациях, предупреждение самоубийств среди детей и молодежи, предупреждение самоубийств на рабочих местах, ограничение доступа к средствам совершения самоубийств, выявление и лечение лиц с депрессией и связанными с ней состояниями, а также лечение конкретных психических расстройств, обучение медицинских специалистов и повышение уровня знаний о факторах сопутствующей заболеваемости.

Специальные рабочие группы занимаются вопросами нарушений здоровья, вызванных токсикоманией, и работой с группами населения повышенного риска, а также с лицами, оставшимися в живых после попытки самоубийства и членами семей, лишившихся своих близких.

Одним из ключевых аспектов данной программы является работа со средствами массовой информации.

Для предупреждения самоубийств среди подростков в **Дании** была разработана **программа обучения**, предусматривающая осуществление пилотных проектов в школах и

других образовательных учреждениях. В ее осуществлении принимают участие преподаватели, работники, занимающиеся вопросами молодежи, священнослужители, врачи, медсестры, социальные работники и др.

“Как общаться с подростком” является программой, направленной на предоставление родителям основной информации о ведении диалога и оказании помощи лицам в состоянии фрустрации, а также обучение их тому, как следует сохранять тесные взаимоотношения со своими детьми (12).

Борьба со стигматизацией

Самоубийство долго являлось запретной темой, и такие случаи по-прежнему сопровождаются чувством стыда, страха, вины и неловкости. Многие люди испытывают трудности с обсуждением суицидального поведения, что неудивительно, поскольку это сопряжено с чрезвычайно серьезными религиозными и юридическими запретами. Представления о самоубийстве как о благородном или презираемом действии, смелом или трусливом поступке, рациональном или иррациональном поведении, криком о помощи или отказом от нее не только вызывают замешательство, но также приводят к двойственному отношению к вопросу предупреждения самоубийств. Во многих странах лишь в конце 20-го столетия религиозные санкции были отменены, и акты самоубийства перестали считаться уголовным делом. Самоубийство нередко воспринимается как нечто предопределенное, как действие, которое невозможно предотвратить.

Такие запреты и представления являются важными факторами, препятствующими осуществлению программ предупреждения самоубийств. Лица, работающие в данной области, должны знать о том, что необходимо не только повышать уровень знаний, но также пытаться изменить подсознательные представления и отношение к предупреждению самоубийств. Работа такого рода имеет большое значение, подготавливая почву для развития программ предупреждения самоубийств, в рамках которых возможна передача научных, клинических и практических знаний и опыта в данной области.

Участие заинтересованных сторон

Примеры участия заинтересованных сторон могут быть найдены в разных странах Европейского региона.

Международная ассоциация по предупреждению самоубийств (IASP) является НПО, поддерживающей официальные отношения с ВОЗ, в рамках которой работают специалисты и добровольцы из более чем 50 стран мира, задачей которых является предупреждение суицидального поведения, уменьшение его последствий и предоставление форума для обмена мнениями между научными работниками, специалистами в области психического здоровья, работниками по предоставлению помощи в кризисных ситуациях, добровольцами и лицами, оставшимися в живых после попытки покончить с собой.

Другие организации играют важную роль в предоставлении бесплатной помощи людям, предрасположенным к совершению самоубийства, путем личных встреч, по почте или по сети Интернет, не осуждая их и соблюдая конфиденциальность. Одна из старейших организаций в Европе **“Самаритяне”** создала международную сеть служб помощи, осуществляемой добровольцами, обладающими специальными навыками выслушивания собеседника и проявления сочувствия для оказания конфиденциальной эмоциональной поддержки всем людям, склонным к совершению самоубийства или находящимся в отчаянии.

Во многих странах Европы были созданы различные **центры предупреждения самоубийств** для своевременной помощи и вмешательства. Работа таких центров включает создание телефонных линий помощи в кризисных ситуациях, обучение лиц, непосредственно работающих в данной области и врачей общей практики, оказание поддержки лицам, пережившим это событие (друзьям и членам семьи, пережившим смерть близкого человека, покончившего с собой), проведение научных исследований и просветительной работы среди населения по вопросам самоубийств.

Verder (“Жить дальше”) является сетью по поддержке лиц, оставшихся в живых после попытки самоубийства, во Фландрии (Бельгия), в состав которой входит 15 групп поддержки по всему фламандскому региону, осуществляющих и координирующих деятельность по оказанию помощи людям, оставшимся в живых после попытки самоубийства, помогая им преодолеть свои страдания и боль. Этой организацией опубликован буклет (13), содержащий основную информацию о том, как пережить тяжелую утрату и оказать поддержку лицам, пережившим смерть близких людей в результате самоубийства. Эта публикация бесплатно предоставляется врачам общей практики, стационарным учреждениям, центрам охраны психического здоровья, линиям помощи, группам самопомощи, центрам помощи жертвам и социальным службам, а также предлагается вниманию всего населения через средства массовой информации.

К числу других инициатив относится показ театрализованного представления, посвященного проблемам выживания, по всей стране, а также присуждение премии журналистам за ответственное и уважительное освещение проблем самоубийства и выживания. Данная организация выпустила “Хартию прав лиц, оставшихся в живых после попытки самоубийства”, которая была принята и переведена другими организациями в Европе.

Выживший имеет право:

- *знать правду о самоубийстве;*
- *жить полноценной жизнью, испытывая радости и печали, не подвергаясь стигматизации или осуждению;*
- *получать поддержку со стороны родственников, друзей, специалистов и использовать собственный опыт на благо других людей;*
- *становиться другим человеком: существует жизнь до самоубийства и жизнь после него.*

В Украине, относящейся к числу стран с наивысшими показателями самоубийств среди мужчин (61,8 на 100 000) (14), НПО **“Экологическое здоровье человека”** (Одесса) работает преимущественно с тюремными

службами и украинской армией, предлагая проведение курсов обучения по предупреждению самоубийств для офицерского состава и врачей, работающих в пенитенциарных учреждениях.

В Сербии и Черногории ассоциация **Srce** (“Сердце”) работает более 10 лет в районе Нови Сад, предлагая духовную поддержку по телефону лицам, находящимся в кризисной ситуации, и организуя программы помощи на местах для старшеклассников.

Европейская неправительственная организация **Mental Health Europe** (Психическое здоровье в Европе) осуществляет деятельность, направленную на повышение уровня информированности общественности о бремени самоубийств, и способствует большему осознанию значимости программ предупреждения самоубийств лицами, формирующими политику. Она помогает членским организациям, в особенности в странах Центральной и Восточной Европы, предпринимать действия и разрабатывать проекты с участием национальных и местных ведомств и организаций, учебных и научных учреждений европейских стран, лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, и общественных организаций.

Использованная литература¹

1. Bertolote JM, Fleischmann, S. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002, 1 (3): 181–186.
2. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. European health for all database – mortality indicators (HFA-MDB) [онлайн-база данных]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1).
5. Guo B, Harstall C. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Evidence Network synthesis report) (<http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>).
6. *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
7. *From the margins to the mainstream: putting public health in the spotlight: a resource for health communicators*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/document/e82092_6.pdf).
8. *Suicide can be prevented: Fundamentals of a target and action strategy*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1993.
9. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. *Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1995: Goals, implementation and evaluation*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1999 (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>).
10. *Choose Life. A national action plan and strategy to prevent suicide in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2002 (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/cls.pdf>).
11. *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2004 (<http://suizidpraevention-deutschland.de/>).
12. For further information, contact:
Centre for Suicide Research
Søndergade 17
5000 Odense C
Denmark
(Tel. +45 66 13 88 11)

13. *WegWijzer voor Nabestaanden na Zelfdoding* [Roadmap for suicide survivors]. Halle (Belgium), Werkgroep Verder, 2004 (<http://users.pandora.be/nazelfdoding.gent/WegWijzer2004.pdf>).
14. Krug EG et al. eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

Дополнительные информационные источники¹

Международная ассоциация по предупреждению самоубийств
<http://www.med.uio.no/iasp/index.html>

Самаритяне
<http://www.samaritans.org.uk/>

Verder
<http://www.werkgroepverder.be/>

Srce
<http://www.centarsrce.org.yu>

Mental Health Europe
<http://www.mhe-sme.org/>

¹ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 28 октября 2004 г.

Выражение благодарности

Мы хотели бы выразить благодарность за помощь, оказанную нам при подготовке данного материала д-ром Leen Meulenbergs, Министерство здравоохранения Бельгии, д-ром José Manoel Bertolote, штаб-квартира ВОЗ, а также г-жой Roxana Radulescu, Mental Health Europe.

Настоящий документ подготовлен для Европейской конференции ВОЗ на уровне министров “Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения”, Хельсинки, 12–15 января 2005 г.

