

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.04.003

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ САМОУБИЙСТВ: ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ИНИЦИАТИВ ДО НАЦИОНАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ

Носова Е.С.^{1,2}, Спасенников Б.А.¹, Александрова О.Ю.¹

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

² Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица, г. Калуга, Российская Федерация

Ключевые слова:

общественное здоровье, самоубийства, суицидальное поведение, профилактика

Аннотация

В 2012 году Всемирная организация здравоохранения насчитывала более 30 мероприятий по профилактике суицидов. Многие из них составляют основу национальных стратегий, которые являются наиболее совершенной формой реализации политики предотвращения самоубийств. Настоящий обзор освещает текущее положение дел в данной области, проводит сравнительный анализ существующих мероприятий и описывает наиболее актуальные, показавшие свою эффективность в долгосрочной перспективе. С помощью англоязычной текстовой базы данных PubMed были сформированы поисковые запросы по самым распространенным видам интервенций и выделены следующие из них: телефонные кризисные линии, ограничение доступа к средствам совершения суицида, школьные стратегии, психофармакотерапия и психотерапия, профилактика суицидов на рабочих местах, предотвращение самоубийств среди ветеранов локальных войн, поственция, профилактика в местах лишения свободы, предписания для СМИ, скрининги и образовательные мероприятия для врачей, общинные стратегии и пр. Оптимальным по-прежнему является сочетание стратегий с разными точками приложения пластично интегрированных в структуру локальной системы медицинской помощи, с учётом потребностей и потенциальных возможностей данных территорий.

SUICIDE PREVENTION: FROM SINGLE INTERVENTIONS TO NATIONAL STRATEGY

Nosova E.S.^{1,2}, Spasennikov B.A.¹, Alexandrova O.Yu.¹

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

² Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga, Russian Federation

Keywords:

public health, suicide, suicidal behavior, prevention

Abstract

According to the WHO there is more than 30 suicide prevention activities that play a key role in creating the basis of national strategies - the most perfect form for implementing suicide prevention policies. This review highlights the current state of affairs in this area, conducts a comparative analysis of existing interventions and describes the most relevant that have shown their long term effectiveness. We searched the following sources: database PubMed, governmental websites and World Health Organization resources. Crisis hotlines, means restriction, school-based strategies, treatment and psychotherapy, workplace-based suicide prevention, suicide prevention among veterans, management of prisoners at risk of self-harm and suicide prevention in custody, media guidelines, screenings and GP's education, community-based suicide prevention strategies were included. Partnership and solidarity as well as the combination of different approaches taking into account the needs and potential capabilities of Public Health Services is the main key for success of suicide prevention strategies.

Семьдесят четвертая Всемирная Ассамблея здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), подчеркнула безусловную важность психосоциального благополучия в процессах выздоровления от COVID-19¹. В условиях пандемии ВОЗ обращает свое внимание на повышение устойчивости и готовности к будущим чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения, усовершенствование служб психического здоровья и психосоциальной поддержки, в число которых входит и кризисная помощь.

Цель исследования

Обзор литературы по вопросу мероприятий в области предотвращения самоубийств, сравнительный анализ существующих интервенций и описание наиболее актуальных из них, показавших свою эффективность в долгосрочной перспективе.

Материалы и методы

Обзор осуществлен при помощи платформы PubMed с применением ключевых слов: «School-based suicide prevention programmes», «Community-based suicide prevention programmes», «Crisis hotline», «Workplace-based suicide prevention programmes», «Training and peer education in suicide prevention», «Suicide postvention», «Suicide screening tools», «Long-term therapy AND Suicide prevention», «Psychotherapy AND Suicide prevention». Также использованы ресурсы Всемирной организации здравоохранения и информация с официальных правительственных сайтов.

По данным Росстат, в 2020 г. в 40% регионов России отмечен рост показателей суицидальной смертности². При этом по мнению Rogers J.P. et al.³ (2021) эпизодические сведения о росте обращений вследствие самоповреждений в эру SARS-CoV-2 не являются достаточными для фундаментальных выводов о прямом влиянии пандемии на рост суицидов. Ожидается использование медицинских информационных систем для оперативного сбора данных по суицидам и суицидальным попыткам наравне с показателями эпидемиологического благополучия отдельных территорий.

Согласно сводному отчету ВОЗ (Health

Evidence Network)⁴, в 2012 году определялось более 30 превентивных мероприятий, которые охватывали широкий спектр воздействий – от универсальной профилактики самоубийств до патогенетической терапии суицидального поведения (рис. 1). Оптимальным является сочетание стратегий с разными точками приложения, плавно интегрированных в структуру локальной системы медицинской помощи, с учётом потребностей и потенциальных возможностей данных территорий.

Рациональны предложения по усовершенствованию кризисных служб, в частности, обновление и оптимизация существующих в России инициатив по предотвращению самоубийств.

Телефонные линии

Кризисные линии получили быстрое распространение по всему миру начиная с 1950-х гг. и на сегодняшний день являются одним из старейших ресурсов по предотвращению самоубийств. Некоторые из них были созданы в качестве дополнения к профессиональной медицинской или психиатрической помощи, в то время как многие другие стали волонтерскими инициативами. Показано, что «горячие линии» являются эффективным способом снижения риска самоубийств и альтернативой лечению в традиционных психиатрических учреждениях. Они предоставляют анонимное, конфиденциальное и полное принятия пространства для абонентов, помогая им выразить свои эмоции, а также изучить суицидальные чувства и намерения.

Политика кризисной линии состоит из ключевых положений, подразумевающих принятие всех мер, необходимых для предотвращения самоубийства, активное сотрудничество с абонентом и обеспечение его безопасности, а также связь с экстренными службами для непрерывного наблюдения за абонентами из зоны высокого риска.

Среди основных причин обращений на «линию жизни» – проблемы в отношениях, психические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами и самоповреждения [1, с. 313–324]. В среднем около 6% звонков на «горячие линии» так или иначе связаны с самоубийством; порядка 14% абонентов высказывают суицидальные мысли и от 2% до 6% имели в ана-

¹ URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74\(14\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(14)-en.pdf)

² URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31270>

³ Технические возможности журнала не позволяют указать все использованные источники в Списке использованной литературы. Библиографические данные многих статей будут представлены нами в последующих публикациях.

⁴ URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169466/E96630.pdf



Рис. 1. Стратегии предотвращения самоубийств, ВОЗ (Health Evidence Network), 2012.

мнезе попытки самоубийства^{5, 6}.

Большинство опрошенных абонентов сообщили, что вмешательство остановило их от самоубийства и обеспечило им безопасность [2, с. 75–86], но более половины звонят на телефонную линию повторно [1, с. 313–324].

В последние годы традиционная телефонная поддержка была расширена за счет новых технологий, таких как интернет-форумы, электронная почта и текстовые сообщения. Результаты показывают, что кризисные интернет-ресурсы используются почти так же часто, как и телефонная «горячая линия», что удваивает общее количество контактов в кризисных ситуациях. При этом Moylan S.A. et al. (2021) сообщают, что одной из основных проблем, описанных сотрудниками, является трудность с определением и передачей эмоций в контексте веб-чата. Эффективность данной интервенции требует усиления практическими стандартами, привлечения внимания к проблеме кризисных чатов и к разработке практик, специфичных для кризисного онлайн-вмешательства.

Ограничение доступа к средствам совершения суицида

Кратковременные факторы риска – потенциальные триггеры острого пресуицида. Поэтому отсутствие подручных средств в момент попытки может сохранить жизнь. С этим связано появление такого вида профилактики суицидов, как ограничение доступа к средствам совершения самоубийства.

Тяжесть выбранного метода зависит от степени его летальности и доступности, а внимание к тем или иным способам обусловлено их распространённостью в популяции. Так, в США акцент смещается на ограничение доступа к огнестрельному оружию: пристальное внимание обращено на его владельцев и дилеров, а также членов стрелковых и охотничьих клубов [3]. Wintemute G.J. et al. (1999) обнаружили более высокие уровни суицидов среди лиц, имевших лицензию на хранение огнестрельного оружия, а максимальный риск, по данным Cummings P. et al. (1997), отмечался в течение первого года после получения такого разрешения. Согласно исследованию David C. Vitt et al. (2018), увеличение числа владельцев огнестрельного оружия достоверно повышает уровень суицидов от огнестрельных ранений, а законодательные инициативы по ограничению доступа к

нему позволяют добиться снижения уровней самоубийств.

Рекомендован контроль за назначением, выпиской, хранением и реализацией в аптечной сети медикаментов, наиболее часто являющихся причиной самоотравлений: анальгетиков, НПВС, бензодиазепинов и антидепрессантов. Рационально внедрение стандартов безопасной терапии, уменьшение количества таблеток в упаковке и стремление к использованию в практике менее токсичных препаратов в соответствующих дозировках [4].

Предложено применение каталитических нейтрализаторов и инженерные решения в автомобилестроении с целью снижения числа самоотравлений оксидом углерода [5, с. 74–75]. Yip P.S. et al. (2010) описывают политику продажи углей для барбекю, а именно ограничение свободного доступа и продажу в определенных секторах торговых центров, которая позволила снизить количество отравлений CO.

В части стран отравление пестицидами и сельскохозяйственными ядохимикатами является ведущей причиной самоубийств, в связи с чем предложено лицензирование и обучение персонала, имеющего доступ к пестицидам, добавление этикеток к субстанциям, информирование фермеров о безопасном обращении с пестицидами, особые формы выпуска ядохимикатов и пр. Актуально распространение в общинах сведений о профилактике суицидов при помощи отравлений традиционными ядовитыми растениями.

Нельзя не отметить ограничительные барьеры на высотных сооружениях и в метрополитенах, которые демонстрируют свою долгосрочную эффективность, вопреки скептическим замечаниям о возможном росте суицидов от иных методов [6].

Предписания для СМИ

Известно, что резонансные сообщения СМИ о самоубийствах могут быть связаны с ростом суицидов в популяции по механизму подражания, что получило название «эффект Вертера». Это касается как смертей известных личностей, так и суицидов рядовых граждан и, в первую очередь, оказывает влияние на наиболее уязвимую категорию населения – молодежь.

Vijayacumar et al. (2021) описывают 10 ключевых характеристик корректного сообщения о самоубийстве, среди них:

⁵ URL: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000384>

⁶ URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12264>

- автор использует проверенную информацию и факты из официального источника;
- материал содержит акцент на связь суицида с неудовлетворительным психическим здоровьем;
- в дополнение к предыдущему подчеркивается связь суицидального поведения и возможного злоупотребления психоактивными веществами;
- представлена информация по ресурсам кризисной помощи;
- справочная информация о поиске помощи является актуальной и оперативной;
- текст сопровождают комментарии экспертов по психическому здоровью и профилактике самоубийств;
- представлена достоверная статистика самоубийств на уровне населения;
- автор уменьшает стигматизацию и подчеркивает, что самоубийство можно предотвратить;
- развенчаны популярные мифы о самоубийствах;
- статья содержит ссылки на обнадеживающие истории.

Рекомендовано избегать упоминаний способа самоубийства и его детального описания, использования привлекающих внимание заголовков, оправдания самоубийства и его романтизации, сведения факторов суицида к одной причине, или событию, предоставления подробной информации о месте самоубийства, фотографий события, информации о «выживших» (то есть скорбящих лицах), публикаций на первой полосе и распространение текста в социальных сетях⁷.

Медиакультура ценит свободу слова и независимость, и рекомендации, подобные тем, которые содержатся в руководствах могут показаться недостаточно гибкими. Но более строгое соблюдение руководящих принципов по сообщению о самоубийствах способствует достижению соответствующих целей, а взаимодействие ключевых заинтересованных сторон (например, представителей СМИ, психиатров, психологов, педиатров, родительских групп) и применение совместного подхода обеспечивает вовлеченность в вопросы профилактики гражданского общества.

Скрининг и образовательные мероприятия для врачей

Luoma J.B. et al. (2002) показали, что 3/4 суицидентов были в контакте с врачом общей практики в течение последнего года до суицида, а 1/3

⁷ URL: <https://www.samaritans.org/about-samaritans/media-guidelines/10-top-tips-reporting-suicide/>

– с психиатрическими службами. При этом 20% суицидентов виделись с психиатром за месяц до смерти. И хотя оценка риска самоубийства является основным требованием к профессиональной компетентности, многим врачам не хватает необходимой подготовки и навыков для её надлежащего осуществления. Обучение врачей общей практики диагностированию депрессии и распознаванию знаков суицидального поведения было отмечено в последнем обзоре Mann J.J. et al. (2020) в числе наиболее эффективных стратегий.

Методы оценки риска широко доступны, но мало применяются на практике. Скрининг включает данные о наблюдаемых и сообщаемых симптомах, поведении, факторах риска самоубийства, сопутствующую анамнестическую информацию, а также психометрические шкалы, на основе которых врач формирует суждение о прогнозируемом риске суицида и принимает решения по сортировке, планам безопасности и лечения, а также о мерах по снижению риска.

В общей практике возможно проведение оценки суицидального риска в случаях психических расстройств, злоупотребления психоактивными веществами и хронического болевого синдрома. Повторная оценка должна проводиться при смене лечения или изменении в состоянии, в том числе при стрессовых событиях [3].

Wolf L.A. et al. (2018) отметили, что персонал отделений интенсивной помощи высказывает озабоченность тем, достаточно ли простого вопроса «есть у вас мысли или планы самоповреждения?» для качественной оценки суицидального риска. Выбор разных версий той или иной шкалы, или опросника является почвой для регулярных дискуссий среди клиницистов. Одна из наиболее известных – Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений, переведенная более чем на 30 языков и апробированная применительно к разным возрастным когортам и нозологиям. Колумбийская шкала может быть полезна клиницистам для определения степени риска самоубийства и принятия решения о госпитализации, а также использована в проведении клинических исследований в области суицидологии.

Наряду с этим результаты Mullinax S. et al. (2018) говорят о скромной способности некоторых опросников предсказывать суицидальную предрасположенность пациентов, обратившихся за неотложной помощью. Использование инстру-

ментов скрининга депрессии (PHQ-9) в качестве косвенного показателя риска самоубийства, по мнению Mournet A.M. et al. (2021), может быть недостаточным для выявления суицидальных пациентов.

В целом недостаточно доказательств в поддержку использования какого-либо одного опросника. А значит структурированное профессиональное суждение по-прежнему широко применимо для оценки риска, в то время как изолированное использование формализованных инструментов скрининга не рекомендовано для решения серьезных клинических задач.

Школьные стратегии

Результаты опроса педагогов показывают, что они отмечают нехватку знаний о предупреждающих знаках суицидального поведения у учащихся и не знают, как поддержать студентов в случае суицидальной попытки или самоубийства одного из них [7, с. 245]. В исследовании Shilubane H.N. et al. (2014) сокурсники суицидентов сообщили, что попытка самоубийства/суицид сверстника оказывает особое влияние: они чувствовали себя виноватыми в том, что не смогли идентифицировать и предотвратить самоубийство и имели мало знаний о предупреждающих знаках грядущего суицида. Наряду с этим респонденты отметили низкую доступность ресурсов для учащихся с проблемами психического здоровья и переживших попытки самоубийства.

Flynn A. et al. (2016) указывают на ряд положительных результатов при использовании профилактических интервенций, а именно значительное улучшение уровня знаний и способности обращаться за помощью в случае возникновения суицидальных мыслей на фоне реализации школьной программы по предотвращению самоубийств.

Комплексное планирование профилактики самоубийств у молодежи должно включать четыре компонента, описанные Joshi S.V. et al. (2014): укрепление здоровья, просвещение, интервенция и поственция. Участие родителей в школьной профилактике может увеличить ее эффект, в частности, смягчить негативные последствия виктимизации, а просвещение, с целью расширения знаний о депрессии и самоубийствах, усилить поддержку среди меньшинства родителей, которые не одобряют такие программы.

Silverstone P.H. et al. (2017) описывают статистически значимое снижение показателей суи-

цидальности на фоне применения мультимодальных школьных программ, включающих в себя сбор данных, выявление групп высокого риска, быстрое вмешательство, а также взаимодействие с обученным персоналом и направление на консультацию врача-психиатра, где это необходимо. Так, универсальная школьная программа The Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) по данным Wasserman D. et al. (2015) показала свою эффективность в снижении числа попыток самоубийства и суицидальных мыслей у подростков школьного возраста. В свою очередь Hart L.M. et al. (2020) отмечают, что Mental Health First Aid, направленная на подростков, оказалась эффективна в увеличении понимания и намерений помочь сверстнику-самоубийце.

Факторы риска самоубийств и защитные факторы у детей и подростков в значительной степени совпадают с таковыми для взрослых. Тем не менее, особенности развития могут усилить влияние некоторых из них, таких как стиль принятия решений, стратегии преодоления, отношения в семье и со сверстниками и виктимизация. Важно ограничение доступа к смертоносным средствам, программы просвещения и повышения квалификации в школах, а также мероприятия, проводимые в клинических и общественных условиях.

Психотерапия

Многообещающим методом профилактики и лечения суицидального поведения являются когнитивно-поведенческая (далее – КПТ) и диалектическая поведенческая терапия (далее – ДПТ).

В ряде исследований показано, что КПТ [8, с. 21–29] и ДПТ [9, с. 152] помогают пациентам в изучении и осмыслении когнитивных проблем, которые заставляют их чувствовать себя суицидальными и учат управлять своими эмоциями более эффективно. Имеются убедительные доказательства влияния КПТ на снижение повторных самоповреждений в сравнении с привычной терапией (Treatment as usual) [10]. Tebbett-Mock A.A. et al. (2020) отметили, что у пациентов, получавших ДПТ в стационаре, сокращался срок пребывания в клинике, было значительно меньше попыток самоубийств и самоповреждений, а также ограничительных мероприятий. Замечено, что максимальных результатов достигают терапевты, которые сосредоточены на альянсе, активно взаимодействуют с хроническими суицидентами и их семьями, имеют обширную практику по данному

вопросу, а также, что немаловажно, тщательно следят за своими собственными реакциями на контрперенос и способностями к эмоциональной регуляции [11, с. 207–220].

Более выраженный эффект ожидается при использовании видов психотерапии, адаптированных к местным культурным контекстам.

Психофармакотерапия

Риск аутоагрессии при расстройствах настроения тесно связан с тяжестью депрессивных эпизодов. Ранняя диагностика и успешное долгосрочное лечение депрессивных расстройств имеет важное значение для профилактики самоубийств. Крупномасштабные клинические исследования показывают, что соответствующая фармакотерапия заметно снижает суицидальность и смертность даже в группах высокого риска [12, с. 2398–2403].

Значительное влияние на сокращение попыток самоубийства и суицидов оказывает литий: согласно данным Benard V. et al. (2016) длительное лечение препаратами лития снижает количество попыток самоубийства примерно на 10%, а смертность от самоубийств – на 20%. Специфическое действие лития на серотонинергическую систему, по мнению Cirigliani A. et al. (2013), может объяснить антисуицидальные эффекты посредством модуляции импульсивности и агрессивности.

Клозапин – представитель класса нейролептиков, одобренный для лечения суицидальных мыслей у пациентов, страдающих шизофренией. Предполагается, что эффективность клозапина в отношении суицидального поведения может быть созвучна его эффективности в отношении резистентных форм шизофрении, вероятно, опираясь на неселективную мультирецепторную модуляцию, оказываемую этим препаратом [13, с. 78–85].

В последнее время были получены новые данные о потенциальных антидепрессивных и антисуицидальных эффектах кетамина. После почти полувека существования на рынке кетамин по-прежнему занимает уникальное место в медицинском арсенале анестезиологов и клиницистов, занимающихся лечением боли. Согласно обзору D'Anci K.E. et al. (2019) кетамин уменьшает суицидальные мысли с минимальными побочными явлениями по сравнению с плацебо или мидазоламом. А интраназальный эскетамин, энантиомер кетамина, по предварительным результатам

Canuso S.M. et al. (2018), по сравнению с плацебо, назначенный в дополнение к комплексному стандартному лечению, может привести к быстрой редукции симптомов депрессии, включая суицидальные мысли.

Программы, ориентированные на общину

В докладе Durie M. (2004) подчеркивается целостная природа культур коренных народов и выделяются четыре её измерения: духовное, интеллектуальное, физическое и эмоциональное, каждое из которых связано со здоровьем и выживанием с течением времени. Venugopal J. et al. (2021) в своем обзоре отмечают, что во всех исследованиях, посвященных профилактике психических расстройств у коренных народов, культура выделялась в качестве основной темы для инициатив в области психического здоровья на уровне общин. При этом культурные мероприятия, планирование и обмен знаниями на местах были интегрированы в общинные программы. Примером могут служить профилактические программы по предотвращению самоубийств на Аляске, где в планирование инициатив, выявляющих потребности и желания отдельных общин, вовлечены представители коренного населения, впоследствии осуществляющие контроль за их деятельностью [14, с. 20–27].

Эффективно привлечение волонтеров-носителей языка: Tan J.C. et al. (2012) показали, что такая тактика убирает барьеры по использованию телефонов доверия для коренных народов, как в случае с кризисной линией Нунавут, Канада. Оптимально проведение исследований в области профилактики суицидов учеными из числа местных этнических групп.

Профилактика в местах лишения свободы

Известно, что лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы, являются группой риска суицидального поведения⁸. Превентивные мероприятия в данном случае осуществляет сама система исполнения наказаний посредством ряда предупреждающих действий и строгого соблюдения системы надзора.

В первую очередь это обеспечивается регулярными медицинскими осмотрами и оценкой степени суицидального риска всех вновь прибывших заключенных. При обнаружении такого риска предписывается внести всю полученную информацию в личное дело заключенного. Это

⁸ URL: https://www.researchgate.net/publication/295254396_Mortality_in_Local_Jails_and_State_Prisons_2000-2013

подразумевает осведомленность персонала тюрем и иных мест лишения свободы по вопросам гетеро- и аутоагрессии, которые должны быть прописаны в национальные и местные инструкции и руководства по безопасности на рабочих местах.

Соблюдение правил безопасного пребывания заключенных и ограничение доступа к средствам совершения суицидов в тюрьмах: соответствующая планировка камер, в том числе окон, мебели и отсутствие приспособлений для самоповешения и иных способов механической асфиксии – также часть стратегии⁹.

Весь персонал должен быть предупрежден о повышенном риске самоубийства/членовредительства со стороны следующих категорий заключенных: лица, впервые находящиеся в тюрьме; лица, статус которых недавно изменился (например, от предварительного заключения к осужденному); осужденных, апелляция которых была отклонена; лица, переведенные из другого учреждения, особенно в тех случаях, когда из-за расстояния осложняются контакты с близкими; лица, обвиняемые в совершении особо тяжких преступлений, особенно в отношении одного из членов семьи; лица с историей членовредительства или попыток самоубийства; лица, приговоренные к пожизненному тюремному заключению; женщины, осуществляющие уход за малолетними детьми; особо опасные заключенные¹⁰; лица с психическими расстройствами или наркозависимостью/алкоголизмом; потенциальные депортированные лица/запросившие убежища¹¹.

Всем поступившим заключенным необходимо предоставлять информационные материалы, содержащие сведения о пребывании в тюрьме, а также информацию о службах кризисной помощи, волонтерах, кризисных линиях, иметь возможность воспользоваться этими службами, а также получить помощь священника или иного представителя религии. Возможно снабжение заключенного в первую ночь «набором поступившего» (First Night pack): чай, молоко, сахар, конфеты, сигареты для курящих¹².

Профилактика суицидов на рабочих местах

Невыполнение ожиданий работодателей, уве-

⁹ URL: <https://www.gov.uk/government/publications/certifying-prisoner-accommodation-psi-172012>

¹⁰ URL: <https://www.gov.uk/government/publications/identifying-potential-high-security-prisoners-psi-092015>

¹¹ URL: <https://www.gov.uk/government/publications/managing-prisoner-safety-in-custody-psi-642011>

¹² URL: <https://www.gov.uk/government/publications/early-days-in-custody-psi-072015-pi-062015>

личение должностных обязанностей и связанных с работой психологический стресс – факторы риска депрессивного расстройства и сопутствующей ему суицидальности. Отдельные культуры сталкиваются с особенными явлениями: смерть от переутомления на рабочем месте (яп. «Karoshi») и родственное этому японское «Karojisatsu» – самоубийство посредством сверхъестественных нагрузок на рабочем месте [15, с. 428–429]. Следует определять конкретные факторы, способствующие самоубийствам в профессиях с высоким риском, и организовывать мероприятия на рабочем месте по снижению этого риска.

Традиционно мужские специальности потенциально расширяют зону профилактики на рабочих местах, благодаря гендерному кадровому составу. Windsor-Shellard B., Gunnell D. (2019) отметили, что как среди мужчин, так и в популяции самые высокие риски наблюдались в низкоквалифицированных профессиях.

Ранее предложены мероприятия для работников сферы энергетики и строительной сферы. Такие универсальные программы, как MATES [16], включающие в себя тренинги для рабочих, повышают осведомленность о психическом здоровье и самоубийствах в отрасли, рассматривая их как проблему охраны здоровья и безопасности на рабочем месте, учат распознавать знаки суицидального поведения и оказывать поддержку коллегам, которые проявляют признаки возможного риска самоубийства. Использование широко известных программ по кризисным интервенциям safeTALK, ASIST, а также «горячие линии» и поственция для «выживших» или переживших суицидальную попытку по мнению Gullestrup J. et al. (2011) усиливают эффективность интервенций.

Программы для ветеранов и военнослужащих

Среди целевых групп, нуждающихся в профилактических мероприятиях, выделяют военнослужащих и ветеранов локальных военных конфликтов. Комплексные программы предотвращения самоубийств, адаптированные к специфическим профессиональным условиям, могут существенно повлиять на уровень самоубийств. Исследование Mishara B.L., Martin N. (2012) описывает снижение уровней суицидов у сотрудников полиции на 79% за 12-летний период работы соответствующей профилактической стратегии. Программа включала обучение всех должностных лиц, руководителей и представителей про-

фсоюзам, создание телефонной линии доверия и рекламной кампании и получила высокую оценку участников.

Среди факторов, препятствующих поиску помощи в кризисной ситуации – культурные нормы, предубеждения и стигматизация. Информационные кампании, рекламирующие потенциальные источники помощи, дают статистически значимое увеличение числа обращений к этим ресурсам, что было показано Bossarte R.M. et al. (2014) в отношении кризисной линии для ветеранов.

Результаты качественного анализа работы кризисной линии для ветеранов и военнослужащих (далее – VCL) показали, что за изученный период большинство абонентов обращались в VCL с вопросами, связанными с проблемами психического здоровья, суицидальными идеями и проблемами злоупотребления психоактивными веществами. Количественный анализ продемонстрировал возрастные различия: абоненты среднего и старшего возраста с большей вероятностью испытывали одиночество, молодежь – проблемы с психическим здоровьем¹³. В своем исследовании Rasmussen K.A. et al. (2016) отмечают, что вопреки изначальным опасениям по поводу низкой популярности кризисной линии у ветеранов пожилого возраста, которые являются возрастной когортой риска, 25% звонков составили абоненты 60 лет и старше. Консультанты VCL также отметили различия между мужчинами и женщинами-ветеранами, в том числе в клинической картине, средствах совершения самоубийств и защитных факторах. Так, по данным Ramchand R. et al. (2016), женщины-ветераны, обращаясь за помощью, чаще всего жаловались на военную сексуальную травму и несуицидальные самоповреждения. Восемьдесят семь процентов опрошенных абонентов выразили удовлетворение VCL, 82,6% абонентов с суицидальным поведением сказали, что контакт помог им не покончить с собой [17, с. 263–273].

Наряду с кризисными линиями важна поддержка военнослужащих руководителями и сослуживцами, а также поощрение раннего обращения за специализированной помощью. Возможно включение в регулярные циклы повышения квалификации для военнослужащих модули и программы по профилактике суицидального поведения с последующей сдачей экзаменов.

Сопровождение

¹³ URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2013.824842?journalCode=usui20>

Клиническая помощь пациентам с суицидальной попыткой должна подразумевать, что пациент ещё определенное время остается суицидальным. Риск повторной суицидальной попытки особенно высок в ближайший период после обращения за экстренной медицинской помощью: каждый десятый пациент совершит попытку в первые пять дней после выписки [18, с. 1599–1609]. Помощь и наблюдение за пациентами с суицидальным риском должны продолжаться до тех пор, пока риск не будет редуцирован. Решение о госпитализации пациента, или амбулаторном его ведении должно основываться на прогнозировании степени риска суицида и способности пациента к сотрудничеству с врачом.

В случае выписки продленный контакт с врачом осуществляется с помощью ряда мероприятий, таких как открытки, телефонные звонки, или письма в течение 6–12 мес. после обращения за помощью. Такие интервенции оказывают как краткосрочное, так и долгосрочное воздействие на снижение уровней повторных суицидальных попыток [19, с. 44]. Кокрановский обзор Cogg M. et al. (2019) описывает как улучшение качества жизни и уменьшение нагрузки при телефонной поддержке после выписки из стационара, так и упоминает ряд авторов, высказавших неуверенность в эффективности данного вида психосоциальных вмешательств.

Поственция

Cerel J. et al. подсчитали, что на каждую смерть от самоубийства приходится до 135 пострадавших – лиц ближнего круга суицидента, которые в профессиональной литературе получили название «выживших» (suicide survivors). Runeson B., Asberg M. (2003) было установлено, что у членов семьи суицидента, риск самоубийства в два раза выше, чем у населения в целом, а осложнения, связанные с горем, пятикратно повышали уровень суицидальных мыслей у подростков и молодежи¹⁴.

Самоубийство порождает особую форму горя с чертами стигматизации, стыда и отвержения, которые усложняют скорбь и повышают риск психических расстройств, попыток самоубийства и суицида. Анализ историй выживших определяет четыре доминирующие темы поственции: потребность в поддержке, трудности с получением услуг, опыт стигматизации и социальной изоляции,

¹⁴ URL: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.161.8.1411>

особенности общения с другими людьми.

По сравнению с другими формами тяжелой утраты, люди, пережившие самоубийство, могут испытывать больший шок или травму, связанные с неожиданным или насильственным характером смерти, ощущение покинутости, отвержения и стыда. По мнению Bellini S. et al. (2018) потеря близкого в результате самоубийства также представляет собой фактор риска осложненного горя.

Проекты поственции направлены на оказание поддержки выжившим и повышение осведомленности общества о самоубийствах. Они могут дать участникам возможность задуматься о жизни своего любимого человека и предоставляют им пространство для скорби, свободной от негативной социальной реакции. Поственция предполагает поэтапный подход к процессу горевания и обеспечивает активную посттравматическую реабилитацию.

Службы, специализирующиеся на оказании помощи жертвам самоубийств, предоставляют поддержку для выживших и демонстрируют свою эффективность. Участники таких программ значительно реже подвергались риску самоубийства и испытывали социальное одиночество по сравнению с людьми, которые не обращались за помощью, что было отмечено Gehrmann M. et al. (2020).

Любая модель поственции должна учитывать сотрудников экстренных служб, таких как paramedics, полицейские и пожарные, которые могут испытывать совокупные последствия многократного воздействия самоубийств.

Особое внимание должно уделяться врачам, потерявшим пациентов вследствие суицида. Самоубийство пациента, проходящего терапию, не является редкостью для большинства психиатров и может стать травматичным опытом для врача. В таких случаях надлежащая помощь должна быть оказана членам семьи пациента, другим уязвимым пациентам, медицинскому и сестринскому персоналу, а также лечащему психиатру и медсестре, отвечающим за умершего пациента. Более 80% врачей-психиатров отметили влияние самоубийства пациента, 13% сообщили о симптомах посттравматического стрессового расстройства, а 15,1% – временно думали о смене специальности¹⁵. Важна необходимость поддержки со стороны коллег и обсуждение случившегося в рамках

¹⁵ URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621000701?via%3Dihub>

профессионального сообщества.

Активность «выживших»

Родственники суицидентов могут сыграть важную роль в профилактике суицидов: связь с другими значимыми лицами помогает ощутить поддержку окружающих и принадлежность к общине. Даже активная позиция «выживших» по распространению информации о профилактике суицидов и их участие в образовательных мероприятиях может сыграть значительную роль в организации помощи группам риска. Ярким примером является закон, принятый в штате Вашингтон в 2012 г., по инициативе «выживших», который обязывает ряд сотрудников сферы здравоохранения каждые 6 лет проходить тренинг по профилактике суицидов. Именуемая как «The Matt Adler Suicide Assessment, Treatment, and Management Training Act of 2012», эта инициатива вступила в силу в 2014 г. и была названа именем Мэта Адлера, 40-летнего адвоката из Сиэтла, штат Вашингтон, который стал одной из более чем 900 жертв самоубийств в тот год¹⁶.

Драма в семье американского сенатора Гордона Смита, суицид его сына Гаррета, также послужила стимулом для законодательной инициативы. В рамках программы «Мемориальный акт Гаррета Ли Смита (GLS)», были предоставлены гранты для колледжей, штатов и племенных общин. Мероприятия по предотвращению самоубийств включали образовательные программы, обучение гейткиперов, скрининги, улучшение инфраструктуры кризисных сервисов, «горячие линии», общественное сотрудничество [20, с. 245–256]. В округах, реализующих программу GLS, было значительно меньше попыток самоубийства среди молодежи. С 2006 по 2009 гг., на фоне реализации программы, по приблизительным подсчетам, было предотвращено более 79 000 суицидальных попыток¹⁷.

Национальные стратегии

На сегодняшний день национальные стратегии предотвращения самоубийств (далее – НС) имплементированы в 35 странах мира и по праву могут быть названы наиболее совершенной формой реализации политики превенции суицидов¹⁸. НС представляет собой проект, как ограниченное

¹⁶ URL: <https://ceufast.com/news/suicide-prevention-training-courses-required-in-washington-now-offered-on-ceufast>

¹⁷ URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2461739>

¹⁸ URL: <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>

во времени целенаправленное изменение отдельной системы с установленными требованиями к качеству результатов, возможными рамками расхода средств и ресурсов и специфической организацией.

Основным системообразующим элементом всех существующих на сегодняшний день НС является партнерство широкого круга организаций с опорой на вспомогательные ресурсы. Координация определяется лидерством конкретной направляющей организации, которая также является информационным центром для остальных участников проекта, анализирующим поступающую информацию и предоставляющим необходимые данные как на регулярных встречах, так и по запросу.

Среди основных потенциальных участников НС, как правило, выделяют следующие:

- система здравоохранения;
- правозащитные организации, в том числе по вопросам защиты прав несовершеннолетних;
- система образования;
- органы опеки и попечительства;
- банки, кредитные и финансовые организации;
- волонтеры и работники «горячих линий»;
- адвокаты по бракоразводным процессам и семейному праву;
- министерство внутренних дел и, особо, представители системы исполнения наказаний;
- сотрудники сферы трудоустройства и кадровики;
- духовенство и члены религиозных общин;
- спасатели, пожарные и сотрудники экстренных служб;
- ритуальные бюро;
- представители министерства обороны, в частности, организаций ветеранов локальных войн и конфликтов;
- лица, вовлечённые в уход за пожилыми;
- социальные работники и работники сферы обслуживания^{19, 20}.

Помимо списка участников и ответственной контролирующей организации НС включает ряд инициатив, а также цели и сроки их достижения, требует проведения регулярной рефлексии, переоценки результатов, достигнутых и неосу-

ществленных целей с последующей коррекцией планов. Отмечено, что без основательного плана усилия, скорее всего, ослабнут, а вопросы профилактики суицидов останутся без внимания.

Стратегии, как правило, объединяют несколько глобальных целей и состоят из ряда профилактических инициатив, от универсальных до целевых, направленных на конкретные группы риска. Амбициозный девиз некоторых стратегий (*Zero suicide*) подразумевает стремление к такому обществу, в котором явление суицида будет отсутствовать. При всей недостижимости подобного варианта, тем не менее, такой посыл обеспечивает холистический подход к проблеме и рассмотрение её на всех возможных уровнях.

К факторам, дополнительно способствующим успеху НС, можно отнести публичные кампании по просвещению населения в вопросах профилактики суицидального поведения и формирование имиджа программы, привлечение внимания к психическим расстройствам, их своевременной диагностике, профилактике и лечению. Крайне важным представляется наличие в рабочей группе по осуществлению стратегии хотя бы одной организации, связанной с молодежью.

При многообразии методов профилактики суицидального поведения, тем не менее, краеугольным камнем любой стратегии является первоначальная оценка ситуации на месте. Научные исследования дают ключ к пониманию статистических данных, выделяют тренды и позволяют выявить группы риска, а также оценить эффективность интервенций, отражают изменение потребностей проекта и приоритеты, разрабатывают доказательную базу эффективных звеньев стратегии.

Существует широкий круг мероприятий, не имеющих прямого отношения к профилактике суицидов, но способных косвенно влиять на снижение показателей самоубийств: эмоциональное благополучие в школах и популяции, уменьшение неравенства, дискриминации и стигмы, искоренение бедности²¹.

Успех стратегии лежит в понимании ключевого момента межведомственного взаимодействия: профилактика суицидов не является эксклюзивным вопросом психиатрической службы, она должна стать всеобщим делом.

¹⁹ URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf

²⁰ URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/405407/Annual_Report_acc.pdf

²¹ URL: <https://www.gov.scot/publications/scottish-government-suicide-prevention-strategy-2013-2016/>

REFERENCES

1. Coveney C.M., Pollock K., Armstrong S. et al. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline: Report of an online survey. *Crisis*, 2012, vol. 33 (6), pp. 313–324.
2. Gould M.S., Lake A.M., Galfalvy H. et al. Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2018, vol. 48 (1), pp. 75–86.
3. Office of the Surgeon General (US) & National Action Alliance for Suicide Prevention (US). *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. US Department of Health & Human Services (US), 2012. 182 p.
4. Gunnell D., Hawton K., Bannister O. et al. *A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England*. NIHR Journals Library, 2013. 215 p.
5. Strife B.J., Paulozzi L. To make further progress against carbon monoxide poisoning, focus on motor vehicles. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 2004, vol. 10 (2), pp. 74–75.
6. Sinyor M., Schaffer A., Redelmeier D.A. et al. Did the suicide barrier work after all? Revisiting the Bloor Viaduct natural experiment and its impact on suicide rates in Toronto. *BMJ Open*, 2017, vol. 7 (5), e015299.
7. Shilubane H.N., Bos A.E., Ruiters R.A. et al. High school suicide in South Africa: Teachers' knowledge, views and training needs. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15, p. 245.
8. Mewton L., Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: Improving patient outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 2016, vol. 9, pp. 21–29.
9. Probst T., Decker V., Kießling E. et al. Suicidal Ideation and Skill Use During In-patient Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. A Diary Card Study. *Frontiers in Psychiatry*, 2018, vol. 9, p. 152.
10. Witt K.G., Hetrick S.E., Rajaram G. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021, vol. 4, CD013668.
11. Yager J., Feinstein R. E. A Common Factors Approach to Psychotherapy With Chronically Suicidal Patients: Wrestling With the Angel of Death. *Psychiatry*, 2017, vol. 80 (3), pp. 207–220.
12. Rihmer Z., Gonda X. Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2013, vol. 37 (10 Pt 1), pp. 2398–2403.
13. Kim D.H., Maneen M.J., Stahl S.M. Building a better antipsychotic: Receptor targets for the treatment of multiple symptom dimensions of schizophrenia. *Neurotherapeutics*, 2009, vol. 6 (1), pp. 78–85.
14. Wortzman R. Mental health promotion as a prevention and healing tool for issues of youth suicide in Canadian Aboriginal communities. *First Peoples Child & Family Review*, 2009, vol. 4 (1), pp. 20–27.
15. Hiyama T., Yoshihara M. New occupational threats to Japanese physicians: Karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occupational and Environmental Medicine*, 2008, vol. 65 (6), pp. 428–429.
16. Ross V., Caton N., Gullestrup J. et al. Understanding the Barriers and Pathways to Male Help-Seeking and Help-Of-fering: A Mixed Methods Study of the Impact of the Mates in Construction Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16 (16), E2979.
17. Johnson L.L., Muehler T., Stacy M.A. Veterans' satisfaction and perspectives on helpfulness of the Veterans Crisis Line. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2021, vol. 51 (2), pp. 263–273.
18. Kapur N., Cooper J., King-Hele S. et al. The repetition of suicidal behavior: A multicenter cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, vol. 67 (10), pp. 1599–1609.
19. Inagaki M., Kawashima Y., Yonemoto N. et al. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2019, vol. 19 (1), p. 44.
20. Goldston D.B., Walrath C.M., McKeon R. et al. The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2010, vol. 40 (3), pp. 245–256.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Носова Евгения Сергеевна – заведующая отделением, Калужская областная психиатрическая больница имени А.Е. Лифшица, г. Калуга; соискатель ученой степени, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: nosova.evgenya@lenta.ru
ORCID: 0000-0002-8275-7749
Author ID 957567

Спасеников Борис Аристархович – доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

Александрова Оксана Юрьевна – заместитель директора, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: alexandrovaoyu@nriph.ru
ORCID: 0000-0002-0761-1838
Author ID 596298

AUTHORS

Evgeniia Nosova – Head of Department, Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga; Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: nosova.evgenya@lenta.ru
ORCID: 0000-0002-8275-7749
Author ID 957567

Boris Spasennikov – Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

Oxana Alexandrova – Deputy Director, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: alexandrovaoyu@nriph.ru
ORCID: 0000-0002-0761-1838
Author ID 596298

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Носова Е.С. Предотвращение самоубийств: от отдельных инициатив до национальных стратегий / Е.С. Носова, Б.А. Спасенников, О.Ю. Александрова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 4. – С. 26–39.

FOR CITATION:

Nosova E.S., Spasennikov B.A., Alexandrova O.Yu. Suicide Prevention: from Single Interventions to National Strategy. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2021, no. 4, pp. 26-39 (in Russian).