Предотвращение самоубийств

Глобальный императив

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Предотвращение самоубийств

Глобальный императив

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
Перевод с английского

Ключевые слова

SUICIDE, ATTEMPTED
SUICIDE - PREVENTION AND CONTROL
SUICIDAL IDEATION
NATIONAL HEALTH PROGRAMS

ISBN 978 92 890 5067 8

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen,
Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайновом режиме на сайте Регионального бюро: http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Отпечатано в Дании

СОДЕРЖАНИЕ

02 ПРЕДИСЛОВИЕ
03 ОТ АВТОРОВ
04 БЛАГОДАРНОСТИ

06 **Резюме**

10 **Введение**

14 **Глобальная эпидемиология самоубийств и суицидальных попыток**
16 Смертность от самоубийств
25 Суицидальные попытки

29 **Факторы риска, защитные факторы и соответствующие вмешательства**
33 Система здравоохранения и социальные факторы риска
38 Факторы риска, связанные с местным сообществом и межличностными отношениями
42 Индивидуальные факторы риска
46 Что защищает людей от рисков самоубийства?

48 **Текущее положение дел в области предотвращения самоубийств**
50 Что известно и чего удалось добиться
51 Что в настоящее время предпринимают страны для предотвращения самоубийств?
53 Правовой статус самоубийства в различных странах мира в настоящее время и перспективы его изменения

54 **Выработка всестороннего комплекса мер на национальном уровне, направленных на предотвращение самоубийств**
58 Каким образом страны могут создавать всестороннюю национальную стратегию и в чем ее полезность?
63 Как проводить оценку прогресса в ходе реализации национальной стратегии предотвращения самоубийств?
65 Стоимость и экономическая эффективность мер предотвращения самоубийств

67 **Дальнейшие шаги на пути предотвращения самоубийств**
69 Что можно предпринимать, и кто должен участвовать?
69 Планирование дальнейших шагов
74 В чем заключается успех?

76 **Ключевые положения**

78 БИБЛИОГРАФИЯ

84 ПРИЛОЖЕНИЯ
84 Приложение 1. Оценочные данные по абсолютному числу и частоте самоубийств, в разбивке по возрасту и полу, 2000 г. и 2012 г.
96 Приложение 2: Государства-члены ВОЗ, сгруппированные по регионам ВОЗ и усредненным значениям дохода на душу населения

ПРЕДИСЛОВИЕ

Каждое самоубийство является трагедией. Подсчитано, что ежегодно более 800 000 человек погибают в результате самоубийств и многочисленное множество других совершают суицидальные попытки. Это имеет разрушительные и далеко идущие последствия для родных, друзей и знакомых даже спустя долгое время после того, как близкие им люди свели счеты с жизнью.

К сожалению, слишком часто суициду не придается первостепенного значения как важнейшей проблеме здравоохранения. Несмотря на расширение исследований и получение все новых знаний о самоубийствах и их профилактике, продолжают существовать табу и стигма, окружающие самоубийства, и часто люди не ищут помощи или остаются наедине с самими собой. А если они все-таки обращаются за помощью, то сталкиваются с неспособностью многих систем и служб здравоохранения оказать ее своевременно и эффективно.

Тем не менее самоубийства можно предотвращать. Настоящий доклад призывает страны продолжать эффективную работу там, где она уже осуществляется, и рассматривать предупреждение самоубийств как один из важнейших вопросов повестки дня, вне зависимости от существующей в стране ситуации с уровнем самоубийств и их профилактикой. При осуществлении своевременных и эффективных, научно обоснованных вмешательств, лечения и поддержки возможно предотвратить как самоубийства, так и суицидальные попытки. Бремя самоубийств лежит не только на секторе здравоохранения, оно также оказывает многогранное воздействие на многие другие сектора и на общество в целом. Таким образом, чтобы добиться прогресса в предупреждении самоубийств, странам необходимо использовать многоотраслевой, всесторонний подход к этой проблеме, объединяя различные сектора и наиболее заинтересованные стороны с учетом местных условий.

В принятом ВОЗ Комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. государства-члены ВОЗ взяли на себя обязательство работать для достижения глобальной цели сократить к 2020 г. частоту самоубийств в странах на 10%. Программа действий ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья, осуществление которой началось в 2008 г., включает работу по предупреждению самоубийств как одно из приоритетных направлений и предлагает научно обоснованную техническую поддержку по расширению оказания услуг на страновом уровне.

В этом контексте я рада представить читателям публикацию «Предотвращение самоубийств: глобальный императив». Этот доклад основан на предыдущих работах и включает два новых ключевых элемента для движения вперед: глобальную базу знаний о суициде и суицидальных попытках в помощь правительствам, руководителям и соответствующим заинтересованным сторонам, а также направления и этапы действий для стран, определяемые в зависимости от имеющихся у них ресурсов и местных условий. Кроме того, доклад является значительным вкладом в развитие всесторонней мультисекторальной стратегии эффективного предупреждения самоубийств.

Каждая оборвавшаяся в результате самоубийства жизнь – это невосполнимая потеря. Для того чтобы двигаться вперед, необходимо действовать сообща, и время для этого уже наступило. Я призываю все заинтересованные стороны рассматривать предотвращение самоубийств как императив.

Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор
Всемирная организация здравоохранения

ОТ АВТОРОВ

Самоубийства можно предотвращать. Тем не менее каждые 40 секунд где-то в мире умирает человек, совершая самоубийство, и еще чаще кто-то предпринимает попытку свести счеты с жизнью. Самоубийства происходят во всех регионах мира, и их совершают люди всех возрастов. Следует отметить, что среди причин смерти молодых людей (в возрасте 15–29 лет) в мировом масштабе самоубийства занимают второе место.

Суицид затрагивает наиболее уязвимые слои населения в мире и особенно распространен в маргинализованных и дискриминированных группах общества. Это не только серьезная проблема здравоохранения в развитых странах; фактически, большинство самоубийств совершаются в странах с низким и средним уровнем доходов, где ресурсы и службы, если таковые имеются, часто недостаточны и ограниченны, для того чтобы своевременно выявлять и обеспечивать лечение и поддержку людям, нуждающимся в помощи. Эти тревожные факты и отсутствие своевременных вмешательств делают суицид глобальной проблемой здравоохранения, решать которую необходимо в императивном порядке.

Настоящий доклад является первой публикацией ВОЗ такого рода и сводит воедино имеющуюся информацию в удобной форме, что позволяет незамедлительно приступать к активным действиям. Цель доклада – повысить осведомленность о значении проблемы самоубийств и суицидальных попыток в системе здравоохранения и сделать предотвращение самоубийств приоритетной задачей повестки дня здравоохранения на глобальном уровне. Доклад призван стимулировать и поддержать страны в создании или укреплении всесторонних стратегий по предупреждению самоубийств с использованием мультисекторального подхода с позиций общественного здравоохранения. Для национальных стратегий предупреждения самоубийств чрезвычайно важна лидирующая роль государства, поскольку это позволяет свести вместе многочисленные заинтересованные стороны, которые в иной ситуации, возможно, не объединили бы свои усилия. Кроме того, именно от участия государства зависит развитие и укрепление эпиднадзора, а также сбор и распространение данных, необходимых для обоснования принимаемых мер. Настоящий доклад предлагает практические рекомендации по стратегическим действиям, которые правительства могут осуществлять с учетом своих ресурсов и уже проводимых мероприятий по предупреждению самоубийств. В частности, существуют научно обоснованные малозатратные вмешательства, которые эффективны даже в условиях ограниченных средств.

Эта публикация была бы невозможна без значительного вклада экспертов и партнеров со всего мира. Мы хотели бы поблагодарить их за проведенную ими важную работу и оказанную поддержку.

Цель данного доклада – стать ресурсом, позволяющим руководителям и другим заинтересованным сторонам рассматривать предупреждение самоубийств как императив. Только в этом случае страны смогут предпринять своевременные и эффективные меры на национальном уровне и, таким образом, избавить граждан, семьи, местные сообщества и общество в целом от бремени страданий, вызываемых самоубийствами и суицидальными попытками.

Д-р Shekhar Saxena
Директор
Отдел психического здоровья и токсикомании
Всемирная организация здравоохранения

Д-р Etienne Krug
Директор
Отдел предупреждения насилия и травматизма и инвалидности
Всемирная организация здравоохранения

БЛАГОДАРНОСТИ

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ И РУКОВОДСТВО

Shekhar Saxena (ВОЗ), Etienne Krug (ВОЗ), Oleg Chestnov (ВОЗ).

КООРДИНАЦИЯ ПРОЕКТА И РЕДАКТИРОВАНИЕ

Alexandra Fleischmann (ВОЗ), Sutapa Howlader (Австралия), Lakshmi Vijayakumar (Индия), Alex Butchart (ВОЗ).

ТЕХНИЧЕСКИЙ ВКЛАД И РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

ЧЛЕНЫ РАБОЧИХ ГРУПП

Рабочая группа 1.
Эпидемиология самоубийств и суицидальных попыток
Michael Phillips (председатель, Китай), Vladeta Ajdacic-Gross (Швейцария), Vladimir Carli (Швеция), Paul Corcoran (Ирландия), Alex Crosby (США), Diego De Leo (Австралия), David Gunnell (Соединенное Королевство), Thomas Simon (США).

Рабочая группа 2:
Факторы риска, защитные факторы и соответствующие вмешательства
Danuta Wasserman (председатель, Швеция), Alan Apter (Израиль), Annette Beautrais (Новая Зеландия), Vladimir Carli (Швеция), Gergö Hadlaczky (Швеция).

Рабочая группа 3.
Текущая ситуация и планирование всесторонних национальных мер по предотвращению самоубийств
Alan Berman (предеседатель, США), Ella Arensman (Ирландия), Stephanie Burrows (Южная Африка), Brian Mishara (Канада), Vanda Scott (Франция), Morton Silverman (США), Tadashi Takeshima (Япония).

Рабочая группа 4.
Дальнейшие действия
Diego De Leo (председатель, Австралия), Alex Crosby (США), Keith Hawton (Соединенное Королевство), Merete Nordentoft (Дания), Thomas Simon (США).

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ВКЛАД

Guilherme Borges (Мексика), Robert Bossarte (США), Yoshinori Cho (Япония), Pamela Collins (США), Margreet Duetz Schmucki, (Швейцария), Tony Durkee (Швеция), Maiko Fujimori (Япония), Ulrich Hegerl (Германия), Wakako Hikiji (Япония), Sebastian Hokby (Швеция), Masatoshi Inagaki (Япония), Miriam Iosue (Италия), Elvira Keller-Guglielmetti (Швейцария), Marla Израиль (Канада), Chiaki Kawanishi (Япония), Murad Khan (Пакистан), Manami Kodaka (Япония), Takafumi Kubota (Япония), Xianyun Li (Китай), Shih-Cheng Liao (Китайский Тайбэй), Richard McKeon (США), Winnie Mitchell (США), Anahit Mkrtchian (Швеция), Masayuki Morikawa (Япония), Mihoko Morley (Япония), Sheila Ndyanabangi (Уганда), Etsuji Okamoto (Япония), Kotaro Otsuka (Япония), Jong-Ik Park (Республика Корея), Jane Pearson (США), Alfredo Pemjean (Чили), Jane Pirkis (Австралия), Beverly Pringle (США), Yukio Saito (Япония), Marco Sarchiapone (Италия), Deborah Stone (США), Yoshitomo Takahashi (Япония), Osamu Tanaka (Япония), Camilla Wasserman (США), Barbara Weil (Швейцария), Takashi Yamauchi (Япония).

ЭКСПЕРТЫ-РЕЦЕНЗЕНТЫ

Paulo Alterwain (Уругвай), Karl Andriessen (Бельгия), Judit Balázs (Венгрия), José M. Bertolote (Brazil), Jafar Bolhari (Iran), Eric Caine (США), Erminia Colucci (Австралия), Karen Devries (Соединенное Королевство), Michael Dudley (Австралия), Jacqueline Garrick (США), Onja Grad (Словения), Ricardo Gusmão (Portugal), Christina Hoven (США), Hiroto Ito (Япония), Jack Jordan (США), Nav Kapur (Соединенное Королевство), Elisabeth Kohls (Германия), Frances Law (Китай, САР Гонконг), Myf Maple (Австралия), Sean McCarthy (Ирландия), Roberto Mezzina (Италия), James Mugisha (Уганда), Thomas Niederkrotenthaler (Австрия), Rory O`Connor (Соединенное Королевство), George Patton (Австралия), John Peters (Соединенное Королевство), Steve Platt (Соединенное Королевство), Jerry Reed (США), Dan Reidenberg (США), Karen Scavacini (Бразилия), Jean-Pierre Soubrier (Франция), Emmanuel Streel (Бельгия), Kanna Sugiura (Япония), Elizabeth Theriault (Канада), Peeter Värnik (Эстония), Paul Yip (Китай, САР Гонконг).

РЕСПОНДЕНТЫ ОПРОСА

Ahmad Abdulbaghi (Ирак), Emad Abdulghani (Ирак), Francisca Trinidad Acosta (Гондурас), Ahmed Al-Ansari (Бахрейн), Dora Ninette Alburez de von Ahn (Гватемала), Charity Sylvia Akotia (Гана), Atalay Alem (Эфиопия), Layachi Anser (Катар), Alan Apter (Израиль), Ella Arensman (Ирландия), Tomas Baader (Чили), Hissani Abdou Bacar (Коморские Острова), Loraine Barnaby (Ямайка), Annette Beautrais (Новая Зеландия), Siham Benchekron (Марокко), Eleanor Bennett (Белиз), Julio Bobes (Испания), José M Bertolote (Бразилия), Dora Caballero (Парагвай), Mohamed Chakali (Алжир), Kin Sun Chan (Китай, САР Макао), Ana-Maria Chavez-Hernandez (Мексика), Doina Cozman (Румыния), Diego De Leo (Австралия), Remco De Winter (Нидерланды), Sounkary Doumbouya (Гвинея), Kari Dyregrov (Норвегия), Michel Dzalamou (Конго), Rabih El Chammay (Ливан), Félix Evangelista (Сальвадор), Mohamed Chakali (Алжир), Rangiau Fariu (Острова Кука), Georg Fiedler (Германия), Gonzalo Baldomero Gonzalez Henriquez (Панама), Tobi Graafsma (Суринам), Onja Grad (Словения), Alenka Tancic Grum (Словения), Kyooseob Ha (Республика Корея), Mitra Hefazi (Иран), Hilda Ho (Бруней-Даруссалам), Seyed Mohammad Hosseini (Иран), Gerard Hutchinson (Тринидад), Tekie Iosefa (Токелау), Zahidul Islam (Бангладеш), Bhoomikumar Jegannathan (Камбоджа), Mark Jordans (Непал), Nusa Konec Juricic (Словения), Nestor Kapusta (Австрия), Chiaki Kawanishi (Япония), Murad M Khan (Пакистан), Brigitte Khoury (Ливан), Michael Lebina (Лесото), Filifaiésea Lilo (Тонга), Paul Links (Канада), Nasser Loza (Египет), Daniella Malulu (Сейшельские), T Maniam (Малайзия), Sabour A Mansouri (Афганистан), Cardoso Margarida (Кабо-Верде), Carlos Martinez (Аргентина),

Lars Mehlum (Норвегия), Naomi Mnthali (Ботсвана), Alkhulaidi Mohamed (Йемен), Driss Moussaoui (Марокко), James Mugisha (Уганда), David Ndetei (Кения), Tharcisse Niyonzigiye (Бурунди), Merete Nordentoft (Дания), Wilhelm Nordfjord (Исландия), Rory O'Connor (Соединенное Королевство), Silvia Peláez (Уругвай), Michael Phillips (Китай), Alexander Pinzon (Колумбия), Maurizio Pompili (Италия), Vita Postuvan (Словения), Toms Pulmanis (Латвия), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (Мадагаскар), Lakshmi Ratnayeke (Шри-Ланка), Sateesh Babu Ravulapati (Индия), Юрий Разводовский (Беларусь), Daniel Reidenberg (США), Saška Roškar (Словения), Всеволод Розанов (Украина), Outi Ruishalme (Финляндия), Luis Miguel Sanchez-Loyo (Мексика), Bashir Ahmad Sarwari (Афганистан), Lourens Schlebusch (Южная Африка), Armin Schmidtke (Германия), Jozef Sidlo (Словакия), Chhit Sophal (Камбоджа), Jean-Pierre Soubrier (Франция), Aida Sylla (Сенегал), Zonda Tamás (Венгрия), Alexandre Teixeira (Португалия), Prakarn Thomyangkoon (Таиланд), Edgardo Juan Tolentino (Филиппины), Kees Van Heeringen (Бельгия), Airi Värnik (Эстония), Margda Waern (Швеция), Abdirisak Mohamed Warsame (Сомали), Barbara Weil (Швейцария), Paul Wong (Китай, САР Гонконг), Antonio Eugenio Zacarias (Мозамбик), Anka Zavasnik (Словения).

ШТАБ-КВАРТИРА ВОЗ

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ БЮРО ВОЗ

Sebastiana Da Gama Nkomo, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel и Jorge Rodriguez, Региональное бюро для стран Америки; Nazneen Anwar, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии; Matthijs Muijen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Khalid Saeed, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья; Yutaro Setoya и Xiangdong Wang, Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана.

ИНТЕРНЫ

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, Nóra Sándor.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

Adeline Loo (ВОЗ), Grazia Motturi (ВОЗ), Paule Pillard (ВОЗ).

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

Редактирование *(оригинальной версии на английском языке):* David Bramley, Швейцария
Графический дизайн и оформление: Yusuke Nakazawa, Япония

ВОЗ выражает признательность следующим организациям за внесенный ими технический вклад в подготовку публикации: Международная ассоциация по предупреждению самоубийств (IASP); Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и обучению по проблемам предупреждения самоубийств, Брисбен, Австралия; Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и обучению по проблемам предупреждения самоубийств, Пекин, Китай; Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям, разработке методов и обучению по проблемам предупреждения самоубийств, Стокгольм, Швеция; Центр предупреждения самоубийств, Япония; Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC), США; Бюро по предупреждению самоубийств в Вооруженных силах, США; Правительство Японии; Правительство Швейцарии; Национальный институт психического здоровья (NIHM), США; Агентство общественного здравоохранения Канады; Управление по вопросам злоупотребления психоактивными веществами и службы охраны психического здоровья (SAMHSA), США; Управление по охране здоровья ветеранов, США.

ВОЗ приносит благодарность Центрам по контролю и профилактике заболеваний (CDC, США), Правительству Японии, Правительству Швейцарии и Национальному институту психического здоровья (NIHM, США) за предоставленную ими финансовую поддержку, а также компании «Сингента» (Швейцария) за оказанную поддержку в печатании тиража.

Резюме

Введение

В мае 2013 г. на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был утвержден первый в истории План действий в области психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Предотвращение самоубийств является неотъемлемой частью этого плана; поставлена цель снизить к 2020 г. частоту самоубийств в странах на 10% *(1)*. Не существует единого объяснения тому, почему люди совершают самоубийства. Во многих случаях они совершаются импульсивно, и при таких обстоятельствах легкий доступ к средству совершения самоубийства, например к ядохимикатам или огнестрельному оружию, становится решающим фактором, от которого зависит, останется ли человек жить или погибнет.

Социальные, психологические, культуральные и другие факторы могут взаимодействовать таким образом, что вызовут у человека суицидальное поведение, но при этом в результате стигматизации, связанной с психическими расстройствами и самоубийствами, многие люди чувствуют себя неспособными обращаться за помощью. Несмотря на свидетельства того, что многие смерти можно предотвратить, проблема самоубийств слишком часто находится в конце списка приоритетов правительств и руководителей, определяющих политику. Задача данного доклада – сделать профилактику суицида приоритетом здравоохранения и государственной политики на глобальном уровне, а также повысить осведомленность о суициде как о проблеме общественного здравоохранения. Работа над докладом проходила в рамках глобального консультативного процесса. В его основу легли систематические обзоры данных и фактов, а также информация, полученная от партнеров и заинтересованных сторон.

Глобальная эпидемиология самоубийств и суицидальных попыток

По оценкам, в 2012 г. в мире число смертей от самоубийств достигло 804 000, что составляет ежегодный глобальный стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств на уровне 11,4 на 100 000 населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Однако поскольку суицид является достаточно деликатной проблемой и даже противозаконен в некоторых странах, весьма вероятно, что эти цифры являются заниженными. В странах с надежными данными записей актов гражданского состояния самоубийство часто может неправильно классифицироваться как несчастный случай или смерть от какой-либо другой причины. Регистрация самоубийств является сложной процедурой, вовлекающей различные органы власти, часто включая органы правопорядка, а в странах, где нет надежной системы регистрации смерти, самоубийства просто никто не подсчитывает.

В более богатых странах мужчины совершают самоубийства в три раза чаще, чем женщины, а в странах с низким и средним уровнем дохода соотношение мужских и женских самоубийств составляет всего 1,5 к 1. В целом самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин. В отношении возрастных групп, почти во всех регионах мира частота самоубийств наиболее высока среди лиц в возрасте 70 лет и старше – как среди мужчин, так и среди женщин. В некоторых странах этот показатель наиболее высок среди молодых людей, и в глобальном масштабе среди причин смерти людей в возрасте от 15 до 29 лет самоубийства занимают второе место. Наиболее распространенными способами самоубийства в глобальном масштабе являются прием ядохимикатов, повешение и применение огнестрельного оружия, однако используются и многие другие способы, которые нередко варьируются в соответствии с принадлежностью к той или иной группе населения.

Ежегодно на каждое самоубийство приходится множество случаев суицидальных попыток. Примечательно, что совершенная человеком в прошлом суицидальная попытка является наиболее серьезным фактором риска самоубийств среди населения в целом. Для эффективного предупреждения самоубийств и суицидальных попыток необходимо повышать доступность и качество данных из органов регистрации актов гражданского состояния, систем на базе больниц и проводимых опросных исследований.

Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства является одним из ключевых элементов мер профилактики суицида. Однако стратегия ограничения доступа к таким средствам (например, ограничение доступа к ядохимикатам и огнестрельному оружию или установка барьеров на мостах) требует понимания того, какие методы являются предпочтительными для разных групп общества, и зависит от взаимодействия и сотрудничества многочисленных секторов.

Факторы риска, защитные факторы и соответствующие вмешательства

Нередко несколько факторов риска действуют кумулятивно, повышая предрасположенность человека к суицидальному поведению.

Факторы риска, связанные с системой здравоохранения и обществом в целом, включают трудности в доступе к медицинским услугам и в получении необходимой помощи, легкую доступность средств совершения самоубийства, безответственное освещение средствами массовой информации, делающими из случаев суицида сенсации и повышающими риск «подражательных» самоубийств, а также стигматизацию людей, ищущих помощи при суицидальных намерениях, психи-

ческих расстройствах или проблемах, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.

Риски, связанные с сообществом и взаимоотношениями, включают войны и бедствия, стрессы аккультурации – из-за необходимости адаптации к чужой культуре (например, среди малых народностей или перемещенных лиц), – дискриминацию, чувство изоляции, жестокое обращение, насилие и конфликтные личные взаимоотношения. Факторы риска на индивидуальном уровне включают предыдущие суицидальные попытки, психические расстройства, злоупотребление алкоголем, финансовые потери, хронический болевой синдром и случаи самоубийств в семье.

Существуют три вида стратегий преодоления этих факторов риска. «Универсальные» профилактические стратегии, разработанные с расчетом на все население, имеют целью повысить доступ к услугам здравоохранения, способствовать укреплению психического здоровья, снизить уровни вредного употребления алкоголя, ограничить доступ к средствам совершения самоубийства и способствовать более ответственному поведению средств массовой информации. «Селективные» профилактические стратегии адресованы уязвимым группам, в которые входят люди, перенесшие травму или жестокое обращение, пострадавшие в результате вооруженных конфликтов или бедствий, беженцы и мигранты, а также лица, потерявшие близких людей в результате самоубийства; они заключаются в подготовке «вахтеров» (gatekeepers), помогающих уязвимым лицам, и в организации таких услуг, как горячие линии (телефоны доверия). «Индивидуально показанные» вмешательства нацелены на специфически уязвимых лиц; они заключаются в оказании помощи на местном уровне, в наблюдении за пациентами, которых выписывают из стационара, в обучении и подготовке работников системы здравоохранения, а также в совершенствовании выявления и лечения психических расстройств и токсикоманий. Профилактика также может быть усилена поддержкой таких факторов защиты, как надежные личные отношения, личная система верований и позитивные стратегии преодоления.

Текущее положение дел в области предупреждения самоубийств

За последние десятилетия значительно возрос объем знаний о суицидальном поведении. Например, исследования показали важность взаимодействия биологических, психологических, социальных, средовых и культуральных факторов при формировании суицидального поведения. В то же время эпидемиология помогла идентифицировать многие факторы риска и защитные факторы в отношении самоубийств как для населения в целом, так и для уязвимых групп. Также стала очевидной культуральная изменчивость суицидальных рисков, при которой культура играет роль как в повышении риска, так и в предупреждении суицидального поведения.

Что касается проводимой политики, в настоящее время 28 стран имеют национальные стратегии предотвращения самоубийств, и ежегодно 10 сентября во всем мире отмечается Всемирный день предотвращения самоубийств, провозглашенный Международной ассоциацией по предотвращению самоубийств. Кроме того, созданы многочисленные научно-исследовательские подразделения по изучению проблем самоубийств, проводятся академические учебные курсы по вопросам суицида и его профилактики. Для оказания практической помощи к работе по улучшению диагностики и оказания помощи при суицидальном поведении привлекаются медицинские работники общего профиля; во многих местах созданы группы самоподдержки лиц, понесших потерю, а подготовленные волонтеры оказывают помощь посредством онлайновых и телефонных консультаций.

В последние полвека многие страны декриминализировали самоубийства, что значительно облегчило обращение за помощью в ситуациях суицидального поведения.

Работа по созданию всесторонней стратегии предупреждения самоубийств

Систематический подход к разработке национальных действий в связи с самоубийствами заключается в создании национальной стратегии предупреждения самоубийств. Наличие национальной стратегии указывает на очевидную приверженность правительства работе по решению проблем самоубийств. Типичные национальные стратегии включают ряд направлений профилактических действий, таких как эпиднаблюдение, ограничение доступа к средствам совершения самоубийства, рекомендации средствам массовой информации, снижение стигматизации, повышение осведомленности общества, а также повышение квалификации работников здравоохранения, обучение просветителей, работников полиции и других «вахтеров». Обычно они также включают службы кризисных вмешательств и поственцию – оказание помощи ближайшему окружению лиц, совершивших самоубийство.

Ключевым элементом при разработке национальной стратегии предотвращения самоубийств является рассмотрение профилактики как мультисекторального приоритета: не только для сектора здравоохранения, но и для секторов образования, трудовой занятости, социального обеспечения, правосудия и др. Стратегия должна учитывать культурный и социальный контекст страны, обеспечивая внедрение передовой практики и научно обоснованных вмешательств в рамках всестороннего подхода к проблеме. Необходимо

выделять ресурсы для достижения как краткосрочных и среднесрочных, так и долгосрочных целей; также необходимо эффективное планирование и проведение регулярной оценки стратегии с использованием результатов в последующем планировании.

В странах, где еще не полностью создана всесторонняя национальная стратегия, это обстоятельство не должно препятствовать осуществлению целевых программ предупреждения самоубийств, поскольку они могут внести вклад в общенациональные усилия. Такие целевые программы направлены на выявление групп, подверженных риску самоубийств, и улучшение их доступа к необходимым услугам и ресурсам.

Дальнейшие шаги по предупреждению самоубийств

Министерства здравоохранения играют важную роль в обеспечении руководства и организации совместной работы заинтересованных сторон, представляющих другие сектора. В странах, где активные меры по предупреждению самоубийств еще не предпринимаются, упор делается на привлечении заинтересованных сторон и организации мероприятий, которые наиболее востребованны или для которых уже имеются необходимые ресурсы. На этом этапе важно также улучшать систему мониторинга. В странах, в которых осуществляются некоторые меры по профилактике суицида, анализ ситуации может показать, что уже сделано, и выявить пробелы, требующие заполнения. Страны, в которых созданы более или менее комплексные национальные стратегии, должны сосредоточить усилия на их оценке и совершенствовании, на углублении знаний с помощью новых данных и на повышении эффективности.

На пути вперед необходимо учитывать два аспекта. Во-первых, параллельно с мероприятиями по предупреждению самоубийств следует проводить сбор данных. Во-вторых, если даже представляется, что страна еще не готова к созданию национальной стратегии, процесс консультирования с заинтересованными сторонами по созданию национальной стратегии часто пробуждает интерес к этой теме и создает необходимую атмосферу для перемен. В процессе создания национальной стратегии заинтересованные стороны становятся приверженными решению этой проблемы, стимулируется общественный диалог по проблеме стигматизации, идентифицируются уязвимые группы, определяются приоритетные направления исследований и повышается осведомленность общества и средств массовой информации.

Индикаторы оценки успехов в разработке стратегии могут включать:

- процент снижения частоты самоубийств;
- число успешных вмешательств, направленных на предупреждение самоубийств;
- снижение числа госпитализаций по поводу суицидальных попыток.

Страны, руководствующиеся Планом действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2020 гг. *(1)*, могут добиваться достижения цели 10%-ного сокращения частоты самоубийств. Многие страны захотят достичь и более значительного снижения уровня самоубийств. Важно отметить, что в долгосрочной перспективе снижение рисков означает лишь часть пути, пройденного в направлении снижения числа самоубийств. Усиление защитных факторов поможет в создании такого будущего, в котором общественные организации будут оказывать поддержку и давать направления в соответствующие инстанции нуждающимся в помощи; в котором семьи и различные слои общества будут устойчивее к рискам и смогут эффективнее предоставлять требуемую поддержку; будущее с таким социальным климатом, при котором обращение за помощью уже не является табу и поощряется общественный диалог.

Ключевые положения

Самоубийства причиняют тяжелый ущерб. Каждый год от самоубийств умирают свыше 800 000 человек; это вторая по частоте причина смерти в возрасте от 15 до 29 лет. Имеются данные, свидетельствующие о том, что среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку.

Самоубийства можно предотвращать. Залог эффективности национальных мер – наличие всесторонней многосекторальной стратегии предупреждения самоубийств.

Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства дает эффект. Эффективным путем предупреждения самоубийств и суицидальных попыток является ограничение доступа к наиболее распространенным средствам совершения самоубийства, включая ядохимикаты, огнестрельное оружие и некоторые лекарственные препараты.

Службы оказания медицинской помощи должны включать профилактику суицида в качестве одного из важнейших компонентов предоставляемых услуг. Психические расстройства и вредное употребление алкоголя приводят к большому числу самоубийств по всему миру. Раннее выявление и эффективное ведение случаев – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи тем, кто в ней нуждается.

Важнейшую роль в предотвращении самоубийств играют местные сообщества. Они могут обеспечивать социальную поддержку уязвимым лицам и участвовать в последующем оказании помощи, бороться со стигматизацией и оказывать помощь людям, потерявшим близких в результате самоубийства.

Введение

Каждое самоубийство –это личная трагедия, которая безвременно прерывает жизнь человека и распространяется, как круги на воде, нанося непоправимый ущерб членам его семьи, друзьям и сообществам. Ежегодно в результате самоубийств погибают более 800 000 человек – один человек каждые 40 секунд. Эта проблема общественного здравоохранения затрагивает местные сообщества, регионы и целые страны.

Среди наиболее уязвимых групп – молодежь; в настоящее время самоубийства являются второй ведущей причиной смерти людей в возрасте от 15 до 29 лет в глобальном масштабе. Число самоубийств в разных странах неодинаково, однако наибольшее бремя в глобальном масштабе приходится на страны с низким и средним уровнем доходов – здесь происходит примерно 75% всех самоубийств.

В мае 2013 г. на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят первый в истории План действий в области психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). План действий призывает все государства-члены ВОЗ продемонстрировать повышение приверженности делу охраны психического здоровья путем достижения конкретных целей. Предотвращение самоубийств является неотъемлемой частью этого плана; поставлена цель снизить к 2020 г. частоту самоубийств в странах на 10% (1).

Каковы причины самоубийств? Почему каждый год так много людей сводят счеты с жизнью? Происходит ли это из-за бедности? Безработицы? Разрыва личных отношений? Или в результате депрессии либо других серьезных психических расстройств? Являются ли самоубийства результатом импульсивного поступка, или они совершаются из-за растормаживающего действия алкоголя или наркотиков? Существует множество подобных вопросов, но нет простых ответов. Ни один отдельно взятый фактор не может в полной мере объяснить, почему человек совершил самоубийство: суицидальное поведение является сложным феноменом, определяемым целым комплексом взаимодействующих факторов – личных, социальных, психологических, культуральных, биологических и средовых.

Поскольку достоверно установлена связь между самоубийствами и психическими расстройствами, широкое обобщение факторов риска контрпродуктивно. Растущий объем фактических данных свидетельствует о том, что для понимания риска самоубийств императивным является рассмотрение контекста. Многие самоубийства совершаются импульсивно, в момент кризиса, и при таких обстоятельствах легкий доступ к средству совершения самоубийства, например к ядохимикатам или огнестрельному оружию, становится решающим фактором, от которого зависит, останется ли человек жить или погибнет. Другие факторы риска самоубийств включают утрату способности справляться с острыми или хроническими жизненными стрессами, такими как финансовые проблемы. Отмечена прочная корреляция между суицидальным поведением и гендерным насилием и жестоким обращением с детьми. Уровни самоубийств варьируются в пределах одной страны, при этом более высокий уровень встречается среди людей, относящихся к тем или иным меньшинствам, или тех, кто подвергается дискриминации.

Стигматизация, особенно по отношению к психическим расстройствам и самоубийствам, приводит к тому, что многие люди не обращаются за необходимой помощью. Повышение осведомленности населения и разрушение существующих табу являются важными мерами для стран, предпринимающих усилия по предупреждению самоубийств.

У нас имеются решения для многих из этих проблем, а также существует прочная база знаний, позволяющая нам действовать.

Самоубийства можно предотвращать

Работа по предупреждению самоубийств требует координации и сотрудничества множества секторов общества, как государственных, так и частных, включая сектор здравоохранения и секторы, не связанные со здравоохранением, такие как образование, трудоустройство, сельское хозяйство, бизнес, правосудие, законодательство, оборона, политика и средства массовой информации. Эта работа должна иметь всесторонний характер, быть интегрированной и синергичной, поскольку ни один отдельно взятый подход не может оказать влияние на такую сложную проблему, как суицид.

Одной из признанных стратегий профилактики самоубийств является диагностирование и лечение психических расстройств, как указано в Программе ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP), которая устанавливает научно обоснованные, индивидуально-ориентированные стратегии, включая методы обследования и оказания помощи лицам, совершившим суицидальную попытку. На популяционном уровне mhGAP пропагандирует ограничение доступа к средствам совершения самоубийства, разработку стратегий для снижения вредного употребления алкоголя посредством ряда методик и призывает средства массовой информации ответственно относиться к освещению тематики самоубийств.

Кроме того, доказало свою эффективность придание приоритетного значения превентивным вмешательствам среди уязвимых групп населения, включая людей, которые ранее уже совершали суицидальные попытки. Важным компонентом профилактики самоубийств была признана поственция, поскольку понесшие утраты близкие и друзья лиц, совершивших самоубийство, также требуют заботы и поддержки.

Предупреждение самоубийств требует перспективного видения, планирования и разработки комплексных стратегий. Эта работа должна опираться на объективные данные. Необходимо создать направляющую концептуальную систему с учетом культуральных особенностей, даже несмотря на то, что не существует универсального комплекса стратегий, одинаково эффективных в любой стране. Чрезвычайно важно обеспечить постоянное лидерство, поскольку целей профилактики самоубийств можно достичь только посредством непрерывной работы.

Для осуществления социальных перемен требуются три важных фактора: знания (как научные, так и полученные в результате практической деятельности), государственная поддержка (политическая воля) и общественная стратегия – скоординированные действия на национальном уровне, направленные на предотвращение самоубийств.

Задачи доклада

Несмотря на свидетельства того, что многие смерти можно предотвратить, и нередко с применением малозатратных вмешательств, проблема самоубийств слишком часто занимает низкоприоритетные позиции на повестке дня государственных органов и руководителей различных стран мира. Предназначение настоящего доклада – сделать предотвращение самоубийств одной из первоочередных задач здравоохранения в глобальном масштабе и в сфере государственной политики стран, а также повысить всеобщее осознание того, что суицид является серьезнейшей проблемой здравоохранения. На страницах доклада ВОЗ представляет научно обоснованные рекомендации по снижению уровня самоубийств и призывает партнеров наращивать свою профилактическую работу.

Доклад привлекает внимание к масштабу проблемы, на основе всех доступных данных описывает текущую ситуацию с уровнем самоубийств и последствия как самоубийств, так и суицидальных попыток во всем мире. В специальных разделах доклада даются практические советы относительно мероприятий в сфере здравоохранения, которые страны могут осуществить для предупреждения самоубийств среди различных возрастных групп.

Предполагается, что этот доклад станет ключевым ресурсом для сторон, вовлеченных в работу по предупреждению самоубийств, включая, в первую очередь, министерства здравоохранения, руководителей и службы планирования, а также неправительственные организации (НПО), исследователей, работников системы здравоохранения и социальные службы, средства массовой информации и широкую общественность.

Методика

Работа над докладом проходила в рамках глобального консультативного процесса, в его основу легли систематические обзоры данных и фактов, а также информация, полученная от ряда партнеров и заинтересованных сторон, как в рамках ВОЗ, так и за ее пределами. Разделы концептуализированы и составлены ведущими экспертами в области профилактики самоубийств, которые опирались на свой коллективный опыт и знания, для того чтобы осветить глобальную ситуацию по проблеме самоубийств и разработать дорожную карту по их предупреждению.

Терминология

Важно отметить, что в процессе составления доклада велась интенсивная дискуссия касательно определений ключевых понятий, в результате чего было достигнут консенсус относительно нижеприведенных терминов. Это никоим образом не отрицает продолжающуюся эволюцию терминов, используемых в этой области, и использование по веским причинам других терминов в этой сфере. В рамки доклада не входит окончательное решение вопросов терминологии и определений в области профилактики суицида.

В данном докладе синонимичные термины **«самоубийство»** и **«суицид»** (англ. – suicide) обозначают акт умышленного убийства самого себя.

Термин **«суицидальная попытка»** (англ. – suicide attempt) используется для обозначения любого вида изначально нелетального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода.

Необходимо правильно представлять себе последствия и сложности, связанные с включением самоповреждения в определение понятия «суицидальная попытка». Это означает, что в данный термин включается нелетальное самоповреждение без суицидального намерения, что является проблематичным из-за возможных вариантов соответствующих вмешательств. Однако точно установить наличие суицидального намерения в ряде случаев нелегко, поскольку ему может сопутствовать амбивалентность или даже утаивание.

Кроме того, в данные по смертности в результате самоубийств могут быть включены случаи смерти в результате самоповреждения без суицидального намерения или когда оно изначально имело место, но впоследствии, до наступления смертельного исхода человек уже не испытывал желания умереть. Различить такие ситуации трудно,

поэтому невозможно установить, какой процент подобных случаев относится к самоповреждению с суицидальным намерением или без него.

Суицидальное поведение (англ. – suicidal behaviour) относится к типам поведения, включающим мысли о суициде (или идеацию), планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид. Включение идеации в суицидальное поведение является сложным вопросом, по поводу которого идут серьезные научные споры. Решение причислить идеацию к суицидальному поведению было принято с целью упрощения, поскольку позиции по этому вопросу разнообразных исследовательских источников, включенных в этот доклад, не всегда совпадают.

Содержание доклада

Этот доклад – первая публикация ВОЗ подобного рода – содержит всесторонний обзор проблемы самоубийств и суицидальных попыток, а также работы по профилактике самоубийств во всем мире и определяет научно обоснованные подходы к формированию политики и разработке программ по предупреждению самоубийств, которые могут быть адаптированы к различным условиям. Доклад отражает профилактику суицида в рамках модели общественного здравоохранения (рис. 1). В соответствии с ее этапами профилактика начинается с эпидемиологического наблюдения с целью определить проблему и понять ее; за этим следует идентификация факторов риска и защитных факторов (а также эффективных вмешательств); завершающий этап – принятие конкретных мер, включающих оценку эффективности и наращивание масштабов вмешательств, с последующим повторным мониторингом и действиями на основе его результатов. Всеобъемлющая концептуальная структура – в идеале это всесторонняя национальная стратегия – должна быть создана с учетом культуральных особенностей, основана на всей необходимой информации и ставить целью управление процессами разработки, реализации и оценки с опорой на перспективное видение, политическую волю, лидерство, вовлечение заинтересованных сторон и, наконец, что не менее важно, финансирование.

Несмотря на то что самоубийства являются одной из главных причин смерти во всем мире, они остаются низкоприоритетной проблемой общественного здравоохранения. Предупреждение самоубийств и изучение их причин не подкрепляются остро необходимыми финансовыми и кадровыми инвестициями. Выражается надежда, что этот доклад послужит основой для создания и внедрения всесторонних стратегий предотвращения самоубийств во всем мире.

Рисунок 1. Модель общественного здравоохранения

Глобальная эпидемиология самоубийств и суицидальных попыток

Мифы о самоубийствах

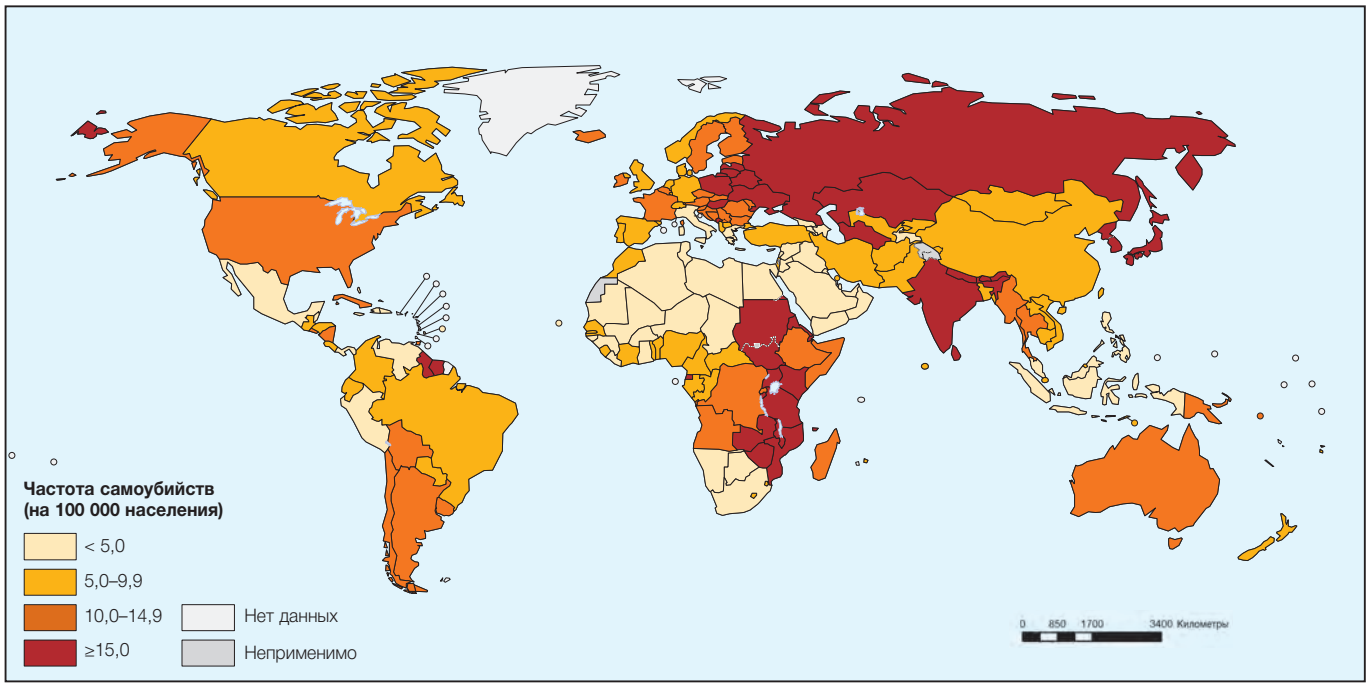
Миф:

~~Люди, говорящие о самоубийстве, не намереваются совершить его.~~

Факт:

Человек, который говорит о самоубийстве, возможно, ищет помощь или поддержку. Люди, думающие о самоубийстве, нередко находятся в состоянии депрессии, испытывают тревогу и безнадежность и могут полагать, что другого выбора у них нет.

Карта 1. Стандартизированные по возрасту показатели частоты самоубийств (на 100 000 населения), оба пола, 2012 г.



Распространенность, характерные особенности и проявления суицидального поведения значительно различаются в разных сообществах, в разных демографических группах и во времени. Поэтому постоянное эпидемиологическое отслеживание статистики самоубийств и суицидальных попыток является важнейшим компонентом усилий на национальном и местных уровнях, направленных на предупреждение самоубийств. Во многих странах самоубийство стигматизировано (или является противоправным деянием). В результате трудно получить доступ к высококачественным, имеющим практическое значение данным по суицидальному поведению, особенно в странах, где отсутствуют надежные системы записи актов гражданского состояния (которые регистрируют смерти в результате самоубийств) или достоверные системы сбора данных о предоставлении больничных услуг (которые регистрируют случаи оказания медицинской помощи в связи с суицидальными попытками). При разработке и реализации рациональных программ по предупреждению самоубийств для сообщества или страны необходимо учитывать ограниченность имеющихся данных и стремиться к улучшению их качества в целях более точной оценки эффективности конкретных вмешательств.

Смертность от самоубийств

Основным источником данных для этой главы являются Глобальные оценки здоровья ВОЗ. Эти оценки основаны в значительной степени на базе данных ВОЗ о смертности – глобального реестра записей актов гражданского состояния и причин смерти, информацию в который предоставляют государства-члены ВОЗ *(2)*. Для расчета оценок используется ряд методик статистического моделирования. Методы разработки оценок описаны в технических документах Департамента статистики и информационных систем здравоохранения ВОЗ *(3)*. В главе представлены как глобальные, так и региональные показатели. В большинстве случаев приводимые данные стандартизированы по возрасту в соответствии с возрастным распределением мирового стандартного населения ВОЗ, что облегчает сравнение по регионам и во времени. На карте 1 и в приложениях 1 и 2 представлены оценочные показатели частоты самоубийств за 2012 г. в 172 государствах-членах ВОЗ с населением 300 000 и более человек (уровни в странах с меньшим населением нестабильны).

Глобальные и региональные показатели частоты самоубийств

Как видно из таблицы 1, в 2012 г. общее оценочное число смертей от самоубийств в мире составило 804 000. Таким образом, годовой глобальный стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств был равен 11,4 на 100 000 населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин).

Таблица 1. **Оценочные значения абсолютного числа и частоты самоубийств по регионам и в мире, 2012 г.**

Регионы	% мирового населения	Число самоубийств, 2012 г. (в тысячах)	% от глобального числа	Стандартизированный по возрасту* показатель частоты самоубийств (на 100 000), 2012 г.			Соотношение «мужчины/женщины» между значениями стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2012 г.
				оба пола	женщины	мужчины	
В глобальном масштабе**	100,0%	804	100,0%	11,4	8,0	15,0	1,9
Все государства-члены с высоким уровнем доходов	17,9%	192	23,9%	12,7	5,7	19,9	3,5
Все государства-члены с низким и средним уровнем доходов (СНСД)	81,7%	607	75,5%	11,2	8,7	13,7	1,6
СНСД в Африке	12,6%	61	7,6%	10,0	5,8	14,4	2,5
СНСД среди стран Америки	8,2%	35	4,3%	6,1	2,7	9,8	3,6
СНСД в Восточном Средиземноморье	8,0%	30	3,7%	6,4	5,2	7,5	1,4
СНСД в Европе	3,8%	35	4,3%	12,0	4,9	20,0	4,1
СНСД в Юго-Восточной Азии	25,9%	314	39,1%	17,7	13,9	21,6	1,6
СНСД в Западной части Тихого океана	23,1%	131	16,3%	7,5	7,9	7,2	0,9
Регионы Всемирного банка**							
Высокий уровень доходов	18,3%	197	24,5%	12,7	5,7	19,9	3,5
Средне-высокий уровень доходов	34,3%	192	23,8%	7,5	6,5	8,7	1,3
Средне-низкий уровень доходов	35,4%	333	41,4%	14,1	10,4	18,0	1,7
Низкий уровень доходов	12,0%	82	10,2%	13,4	10,0	17,0	1,7

СНСД – страны с низким и средним уровнем доходов.

* Показатели частоты приведены к мировому стандартному населению ВОЗ, что обеспечивает учет различий в возрастной структуре стран, позволяя проводить сравнение между регионами и во времени.

** Включая данные для трех территорий, не являющихся государствами-членами ВОЗ.

Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств несколько выше в странах с высоким уровнем доходов по сравнению со странами с низким и средним уровнем доходов (СНСД) (12,7 по сравнению с 11,2 на 100 000 населения). Однако в СНСД проживает значительно бóльшая часть мирового населения, поэтому на эти страны приходится 75,5% всех самоубийств в мире (рис. 2).

Среди СНСД в шести регионах ВОЗ отмечается трехкратный разброс значений стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, от 6,1 на 100 000 в регионе стран Америки до 17,7 на 100 000 в Юго-Восточной Азии. Одним из последствий различия в уровнях самоубийств между регионами ВОЗ является тот факт, что в 2012 г. в регионе Юго-Восточной Азии численность жителей составляла 26% мирового населения, а число самоубийств – 39% от глобального значения (рис. 3).

Рисунок 2. Число самоубийств в мире, в разбивке по возрастным группам и уровням доходов стран, 2012 г.

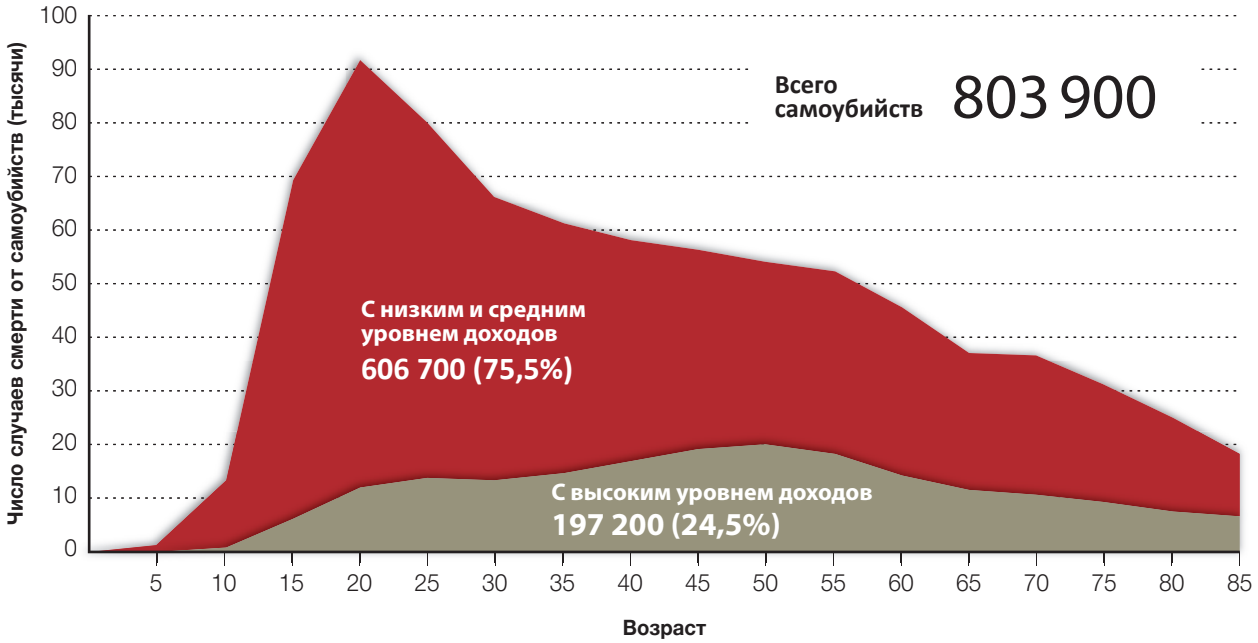


Рисунок 3. Распределение частоты самоубийств по регионам мира, 2012 г.

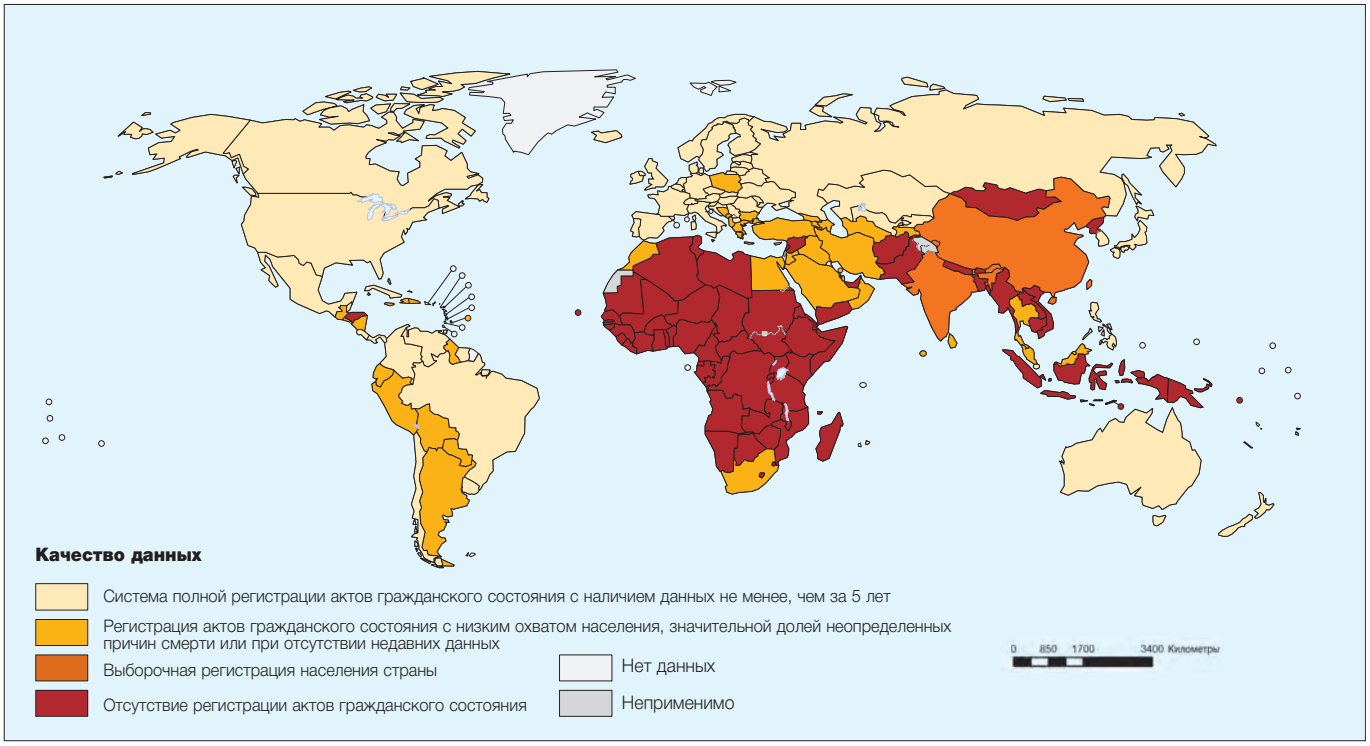
Различия в показателях даже более значительны при сравнении данных по отдельным странам. В 172 странах с населением более 300 000 значения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств варьируются от 0,4 до 44,2 на 100 000 – 105-кратный разброс! Масштаб этих различий остается более или менее стабильным во времени: в 2000 г. диапазон значений стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств в этих 172 странах составил от 0,5 до 52,7 на 100 000 населения (103-кратная разница).

СНСД – страны с низким и средним уровнем доходов.

При оценке данных по суицидальной смертности необходимо принимать во внимание ряд важных обстоятельств. Только в 60 из 172 государств-членов ВОЗ, включенных в обзор (карта 2 и приложения 1 и 2), имеются надежные данные записи актов гражданского состояния, которые можно использовать непосредственно для подсчета частоты самоубийств. Оценка уровней самоубийств в остальных 112 государствах-членах (на которые приходится около 71% самоубийств в глобальном масштабе) неизбежно основана на методах моделирования.

Логично предположить, что надежные системы записи актов гражданского состояния, с гораздо большей вероятностью существуют в странах с высоким уровнем доходов. На 39 стран с высоким уровнем доходов, имеющих надежные данные записи актов гражданского состояния, приходится примерно 95% всех самоубийств в этой группе стран, однако на 21 СНСД с надежными данными записи актов гражданского состояния приходится только 8% от общего оценочного числа самоубийств, совершаемых в СНСД.

Карта 2. Качество данных о смертности в результате самоубийств, 2012 г.



Проблема низкого качества данных о смертности не относится исключительно к самоубийствам, однако из-за определенной деликатности такого вопроса, как суицид, а также противоправности суицидального поведения в некоторых странах весьма вероятно, что занижение данных и неправильное кодирование гораздо шире распространены при самоубийствах, чем в отношении большинства других причин смерти. Регистрация самоубийств является сложной многоуровневой процедурой, включающей медицинские и юридические аспекты и задействующей ряд официальных органов, перечень которых может варьироваться в разных странах. Наиболее часто самоубийства неправильно регистрируются в соответствии с кодами 10-го издания Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), как «повреждение с неопределенными намерениями» (МКБ-10, коды Y10–Y34), «несчастные случаи» (коды V01–X59), «нападение» (коды X85–Y09) и «неизвестные причины» (коды R95–R99) *(4,5,6)*. Вполне возможно, что чрезвычайно широкий разброс расчетных представленных значений частоты самоубийств по разным странам и регионам отражает искусственно внесенные различия, обусловленные разной практикой отчетности и регистрации. В 60 странах с надежной системой записи актов гражданского состояния по данным за 2012 г. отмечался 32-кратный разброс значений стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств (от 0,89 до 28,85 на 100 000). Региональные различия сохраняются несмотря на десятилетия работы по повышению точности данных о смертности. Также следует учитывать возможность того, что значительная часть наблюдаемых различий действительно отражает реальную ситуацию.

Это порождает следующие ключевые вопросы: 1) Каким образом страны могли бы улучшить мониторинг суицидального поведения? 2) Что является причиной столь резких различий в уровнях самоубийств внутри регионов и между странами? 3) Воздействие каких факторов из множества тех, что влияют на уровень самоубийств, можно смягчить с помощью проводимых стратегий и программ? В данной и последующих главах настоящего доклада мы попытаемся ответить на эти вопросы.

Частота самоубийств в зависимости от пола

Частота самоубийств среди мужчин и женщин неодинакова (карта 3 и рис. 4). В течение многих лет было принято считать, что в мировом масштабе мужчины совершают самоубийства втрое чаще, чем женщины. Однако эта высокая пропорция наблюдается, главным образом, в странах с высоким уровнем доходов, где в 2012 г. соответствующее соотношение значений стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств составило 3,5. В СНСД соотношение мужчины/женщины составляет всего лишь 1,6; иными словами, мужчины совершают самоубийство на 57% (а не на 300%) чаще, чем женщины.

Тем не менее наблюдаются значительные различия между регионами и между отдельными странами. Как видно из таблицы 1, региональные межполовые соотношения в СНСД варьируются от 0,9 в Регионе Западной части Тихого океана до 4,1 в Европейском регионе, т. е. различаются в 4,5 раза. Среди 172 государств-членов ВОЗ с населением более 300 000 среднее межполовое соотношение составляет 3,2, медианное – 2,8, с 24-кратным разбросом значений (от 0,5 до 12,5).

Как видно из рисунка 5, межполовое соотношение зависит также от возраста. Различия между мужчинами и женщинами по частоте самоубийств могут быть обусловлены многими потенциальными причинами. К ним относятся такие факторы, как гендерные неравенства, разные социально приемлемые способы бороться со стрессом и разрешать конфликты у мужчин и женщин, доступность тех или иных средств совершения самоубийства и оказываемое им предпочтение, доступность и характер употребления алкоголя, а также различия между мужчинами и женщинами в показателях обращаемости за помощью при возникновении психических расстройств. Весьма широкий разброс значений межполового соотношения частоты самоубийств указывает на существенную вариабельность представленности вышеперечисленных факторов между странами и регионами.

Карта 3. Соотношение мужчины/женщины между значениями стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2012 г.

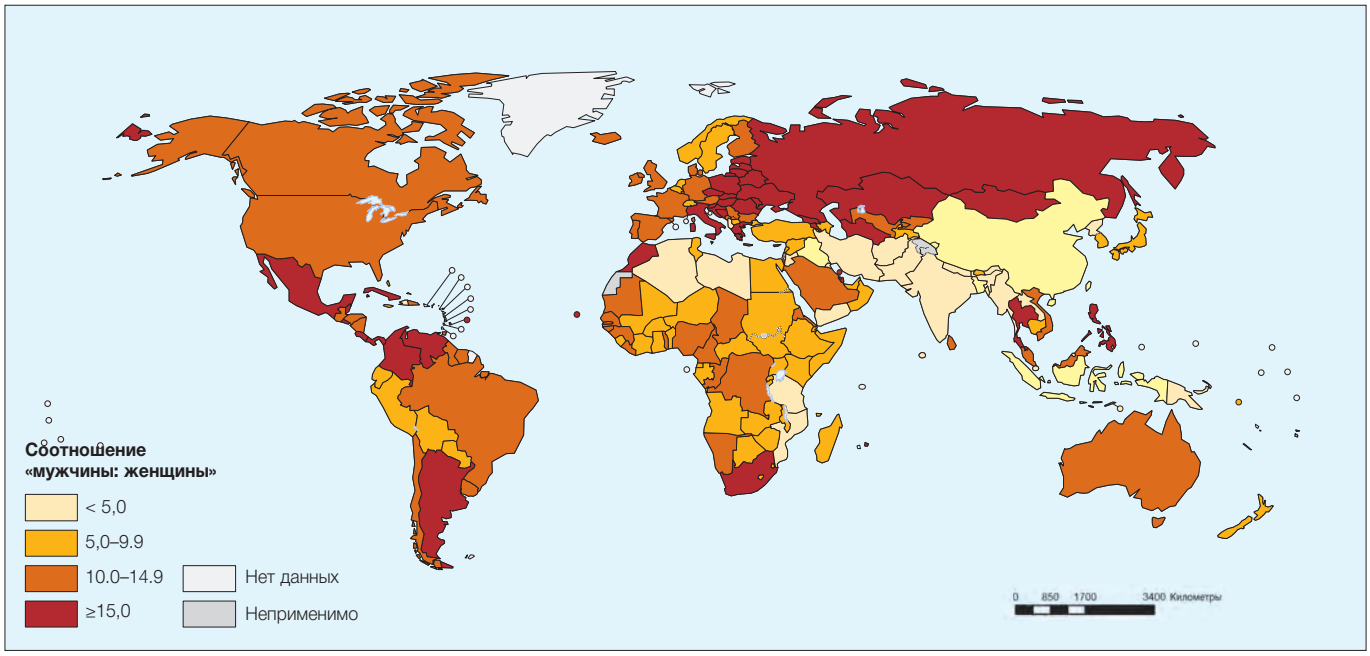
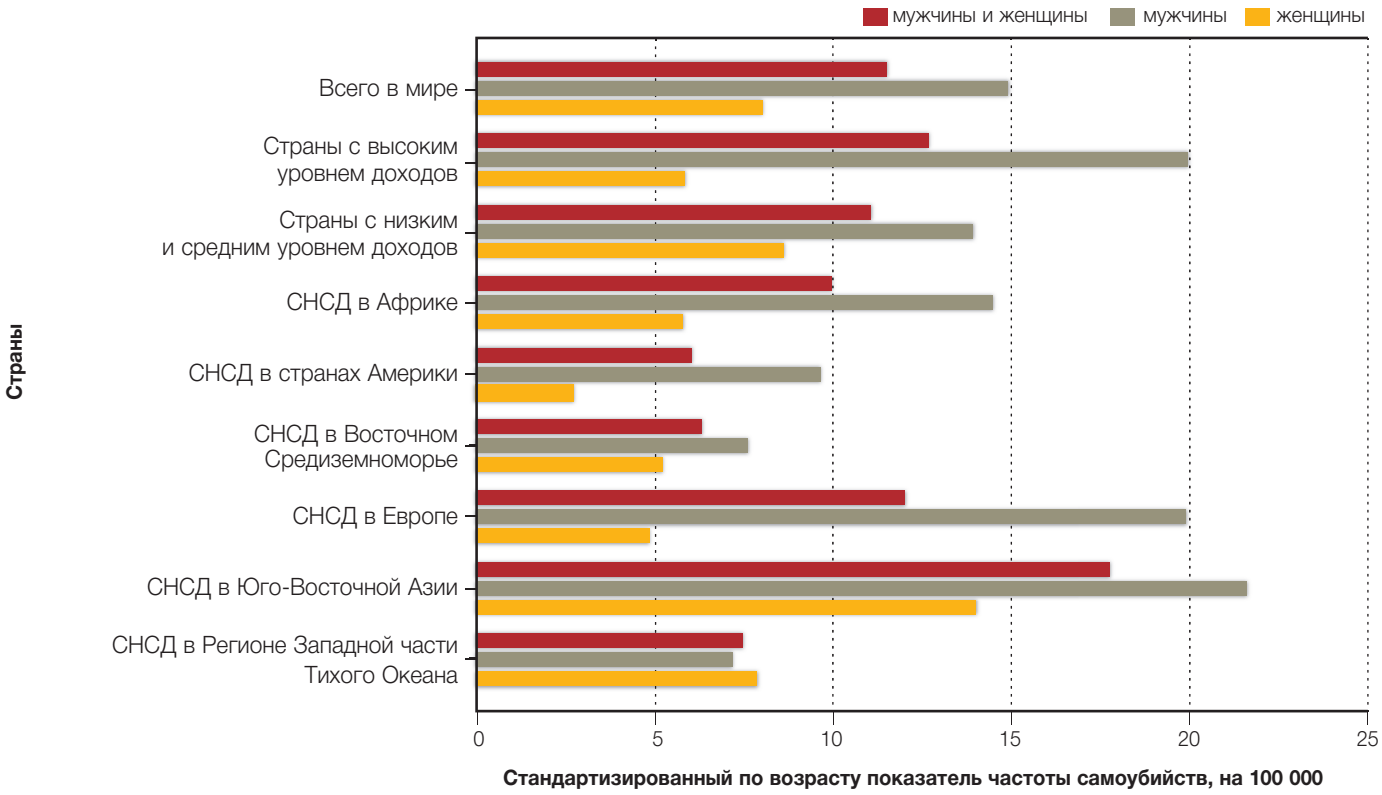
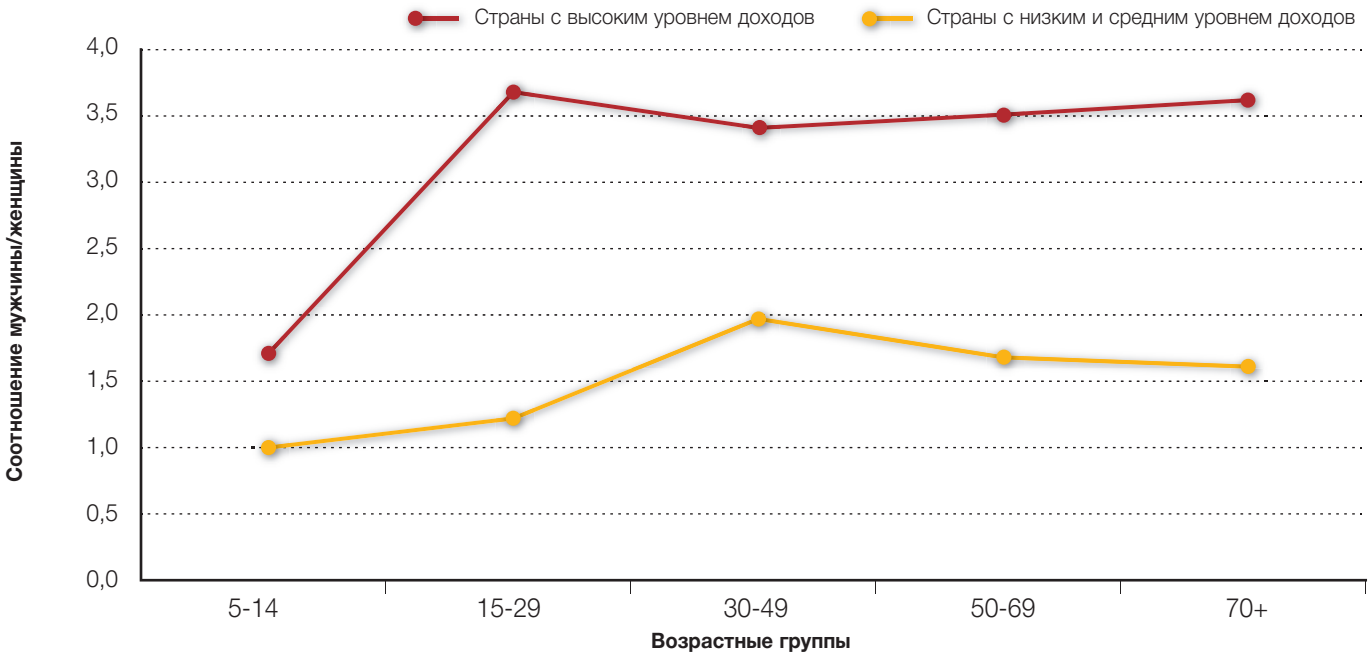


Рисунок 4. **Стандартизированные по возрасту показатели частоты самоубийств в различных регионах мира, 2012 г.**



СНСД – страны с низким и средним уровнем доходов.

Рисунок 5. **Соотношение мужчины/женщины в показателях частоты самоубийств в разбивке по возрастным группам и уровням доходов стран, 2012 г.**



Возрастное распределение значений показателя частоты самоубийств

В отношении возрастных групп почти во всех регионах мира наименьшая частота самоубийств наблюдается среди детей младше 15 лет, а наибольшая – среди лиц в возрасте 70 лет и старше, как среди мужчин, так и среди женщин. В возрастных группах от 15 до 70 лет характер распределения частоты самоубийств в зависимости от пола и возраста сильно разнится от региона к региону. В некоторых регионах частота самоубийств с возрастом неуклонно увеличивается, в других пик самоубийств наблюдается среди молодежи, а в среднем возрасте показатель снижается. В одних регионах возрастное распределение одинаково для мужчин и женщин, в других наблюдается весьма различная картина. Главное различие между странами с высоким уровнем доходов и СНСД состоит в том, что в СНСД значительно выше частота самоубийств среди взрослых молодого возраста и пожилых женщин, а в богатых странах гораздо больше самоубийств приходится на мужчин среднего возраста. Как и в случае с общей частотой самоубийств, вариабельность данного показателя в зависимости от возраста среди стран даже выше, чем среди регионов.

Относительная значимость самоубийства как одной из ведущих причин смерти

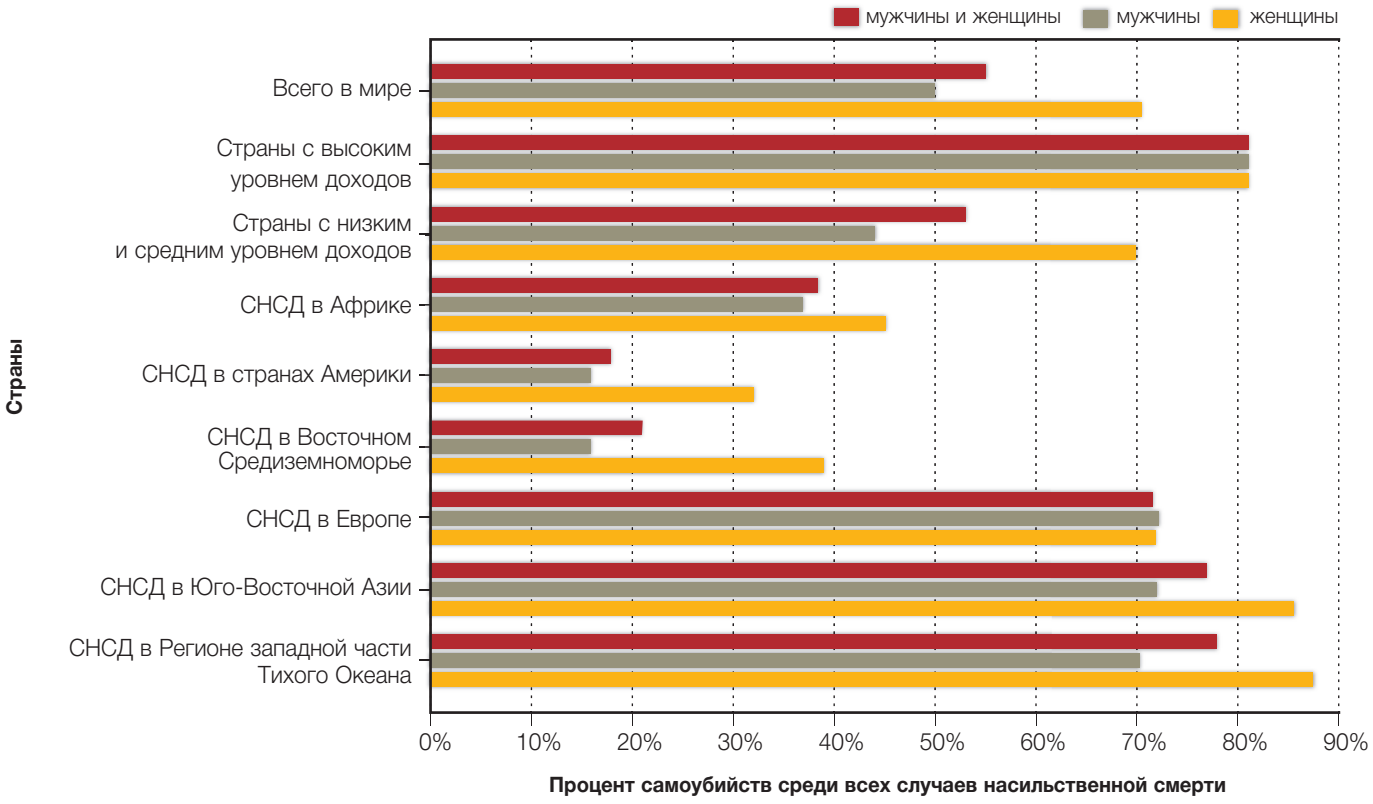
В 2012 г. самоубийства составили 1,4% смертей в мире, заняв 15-е место среди всех причин смерти. Эти неожиданные смерти, в первую очередь людей молодого и среднего возраста, влекут тяжелейшие экономические, социальные и психологические последствия для индивидуумов, семей, сообществ и стран. Самоубийства – одна из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе по всему миру.

В странах с высоким уровнем доходов на самоубийства приходится более значительная доля смертности (1,7%) по сравнению с СНСД (1,4%). Это в первую очередь обусловлено более высокой смертностью в СНСД от инфекционных болезней и других причин. За явным исключением СНСД в Регионе Западной части Тихого океана, во всех остальных регионах мира доля смертности, обусловленная самоубийствами, среди мужчин выше, чем среди женщин, и, таким образом, самоубийство в качестве причины смерти занимает для мужчин более значимое место, чем для женщин.

Общая доля смертности от самоубийств и значимость самоубийства как причины смерти весьма различаются в зависимости от возраста. В целом среди молодежи от 15 до 29 лет самоубийства составляют 8,5% всех смертей, являясь второй по значимости причиной смерти (после дорожно-транспортных несчастных случаев). В возрастной группе от 30 до 49 лет самоубийства составляют 4,1% от общей смертности, занимая пятое место среди причин смерти. Примечательно, что в странах с высоким уровнем доходов, а также в СНСД, расположенных в Регионе Юго-Восточной Азии, самоубийства составляют, соответственно, 17,6% и 16,6% смертности молодых людей от 15 до 29 лет, занимая первое место среди причин смерти как среди мужчин, так и среди женщин.

Другой способ оценить значимость самоубийств как проблемы здравоохранения – рассчитать их относительный вклад в смертность от умышленных причин, которая помимо самоубийств включает смерть от межличностного насилия и вооруженных конфликтов (то есть, насильственные виды смерти). На рис. 6 показана доля самоубийств среди всех насильственных смертей в разных регионах. В целом самоубийства составляют 56% насильственных смертей (50% среди мужчин и 71% среди женщин). В странах с высоким уровнем доходов самоубийства составляют 81% всех насильственных смертей среди мужчин и женщин, а в СНСД – 44% насильственных смертей среди мужчин и 70% среди женщин.

Рисунок 6. Доля самоубийств среди всех насильственных смертей в разных регионах мира, 2012 г.



СНСД – страны с низким и средним уровнем доходов.

Изменения частоты самоубийств в период с 2000 по 2012 г.

С 2000 по 2012 год, несмотря на рост населения в мире, абсолютное число самоубийств сократилось примерно на 9%, с 883 000 до 804 000. Вместе с тем, в разных регионах наблюдаются весьма различная картина. На противоположных концах спектра СНСД в Африканском регионе, где общее число самоубийств выросло на 38%, и СНСД в Регионе Западной части Тихого океана, где этот показатель упал на 47%.

Глобальный стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств (с учетом изменений в численности и возрастной структуре населения во времени) за 12 лет с 2000 по 2012 г. снизился на 26% (на 23% для мужчин и на 32% для женщин). Соответствующие стандартизированные по возрасту показатели снизились во всех регионах мира, кроме СНСД в Африканском регионе, а также в отношении мужчин в СНСД в Регионе Восточного Средиземноморья.

Однако сводные глобальные и региональные данные маскируют динамику самоубийств в конкретных странах. В 172 государствах-членах ВОЗ с населением, превышающим 300 000 (см. приложения 1 и 2), масштабы изменений стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств варьировались от снижения на 69% до повышения на 270%. В 85 из этих стран (49,4%) данный показатель упал более, чем на 10%, в 29 странах (16,9%) повысился более чем на 10%, а в 58 странах (33,7%) стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств за 12 лет изменился сравнительно мало (от -10% до +10%).

Причины столь стремительных изменений показателя частоты самоубийств неизвестны. Возможным частичным объяснением может быть кардинальное улучшение показателей здоровья в мире в последнее десятилетие. С 2000 по 2012 год стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин снизился на 18%. Снижение частоты самоубийств было более значительным, чем общее уменьшение смертности, но всего на 8% (26% и 18%). Если эту тенденцию удастся сохранить, цель, поставленная в Комплексном плане действий ВОЗ в области психического здоровья на период 2013–2020 гг. (1), – сократить частоту самоубийств на 10% к 2020 г. – может стать достижимой.

Способы самоубийства

В большинстве случаев в момент совершения суицидальной попытки человек не до конца уверен в своем желании умереть, и некоторые суицидальные действия являются лишь импульсивным ответом на острые психосоциальные стресс-факторы. Затруднение доступа к средствам совершения самоубийства – один из ключевых компонентов усилий по предупреждению самоубийств; таким образом людям предоставляется возможность задуматься над тем, что они собираются сделать, а за это время накал кризиса может снизиться. Однако разработка правильной стратегии ограничения доступа к средствам совершения самоубийства (например, ограничение доступности ядохимикатов и огнестрельного оружия; установка барьеров в метро, на мостах и на знаковых зданиях; изменение правил расфасовки медикаментов) требует всестороннего изучения практикуемых в данном обществе способов самоубийства, включая предпочтения различных демографических групп.

К сожалению, данные на уровне стран о способах самоубийств весьма ограниченны. Раздел X МКБ-10 включает коды, отражающие внешние причины смерти, в том числе способы самоубийства, но многие страны не собирают подобную информацию. В период с 2005 и 2011 г. лишь 76 из 194 государств-членов ВОЗ представляли данные о способах самоубийства в базу данных ВОЗ по смертности. На эти страны приходится около 28% от общего числа самоубийств в мире; таким образом, способы самоубийства, применяемые в 72% случаев, остаются неясными. Как и следовало ожидать, в странах с высоким уровнем доходов информации по данному аспекту значительно больше, чем в СНСД. В богатых странах 50% самоубийств совершаются путем повешения, а второй по распространенности способ (18% самоубийств) – применение огнестрельного оружия. Доля самоубийств, совершенных при помощи огнестрельного оружия, сравнительно велика в странах с высоким уровнем доходов, в первую очередь в Американском регионе, где таким способом совершается 46% всех самоубийств; в других богатых странах такие самоубийства составляют лишь 4,5% от общего числа.

Поскольку в базе данных ВОЗ по смертности недостаточно сведений о способах самоубийства в СНСД, исследователям, желающим оценить, какие способы самоубийства применяются в этих странах, приходится опираться на данные, опубликованные в научной литературе *(7)*. Один из самых распространенных способов самоубийства в СНСД, особенно в тех, где высок процент жителей, занимающихся мелкомасштабным сельским хозяйством, – отравление сельскохозяйственными ядохимикатами (пестицидами). В систематическом обзоре *(8)* мировых данных за 1990–2007 гг. приведены оценочные данные о том, что около 30% (с возможным диапазоном от 27% до 37%) самоубийств в мире совершается с использованием ядохимикатов. Подавляющая часть таких самоубийств приходится на СНСД. На основе этой оценки можно утверждать, что прием внутрь ядохимикатов – это один из наиболее распространенных способов самоубийства в мире. Если это соответствует истине, то такая информация имеет важное значение для предупреждения самоубийств, поскольку ограничение доступа к ядохимикатам, при всей своей трудности, обычно более осуществимо, чем ограничение доступа к средствам повешения.

Согласно другому исследованию, наиболее распространенный способ самоубийства в том или ином сообществе может определяться средовыми условиями, быстро меняться со временем и распространяться от одного сообщества к другому. В районах с высокой степенью урбанизации, таких как САР Гонконг в Китае и Сингапур, где большинство населения живет в многоэтажных домах, обычный способ самоубийства – прыжок с высокого здания. В 1998 г. в САР Гонконг (Китай) началась эпидемия самоубийств с использованием высокотоксичного угарного газа из углей для барбекю. Это поветрие стремительно распространилось на Тайвань (Китай), где за восемь последующих лет данный способ самоубийства стал наиболее распространенным *(9)*. Среди других способов, ставших в последнее время популярными в некоторых регионах, – смешивание химикатов с целью получения сероводорода (например, в Японии) и использование газообразного гелия. Эти данные подчеркивают необходимость постоянного мониторинга способов, применяющихся как для самоубийств, так и для суицидальных попыток, чтобы в стратегиях по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства и в информационной работе с населением учитывались постоянно меняющиеся характеристики данной проблемы. Следует отметить, что многие вновь появляющиеся способы самоубийства нельзя идентифицировать при помощи существующих кодов МКБ-10 для внешних причин смерти, поэтому их можно будет отразить в системах регистрации смертности только в том случае, если местные должностные лица обеспечат использование уникальных дополнительных кодов МКБ-10, уточняющих способ самоубийства (см. вставку 1).

Еще один важный нюанс относительно использования данных о самоубийствах в масштабе региона или страны состоит в том, что эти данные могут лишь ограниченно учитываться при создании адресных программ по предотвращению самоубийств, поскольку в них не отражены существенные различия внутри страны в том, что касается частоты самоубийств, их демографических характеристик и способов. Имеются убедительные данные, свидетельствующие о значительных различиях в частоте самоубийств и их демографических характеристиках между территориями внутри одной страны, например между городскими и сельскими районами Китая *(12)* или различными штатами Индии *(13)*. В этой ситуации данные, собранные на уровне страны, не помогают определить

Вставка 1.

Национальная система отчетности о случаях насильственной смерти в США

В центрах по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в США действует Национальная система отчетности о случаях насильственной смерти (NVDRS) – система мониторинга и сбора подробной информации о насильственных смертях, в том числе и самоубийствах (10, 11). NVDRS играет роль банка данных, объединяющего по каждому инциденту важную информацию из разных источников, в том числе свидетельство о смерти, данные токсикологического анализа, протокол патологоанатомического вскрытия, а также различные отчеты о проведенном расследовании, исходящие от полиции, коронера, судебно-медицинского эксперта или дознавателей, обследовавших место смерти. NVDRS аккумулирует демографические данные умершего, сведения о приспособлениях/оружии, использованных для причинения смерти, другие данные по инциденту (например, время и место смерти) и обстоятельства, связанные со здоровьем и стрессом в жизни погибшего, которые, с учетом находок на месте смерти, показаний свидетелей, данных об умершем и других материальных свидетельств (например, предсмертных записок), могли спровоцировать суицид. В настоящее время NVDRS собирает данные в 18 из 50 штатов США. Сбор данных в штатах осуществляется силами департаментов здравоохранения или субподрядных агентств, таких как бюро судебно-медицинской экспертизы. Систематизацию и кодирование данных проводят обученные референты. CDC планирует распространить NVDRS на все штаты США, как только получит нужное для этого финансирование.

географические регионы или демографические группы, которые должны стать приоритетными для вмешательства. Национальные оценки доли различных способов самоубийства обеспечивают основу для действий на общенациональном уровне по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства, но эти меры необходимо адаптировать к разным регионам в той или иной стране. К примеру, самоубийства в результате приема внутрь ядохимикатов происходят главным образом в сельской местности, следовательно, даже в тех странах, где самоубийство при помощи ядохимикатов весьма распространено в масштабах страны, меры по ограничению доступа к ядохимикатам вряд ли будут в фокусе программ по предупреждению самоубийств в городских районах.

Суицидальные попытки

Суицидальные попытки налагают на общество значительное социальное и экономическое бремя из-за расходования медицинских ресурсов на лечение пострадавшего, психологического и социального ущерба, причиняемого индивидууму и его окружению в результате суицидального поведения, а порой и долгосрочной инвалидности вследствие полученной травмы. Что еще более важно, предшествующая попытка самоубийства является основным прогностическим признаком смертности от самоубийства среди общего населения: лица, уже совершавшие суицидальные попытки, подвержены гораздо большему риску умереть в результате самоубийства, чем те, кто подобных попыток не совершал. Ключевым элементом любого комплексного подхода к предупреждению самоубийств должно быть выявление таких лиц, входящих в группу высокого риска, и оказание им систематической помощи и поддержки.

Мониторинг распространенности суицидальных попыток, демографических характеристик и применяемых видов суицидальных действий является источником важной информации, которая помогает в разработке и оценке стратегий предупреждения самоубийств. В сочетании с информацией о самоубийствах, данные о частоте и способах суицидальных попыток могут использоваться для расчета показателя летальности суицидального поведения (т. е. доли суицидальных попыток, которые привели к смерти) в зависимости от пола, возраста и способа нанесения самоповреждения. Эта информация помогает идентифицировать группы риска в обществе, которые должны стать объектом избирательных психосоциальных вмешательств, а также наиболее опасные способы, к которым следует затруднять доступ.

Информация о частоте суицидальных попыток на региональном или страновом уровне может быть получена двумя основными способами: из самоотчетов о суицидальном поведении, поступающих в рамках опросных обследований репрезентативных выборок населения, и из медицинской документации о лечении самоповреждений из репрезентативной выборки учреждений здравоохранения (обычно больниц). ВОЗ не проводит планового сбора информации о суицидальных попытках, но осуществляет проект Всемирные опросы по психическому здоровью *(14)*, в ходе которых собирается информация о суицидальных попытках. Кроме того, поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска хронических заболеваний (STEPS) включает вопросы, целью которых является сбор сведений о суицидальных попытках *(15)*. Также, в дополнение к информационной брошюре о регистрации самоубийств *(16)*, ВОЗ издала другую брошюру, о создании на базе больниц регистров случаев оказания медицинской помощи после суицидальных попыток *(17)*.

Самоотчеты о суицидальном поведении, получаемые в рамках опросных исследований

Во многие психосоциальные опросы, проводимые в местных сообществах, включены пункты, касающиеся суицидального поведения. Когда один и тот же опрос периодически проводится в определенной группе населения, это позволяет сделать обоснованные выводы об изменении тенденций в суицидальном поведении (по самоотчетам). Примером этого является проводимый один раз в два года опрос YRBSS (Система наблюдения за рискованным поведением молодежи) в США *(18)*. Однако результаты гораздо труднее интерпретировать, когда используются различные методы опроса или когда один и тот же опрос проводят среди разных групп населения (особенно если при этом используются разные языки). Помимо стандартных методологических проблем, связанных с опросами в местных сообществах (например, необходимости удостовериться, что выборка для опроса является репрезентативной по отношению к целевой группе населения), существует ряд потенциальных затруднений, которые могут повлиять на число самоотчетов о суицидальных мыслях и попытках. Среди этих факторов – уровень грамотности населения, формулировка вопросов анкеты и их число, точность передачи значения вопросов при переводе на местный язык, рассматриваемый отрезок времени и, что наиболее важно, степень готовности респондентов делиться информацией.

Готовность сообщать о своем суицидальном поведении может варьироваться в зависимости от возраста человека, его пола, религии, этнической принадлежности и других факторов, поэтому при сравнении результатов подобных опросов о суицидальном поведении в разных демографических и культурных группах необходима осторожность. Особенно проблематично сравнение частоты сообщений представителей разных групп о суицидальной идеации (мыслях о самоубийстве) поскольку такие мысли часто являются скоротечными, мимолетными и незаметны для окружающих. Кроме того, при сравнении частоты сообщений о суицидальных мыслях и попытках – которое может быть в некоторой степени полезным для определения риска самоубийства на настоящий момент, – источниками искажений являются возрастные различия респондентов и ошибки вспоминания давно прошедших событий. Таким образом, наиболее ценные и, возможно, наиболее надежные данные, которые можно почерпнуть из опросов в местных сообществах, – это частота суицидальных попыток (вызывающих те или иные соматические повреждения) в течение предшествующего года.

Во Всемирных опросах ВОЗ по психическому здоровью *(14)* используется Комплексный международный диагностический опросник ВОЗ (CIDI), включающий серию стандартизированных вопросов о частоте суицидальных попыток, их распределении по времени, применяемых способах и (в случае оказания) медицинской помощи. Опубликован доклад о распространенности суицидальных попыток в период 12 месяцев среди лиц 18 лет и старше (по данным исследований, проведенных в 2001–2007 гг.), который основан на следующих данных: по 10 странам с высоким уровнем доходов (9 из них использовали выборки, репрезентативные на страновом уровне) с совокупной выборкой численностью 52 484 человек; по 6 странам со средним уровнем доходов (4 из них использовали выборки, репрезентативные на страновом уровне) с совокупной выборкой 25 666 человек; по 5 странам с низким уровнем доходов (одна из них использовала выборку, репрезентативную на страновом уровне) с совокупной выборкой 31 227 человек *(19)*. Согласно данным, полученным от респондентов, распространенность одной и более попыток самоубийства в течение предшествовавшего года составила: 3 на 1000 человек (0,3%) среди мужчин и женщин в странах с высоким уровнем доходов; 3 на 1000 среди мужчин и 6 на 1000 среди женщин в странах со средним уровнем доходов; 4 на 1000 среди мужчин и женщин в странах с низким уровнем доходов. Применив данные о распространенности суицидальных попыток в странах с высоким, средним и низким уровнем доходов к взрослому населению (18 лет и старше) во всех странах по каждой из вышеуказанных категорий, установленных Всемирным банком, получим ориентировочную ежегодную распространенность суицидальных попыток, составляющую примерно 4 на 1000 человек взрослого населения. Исходя из глобального значения показателя частоты самоубийств на 2012 г. – 15,4 на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше – можно заключить, что на каждого взрослого человека, умершего в результате самоубийства, приходилось, по всей вероятности, свыше 20 человек, совершивших одну или несколько суицидальных попыток. Однако, как и при анализе частоты самоубийств и суицидальных попыток, соотношения между попытками и смертельными исходами в их результате, а также показатели летальности суицидального поведения широко различаются в зависимости от региона, пола, возраста и применяемого способа самоповреждения.

Данные лечебных учреждений о суицидальных попытках, после которых была оказана медицинская помощь

Еще одним источником информации о частоте суицидальных попыток является медицинская документация об оказании лечебной помощи в случаях самоповреждений из отделений экстренной помощи и амбулаторных отделений больниц, а также других учреждений здравоохранения. В отличие от принятой на международном уровне системы регистрации случаев смерти, системы стандартизации сбора данных о суицидальных попытках не существует, поэтому при сравнении показателей из различных юрисдикций необходимо учитывать ряд методологических аспектов. Оценки частоты суицидальных попыток, после которых оказывалась медицин-

ская помощь, основанные на больничных данных, могут быть неточными, если выбранные больницы не являются репрезентативными по отношению ко всем больницам в сообществе или если существенную долю медицинской помощи после суицидальных попыток оказывают только местные амбулаторные учреждения и пострадавшие поэтому не попадают в больницы. Кроме того, поступающие данные о медицинской помощи после суицидальных попыток в значительной степени зависят от систем регистрации в больницах. Они не всегда надежны, поскольку могут:

- смешивать подсчет пациентов и эпизодов оказания помощи (таким образом будет дублироваться учет лиц, неоднократно совершивших суицидальные попытки в течение года);
- включать тех, кто умирает в больнице в процессе лечения по поводу суицидальной попытки или выписывается и затем умирает дома (в таких случаях речь уже идет не о суицидальной попытке, а о самоубийстве);
- не различать случаи самоповреждения без суицидального намерения и с наличием такового;
- не включать тех, кто получил медицинскую помощь в отделениях экстренной помощи без последующей формальной госпитализации;
- не включать тех, кто был госпитализирован напрямую в стационарное отделение, минуя отделение неотложной помощи;
- не указывать способ совершения суицидальной попытки (что делает невозможным определение показателей летальности в зависимости от способа), а также, что особенно важно,
- могут систематически регистрировать суицидальные попытки как «несчастные случаи» во избежание стигматизации, из-за отсутствия страхового покрытия суицидальных действий или из-за беспокойства по поводу потенциальных юридических сложностей.

Стандартизация процессов регистрации таких данных внутри каждой страны, а затем и на международном уровне, является одной из важнейших задач для государств в их усилиях по систематическому анализу причин самоубийств и в конечном счете сокращению их числа (см. вставку 2).

Далеко не все суицидальные попытки приводят к повреждениям, в связи с которыми оказывается медицинская помощь, поэтому показатели летальности рассчитанные на основе данных о медицинской помощи, будут неизбежно выше оценок, которые основаны на самоотчетах о попытках самоубийства, полученных путем опросов. Лишь весьма немногие страны создали национальные (или репрезентативные на национальном уровне) системы регистрации суицидальных попыток, после

Вставка 2.

Национальный регистр намеренных самоповреждений в Ирландии

Национальный регистр намеренных самоповреждений (NRDSH) в Ирландии – это государственная система мониторинга распространенности намеренных самоповреждений среди населения. Регистр был создан Национальным фондом по изучению самоубийств по запросу Министерства здравоохранения и детства и финансируется Национальным бюро по предотвращению самоубийств Государственной службы здравоохранения. Предназначение регистра – выявление и мониторинг частоты и повторяемости случаев самоповреждений, поступающих в больничные отделения экстренной помощи, с целью идентификации групп и территорий повышенного риска и информирования служб и практических работников, занимающихся вопросами профилактики суицидального поведения *(20, 21)*.

которых оказывалась медицинская помощь, поэтому возможность включения сведений из больниц в подсчеты национальных показателей частоты самоубийств предоставляется редко. При наличии репрезентативных на национальном уровне данных о медицинской помощи после суицидальных попыток становится возможным расчет показателей летальности. К сожалению, примеры из СНСД отсутствуют, поэтому приведенные ниже примеры ограничены четырьмя следующими странами с высоким уровнем доходов: Бельгия (регион Фландрии, *22*), Ирландия *(20)*, США *(24)* и Швеция *(23)*. В этих странах отмечен четырехкратный разброс в значениях показателя летальности «опасного с медицинской точки зрения суицидального поведения» (определяемого как суицидальное поведение, требующее медицинской помощи или приводящее к смертельному исходу) – от 4,2% в Ирландии до 17,8% во Фландрии. Характеристики летальности в зависимости от пола и возраста во всех четырех странах одинаков: опасное с медицинской точки зрения суицидальное поведение гораздо чаще приводит к смерти мужчин, чем женщин, и отчетливо наблюдается повышение летальности суицидального поведения с возрастом. Эти результаты соответствуют ранее опубликованным субнациональным докладам о летальности опасного с медицинской точки зрения суицидального поведения *(25, 26)*.

Другой потенциально полезный показатель, который рассчитан для отдельных локализаций в ряде СНСД, – больничная летальность в зависимости от способа самоповреждения (т. е. число смертельных исходов в больнице после использования того или иного способа, деленное на общее число лиц, совершивших суицидальную попытку данным способом,

а затем получивших медицинскую помощь в больнице). Определение больничной летальности в зависимости от способа самоповреждения позволяет идентифицировать наиболее опасные способы самоповреждения, на которых должны быть сфокусированы усилия как общества (по ограничению их доступности), так и больниц (по совершенствованию медицинской помощи). Например, медицинская помощь после попытки самоубийства при помощи ядохимикатов часто трудна с технической точки зрения и может требовать сложного оборудования, отсутствующего в сельских больницах многих СНСД. В этой ситуации повышение квалификации местного медицинского персонала и поставка необходимого оборудования – необходимый компонент действий по предупреждению самоубийств *(27)*. Данные по больничной летальности случаев отравлений различными ядохимикатами, которые могут колебаться в диапазоне от 0% до 42%, необходимы для выбора наиболее важного оборудования и тематики для обучения персонала *(28).*

Факторы риска, защитные факторы и соответствующие вмешательства

Мифы о самоубийствах

Миф:

~~Большинство самоубийств совершаются внезапно, без предупреждения.~~

Факт:

В большинстве случаев самоубийству предшествуют предупреждающие знаки, вербальные или поведенческие. Безусловно, иногда самоубийства совершаются неожиданно. Но важно знать, какими бывают предупреждающие знаки, и вовремя обращать на них внимание.

Для успешного предупреждения самоубийств необходимо идентифицировать факторы риска, актуальные для существующего контекста, и снизить их воздействие путем реализации надлежащих вмешательств. Суицидальное поведение многогранно. Существует много привходящих факторов и причинно-следственных механизмов, ведущих человека к самоубийству, и, соответственно, широкий спектр способов профилактики суицида. Обычно для объяснения мотивов самоубийства недостаточно какой-либо одной причины или стресс-фактора. Чаще всего параллельно действуют несколько факторов риска, которые в совокупности повышают уязвимость индивида в отношении суицидального поведения. В то же время присутствие факторов риска не всегда влечет за собой суицидальные действия; к примеру, не каждый, кто страдает от психического расстройства, умирает в результате самоубийства. Крайне необходимо проводить эффективные вмешательства, которые способны смягчить воздействие выявленных факторов риска. Защитные факторы не менее значимы, поскольку они повышают сопротивляемость человека. Следовательно, укрепление защитных факторов – это также важная цель любых комплексных действий по предупреждению самоубийств.

Факторы риска

Выявлен широкий спектр факторов риска, важнейшие из которых представлены на рисунке 7. На диаграмме показано множество различных факторов. Для более легкой ориентации они объединены в следующие группы: системные, социальные, связанные с местным сообществом, обусловленные межличностными отношениями (с членами семьи и друзьями) и индивидуальные факторы риска, отражающие экологическую модель.

Прежде всего, важно отметить, что этот список факторов риска отнюдь не является исчерпывающим. Существует много других факторов риска, которые могут быть иначе классифицированы и распределены по категориям. Важность каждого фактора риска и способ классификации всегда зависят от конкретной ситуации. Эти факторы могут прямо обусловливать суицидальное поведение либо способствовать ему опосредованно, повышая восприимчивость индивида к развитию психических расстройств. Было бы ошибочным устанавливать четкие границы между перечисленными категориями факторов. Поскольку каждый из них связан с другими, эти категории не являются взаимоисключающими. Гораздо полезнее рассматривать их в качестве последовательного ряда – от системных факторов риска до индивидуальных. Некоторые факторы риска могут относиться сразу к нескольким группам. Например, потеря работы или финансовой поддержки может повлиять на человека в индивидуальном порядке, может привести к ухудшению взаимоотношений с близкими или быть связана с экономической рецессией на системном уровне.

Разделение на группы позволяет упростить существующие сложные факторы риска и с большей легкостью определить необходимые вмешательства.

Вмешательства

Научно обоснованные вмешательства, направленные на предупреждение самоубийств, представлены в рамках теоретической схемы, в которой выделяют универсальные, селективные и индивидуально показанные вмешательства *(29, 30)*. На рисунке 7 эти вмешательства соединены с соответствующими факторами риска. Эти связи не являются окончательными и в реальности должны зависеть от конкретной ситуации. Вмешательства бывают трех видов:

1. Универсальные стратегии предупреждения самоубийств (Universal) ставят целью охватить все население мерами, направленными на всемерное улучшение здоровья и сведение к минимуму риска самоубийства путем устранения препятствий к получению помощи, облегчения доступа к поддержке, укрепления защитных процессов, таких как социальная поддержка, и улучшения средовых условий.

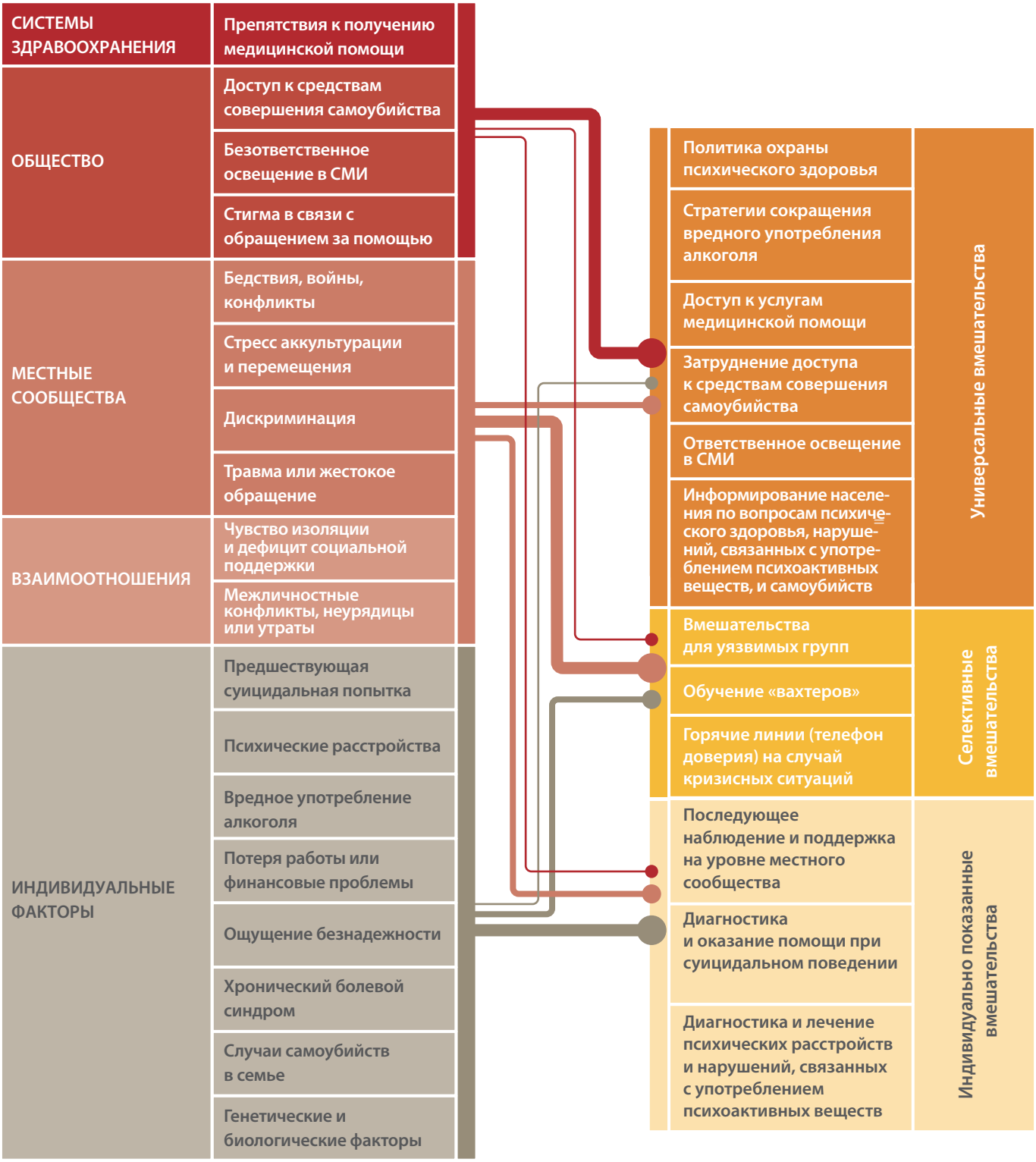
2. Селективные стратегии предупреждения самоубийств (Selective) обращены к уязвимым группам населения, идентифицируемым на основе таких характеристик, как возраст, пол, род занятий или семейный анамнез. Люди, на текущий момент не проявляющие суицидальных наклонностей, могут быть подвержены повышенному риску в биологическом, психологическом или социально-экономическом отношении.

3. Индивидуально показанные профилактические стратегии (Indicated) обращены к отдельным уязвимым индивидам, например проявляющим ранние признаки суицидального потенциала или совершившим попытку самоубийства.

В связи с наличием множества различных факторов и многочисленностью путей, ведущих к суицидальному поведению, усилия по предупреждению самоубийств требуют широкого многосекторального подхода к разным слоям населения, группам риска и ситуациям на всех этапах жизни человека.

Рисунок 7. Важнейшие факторы риска самоубийств и соответствующие вмешательства

(Толщина линий обозначает относительную важность вмешательств на различных уровнях для соответствующих категорий факторов риска)



Система здравоохранения и социальные факторы риска

Сокрытию фактов суицидального поведения способствуют такие факторы, как табу, стигма, стыд и чувство вины. Проводя активную работу по их преодолению, системы здравоохранения и общество могут помочь в предотвращении самоубийств. Ниже описаны некоторые из важнейших факторов риска, связанные с системами здравоохранения и обществом.

Препятствия к получению медицинской помощи

Риск самоубийства значительно возрастает при коморбидных состояниях, поэтому своевременный и эффективный доступ к услугам медицинской помощи играет важнейшую роль в снижении риска самоубийств *(37).* Однако во многих странах системы здравоохранения отличаются сложной организацией или имеют недостаточно ресурсов; в них трудно ориентироваться людям, недостаточно грамотным в вопросах здоровья и, в частности, в вопросах психического здоровья *(38).* Ситуацию еще больше осложняет тот факт, что те, кто ищет психологической поддержки после суицидальных попыток или при психическом расстройстве, подвергаются стигматизации; это приводит к затруднению доступа к медицинской помощи и к повышению риска самоубийства.

Доступ к средствам совершения самоубийства

Доступ к средствам совершения самоубийства – важнейший фактор риска. Прямая доступность или близость таких средств (включая токсичные средства бытовой химии или сельскохозяйственные пестициды, огнестрельное оружие, высотные здания и сооружения, железнодорожные пути, яды, медикаменты, источники угарного газа, такие как выхлопные трубы автомобилей или древесный уголь, а также других гипоксических и ядовитых газов) повышает риск самоубийства. Доступность и распространенность тех или иных средств совершения самоубийства зависит также от географического и культурного контекстов *(39).*

Безответственное освещение самоубийств в СМИ и социальных сетях

Безответственные публикации в СМИ придают самоубийствам сенсационную и гламурную окраску, увеличивая риск того, что у самоубийц найдутся подражатели среди уязвимых людей. Недопустимо, когда СМИ необоснованно подробно освещают самоубийства известных людей, сообщают о необычных способах самоубийства или о серии самоубийств, показывают изображения или дают информацию о способах самоубийств, а также оправдывают самоубийства, характеризуя их как допустимую реакцию на кризис или несчастье.

Установлено, что знакомство с примерами самоубийств повышает риск суицидального поведения уязвимых индивидов *(31, 32, 33).* Растет обеспокоенность в отношении дополнительной роли, которую играют интернет и социальные сети в коммуникации по вопросам самоубийств. Интернет стал главным источником информации о самоубийствах и содержит легкодоступные сайты, на которых самоубийство нередко изображается безответственным образом *(34).* Интернет-сайты и социальные сети несомненно причастны к провоцированию и содействию суицидальному поведению. Частные лица могут теперь легко распространять через открытые интернет-сайты и социальные сети нецензурированные материалы и информацию о самоубийствах.

Стигма, связанная с обращением за помощью

Во многих обществах продолжают подвергаться стигматизации те, кто стремится получить помощь в связи с суицидальным поведением, нарушениями психического здоровья, злоупотреблением психоактивными веществами либо иными эмоциональными стресс-факторами – что может быть существенным препятствием к получению необходимой помощи. Стигма мешает друзьям и членам семьи уязвимого человека оказать ему нужную поддержку, а иногда даже признать наличие тревожной ситуации. Стигма играет важнейшую роль в неприятии перемен и нежелании предпринимать меры по предупреждению самоубийств.

Надлежащие вмешательства, направленные на систему здравоохранения и социальные факторы риска

1. Стратегии охраны психического здоровья

В 2013 г. ВОЗ приняла Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. *(1)*. План призывает государства вырабатывать свои собственные стратегии охраны психического здоровья с упором на четыре главные задачи:

1. Укреплять эффективное лидерство и руководство в области охраны психического здоровья.
2. Обеспечивать на первичном уровне комплексную, интегрированную и чутко реагирующую на изменения медико-санитарную и социальную помощь.
3. Осуществлять стратегии укрепления психического здоровья и профилактики в области психического здоровья.
4. Укреплять информационные системы, базу фактических данных и исследования в области психического здоровья.

В качестве основного показателя принята частота самоубийств, и ее снижение является целевым ориентиром плана действий.

2. Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя

Варианты стратегий и вмешательств с целью сокращения вредного употребления алкоголя приведены в *Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя (35).* Предлагаемые вмешательства включают следующие меры, позволяющие в то же время эффективно предотвращать самоубийства:

1. Лидерство, информированность и приверженность.
2. Ответные меры служб здравоохранения.
3. Действия на уровне местных сообществ.
4. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.
5. Доступность алкогольных напитков.
6. Маркетинг алкогольных напитков.
7. Ценовая политика.
8. Сокращение негативных последствий от употребления алкоголя и алкогольного опьянения.
9. Сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором.
10. Мониторинг и эпиднадзор.

Среди населения, в меньшей степени склонного к употреблению больших доз алкоголя, такие стратегии, как повышение осведомленности, могут осуществляться посредством общих кампаний в средствах массовой информации, мероприятий по укреплению здоровья в школе или информирования уязвимых лиц силами медицинских работников *(36)*. В некоторых регионах, прежде чем выбирать стратегии действий, необходимо тщательно проанализировать местные традиции и культуру употребления алкоголя, чтобы гарантировать эффективность этих стратегий в данном контексте. Другой необходимой предпосылкой для эффективного осуществления подобных стратегий является хорошо функционирующая правовая система.

3. Доступ к услугам медицинской помощи

Надлежащая, своевременная и доступная лечебная помощь в случае психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, может сократить риск суицидального поведения *(37)* (см. также вставку 6). Один из основных способов улучшения доступа к медицинской помощи в целом и службам психического здоровья в частности – реализация политики и практики повышения грамотности населения в вопросах охраны здоровья силами систем и учреждений здравоохранения, в первую очередь центров здоровья в местных сообществах. В число практических подходов входит широкое информирование населения о доступных услугах, умение медицинского персонала разговаривать с пациентами и помогать им ориентироваться в системе. В частности важно, чтобы в стратегиях и практических мерах по повышению грамотности населения в вопросах охраны здоровья было уделено внимание и психическому здоровью *(38)*.

4. Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства

Наиболее распространенные способы самоубийства в мире – отравление ядохимикатами, повешение, применение огнестрельного оружия и прыжок с высоты *(39, 40)*. Ограничение доступа к средствам совершения самоубийств – эффективный способ их предупреждения, особенно если речь идет об импульсивном суициде, поскольку человеку с суицидальным намерением предоставляется больше времени, чтобы изменить свое решение *(41).* Внедрение стратегий, нацеленных на затруднение доступа к средствам совершения самоубийства, может проходить как на уровне государства, посредством законов и нормативных документов, так и на местном уровне, например путем защиты мест повышенного риска *(42).*

Среди важнейших вмешательств по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства можно отметить нижеследующие:

- **Доступ к ядохимикатам**

На долю использования ядохимикатов приходится около трети всех самоубийств в мире *(8).* Самоубийство посредством наме-

ренного приема внутрь ядохимикатов происходит главным образом в сельской местности стран со средним и низким уровнем доходов в Африке, Центральной Америке, Юго-Восточной Азии и в странах Западной части Тихого океана. С целью предупреждения самоубийств посредством приема ядохимикатов были предложены следующие меры: ратификация, внедрение и обеспечение выполнения соответствующих международных конвенций по опасным химическим веществам и отходам; законодательный запрет на использование в сельском хозяйстве пестицидов, представляющих собой проблему на местном уровне; обеспечение выполнения нормативных актов по продаже ядохимикатов; сокращение доступа к ядохимикатам путем повышения безопасности их хранения и обращения с ними индивидов и сообществ; снижение токсичности ядохимикатов *(43, 44)*. Кроме того, следует совершенствовать механизмы оказания медицинской помощи лицам, принявшим внутрь ядохимикаты с целью самоубийства. Подробную информацию можно найти в трех брошюрах ВОЗ, посвященных предотвращению самоубийств, совершаемых при помощи ядохимикатов *(27, 45, 46)*.

- **Доступ к огнестрельному оружию**

Самоубийство при помощи огнестрельного оружия – в высшей степени летальный способ, самый распространенный в некоторых странах, в том числе в США *(47)*. Имеющиеся данные демонстрируют тесную корреляцию между долей домашних хозяйств, владеющих огнестрельным оружием, и долей самоубийств при помощи такого оружия *(48)*. Во многих странах, в том числе в Австралии, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии и Соединенном Королевстве, принятие законов, ограничивающих право на владение огнестрельным оружием, привело к снижению частоты соответствующей категории самоубийств. Возможные законодательные и нормативные действия, направленные на снижение числа самоубийств с применением огнестрельного оружия, включают в себя ограничение доступности огнестрельного оружия для частных домохозяйств и усложнение процедур по получению лицензий и регистрации; запрет на владение каким-либо огнестрельным оружием, кроме индивидуального короткоствольного; продление периода ожидания при покупке; внедрение криминологической и психиатрической проверки лиц, желающих приобрести огнестрельное оружие. В странах, где огнестрельное оружие распространено, необходимо на базе местных сообществ обеспечивать обучение правилам обращения с ним *(49)*.

- **Мосты, здания и железнодорожные пути**

Прыжки с мостов, высоких зданий или на железнодорожные пути перед поездом являются распространенным способом самоубийства в силу легкодоступности. Эффективным средством для предотвращения подобных самоубийств являются структурные меры, затрудняющие доступ в опасные зоны *(50)*.

- **Доступ к ядовитым газам**

В прошлом одним из самых обычных способов самоубийства было самоотравление угарным газом. Законодательные и практические меры по переходу на использование природного газа в домохозяйствах, предпринятые как на государственном, так и на региональном уровне, существенно сократили число самоубийств, совершаемых таким способом *(51)*. В целом, по имеющимся данным, снижение поражающего действия угарного газа прямым образом способствовало общему снижению частоты самоубийств.

В последнее время в некоторых странах Азии стремительно выросла распространенность, в качестве способа самоубийства, отравлений токсичным газом, образующимся при сжигании древесного угля *(9)*. В САР Гонконг (Китай) перемещение в крупных универсамах упаковок с древесным углем с открытых полок в контролируемые зоны существенно снизило число самоубийств, совершаемых с применением данного способа *(52)*.

- **Доступ к фармацевтическим препаратам**

В большинстве стран Европы самоотравление медицинскими препаратами – второй или третий по распространенности способ как самоубийств, так и суицидальных попыток *(53)*. Ограничение доступа и сокращение наличия медикаментов, обычно используемых в целях самоубийства, зарекомендовали себя в качестве эффективных профилактических мероприятий *(54)*. Медицинские работники могут играть важнейшую роль, сокращая число отпускаемых доз лекарств, информируя пациентов и их семьи о рисках, сопряженных с применением лекарств, и подчеркивая важность соблюдения предписанной дозировки и уничтожения неиспользованных таблеток по завершении курса лечения.

5. Ответственное отношение средств массовой информации

Практика показала, что ответственное отношение к освещению самоубийств в СМИ снижает частоту суицидов *(40)*. Можно отметить, в частности, следующие важные принципы ответственного отношения СМИ: избегать подробных описаний суицидальных действий, не придавать им сенсационный и гламурный характер, использовать надлежащие речевые средства, минимизировать уровень броскости сообщений о самоубийствах, избегать чрезмерных упрощений, просвещать аудиторию по проблемам самоубийств и возможным методам оказания помощи, а также предоставлять информацию о том, куда за ней обращаться *(56)*. Сотрудничество СМИ и их участие в разработке и распространении принципов ответственной журналистики поможет оптимизировать освещение самоубийств в СМИ и уменьшить число подражательных суицидов *(57)*. Такие улучшения продемонстрированы в Австралии и Австрии в результате активного участия СМИ в распространении руководств для журналистов *(58)*. Использование интернет-сайтов и социальных сетей потенциально может сыграть роль в реализации универсальной стратегии предупреждения самоубийств. Некоторые веб-сайты, посвященные психическому здоровью, уже показывают обнадеживающие результаты, стимулируя обращения за помощью, но пока мало сведений относительно их эффективности в предупреждении самоубийств *(59)*. Лучшие примеры онлайновых программ по

предупреждению самоубийств – онлайн-чаты со специалистами в поддержку склонных к суициду людей, программы взаимопомощи и онлайновая психотерапия *(60)*. На одном из таких сайтов в Соединенном Королевстве помещены видеоклипы, где молодые люди рассказывают о попытках самоубийств. Это способствует формированию у молодежи сопереживания по отношению к другим людям, оказавшимся в аналогичной ситуации *(61)*. Если доступа к компьютеру нет, альтернативой могут быть СМС-сообщения и все более распространяющееся использование социальных сетей на мобильных устройствах для индивидуальной поддержки и психотерапии.

6. Повышение осведомленности по вопросам психического здоровья, расстройств, вызываемых употреблением психоактивных веществ, и самоубийств

Психические расстройства и обращение за соответствующей помощью окружены стигмой и негативным отношением социума. Информационно-просветительные кампании (см. также вставки 3 и 6) имеют своей целью снизить уровень стигматизации, сопутствующей психическим расстройствам и обращением за помощью при суицидальном поведении, и улучшить доступ к необходимым услугам. Связи между информационно-просветительными кампаниями и снижением числа самоубийств не выявлено, но они оказывают положительное воздействие на общественные установки, увеличивая тем самым возможность для диалога по этим вопросам. Эффективные информационно-просветительные кампании по вопросам психического здоровья должны быть сосредоточены не более, чем на одном-двух видах психического расстройства и использовать разные способы представления информации (например, телевидение, печать, интернет-сайты, социальные сети, плакаты), для того чтобы лучше донести пропагандируемые идеи, адаптируя их содержание для разных аудиторий, сочетая несколько стратегий и организуя на местном уровне программы, предназначенные для конкретных групп населения *(62, 63)*.

Рисунок 8. Число самоубийств, предотвращаемых при помощи предложенных вмешательств, что обеспечило бы примерно 20%-ное сокращение смертности от самоубийств в США в 2010 г. *(55)*

На рисунке 8 представлены три подхода, которые, при условии полнообъемного внедрения, могли бы спасти много тысяч жизней на территории США всего лишь за один год. Важно, однако, отметить, что приведенные цифры получены при помощи моделирования идеального осуществления всего лишь нескольких подходов *(55)*.

Вставка 3.

Проект «Спасение и поддержка молодых жизней в Европе»

В рамках проекта «Спасение и поддержка молодых жизней в Европе» (Saving and Empowering Young Lives in Europe, SEYLE) была разработана и протестирована многокомпонентная программа по просвещению молодых людей в вопросах психического здоровья. SEYLE – проводимая на базе школ профилактическая программа, апробированная в 11 европейских странах, которая ставит своей целью повышение уровня психического здоровья среди учащихся подростков *(64)*. В каждой стране проводилось рандомизированное контрольное исследование, состоявшее из трех активных вмешательств и одного минимального вмешательства в качестве контроля. В число активных вмешательств входило обучение «вахтеров», информационно-просветительная программа по психическому здоровью и профессиональное обследование подростков, находящихся в группе риска *(65)*.

Сравнительно с подростками, в отношении которых применялось лишь минимальное вмешательство, те, кто принял участие в информационно-просветительной программе по психическому здоровью, продемонстрировали в последующие 12 месяцев значительно более низкие показатели как суицидальных мыслей и намерений, так и суицидальных попыток. Для оптимального осуществления информационно-просветительных программ важно ориентироваться на помощь и поддержку со стороны местных органов власти, школ, учителей и других заинтересованных сторон *(66)*.

Факторы риска, связанные с местным сообществом и межличностными отношениями

Факторы риска самоубийств во многом связаны с сообществами, в которых живут люди. Во всем мире различные культурные, религиозные, правовые и исторические характеристики формируют общественные представления и взгляды в отношении самоубийства, что ведет к формированию широкого разнообразия социальных факторов, влияющих на риск самоубийства. Взаимоотношения человека с членами семьи, близкими друзьями и другими важными для него людьми тоже могут влиять на суицидальное поведение. Ниже описаны некоторые из важнейших факторов, относящихся к этим сферам.

Бедствия, войны и конфликты

Природные бедствия, войны и гражданские конфликты, разрушительно влияющие на общественное благополучие, здоровье, жилищные условия, занятость и финансовое положение, могут повышать риск самоубийств. Парадоксальным образом во время или непосредственно после бедствия или военного конфликта частота самоубийств может снизиться, однако этот феномен проявляется по-разному среди различных групп населения. Такое сиюминутное снижение может быть обусловлено остро возникающей потребностью в более прочной общественной сплоченности. В целом, по-видимому, четкая динамика суицидальной смертности после природных бедствий отсутствует, поскольку различные исследования демонстрируют различную картину *(67)*.

Стрессы аккультурации и перемещения

Стрессы аккультурации и перемещения существенно повышают риск самоубийств, которому подвержены ряд уязвимых групп, включая коренные народности, лиц, обратившихся за политическим убежищем, беженцев, интернированных и внутренне перемещенных лиц, а также новоприбывших иммигрантов.

Самоубийства распространены среди коренных народов: американские индейцы в США, индейцы и эскимосы Канады, австралийские аборигены и маори Новой Зеландии – во всех этих группах частота самоубийств гораздо выше, чем среди остального населения соответствующих стран *(68, 69)*. В особенности это касается молодежи и в первую очередь молодых мужчин, представляющих собой одну из наиболее уязвимых групп в мире *(70)*. Суицидальное поведение также более распространено среди сообществ коренных народов и аборигенов, переживающих переходный период *(71)*. Территориальную, политическую и экономическую автономию групп коренного населения часто нарушают, а их язык и культура игнорируются. Эти обстоятельства могут порождать ощущение депрессии, изоляции и дискриминации, сопровождающееся обидой и недоверием к государственным социальным и здравоохранительным службам, особенно если их услуги предоставляются в форме, культурно неприемлемой для этих групп населения.

Дискриминация

Дискриминация тех или иных подгрупп населения может носить постоянный, эндемичный и системный характер. Она может приводить к непрерывной последовательности тяжелых жизненных обстоятельств, таких как отсутствие свободы, социальное отторжение, стигматизация и насилие, провоцируя тем самым суицидальное поведение.

Связи между дискриминацией и самоубийствами могут прослеживаться, например, в следующих социальных группах:

- лица, содержащиеся под стражей *(72)*;
- лица, которые идентифицируют себя как лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы *(73)*;
- лица, подвергающиеся буллингу, в частности через онлайновые сети, и издевательствам со стороны окружающих *(74)*;
- беженцы, лица, обратившиеся за политическим убежищем, и мигранты *(75)*.

Травма или жестокое обращение

Травма и жестокое обращение способствуют обострению эмоционального стресса и может спровоцировать депрессию и суицидальное поведение среди уже уязвимых людей. Психосоциальные стресс-факторы, ведущие к самоубийству, могут быть вызваны различными видами травм (в том числе пытками, в особенности в случае беженцев и лиц, обратившихся за политическим убежищем), конфликтами с правосудием, финансовыми трудностями, проблемами, связанными с учебой или работой, а также буллингом *(76)*. Гораздо в большей степени склонны к самоубийству молодые люди, детство которых прошло в неблагоприятных условиях (физическое насилие, сексуальные или психологические злоупотребления, отсутствие внимания со стороны взрослых, дурное обращение, семейное насилие, развод родителей, проживание в детском доме) *(77)*. Влияния неблагоприятных факторов, имевшихся в детстве, как правило, взаимосвязаны и коррелируют, в совокупности увеличивая риск психического расстройства и суицида *(78)*.

Ощущение изоляции и отсутствие социальной поддержки

Изоляция возникает тогда, когда человек ощущает потерю связи со своим ближайшим окружением: с интимным партнером, членами семьи, сверстниками, друзьями и другими важными для него людьми. Изоляция часто сочетается с депрессией и переживанием одиночества и отчаяния. Ощущение

изоляции часто возникает тогда, когда человек сталкивается с негативными жизненными обстоятельствами или другими видами психологического стресса и не может поделиться своими проблемами с близкими. В сочетании с другими факторами это может повышать риск суицидального поведения, в особенности у людей старшего возраста, живущих в одиночестве, поскольку социальная изоляция и одиночество в значительной степени способствуют самоубийствам *(71)*.

Суицидальное поведение нередко бывает реакцией на личный психологический стресс в социальном контексте, который характеризуется отсутствием источников поддержки, что может служить отражением неблагополучия и отсутствия социальной сплоченности в более широком плане. Социальная сплоченность является той тканью, что связывает людей на различных уровнях общества – индивидов, семьи, школы, соседей, местные сообщества, культурные группы и общество в целом. Люди, которых объединяют тесные и прочные межличностные отношения и общие ценности, как правило, отличаются целеустремленностью, ощущают безопасность и сплоченность *(134, 135)*.

Семейные конфликты и утрата близких

Семейные неурядицы (например, развод), конфликты (например, из-за опеки над детьми) или утрата близкого человека (например, смерть интимного партнера) могут стать причиной горя и ситуационного психологического стресса, повышая риск самоубийства *(79)*. Нездоровый характер отношений также является фактором риска. Насилие, включая сексуальное, против женщин весьма распространено и часто исходит от интимного партнера. Насилие со стороны сексуальных партнеров приводит к увеличению частоты суицидальных попыток и повышению риска самоубийства. В глобальном масштабе 35% женщин хотя бы раз подверглись физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнера или сексуальному насилию со стороны другого человека *(80, 81)*.

Надлежащие вмешательства, направленные на факторы риска, связанные с местными сообществами и межличностными отношениями

1. Вмешательства для уязвимых групп

Выявлен ряд уязвимых групп населения (см. также вставки 4 и 6), подверженных повышенному риску самоубийства. Хотя скрупулезной оценки не проводилось, ниже приведены несколько примеров адресных вмешательств.

- *Лица, подвергшиеся жестокому обращению, получившие травму, пережившие военные конфликты или бедствия.* На основании результатов исследований, посвященных данным факторам риска, был сделан вывод о необходимости адресных вмешательств по отношению к наиболее уязвимым группам населения, пострадавшего от военного конфликта или разрушительного природного бедствия. При разработке и проведении политики следует всемерно содействовать сохранению существующих социальных связей в пострадавших сообществах *(82, 83)*.

- *Беженцы и мигранты.* Факторы риска различаются между группами, поэтому, возможно, более эффективными будут вмешательства, разработанные с учетом культурной специфики той или иной группы, а не одинаковые для всех иммигрантов *(84)*.

- *Коренные народности.* Обзор стратегий по работе с коренными народами в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и США показал, что профилактические меры на уровне местного сообщества, обучение «вахтеров» (см. ниже) и просветительные кампании, разработанные с учетом культурной специфики, успешно снижают ощущение безнадежности и уменьшают риск самоубийств. Наибольшего успеха достигали вмешательства, предпринятые с активным вовлечением коренного сообщества и в большой степени под его контролем, что гарантировало культурную приемлемость проводимых мероприятий *(85)*.

- *Заключенные.* Изучение факторов риска, влияющих на лиц, содержащихся в местах лишения свободы в Австралии, Европе, Новой Зеландии и США, показало, что профилактические вмешательства должны быть направлены на улучшение психического здоровья, снижение уровней злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами. Следует также избегать одиночного размещения уязвимых лиц. Все лица из этой группы должны проходить скрининг на суицидальное поведение в настоящем или прошлом *(86)*.

- *Лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные лица и интерсексуалы (ЛГБТИ).* Усилия по снижению риска самоубийств среди ЛГБТИ должны быть сосредоточены на борьбе с такими факторами риска, как психические расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, стигматизация, предвзятое отношение, а также индивидуальная и институциональная дискриминация *(87)*.

- *Поддержка лиц, переживающих утрату близких вследствие самоубийства или оказавшихся под его эмоциональным воздействием (поственция).* Вмешательства, адресованные лицам, потерявшим близких вследствие самоубийства или на которых оно произвело психологическое воздействие, имеют целью поддержать людей, переживающих горе, а также уменьшить вероятность подражательного суицидального поведения. Эти вмешательства могут проводиться в качестве поственций на базе школы, семьи или местного сообщества. Активное оказание поддержки семьям и друзьям жертв самоубийства приводит к тому, что люди чаще обращаются к группам поддержки, в том числе для лиц, понесших тяжелые утраты; в результате снижаются проявления острого эмоционального дистресса, такие как депрессия, тревога и отчаяние *(88)*.

Вставка 4.

Адресные вмешательства для военнослужащих и ветеранов

Все больше данных указывает на повышенный риск самоубийств среди военнослужащих и ветеранов вооруженных сил *(89)*. Эпидемиологические исследования, такие как Армейское исследование по оценке риска и психологической устойчивости военнослужащих (Army STARRS), проведенное в США, позволили выявить ряд факторов (в том числе состояние психического здоровья, военное звание и пол), влияющих на риск самоубийств среди лиц, проходящих службу в армии в настоящее время, и бывших военнослужащих *(90, 91)*.

В 2007 г. Министерство по делам ветеранов США создало Кризисную линию для ветеранов – федеральную бесплатную «горячую линию» для бывших военнослужащих и их семей. В 2009 г. она была расширена, охватив все военное сообщество.

В последние годы Департамент по делам ветеранов США и Министерство обороны США вложили значительные ресурсы в выявление характеристик, повышающих риск самоубийства, и осуществление вмешательств, имеющих целью снизить этот риск среди уязвимых групп. В результате этих усилий был выявлен ряд факторов, повышающих риск самоубийств, а также разработаны стратегии по выявлению и охвату лиц, подверженных такому риску. Примеры таких мер включают стратегии, направленные на улучшение ведения индивидуальных случаев, повышение уровня психологической устойчивости, организацию коллегиальной поддержки и совместное с пациентом планирование путей обеспечения его благополучия после выписки из стационара.

В число осуществляемых в настоящее время мероприятий входит работа по определению индивидуальных и групповых характеристик, повышающих риск самоубийства, которые могут быть в большей степени распространены среди лиц, поступающих добровольцами на военную службу в США; разработка методов, которые позволят охватить научно обоснованными лечебными мерами лиц с наличием нарушений; контроль периодов повышенной опасности – в особенности тех, что связаны с переходными периодами *(92)*.

2. Обучение «вахтеров»

Лица, подверженные риску самоубийства, редко обращаются за помощью. Тем не менее они могут демонстрировать наличие факторов риска и поведение, указывающее на уязвимость. «Вахтером» является любой, кто в состоянии определить у человека суицидальные намерения. В число важнейших потенциальных «вахтеров» входят:

- работники служб первичной, психиатрической и экстренной медицинской помощи;
- учителя и другие сотрудники школ;
- лидеры местных сообществ;
- работники полиции, пожарные и представители других служб экстренного реагирования;
- офицеры вооруженных сил;
- социальные работники;
- духовные и религиозные лидеры, традиционные целители;
- работники кадровых служб и менеджеры *(93)*.

Цель программ обучения «вахтеров» – совершенствовать их знания, установки и навыки, позволяющие идентифицировать лиц, находящихся в группе риска, определять уровень этого риска, а затем направлять этих лиц на лечение (см. также вставку 6). Все содержание этого обучения должно быть адаптировано к культуре

«вахтера» и включать в себя местную информацию о доступе к услугам медицинской помощи. Адаптированные программы показали обнадеживающие результаты в тех случаях, когда они были приспособлены к конкретной группе населения, например к группам австралийских аборигенов *(85)*. Исследования показали, что 25–50% женщин, проявлявших суицидальное поведение, в течение предшествовавших четырех недель обращались к врачу; таким образом, обучение «вахтеров» позволяет вести профилактическую работу с такими людьми *(94)*.

Обучение «вахтеров» – это передовая практика, влияние которой на снижение уровня самоубийств или суицидальных попыток пока окончательно не доказано *(95)*. См. также вставку 5, где изложена целевая программа для «вахтеров», направленная на улучшение их собственного здоровья.

Вставка 5.

Программа на рабочем месте по предупреждению самоубийств, позволившая сократить их число

Комплексная всесторонняя программа по предупреждению самоубийств среди полицейских в Монреале (Канада) привела к значительному снижению (на 79%) частоты самоубийств среди сотрудников монреальской полиции. Программа состояла из полдневного учебного семинара по проблеме самоубийств для всех сотрудников полиции. При этом основное внимание уделялось вопросам выявления риска и путям оказания помощи. Руководящий состав и представители профсоюза прошли тренинг, длившийся целый рабочий день и посвященный оценке риска и способам оказания помощи. Был создан добровольный полицейский телефон доверия, на котором дежурили специально обученные сотрудники, а также проведена кампания по информированию об имеющихся возможностях для получения помощи и о важности совместной работы для предупреждения самоубийств *(96)*.

Комплексные программы по предупреждению самоубийств, учитывающие основные культуральные характеристики рабочей среды, могут улучшить ценностные установки, знания и поведение и существенно снизить частоту самоубийств.

3. Горячие линии

Горячие линии – это телефонные службы, в которые люди могут позвонить, когда они не могут или не желают обращаться в другие структуры социальной поддержки или медико-психологической помощи. Горячие линии могут предназначаться для широких групп населения или для отдельных уязвимых групп. Второй вариант окажется предпочтительным, если людям поможет поддержка со стороны людей, находящихся в аналогичных условиях.

В США была продемонстрирована эффективность горячих линий в отношении оказания помощи лицам с резко выраженными суицидальными намерениями и снизили риск самоубийства непосредственно во время телефонной беседы и в последующие недели *(97)*. Анализ услуг горячих телефонных линий и аналогичных онлайновых чатов в Бельгии показал, что эти методы профилактики суицида могут оказаться эффективными и с финансовой точки зрения *(98)*. Горячие линии проявили себя в качестве полезной и широко применяемой передовой практики. Тем не менее, несмотря на снижение суицидального риска самоубийств с их помощью, дефицит методики оценки не позволяет получить достоверные доказательства в отношении сокращения частоты самоубийств.

Индивидуальные факторы риска

На риск самоубийства может повлиять индивидуальная уязвимость или, напротив, устойчивость. Индивидуальные факторы риска показывают, насколько велика вероятность возникновения у человека суицидального поведения.

Предшествующая суицидальная попытка

Наиболее сильный индикатор риска будущего самоубийства – одна или несколько суицидальных попыток, совершенные в прошлом *(99)*. Даже спустя год после такой попытки опасность самоубийства и преждевременной смерти от других причин остается высокой *(100)*.

Психические расстройства

В странах с высоким уровнем доходов у 90% жертв самоубийства имелись психические расстройства *(101)*, а среди 10%, не имевших четкого диагноза, наблюдались психические отклонения, характерные для лиц, совершающих суицид. Однако, как показывают исследования в Китае и Индии, в некоторых странах Азии, по-видимому, наблюдается меньшая степень распространенности психических расстройств среди жертв самоубийств – примерно 60% *(12, 102)*.

К этому фактору риска нужно подходить с осторожностью. Депрессия, нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ, и антисоциальное поведение, сравнительно широко распространены, и большинство подверженных им людей не совершают суицидальных действий. Вместе с тем, лица, совершающие самоубийства или суицидальные попытки, могут страдать от серьезной психиатрической коморбидности. Различные виды психических расстройств несут в себе разную степень риска самоубийств; наиболее распространенными нарушениями, влекущими за собой суицидальное поведение, являются депрессия и расстройства, связанные с употреблением алкоголя. По оценкам, риск самоубийства в течение жизни составляет 4% для пациентов с аффективными расстройствами *(103)*, 7% для индивидов с алкогольной зависимостью *(104)*, 8% для лиц с синдромом биполярных расстройств *(105, 106)*, и 5% для индивидов, страдающих шизофренией *(107)*.Важно отметить, что риск развития суицидального поведения значительно возрастает при наличии коморбидности – сочетания двух или нескольких психических расстройств *(101)*.

Вредное употребление алкоголя и других психоактивных веществ

Все расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, повышают риск самоубийств *(108)*. В 25–50% случаев жертвы самоубийства страдали расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (104), и риск самоубийства возрастает еще больше, если употребление алкоголя или психоактивных веществ сочетается с другими психическими нарушениями. Из всех смертей от самоубийства 22% могут быть отнесены за счет употребления алкоголя; иными словами, если бы люди не употребляли алкоголь, каждое пятое самоубийство не было бы совершено *(109)*. Зависимость от других психоактивных веществ, включая марихуану, героин или никотин, также является фактором риска самоубийства *(110).*

Потеря работы или финансовые проблемы

Потеря работы, лишение ипотечного кредита на дом или финансовая неопределенность повышают риск самоубийства в том случае, если они сочетаются с другими факторами риска, такими как депрессия, тревога, насилие или вредное употребление алкоголя *(111)*. Таким образом, экономические спады, в той мере, в которой они обусловливают жизненные невзгоды за счет потери работы или финансовых убытков, могут выступать в качестве индивидуального фактора риска самоубийств *(112)*.

Безнадежность

Ощущение безнадежности как когнитивный аспект психологического функционирования, наблюдаемое в сочетании с психическими расстройствами или предшествующими попытками самоубийства, часто используется в качестве индикатора риска самоубийства *(113)*. Три основных аспекта безнадежности – это негативные мысли о будущем, утрата мотиваций и отсутствие надежды на лучшее. Безнадежность можно часто трактовать как наличие таких мыслей, как «будет только хуже» или «я не вижу никаких улучшений». В большинстве случаев безнадежность сопровождается депрессией *(114)*.

Хронический болевой синдром и наличие заболевания

Хроническая боль и наличие заболевания – важные факторы риска суицидального поведения. Как показали исследования, среди тех, кто испытывает хроническую боль, суицидальное поведение распространено в два-три раза чаще по сравнению с общим населением *(115).* Все болезни, приводящие к боли, инвалидности, нарушениям нервно-психического развития и дистрессу, повышают риск самоубийства *(116)*. В число таких болезней входят рак, диабет и ВИЧ/СПИД.

Случаи самоубийства в семье

Самоубийство члена семьи или товарища по работе может оказывать тяжелое воздействие на жизнь человека. Потеря близкого – это разрушительная эмоциональная травма для большинства людей; помимо горя утраты сама причина смерти может вызывать у членов семьи и близких стресс, чувство вины, стыд, гнев, тревогу и психологический дистресс. Могут

измениться взаимоотношения в семье, обычные источники поддержки окажутся нарушены, стигма может помешать поиску поддержки у окружающих, а окружающим – помешать предложить помощь *(117)*. Самоубийство близкого человека может снизить суицидальный порог у тех, кто испытывает горе от этой утраты *(118)*. По всем этим причинам люди, понесшие тяжелую потерю или оказавшиеся под эмоциональным воздействием совершенного самоубийства, сами оказываются подверженными повышенному риску самоубийства или развития психического расстройства *(119)*.

Генетические и биологические факторы

Генетические аномалии и нарушения развития в ряде нейробиологических систем коррелируют с суицидальным поведением. Например, низкий уровень серотонина приводит к серьезным суицидальным попыткам среди пациентов с аффективными расстройствами, шизофренией и личностными нарушениями. Случаи самоубийства в семье являются серьезным фактором риска самоубийств и суицидальных попыток *(120)*.

Вмешательства, направленные на индивидуальные факторы риска

1. Последующее наблюдение и поддержка на уровне местных сообществ

Недавно выписанные пациенты часто испытывают нехватку социальной поддержки и могут почувствовать себя в изоляции, покинув больницу. Последующее наблюдение за ними, а также поддержка на уровне местного сообщества способствуют снижению числа самоубийств и суицидальных попыток среди недавно выписанных пациентов *(121)*. Систематическое последующее наблюдение – рекомендуемое вмешательство, недорогое и легко осуществимое; его можно предпринимать, используя скромные ресурсы, силами имеющегося медицинского персонала, в том числе обученных медицинских работников общего профиля *(122)*. Такая практика особенно полезна в странах с низким и средним уровнями доходов. Данное вмешательство может осуществляться при помощи отправки почтовых открыток, телефонных звонков или кратких индивидуальных посещений (формальных или неформальных), целью которых является установление и поддержание контакта с пациентом *(123, 124)*. Важно вовлечь в оказание последующей помощи членов местного сообщества – семью, друзей, коллег, кризисные центры или местные центры психического здоровья. Это позволяет поддерживать регулярное наблюдение за состоянием пациента и способствует соблюдению режима назначенного лечения *(122)*.

2. Оценка и коррекция суицидального поведения

Важно разрабатывать эффективные стратегии по диагностике и коррекции суицидального поведения. Согласно руководству ВОЗ по действиям в рамках mhGAP любые проявления мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение или самоубийство, являются прямым показанием для проведения всестороннего обследования. Руководство также рекомендует спрашивать каждого ребенка старше 10 лет или взрослого, подверженного тем или иным факторам риска, включая хронический болевой синдром или острый эмоциональный дистресс, о наличии мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение/самоубийство *(122)*. Следует проводить тщательную оценку путем клинического опроса и анализа дополнительной информации *(125)*.

Необходимы обучение и повышение квалификации медицинских работников, в первую очередь в службах экстренной помощью, чтобы гарантировать предоставление нуждающимся психосоциальной поддержки, а также обеспечение последующего наблюдения и поддержки на уровне местного сообщества. Оценка и коррекция суицидального поведения позволяет воздействовать не только на индивидуальные факторы риска, но и на факторы риска, связанные с межличностными отношениями.

3. Диагностика и лечение психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ

Важнейший шаг на пути предотвращения самоубийств – обучение медицинского персонала методам диагностики и лечения психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ. Многие из совершивших самоубийство в течение предшествующего месяца контактировали с работниками учреждений первичной медико-санитарной помощи *(126)*. Обучение медицинского персонала навыкам распознавания депрессии и других психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также методам детальной оценки риска самоубийства – важное средство профилактики суицида. Учебу нужно проводить в непре-

рывном режиме или регулярно из года в год, вовлекая в учебные мероприятия большинство медицинских работников региона или страны *(42)*. Для того чтобы типовая программа обучения была эффективной в разных странах и для разных культур, ее необходимо адаптировать с учетом местных факторов риска.

Руководство ВОЗ по принятию мер в рамках mhGAP, предназначенное в первую очередь для обучения медицинского персонала общего профиля, содержит инструкции по диагностике и лечению следующих важнейших состояний: депрессия, психоз, эпилепсия / судорожные припадки, аномалии нервно-психического развития, нарушение поведения, деменция, нарушения, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, самоповреждения / суицидальные попытки *(122)*.

Тем не менее важно учитывать тот факт, что недостаточная квалификация медицинских работников в части диагностики и лечения психических расстройств обусловлены многочисленными факторами, в частности такими, как дефицит знаний и опыта в области психического здоровья, стигматизация, низкий уровень сотрудничества с психиатрами и слабые навыки проведения клинического опроса. Таким образом, успешная работа с этими недостатками, например посредством учебных программ и специальной подготовки, может иметь важное значение для повышения уровня диагностики и лечения.

Вставка 6.

Многокомпонентные вмешательства

Существует множество причин и механизмов развития суицидального поведения. Следовательно, особенно полезными для предупреждения самоубийств будут вмешательства, сочетающие несколько профилактических стратегий. И действительно, результаты исследований свидетельствуют о том, что многокомпонентные стратегии приводят к успешному снижению частоты самоубийств.

Например, программа Военно-воздушных сил США, сочетающая в себе 11 компонентов действий на основе сообществ и системы здравоохранения, с механизмами подотчетности и созданием стандартных протоколов, показала высокую эффективность в предупреждении самоубийств среди персонала Военно-воздушных сил *(127)*.

Реализация в Нюрнберге (Германия) многокомпонентной программы, ориентированной на депрессивные расстройства, позволила существенно снизить частоту самоубийств и суицидальных попыток *(128)*. В рамках программы проводились вмешательства четырех видов: информационные кампании для общей аудитории; обучение общественных координаторов, в том числе учителей, журналистов и полицейских; обучение врачей общего профиля; поддержка пациентов и их семей. Эти многопрофильные действия в настоящее время применяются Европейским альянсом против депрессии, в котором участвуют партнерские организации из 17 стран *(129)*.

Представляются эффективными многокомпонентные вмешательства, направленные на лиц, подверженных повышенному риску. В Соединенном Королевстве исследователи проверили влияние девяти компонентов реформы здравоохранения на статистику самоубийств *(130)* и убедились, что службы здравоохранения, осуществившие большее число реформ, добились более значительного снижения уровня самоубийств. В особенности этому способствовали три программы: круглосуточное реагирование на кризисы, стратегии двойной диагностики и проведение мультидисциплинарного анализа после каждого случая суицида. Эти исследования в своей совокупности подтверждают возможность дополняющего и синергического эффекта при комбинации множественных вмешательств.

Мифы о самоубийствах

Миф:

~~Человек, совершающий суицидальные действия, определенно решил умереть~~

Факт:

Напротив, суицидально настроенные люди часто колеблются в своих намерениях и не до конца уверены в своем желании умереть. Человек может совершить импульсивный поступок, приняв яд, и умереть спустя несколько дней, хотя он хотел бы остаться в живых. Эмоциональная поддержка в нужный момент может предотвратить самоубийство.

Что защищает людей от рисков самоубийства?

В отличие от факторов риска защитные факторы оберегают человека от опасности самоубийства. В то время как многие действия по предупреждению самоубийств направлены на снижение факторов риска, не менее важно изучать и укреплять факторы, которые, как доказано, повышают сопротивляемость человека и укрепляют его связи с другими, защищая от суицидального поведения. Сопротивляемость срабатывает как амортизатор, гася воздействие риска самоубийства; у людей, обладающих высокой сопротивляемостью, причинно-следственная связь между риском самоубийства и суицидальным поведением ослаблена *(131)*. Некоторые защитные факторы противостоят конкретным, единичным факторам риска, а другие защищают людей сразу от ряда рисков.

Прочные личные взаимоотношения

Риск суицидального поведения повышается, когда люди страдают от конфликтов в межличностных отношениях, потери друзей или семейных неурядиц. Напротив, поддержание и укрепление здоровых отношений с близкими может повысить индивидуальную сопротивляемость и стать фактором, защищающим от риска самоубийства. Представители ближайшего социального окружения человека – интимный партнер, члены семьи, коллеги, друзья и другие значительные для него люди – имеют на него наибольшее влияние и могут поддержать его в тяжелую минуту. Друзья и члены семьи могут быть важнейшим источником социальной, эмоциональной и финансовой помощи и способны снизить воздействие внешних стресс-факторов. В частности, сопротивляемость, полученная благодаря этой поддержке, смягчает фактор риска самоубийства, связанный с травматическими обстоятельствами в детстве *(51).* Отношения с окружающими играют особенно важную роль в защите подростков и пожилых людей, которые имеют более высокий уровень зависимости.

Религиозные верования и духовные убеждения

Рассматривая религиозные верования или духовные убеждения как защиту от самоубийства, важно соблюдать осторожность. Вера сама по себе может быть защитным фактором, поскольку она, как правило, дает структурированную систему убеждений и может поддерживать образ действий, который считается физически и психически благотворным *(132)*. Однако многие религиозные и культурные убеждения и нормы поведения, вследствие свойственным им моральным установкам, также внесли вклад в стигматизацию самоубийства, что может служить препятствием для обращения за помощью. Защитная ценность религии и духовности может обеспечиваться доступом к социально сплоченному сообществу с единой системой ценностей, которое поддерживает своих членов.

Запреты, существующие во многих религиозных группах могут создавать барьеры для факторов риска, например таких, как употребление алкоголя. Наряду с этим, в социальной практике некоторых религий поощряется самосожжение, например женщин в Южной Азии, потерявших своих мужей *(133).* Следовательно, хотя религия и духовные убеждения могут в определенной степени защищать от самоубийства, многое зависит от конкретных культурных и контекстуальных условий, практики и трактовок.

Образ жизни: стратегии позитивного преодоления трудностей (копинг) и благополучие

Субъективное индивидуальное благополучие и стратегии позитивного преодоления трудностей (копинг) являются надежной защитой от самоубийства *(134).* Ощущение благополучия отчасти основано на личностных характеристиках человека, определяющих его уязвимость или, напротив, устойчивость к стрессу и травмирующим воздействиям. Эмоциональная стабильность, оптимистичное мировоззрение и хорошо развитое самосознание помогают справляться с жизненными трудностями. Высокая самооценка, вера в свои силы и умение решать проблемы, в том числе и обратиться за помощью, когда это нужно, способны смягчить воздействие стресс-факторов и последствия трудностей, пережитых в детстве *(135).* Готовность обратиться за помощью в связи с нарушениями психического здоровья в особенной степени зависит от личных установок. Поскольку психическим расстройствам широко сопутствует стигматизация, люди (в особенности мужчины) порой избегают обращаться за помощью. В результате психические расстройства могут усугубляться, повышая риск самоубийства, чего можно было бы избежать путем вмешательства на ранней стадии. Здоровый образ жизни, способствующий психическому и физическому благополучию, включает регулярную физическую активность и занятия спортом, достаточный сон и рациональное питание, учет воздействия на здоровье алкоголя и психоактивных веществ, хорошие отношения с окружающими и социальные контакты, а также эффективное управление стрессом *(136, 137).*

Использование «опережающих подходов» (upstream approaches), таких как воздействие на факторы риска и развитие защитных факторов на ранних этапах жизни, со временем может «повысить шансы на более адаптивные исходы». Более того, опережающие подходы могут одновременно влиять на целый ряд аспектов здоровья и социальных проявлений, таких как самоубийства, злоупотребление психоактивными веществами, насилие и преступность *(138)* (см. вставку 7).

Вставка 7.

Теоретически эффективные опережающие профилактические подходы

Была установлена связь между неблагоприятными условиями в детстве (например, дурное обращение с детьми, домашнее насилие, психические расстройства родителей) и другими факторами риска, проявляющимися на раннем жизненном этапе (например, буллинг или подростковая преступность), с последующей заболеваемостью и смертностью, в том числе самоубийствами *(139)*. Таким же образом и защитные факторы (например, прочные межличностные отношения и чувство сплоченности), приобретенные в детстве, могут снизить риск самоубийства в будущем. Существуют так наз. опережающие (upstream) стратегии, но их влияние на самоубийства и попытки самоубийства остается во многом неизученным; тем не менее теоретически они эффективны и представляют собой потенциально успешные направления действий по предупреждению самоубийств и их оценке.

Можно привести следующие примеры опережающих стратегий:

- Для периода раннего детства – домашние посещения малообеспеченных беременных и недавно родивших женщин в просветительных целях силами обученного персонала (например, медсестер) *(140, 141).*
- Программы наставничества, укрепляющие связи между уязвимыми подростками и стабильными, заботливыми, готовыми поддержать взрослыми *(142).*
- Местные профилактические системы, направленные на мобилизацию всего сообщества на решение проблем здоровья и поведения подростков путем сотрудничества и вовлечения *(143).*
- На уровне школ – программы по предупреждению насилия и обучению новым навыкам, которые вовлекают учителей и других школьных работников, учеников и их родителей в воспитание социальной ответственности и развитие социально-психологических навыков (таких как рациональное преодоление проблем, поиск необходимой помощи и др.) *(144).*

Текущее положение дел в области предотвращения самоубийств

Мифы о самоубийствах

Миф:

~~Если у человека имеется склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда~~

Факт:

Повышение суицидального риска нередко носит преходящий характер и связано с конкретной ситуацией. Суицидальные мысли могут вернуться, но они не являются чем-то постоянным, и человек, ранее имевший суицидальные намерения и совершавший попытки самоубийства, может прожить долгую жизнь.

Самоубийства – важнейшая общемировая проблема общественного здравоохранения, однако их можно предотвращать. Необходимо, чтобы страны более активно – через различные секторы (здравоохранения, социального обеспечения и другие) – инвестировали людские и финансовые ресурсы в профилактику суицида *(145).* Министерства здравоохранения играют центральную роль в государственных усилиях, направленных на снижение числа самоубийств. Но чтобы сократить частоту самоубийств на национальном уровне, требуется многосекторальная работа. Поэтому в рамках всеобъемлющих национальных программ на министерствах здравоохранения лежит ответственность за вовлечение других министерств, а также заинтересованных сторон вне государственного сектора.

Что известно и чего удалось добиться

В последние несколько десятилетий чрезвычайно вырос уровень знаний о суицидальном поведении. Полезно рассмотреть некоторые достижения в исследовании проблемы самоубийств, а также в политике и практике ее решения.

Научные достижения

1. Признание многопричинности. В настоящее время общепризнанно, что суицидальное поведение определяется взаимодействием биологических, психологических, социальных, средовых и культурных факторов. Исследователи и клиницисты убедились в том, что коморбидность (например, сочетание аффективных расстройств с нарушениями, связанными употреблением алкоголя) вносит вклад в повышение риска самоубийства.

2. Выявление факторов риска и защитных факторов. Эпидемиологические исследованиями, проведенные как среди населения в целом, так и среди конкретных уязвимых групп, позволили выявить многочисленные факторы риска и защитные факторы, влияющие на суицидальное поведение *(146).* Расширился объем знаний о психологических факторах и ряде когнитивных механизмов, связанных с суицидальным поведением (таких как чувство безысходности, когнитивная ригидность, ощущение «западни», затрудненное принятие решений, импульсивность), а также о защитной роли социальной поддержки и наличия развитых навыков преодоления трудностей.

3. Признание культурных различий. Стало очевидным культурное разнообразие факторов риска самоубийства. Оно особенно наглядно предстает в контекстах, где психические расстройства играют менее важную роль, например в таких странах, как Индия *(13)* и Китай *(12)*. Растет осознание того, что психосоциальные факторы и влияния культуры/традиций могут играть весьма важную роль в повышении риска самоубийств. Вместе с тем культура может быть и защитным фактором: например, установлено, что культурная непрерывность (т. е. сохранение традиционной идентичности) является важным защитным фактором для индейцев и других коренных народностей Северной Америки *(147).*

Достижения в области политики

1. Национальные стратегии по предотвращению самоубийств. В последние десятилетия, в особенности после 2000 г., в ряде стран были разработаны национальные стратегии по предотвращению самоубийств. Известно, что такие стратегии существуют в 28 странах, что демонстрирует их приверженность делу решения этой важнейшей проблемы.

2. Всемирный день предотвращения самоубийств. Кульминацией международного признания суицида в качестве важнейшей проблемы общественного здравоохранения стало проведение 10 сентября 2003 г. первого Всемирного дня предотвращения самоубийств. Этот день отмечается каждый год под эгидой Международной ассоциации по предотвращению самоубийств (МАПС) при поддержке со стороны ВОЗ. Всемирный день вдохновляет на проведение кампаний по предупреждению самоубийств на национальном и местном уровне, а также способствует повышению осведомленности о самоубийствах и уменьшению связанной с ними стигматизации во всем мире.

3. Обучение по вопросам самоубийств и их профилактики. В научно-академических учреждениях создано множество исследовательских групп по изучению проблемы самоубийств, а также действуют соответствующие программы пред- и последипломной подготовки. За последние 15 лет распространилась практика проведения учебных мероприятий по предупреждению самоубийств, со специальными модулями для разных ситуаций, например для школ, военных структур и мест лишения свободы.

Достижения в области практики

1. Привлечение медицинских работников общего профиля. Созданы руководства с целью расширения возможностей служб первичной медико-санитарной помощи в области диагностики и оказания помощи при суицидальном поведении путем вовлечения медицинских работников общего профиля. Это направление имеет важное значение для стран с низким и средним уровнем доходов, имеющих ограниченные ресурсы *(122, 148).*

2. Группы взаимопомощи. С 2000 г. значительно возросло число вновь создаваемых групп взаимопомощи, как для лиц, совершивших суицидальную попытку, так и для тех, кто в результате самоубийства потерял близких.

3. Обученные волонтеры. Обученные волонтеры, проводящие консультирование в режиме онлайн и по телефону – ценный источник эмоциональной поддержки для людей, переживающих кризисную ситуацию *(150)*. В частности, международное признание получили горячие линии (телефоны доверия) благодаря той роли, которую они играют в поддержке людей во время суицидальных кризисов *(151).*

Что в настоящее время предпринимают страны для предотвращения самоубийств?

В 2013 г. МАПС и Департамент психического здоровья и токсикомании ВОЗ приступили к проведению глобального опроса МАПС-ВОЗ по предотвращению самоубийств, чтобы получить информацию о национальных стратегиях и деятельности в этой сфере. Опросные листы были разосланы в основном членам МАПС в 157 государствах, и 90 государств ответили на них (глобальный показатель участия – 57%). Ответы были получены от 18 государств в Африканском регионе, 17 – в Регионе стран Америки, 11 – в Регионе Восточного Средиземноморья, 26 – в Европейском регионе, 7 – в Регионе Юго-Восточной Азии, и 11 – в Регионе Западной части Тихого океана. Полученные результаты следует интерпретировать с осторожностью, поскольку они не позволяют сделать общие выводы по всем странам.

Действия на национальном уровне по предупреждению самоубийств

В 55 ответивших странах (61%), самоубийство считается существенной проблемой общественного здравоохранения. В зависимости от региона ВОЗ, эта цифра колеблется от 20 (77%) в Европейском регионе до 2 (29%) в регионе Юго-Восточной Азии.

В 28 ответивших странах (31%), существует принятая на правительственном уровне всесторонняя национальная стратегия или план действий (табл. 2). В подавляющем большинстве стран такие документы были разработаны после 2000 г.

Таблица 2. Число стран, принявших участие в опросе, в которых утверждена или находится в процессе разработки национальная стратегия предупреждения самоубийств

	Число стран, имеющих национальную стратегию или план действий	Число стран с национальной стратегией или планом действий в процессе разработки
Африканский регион	0	3
Регион стран Америки	8	2
Регион Восточного Средиземноморья	0	1
Европейский регион	13	5
Регион Юго-Восточной Азии	2	0
Регион Западной части Тихого океана	5	2
Общее число стран	28	13

В 48 странах (53%) указано наличие неправительственной организации, специально занимающейся предупреждением самоубийств. В зависимости от региона число таких стран варьировалось от 22 в Европейском регионе до 1 в Регионе Восточного Средиземноморья. В 20 ответивших государствах (22%) существует национальный центр или институт, занимающийся изучением и/или предупреждением самоубийств. Наибольшая распространенность таких центров характерна для Европейского региона *(10)*, наименьшая – для Африканского региона и Региона Восточного Средиземноморья (по 1 в каждом).

Среди государств, не имеющих национальной стратегии, в 47 странах (52%) осуществлен ряд мероприятий по предупреждению самоубийств (табл. 3).

Таблица 3. Деятельность государств, принявших участие в опросе и не имеющих национальной стратегии предотвращения самоубийств

Тип программы	Характеристика	Число стран
Национальная программа	Программа или инициатива, включающая мероприятия на национальном уровне по одному или нескольким главным направлениям предупреждения самоубийств, проводимые под руководством НПО или научно-академического учреждения.	7
Программа для конкретного средового контекста	Одна или несколько всесторонних многопрофильных инициатив по предотвращению самоубийств, осуществляемые под управлением конкретного учреждения, частного сектора или прочих структур.	9
Единичные программы	Точечные/отдельные программы или мероприятия по одному или нескольким главным направлениям предупреждения самоубийств, проводимые на субнациональном уровне под руководством региональных, территориальных или местных органов.	26
Интегрированная программа	Специальная стратегия или программа отсутствует, но предупреждение самоубийств интегрировано в политику здравоохранения в качестве компонента других программ (например, по проблемам психического здоровья, алкоголизма, неинфекционных заболеваний).	8

Обучение по вопросам оценки риска самоубийства и вмешательств, направленных на его снижение

В 34 странах, ответивших на данный вопрос анкеты (38%), широко практикуется обучение специалистов по психическому здоровью методам оценки риска самоубийства и его коррекции. Число проводящих такое обучение стран варьировалось от 14 в Европейском регионе до 3 в Африканском регионе.

Обучение медицинских работников общего профиля проводится в 23 ответивших странах (26%). Разброс по регионам – от 9 стран в Европейском регионе до 1 страны в Африканском регионе и в Регионе Западной части Тихого океана.

Обучение по вопросам предупреждения самоубийств для лиц, не являющихся медицинскими работниками, например работников служб экстренного реагирования, учителей, журналистов, проводится в 33 странах (37%), ответивших на данных вопрос. Разброс показателя – от 15 стран в Европейском регионе до 0 в Африканском регионе.

Группы поддержки для лиц, потерявших близких в результате самоубийства

В 38 из 90 стран (42%) существуют группы взаимопомощи для лиц, потерявших близких в результате самоубийства. Разброс – от 20 стран в Европейском регионе до 0 в Регионе Восточного Средиземноморья. В 25 странах из 38 (66%) часть групп поддержки работают под руководством сертифицированных специалистов, а в 9 странах из 38 (24%) такие специалисты возглавляют все группы поддержки.

Правовой статус самоубийства в различных странах мира в настоящее время и перспективы его изменения

В начале XIX века в законодательстве большинства стран мира для людей, пытавшихся совершить самоубийство, предусматривалось наказание вплоть до тюремного заключения. Но за последние полвека ситуация кардинально изменилась. Большинство стран, хотя не все, исключили самоубийство из числа противоправных деяний.

Из 192 изученных суверенных стран и государственных образований *(152)* в 25 есть специальные законы, предусматривающие наказание за попытку самоубийства. Еще 10 стран следуют законам шариата, и в них люди, совершившие попытку самоубийства, также могут подвергнуться наказанию. Наказания варьируются от небольшого штрафа или краткосрочного лишения свободы до пожизненного заключения. Необходимо признать, что во многих странах, где есть подобные законы, фактического преследования лиц, совершивших суицидальную попытку, не проводится. Сложность ситуации можно проиллюстрировать следующими примерами из разных стран:

- Лица, пытавшиеся совершить самоубийство, в обязательном порядке заключаются под стражу, но, как правило, не подвергаются преследованию, если речь идет о первой попытке, и покидают полицейский участок, получив суровое предупреждение по поводу дальнейших попыток. После второй попытки их обычно приговаривают к лишению свободы.

- Лиц, пытавшихся покончить с собой, заключают под стражу; группа юристов-волонтеров дает им советы, оказывает помощь в освобождении и направлении на лечение.

- Полиция иногда арестовывает лиц, пытавшихся покончить с собой, но по решению судьи они освобождаются из-под стражи.

Каков эффект декриминализации самоубийств?

Каких-либо данных или свидетельств, которые указывали бы на то, что при декриминализации суицида уровень самоубийств возрастает, не имеется. Напротив, эта мера приводит к возникновению тенденции к снижению частоты самоубийств. Существует возможность роста, в результате декриминализации, числа извещений о случаях самоубийства, поскольку отсутствует страх правовых санкций. Это позволит более точно оценивать масштабы проблемы. Когда самоубийство считается преступлением, суицидальные попытки часто скрывают, а о смертях в результате самоубийств не сообщают, что создает ложное впечатление меньшей распространенности суицидального поведения. Все государства должны пересмотреть свои правовые нормы касательно самоубийств, чтобы убедиться, что они не создают барьеров для обращения людей за необходимой помощью.

Выработка всестороннего комплекса мер на национальном уровне, направленных на предотвращение самоубийств

Мифы о самоубийствах

Миф:

~~К суициду склонны лишь люди с психическими расстройствами~~

Факт:

Суицидальное поведение указывает на крайне тяжелое эмоциональное состояние, но вовсе не обязательно на психическое расстройство. Многие люди, страдающие психическими расстройствами, не склонны к суициду, и не все, кто добровольно уходит из жизни, имеют нарушения психического здоровья.

Создание в странах национального комплекса мер по предотвращению самоубийств дает возможность для решения этой задачи в масштабах всего мира с использованием наиболее эффективных путей для каждой конкретной страны. Вне зависимости от текущей ситуации в стране в отношении приверженности делу предупреждения самоубийств и выделяемых на это ресурсов, сам по себе процесс разработки национального комплекса мер может способствовать профилактической работе. Создание национального комплекса мер может служить объединяющим фактором для самых различных потенциальных участников, заинтересованных в предупреждении самоубийств, что позволит опереться на их опыт и знания в процессе коллективной работы. Результатом будет объединение заинтересованных представителей государственных органов, НПО, системы здравоохранения и других секторов для совместной выработки, с учетом конкретных страновых условий, долгосрочных национальных стратегий, основанных на модели общественного здравоохранения. Многочисленные заинтересованные структуры внутри стран, включая группы поддержки выживших после суицидальных попыток и движения в защиту уязвимых групп, уже принимают активное участие в профилактике суицида. Министерства здравоохранения и руководители национального уровня играют ключевую роль в координировании этого процесса, поскольку сильное лидерство гарантирует постановку обоснованных и измеримых целей и задач.

Для получения полноценных результатов национальные действия по предупреждению самоубийств могут быть направлены на решение следующих задач:

- повышать уровень эпидемиологического наблюдения и научных исследований;
- выявлять и охватывать адресными вмешательствами уязвимые группы;
- совершенствовать оценку и коррекцию суицидального поведения;
- поддерживать и укреплять средовые и индивидуальные защитные факторы;
- повышать информированность общества путем просветительных мероприятий;
- изменять в благоприятном направлении общественные установки и мнения и устранять стигматизацию по отношению к людям с нарушениями психического здоровья или демонстрирующим суицидальное поведение;
- сокращать доступ к средствам совершения самоубийства;
- всячески стимулировать СМИ к внедрению более ответственных подходов к практике освещения самоубийств;
- оказывать поддержку лицам, потерявших близких в результате самоубийств.

Кроме того, все государства должны пересмотреть свои правовые нормы касательно самоубийств, чтобы убедиться, что они не создают барьеров для обращения людей за необходимой помощью.

Отсутствие полноценной всесторонней национальной стратегии не должно быть помехой в осуществлении адресных программ предупреждения самоубийства, поскольку они могут внести свой вклад в общенациональные усилия. Такие программы направлены, во-первых, на выявление групп, подверженных риску самоубийств, а во-вторых, на улучшение их доступа к необходимым услугам и ресурсам. Адресные программы создаются с целью улучшения психического благополучия и снижения риска суицида, и в процессе их разработки важно принимать во внимание культурное многообразие, использовать технологические новшества и предусматривать обучение методам профилактики и просветительные мероприятия для конкретных групп *(153)*.

Важное значение имеет проведение оценки эффективности общенациональных действий, и ее следует предусматривать в отношении всех адресных программ и вмешательств, однако решение этой задачи по-прежнему сопряжено с трудностями *(154).* Во всех службах, участвующих в предупреждении самоубийств, ресурсы и навыки проведения оценки программ носят ограниченный характер. Приоритетными действиями в этом плане являются создание инфраструктуры для обучения и подготовки кадров, а также обеспечение и поддержка возможностей для обмена информацией о методах оценки.

Пример из практики: Япония – предотвращение самоубийств в условиях социально-экономических перемен

Контекст

В 1998 г. число самоубийств в Японии значительно выросло по сравнению с предыдущим годом – с 24 391 до 32 863. С 1978 по 1997 год среднее число самоубийств в год составляло примерно 25 000. По преобладающему мнению, причиной настолько стремительного роста стали социально-экономические проблемы в стране. Частота самоубийств повысилась во всех возрастных группах, но особенно резко среди мужчин среднего возраста. Несмотря на признанные факторы риска, самоубийство в Японии оставалось социальным табу. Оно считалось личной проблемой и не подвергалось широкому публичному обсуждению.

Движущие силы перемен

В 2000 г. положение начало меняться, когда дети, потерявшие родителей в результате самоубийства, начали, преодолевая табу, рассказывать в прессе о том, что им пришлось пережить.
В 2002 г. Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения провело «круглый стол экспертов, посвященный мерам по предупреждению самоубийств». В последующем отчете подчеркивалось, что стратегия предупреждения самоубийств призвана не только правильно оказывать помощь при психических расстройствах, но и включать в себя многосторонний анализ психологических, социальных, культурных и экономических факторов. Однако этот отчет был рассмотрен лишь как экспертная рекомендация и не нашел полного отражения в каких-либо практических мерах.

В 2005–2006 гг. самоубийство в Японии начали считать «социальной проблемой», что дало начало конкретным действиям. В мае 2005 г. неправительственная организация LIFELINK в сотрудничестве с одним из депутатов парламента провела первый форум по проблеме самоубийств. На форуме LIFELINK и другие НПО выдвинули предложения по неотложной комплексной профилактике суицида. Министр здравоохранения, труда и социального обеспечения, принявший участие в форуме, пообещал от имени правительства принять немедленные меры для решения проблемы самоубийств. Эти заверения широко освещались в СМИ.

Законодательство

В 2006 г. в целях разработки стратегии предупреждения самоубийств была создана двухпартийная парламентская группа. При поддержке более чем 100 000 человек, подписавших петицию с призывом создать закон, регулирующий предотвращение самоубийств, был принят Базовый акт Японии о предотвращении самоубийств, который вошел в силу закона в июне 2006 г. После этого роль движущей силы перешла от Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения к Секретариату Кабинета министров, и предупреждение самоубийств стало всеобъемлющей государственной стратегией, не ограниченной рамками одного министерства. В 2007 г. были приняты «Общие принципы предотвращения самоубийств», ставившие целью профилактику суицида и оказание помощи выжившим после суицидальных попыток. В их основу легла концепция о том, что стратегия предупреждения самоубийств поможет выстроить общество, граждане которого будут жить значимой жизнью, при этом на государство были возложены различные обязанности. Принципы Базового акта отражают идею, что действия по предупреждению самоубийств должны учитывать всю сложность факторов, относящихся к самоубийствам, а не быть сосредоточенными исключительно на психических расстройствах. Следовательно, в их число должны входить осуществляемые в тесном сотрудничестве между заинтересованными сторонами «превенция, интервенция и поственция», то есть предупредительные меры, оказание помощи в случае попытки самоубийства и предоставление помощи ближайшему окружению, если самоубийство произошло.

В 2009 г., после глобального экономического кризиса 2008 г., японское правительство обеспечило финансирование действий через Региональный чрезвычайный фонд по усилению профилактики суицида. Главной задачей Регионального фонда была поддержка местных мероприятий по предупреждению самоубийств, включая проведение интенсивных информационно-просветительных кампаний на протяжении марта – критического месяца, когда, как было установлено, растет число самоубийств.
В 2010 г. правительство провозгласило март Национальным месяцем предотвращения самоубийств. Кроме того, был реформирован процесс сбора данных: Национальному агентству полиции было вменено в обязанность предоставлять ежемесячную подробную статистику самоубийств на муниципальном уровне. Это облегчило осуществление мер по предупреждению самоубийств в соответствии с местными условиями.

В 2012 г. «Общие принципы профилактики суицида» были пересмотрены с особым вниманием к вопросам оказания поддержки молодежи и лицам, которые ранее совершили суицидальную попытку.

Пример из практики: Япония – предотвращение самоубийств в условиях социально-экономических перемен *(продолжение)*

Результаты

В 2009 г. началось постепенное снижение уровня самоубийств, и в 2012 г., впервые с 1998 г. число самоубийств в Японии упало ниже 30 000. Это снижение по большей части произошло в городах. Число самоубийств среди молодых людей продолжило расти, что указывало на необходимость новых адресных действий. Однако среди людей среднего возраста и пожилых частота самоубийств уменьшилась, что и привело и к снижению общего уровня. Данные, предоставленные Национальным агентством полиции, также продемонстрировали заметное снижение числа самоубийств, связанных с экономическими и финансовыми проблемами.

Источник: Сообщение Центра по предупреждению самоубийств (Япония).

Каким образом страны могут создавать всестороннюю национальную стратегию и в чем ее полезность?

Один из систематических подходов к действиям на национальном уровне заключается в создании национальной стратегии предупреждения самоубийств. Наличие такой стратегии свидетельствует о прочной приверженности государства решению проблемы самоубийств и приданию приоритетного значения этой задаче. Стратегия обеспечивает лидерство и направляющее руководство в установлении приоритетов и планировании важнейших научно обоснованных мер по предупреждению самоубийств. Она также создает условия для транспарентного распределения сфер ответственности между заинтересованными участниками, и намечает пути их эффективного взаимодействия *(145).*

Важнейшим условием выполнения многоаспектных требований стратегии предупреждения самоубийств обеспечения ее устойчивости является включение вопросов профилактики суицида в другие приоритетные программы и партнерства в различных областях здравоохранения (таких как ВИЧ/СПИД, здоровье женщин и детей, неинфекционные заболевания), в деятельность Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения, а также в стратегии и законы других секторов (образование, трудоустройство, вопросы инвалидности, правосудие, защита прав человека, социальная защита, снижение масштабов бедности, общее развитие).

Работа по предупреждению самоубийств необязательно должна начинаться с национальной стратегии. Во многих странах уже осуществляются соответствующие мероприятия. Тем не менее, национальная стратегия может помочь в выработке широкомасштабного плана, на основе которого отдельные регионы страны смогут осуществлять соответствующие планы на своем уровне.

Руководящие принципы разработки и осуществления национальных стратегий

После консультаций с многочисленными экспертами и при технической поддержке со стороны ВОЗ, под эгидой ООН была опубликована монография *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies* (Предотвращение самоубийств: Руководство по разработке и осуществлению национальных стратегий) *(155).* В этом основополагающем труде подчеркнута необходимость сотрудничества различных секторов, многостороннего подхода и непрерывной оценки и изучения того, что уже сделано.

В нем также описан ряд мероприятий и подходов, полезных для достижения целей национальных стратегий. С этого времени сформировался ряд типовых компонентов национальных стратегий по предотвращению самоубийств (табл. 4).

В период, когда велась подготовка руководства ООН, только в Финляндии при государственной поддержке проводилась систематическая работа по созданию национальной структуры и программы по предупреждению самоубийств. Спустя пятнадцать лет более 25 государств – с высоким, средним и низким уровнем доходов – приняли национальные (или в некоторых случаях региональные) стратегии по предупреждению суицидального поведения. Большинство этих государств отмечают важную роль руководства ООН в разработке национальных стратегий.

Таблица 4. Типовые компоненты национальных стратегий

Компоненты	Цели и задачи
Эпидемиологическое наблюдение	Повысить качество и актуальность национальных данных по самоубийствам и суицидальным попыткам. Поддержать формирование единой системы сбора данных, которая позволит выявлять уязвимые группы и индивидов и ситуации риска.
Затруднение доступа к средствам совершения самоубийства	Снизить наличие, доступность и привлекательность средств совершения самоубийства (например, ядохимикатов, огнестрельного оружия, высотных объектов). Снизить токсичность/летальность существующих средств.
Средства массовой информации	Всемерно содействовать внедрению рекомендаций для СМИ в поддержку ответственного освещения самоубийств в прессе, на радио и телевидении и в социальных сетях.
Доступ к услугам	Всемерно содействовать расширению доступа к комплексным услугам для лиц, уязвимых в плане суицидального поведения. Устранять препятствия, мешающие доступу к услугам.
Обучение и повышение квалификации кадров	Поддерживать всесторонние программы обучения для «вахтеров» (т. е. медицинского персонала, учителей, полиции). Повышать квалификацию работников служб охраны психического здоровья и первичной медицинской помощи в области выявления и лечения уязвимых лиц.
Лечение	Повышать качество медицинской помощи и научно обоснованных клинических вмешательств, в особенности в отношении лиц, госпитализируемых после попытки самоубийства. Повысить уровень научных исследований и оценки эффективных вмешательств.
Кризисные вмешательства	Обеспечивать наличие в местных сообществах надлежащего потенциала для реагирования на кризисные ситуации с применением необходимых вмешательств, а также возможностей для лиц, оказавшихся такой ситуации, обратиться к услугам экстренной помощи в области охраны психического здоровья, в частности через телефоны доверия или интернет.
Оказание помощи после (попытки) самоубийства – поственция	Улучшить оказание помощи лицам, оказавшимся под влиянием самоубийства или попытки самоубийства. Обеспечить поддержку и реабилитацию людей, пострадавших от суицидальных попыток.
Осведомленность	Проводить общественные информационно-просветительные кампании в поддержку идеи предотвратимости самоубийств. Облегчить доступ общества и специалистов к информации по всем аспектам профилактики суицидального поведения.
Снижение стигмы	Популяризировать услуги охраны психического здоровья и служб по профилактике злоупотребления психоактивными веществами и предупреждению самоубийств. Бороться с проявлениями дискриминации лиц, обращающихся за такими услугами.
Контроль и координация	Создавать учреждения и организации для развития и координации научных исследований, обучения и оказания помощи применительно к проблеме суицидального поведения. Укреплять меры реагирования систем здравоохранения и социальной поддержки в отношении суицидального поведения.

При создании национальной стратегии необходимо учитывать следующие важнейшие положения:

а) Предупреждение самоубийств должно стать приоритетной многосекторальной задачей, вне зависимости от имеющихся ресурсов

Главной целью национальной стратегии предотвращения самоубийств является продвижение, координация и поддержка соответствующих межсекторальных планов и программ действий с целью профилактики суицидального поведения на национальном, региональном и местном уровнях. Необходимо развивать партнерства с многочисленными государственными секторами (такими, как здравоохранение, образование, трудоустройство, правосудие, жилищное и социальное обеспечение) и другими, в том числе с частным сектором, в соответствии с конкретными условиями страны.

б) Адаптация с учетом разнообразия страновых характеристик

Хотя в существующих национальных стратегиях есть схожие компоненты, нет двух идентичных национальных стратегий, поскольку проблема суицида в каждой стране имеет свои особенности. Самоубийства определяются целым рядом факторов, проявление которых зависит от социального и культурного контекста. На глобальном уровне выявлены общие факторы риска, однако цели, задачи и действия должны быть адаптированы к конкретной ситуации.

в) Внедрение передовых методов

Тщательное рассмотрение компонентов существующих национальных стратегий позволяет понять, что они представляют собой свод индивидуальных научно обоснованных вмешательств и приемов наилучшей практики, которые в совокупности обеспечивают всесторонний подход к воздействию на широкий круг факторов риска и защитных факторов, свойственных конкретной стране. Разработка, осуществление и оценка пилотных проектов, адресных программ и поэтапных мер – необходимая основа для разработки стратегии предупреждения самоубийств.

г) Распределение ресурсов (финансов, времени, кадров)

Чтобы стратегия предупреждения самоубийств была скоординированной и всесторонней, необходимо выделение финансовых и людских ресурсов, определение временных рамок для ее осуществления, а также определение ближайших и долгосрочных задач. Для создания национальной стратегии необходима финансово устойчивая модель, которая позволит достигнуть намеченных целей. Логико-структурный подход – один из многочисленных инструментов планирования и оценки, который можно использовать для проведения связей между стоящей проблемой, необходимыми действиями и ожидаемыми результатами.

д) Эффективное планирование и сотрудничество

Вне зависимости от выбранных страной инструментов воздействия, их планирование и оценка должны проводиться в сотрудничестве. Создание национальной группы планирования позволяет заинтересованным сторонам проверить свои исходные предположения, определить необходимые ресурсы и затраты и спланировать действия, которые приведут к желаемым результатам.

е) Использование результатов оценки и обмен уроками из опыта

Ход реализации стратегии предупреждения самоубийств и ее компонентов необходимо периодически оценивать, знакомя соответствующие заинтересованные стороны с ее результатами и извлеченными уроками. Результаты оценки смогут принести больше пользы, если их адаптировать к конкретной аудитории, снабдив должными рекомендациями. Все структуры, чья деятельность подверглась оценке, должны получать данные обратной связи и необходимую поддержку в процессе внесения корректив по результатам оценки. Распространение опыта означает своевременное, беспристрастное и последовательное представление соответствующей аудитории результатов оценки и извлеченных уроков. При этом следует учитывать интересы тех, кто будет пользоваться данной информацией, и других участников программы, а предоставляемая информация (ее стиль, тон и формат) должна быть приемлемой для аудитории.

Пример из практики: Чили – старт новой системы

Контекст

В последние 20 лет, в особенности после 2000 г., число самоубийств в Чили стремительно растет. Наиболее высоки показатели среди мужчин старшего возраста, наивысшие темпы роста отмечены среди молодежи. В ответ на эти тенденции предпринят ряд мер:

1. Закон «Универсальные гарантии услуг здравоохранения», вошедший в силу в 2005 г., позволил существенно улучшить доступ к услугам охраны психического здоровья. Закон облегчает доступ к медицинскому обслуживанию и обеспечивает оказание помощи в связи с четырьмя основными видами психических расстройств, каждое из которых является существенным фактором риска самоубийства.

2. Национальный план по предупреждению самоубийств, разработанный в 2007 г. и недавно получивший официальное одобрение, включает в себя рекомендованные ВОЗ научно обоснованные стратегии по предупреждению самоубийств, а именно:

- отслеживание всех самоубийств и попыток самоубийств на региональном и страновом уровне в целях определения региональной структуры рисков и мониторинга предоставления медицинских услуг;
- 15 региональных межсекторальных планов профилактики под общей координацией региональных органов здравоохранения;
- обучение медицинского персонала, в особенности служб первичной медико-санитарной и экстренной помощи;
- профилактические программы в школах с особым вниманием к вопросам социально-средовой защиты, а также к развитию навыков самоутверждения, решения жизненных проблем, преодоления кризисных ситуаций и принятия рациональных решений;
- система помощи в кризисной ситуации, включающая телефон доверия, веб-страницу и программу вмешательств в каждой из 29 общих служб здравоохранения в стране;
- программа обучения журналистов, имеющая целью сократить число безответственных репортажей и развить осознание защитной роли, которую могут играть СМИ.

Цели на будущее

В числе целей Чилийской национальной стратегии здравоохранения на 2011–2020 гг.– сокращение частоты самоубийств среди молодых людей на 10%.

Источник: сообщение Министерства здравоохранения Чили.

Реализация национальной стратегии по предупреждению самоубийств

При реализации национальной стратегии по предупреждению самоубийств, для того чтобы определить пути движения вперед, очень важно отчетливо представлять себе необходимые вложения, а также промежуточные и итоговые результаты. В зависимости от главных целей стратегии она может находиться под общим руководством на национальном уровне, но осуществляться на практике на местах. Ниже приведены примеры этих трех важнейших элементов (то есть вложений, промежуточных и итоговых результатов) логико-структурного подхода. Оценка промежуточных и итоговых результатов, а также конечного полезного эффекта более подробно рассмотрена в следующем разделе.

Ресурсные вложения

Для осуществления деятельности необходимы, в частности, следующие ресурсы, вклады и инвестиции:

- источник финансирования и устойчивое финансирование;
- достаточная численность обученного персонала или мероприятия по укреплению институционально-кадрового потенциала;
- систематическое руководство и сотрудничество;
- социально приемлемые и научно обоснованные профилактические программы;
- доступ к данным;
- установленный круг партнеров по реализации программы;
- политическая воля.

Промежуточные результаты

Действия, продукты и услуги, достигающие целевой аудитории, такие как:

- программы обучения для «вахтеров»;
- публичные информационно-просветительные кампании;
- доступ к услугам;
- программы помощи и службы экстренного консультирования на уровне местного сообщества;
- программы лечения и обеспечения непрерывной и преемственной помощи;
- помощь после самоубийства или попытки самоубийства – поственция;
- вмешательства по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства;
- рекомендации для СМИ;
- реализация стратегии.

Итоговые результаты
Изменения, эффекты и выгоды для индивидов, групп, организаций, местных сообществ и/или систем, достигнутые благодаря проведенным мероприятиям и полученным промежуточным результатам. Конкретные итоговые результаты классифицируются как ближайшие, промежуточные и отдаленные и измеряются следующими показателями:

- число самоубийств и суицидальных попыток;
- численность лиц, обученных или иным образом охваченных индивидуальными мероприятиями;
- количество часов доступных услуг;
- численность лиц, прошедших лечение;
- данные, отражающие сокращение стигматизации тех, кто обращается за помощью;
- улучшение услуг охраны психического здоровья;
- психическое здоровье, благополучие или чувство связи с окружающим миром;
- показатели, отражающие экономическую эффективность;
- снижение числа госпитализаций в связи с попытками самоубийств или смертей в результате самоубийств.

Важность сбора данных
При осуществлении действий на национальном уровне необходимо прежде всего понять, какие именно проблемы нужно решить, уменьшить, изменить или предотвратить. Наблюдение означает систематический сбор данных, относящихся к итоговым результатам (в первую очередь по сокращению числа самоубийств и суицидальных попыток) «... для использования в планировании, осуществлении и оценке практики общественного здравоохранения» *(156).* Во многих странах отсутствуют или носят весьма примитивный характер системы мониторинга, которые необходимы для систематического сбора данных по самоубийствам и должны служить основой для целенаправленного планирования вмешательств и разработки стратегических инициатив. Важно отметить, что во многих государствах нет информации о том, какие способы самоубийства являются наиболее распространенными и каков процент самоубийств, совершенных после предшествовавших суицидальных попыток. Чтобы оценить успех или установить его отсутствие в деле предупреждения самоубийств, а также ущерб от самоубийств для общества в целом, необходим доступ к надежным и достоверным данным (см. также вставку 9). Любое улучшение зависит от наличия данных о том, что именно нужно улучшить.

Адаптация программ для реализации
Нередко в стране уже осуществляются программы, которые могут быть расширены или адаптированы таким образом, чтобы соответствовать потребностям целевых групп населения и способствовать получению итоговых результатов, запланированных в национальной стратегии. В других случаях требуется разработать и реализовать новые программы. Необходимо принимать во внимание ситуацию в каждой отдельной стране и принятые в ней подходы к предупреждению самоубийств. К примеру, если данные указывают на высокую частоту самоубийств среди молодежи определенных культурных групп в стране, национальная стратегия по предупреждению самоубийств должна осуществляться с расчетом на эту возрастную группу. Единственно верного подхода к решению проблемы самоубийств не существует; нельзя ожидать, что вмешательства, срабатывающие в одной стране, будут эффективно действовать в другой, поэтому необходимо учитывать местную ситуацию и адаптировать вмешательства, так чтобы быть уверенными, что они достигнут цели.

Расстановка приоритетов
В связи с финансовыми реалиями большинства государств многокомпонентные стратегии предупреждения самоубийств, вероятно, должны будут осуществляться поэтапно, шаг за шагом. Важно определить приоритеты для страны, чтобы с максимальной эффективностью использовать ограниченные ресурсы, в том числе людские и финансовые. Для реализации стратегии необходимо проведение оперативного анализа ситуации во всех заинтересованных секторах в плане кадрового обеспечения, возможностей для лидерства и/или сотрудничества. В странах с ограниченными ресурсами особенно важно определить, где можно действовать немедленно, опираясь на существующие или легко адаптируемые программы. Страны, достигшие ближайших целей в предупреждении самоубийств, возможно, имеют достаточно ресурсов, чтобы начать сосредотачиваться на долгосрочных системных изменениях.

Препятствия для реализации

Реализация национальной стратегии по предотвращению самоубийств часто требует от индивидуальных участников и их организаций изменения образа действий. Препятствия на пути перемен зависят от ситуации в стране, но в их число могут входить следующие факторы *(157):*

- недостаточные знания участников о том, как изменить методы работы объективно обоснованным образом;
- личные убеждения, взгляды и мнения по поводу перемен и ожидаемых опасностей и выгод;
- дефицит индивидуальных навыков и возможностей для практического осуществления перемен;
- слабое руководство и недостаточное сотрудничество;
- практические препятствия, в том числе нехватка ресурсов, оборудования или кадров;
- политическая или социальная обстановка.

Необходимо выявлять потенциальные препятствия и стремиться к их преодолению. Подход, основанный на коллективных взаимосогласованных действиях с заинтересованным участием и оперативным информированием всех партнеров, уменьшает препятствия на индивидуальном уровне. Обучение новым навыкам и компетенциям должно быть важнейшей частью любой национальной стратегии.

Пример из практики: Швейцария – ответ на многообразие

Исходные сведения

Частота самоубийств в Швейцарии находится на среднем уровне по сравнению с другими государствами Европы: в 2011 г. в стране в результате самоубийств погибли 1034 человека.

Швейцария имеет федеративное устройство; такими общими вопросами, как медицинское страхование и медико-санитарная информация, занимается Федеральное управление общественного здравоохранения. Основную ответственность за предупреждение самоубийств несут 26 швейцарских кантонов, поэтому координация общенациональных действий представляет собой нелегкую задачу. Тем не менее существует опыт успешной реализации мер профилактики суицида на кантональном уровне, например Стратегия кантона Цуг по предотвращению самоубийств на 2010–2015 гг. Примеры достижений швейцарских кантонов в области предупреждения самоубийств включают:

- проекты по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства;
- мониторинг СМИ;
- эпидемиологическое наблюдение;
- краткосрочные вмешательства и последующее наблюдение за лицами, совершившими суицидальную попытку;
- обучение «вахтеров»;
- информационно-просветительные мероприятия в рамках Всемирного дня предотвращения самоубийств;
- группы взаимопомощи для лиц, потерявших близких в результате самоубийства;
- горячие линии (телефон доверия).

Проблемы федеративного государства

Несмотря на успехи мероприятий по предупреждению самоубийств и реагированию на местном уровне, проблемой для кантонов остается дефицит национальной координации. Результатом являются следующие трудности:

- недостаток возможностей для кантонов по обмену передовым опытом и обучению друг у друга;
- недостаток национальной координации в распределении ресурсов и проведении эпиднадзора;
- дисбаланс между кантонами, которые порой располагают разными ресурсами и возможностями проведения мероприятий, поскольку решения о действиях по предотвращению самоубийств принимаются на кантональном уровне.

Путь вперед

С 2011 г. на национальном уровне стало усиливаться политическое давление в сторону более активных действий по профилактике самоубийств. Парламент обратился с ходатайством к Федерации (представленной Федеральным управлением общественного здравоохранения) о разработке плана действий по предупреждению самоубийств. Этот процесс требует участия всех заинтересованных сторон (кантонов, НПО и др.), а также соответствующего законодательного подкрепления.

Источник: сообщение Федерального управления общественного здравоохранения, Швейцария.

Как проводить оценку прогресса в ходе реализации национальной стратегии предотвращения самоубийств?

Оценка – неотъемлемый компонент любой национальной стратегии предотвращения самоубийств. Ее польза заключается в следующем:

Генерирование знаний. Оценка обеспечивает группы участников важной информацией об прогрессе в осуществлении стратегии, а также о ее сильных и слабых сторонах. Эту информацию можно использовать, чтобы отслеживать успех стратегии в достижении ближайших, среднесрочных и отдаленных итоговых результатов. Она является основой для необходимых изменений и направляет будущее планирование и распределение ресурсов *(158)*.

Планирование и управление. Оценка дает пути для улучшения планирования и управления национальной стратегией и составляющими ее отдельными мероприятиями. Она дает возможности для разработки четких планов, ориентированных на итоговые результаты, и инклюзивных партнерств, а также для построения систем сбора данных и обратной связи, стимулирующих использование уроков из опыта и непрерывное совершенствование *(154)*.

Подотчетность. Оценка является инструментом обеспечения подотчетности перед финансирующими структурами, законодателями и общественностью. Она помогает обеспечивать продолжение использования наиболее действенных подходов, так чтобы ресурсы не затрачивались на неэффективные программы *(158)*.

Многие национальные стратегии рассчитаны на определенный срок, 5–10 лет, и включают в себя многочисленные задачи, действия и целевые ориентиры. В течение этих лет некоторые из планируемых и предусмотренных вмешательств могут оказаться неосуществленными или недолговечными. Если национальная стратегия не позволила добиться снижения суицидального поведения, смягчения факторов риска и укрепления защитных факторов, чрезвычайно важно знать, было ли это связано с неэффективным осуществлением запланированного.

Все большее число стран разрабатывают и реализуют национальные стратегии предотвращения самоубийств, но систематические всесторонние оценки остаются редкостью *(159, 160, 161).* Оценки эффективности национальных стратегий по предотвращению самоубийств показывают разноречивые результаты: в то время, как в некоторых странах (например, в Финляндии и Шотландии) наблюдается существенное снижение уровня самоубийств на уровне всего населения, в других (например, в Австралии, Норвегии, Швеции) отмечен лишь ограниченный эффект *(159, 162).* Тем не менее результаты оценки следует интерпретировать с осторожностью, поскольку качество информации по осуществлению действий носит ограниченный характер. Методы анализа изменений частоты самоубийств, факторов риска и защитных факторов также значительно различаются по странам, что затрудняет сравнения.

Пример из практики: Шотландия – всесторонняя многосекторальная стратегия

Инициатива

В 2002 г. в Шотландии приступили к реализации национальной стратегии и плана действий по предупреждению самоубийств под названием «Выбери жизнь», в рамках которых предусматривалось снизить к 2013 г. уровень самоубийств в стране на 20%. Частота самоубийств в Шотландии постоянно росла, в особенности среди мужчин – в 2001 г. она составила 27 на 100 000 человек (у женщин – 9 на 100 000). Программа «Выбери жизнь» была разработана и осуществлена в рамках национальной программы охраны психического здоровья, составлявшей часть более широкой политики, направленной на улучшение здоровья населения, повышение уровня социальной справедливости и преодоление неравенств. Благодаря этому работа по профилактике суицида проводилась в более широких рамках задач и инициатив по улучшению психического здоровья населения.

Была создана национальная сеть с участием представителей муниципальных советов, полиции, служб экстренной медицинской помощи, спасательных служб, администрации мест лишения свободы и ключевых НПО, а также начата реализация национальной программы обучения и укрепления институционально-кадрового потенциала. Был разработан план реализации для 32 муниципальных образований, причем в каждый местный план включал три следующие приоритетные задачи:

- Добиться скоординированных действий по предупреждению самоубийств в службах здравоохранения, медико-социальной помощи, образования, жилищного обеспечения, полиции, службах социального обеспечения и трудоустройства.
- Разработать программы обучения специалистов различного формата, чтобы укрепить потенциал, необходимый для предупреждения самоубийств.
- Обеспечить финансирование вмешательств на уровне местных сообществ и микрорайонов.

С 2002 по 2006 год шотландское правительство вложило в осуществление плана «Выбери жизнь» 20,4 млн фунтов стерлингов.

Результаты

В 2006 г. была проведена независимая оценка промежуточных итогов первой стадии осуществления плана. Полученные результаты продемонстрировали существенный прогресс в достижении важных вех, но необходимо было сделать упор на устойчивое развитие, продолжая включать цели плана «Выбери жизнь» в другие направления национальной политики. Данные оценки также выявили необходимость целенаправлен-

ных действий на национальном уровне, таких как улучшение интеграции клинических служб, в том числе служб лечения наркоманий.

В период с 2000–2002 по 2010–2012 гг. частота самоубийств в Шотландии снизилась на 18%. Оценка плана «Выбери жизнь» была завершена в 2012 г.; остается сложным определить, обусловлены ли полученные результаты программой в целом или ее отдельными составляющими.

Источник: Стратегия предупреждения самоубийств, 2013–2016 гг., Правительство Шотландии, 2013 г.

Трудности в проведении оценки

Оценка национальной стратегии предотвращения самоубийств происходит не в вакууме – на нее влияют условия реального мира *(158).* Оценка должна быть практичной и реалистичной, осуществляться в рамках ограниченных ресурсов, времени, а также с учетом политического, социального и экономического контекста страны. Не существует абсолютно верной оценки, но в ходе реализации той или иной стратегии любое число оценок может оказаться полезным. Сравнение региональных особенностей мероприятий по предупреждению самоубийств в разных провинциях/регионах и местных сообществах позволит извлечь ценные уроки о том, какие механизмы реализации наиболее рентабельны и эффективны *(163).* В странах, где суицидальное поведение все еще квалифицируется как правонарушение и неприемлемо с социальной и религиозной точки зрения, реализация и оценка стратегий предупреждения самоубийств будут затруднены высоким уровнем стигмы в отношении суицида, и недостатком точных данных по смертности от самоубийств *(164, 165).*

Главная проблема при составлении плана оценки связана с трудностью в отнесении наблюдаемых результатов или конечных эффектов именно на счет профилактической стратегии, поскольку существует множество других факторов, которые могли оказать воздействие на частоту самоубийств и другие показатели *(166).* Например, повышение осведомленности и улучшение сбора данных могут способствовать получению более достоверной информации о самоубийствах, ранее недоступной. Результатом может стать кажущееся повышение частоты самоубийств *(159, 167).* Кроме того, на здоровье населения и на уровень самоубийств могут повлиять такие масштабные перемены, как экономические кризисы, приводящие к сокращению финансовых ресурсов для нужных вмешательств. Следовательно, необходимо учитывать ту ситуацию, на фоне которой реализуется стратегия (исторический контекст, организационные условия, политический и социальный фон). Это позволит улучшить планирование и проведение оценки *(154).*

В оценке многих перспективных стратегий предупреждения самоубийств имеются пробелы. По всему миру осуществляется много инновационных мероприятий, но их оценка еще не проведена. Эта проблема касается в первую очередь стран с низким уровнем доходов, которые могли бы извлечь ценные уроки из реализации стратегий предупреждения самоубийств, но не получили их из-за недостатка данных. Поэтому в качестве источника опыта вмешательств и рекомендаций диспропорционально выступают страны с активным научно-академическим сектором. Активизация оценочных исследований, в особенности в странах с низким уровнем доходов, могло бы исправить этот дисбаланс.

Стоимость и экономическая эффективность мер предотвращения самоубийств

Необходимой частью оценки является определение стоимости и объемов ресурсов, потребовавшихся для осуществления вмешательств в разных условиях, культурах и контекстах, а также качественная информация об успехах и возникших препятствиях при реализации стратегии *(168).* Проведение экономической оценки с учетом культурного контекста и условий практической реализации может помочь определить, будут ли вмешательства, являющиеся эффективными и рентабельными в одном государстве, практически осуществимы в других. В странах с ограниченными ресурсами оценка экономической эффективности может помочь определить оптимальные пути распределения средств.

Кроме данных о результатах и эффективности стратегий предупреждения самоубийств руководителям и планирующим органам в сфере здравоохранения потребуются данные по ожидаемой стоимости вмешательств и их экономической эффективности: нужно убедиться, что эти стратегии оправдывают затраченные на них деньги. К примеру, экономическое исследование случаев намеренного самоотравления в Шри-Ланке помогло рассчитать, что в 2004 г. стране потребуется 866 000 долл. США на лечение людей, совершающих попытку самоубийства (поскольку в среднем лечение одного человека обходится в 32 долл. США) *(169).*

В целом в мире наблюдается нехватка надежных экономических исследований, которые позволяли бы планировать необходимые вложения и прогнозировать отдачу от инвестиций в мероприятия по предупреждению самоубийств *(168)*. Недавно опубликованный ВОЗ обзор стратегий по предупреждению самоубийств, в котором среди прочих параметров анализировалась стоимость, продемонстрировал, что две трети стратегий, оцененных как эффективные или перспективные, являют-

ся малозатратными и низкая стоимость прочно ассоциируется с универсальными и селективными стратегиями (в противоположность индивидуально показанным) *(40).*

Учет экономической составляющей в финансируемых клинических испытаниях в ряде стран позволил получить некоторый объем данных о рентабельности отдельных стратегий, таких как создание онлайн-групп взаимопомощи с целью снижения суицидального поведения в Нидерландах *(170)* или когнитивно-поведенческая терапия для лиц, совершавших самоповреждения, в Соединенном Королевстве *(171)*. В других экономических исследованиях использовался метод моделирования для расчета ожидаемых затрат и выгод. Например, в австралийском проекте по сравнительной оценке экономической эффективности различных вмешательств была дана оценка сравнительной рентабельности ряда мероприятий, в том числе следующих *(172):*

- затруднение доступа к средствам совершения самоубийства путем пересмотра законодательства относительно владения огнестрельным оружием (экономия более 50 000 австралийских долларов за каждый дополнительный год здоровой жизни);
- рекомендации для СМИ по более ответственному освещению проблемы самоубийств (экономия 27 000 австралийских долларов за каждый дополнительный год здоровой жизни, при условии предотвращения хотя бы одного самоубийства)[1].

Подобные исследования – хороший пример того, как можно осуществлять экономический анализ и как использовать его результаты при планировании национальных стратегий предупреждения самоубийств.

[1] *Год здоровой жизни – один год, прожитый в полном здоровье, без инвалидности или болезни.*

Дальнейшие шаги на пути предотвращения самоубийств

Мифы о самоубийствах

Миф:

~~Говорить о самоубийстве не стоит; человек, подверженный риску, может это понять как поощрение суицидального поведения~~

Факт:

Из-за широко распространенной стигматизации самоубийств люди, имеющие суицидальные мысли, не знают, с кем поделиться. Открытый разговор не поощрит суицидальное поведение, а откроет для человека иные возможности или даст ему время еще раз подумать о своем решении, предотвращая таким образом самоубийство.

Что можно предпринимать, и кто должен участвовать?

Чтобы предотвращать самоубийства, надо действовать. По мере того, как сообщества и страны меняют свое отношение и установки относительно самоубийств, появляются подходы к их предотвращению. Стигма, мешавшая лицам, подверженным риску суицида, обращаться за помощью, во многих сферах уменьшилась. Сейчас перед руководителями, определяющими политику, и другими заинтересованными сторонами стоит задача воспользоваться ростом общественного обсуждения проблемы самоубийств, для того чтобы предпринять активные действия. Многим государствам предстоит еще долгий путь к решению проблемы самоубийств, на котором сохраняются значительные препятствия. В этом разделе доклада странам предлагаются направления для дальнейшего движения вперед, вне зависимости от того, как далеко они продвинулись на пути предупреждения самоубийств.

Планирование дальнейших шагов

Ключевую роль в обеспечении руководства и организации совместной работы заинтересованных сторон играют министерства здравоохранения. Они могут помочь в координации участия различных секторов (таких как образование, СМИ, правосудие, трудоустройство, социальное обеспечение, религия, транспорт и сельское хозяйство), чтобы эффективно вовлечь их в реализацию мер по предупреждению самоубийств, основанных на современных данных в области профилактики. Это участие может послужить основой для дальнейших действий.

Шаги, которые страна предпримет вслед за этим, будут зависеть от того, как далеко она продвинулась в деле предупреждения самоубийств. В таблице 5 приведены примеры стратегических действий, которые страны могут предпринять для предотвращения самоубийств на основе наилучших фактических данных, изложенных в настоящем докладе. Таблица демонстрирует спектр мероприятий и варианты возможных превентивных действий по ряду стратегических направлений.

Страны, в настоящее время не принимающие активных мер

Для стран, еще не приступивших к работе по предотвращению самоубийств, основная задача – начать активные действия. Эти страны могут выявлять потенциальных участников совместной работы и проводить мероприятия там, где они более всего нужны, или где есть необходимые ресурсы. Во время проведения мероприятий и анализа ситуации может обнаружиться, что на уровне местных сообществ уже есть группы, ведущие в местном масштабе работу по предупреждению самоубийств. Таким группам часто необходима дальнейшая поддержка, чтобы увеличить наращивать или расширить охват мероприятиями, и этого можно достичь путем развития сотрудничества. На этом этапе также важно улучшить мониторинг, что страны могут делать параллельно, но не в ущерб началу реализации надлежащих вмешательств по предупреждению самоубийств.

Страны, в которых ведется определенная работа

В государствах, где уже в определенной степени осуществляются мероприятия по предупреждению самоубийств, возможно, будет наиболее продуктивным прежде всего провести анализ ситуации, чтобы сосредоточиться на консолидации предпринимаемых усилий. При помощи этого анализа страны смогут выявить пробелы в тех или иных службах и начать работу по организации всесторонних национальных мер, выявив все заинтересованные стороны и распределив между ними роли и сферы ответственности. Особое внимание следует уделить социально-культурному контексту и уязвимым группам, определив приоритетность различных факторов риска.

Страны, реализующие всестороннюю национальную политику

В государствах, уже находящихся в процессе реализации всесторонних национальных мер, упор может быть сделан на оценку и оптимизацию. Оценка результатов не менее важна для непрерывного улучшения и на более ранних стадиях, однако на данном этапе с большей вероятностью найдутся ресурсы для детальной оценки. Главное для этих стран – своевременно реагировать на новые данные и обеспечивать непрерывный рост результативности и экономической эффективности национальных мер.

Эффективное предупреждение самоубийств требует наличия непрерывного цикла действий и учета уроков из приобретаемого опыта. Министрам здравоохранения и другим руководителям работы по предупреждению самоубийств принесет пользу регулярно проводимый критический анализ прогресса и планирование последующих шагов. Для оценки прогресса можно использовать SWOT-анализ или другую методику ситуационного анализа (см. вставку 8). Качественно проведенный ситуационный анализ позволит выявить сильные стороны, которые следует и дальше укреплять; недостатки, которые необходимо исправить; возможности, которыми следует воспользоваться, а также угрозы, которые придется преодолевать.

Вставка 8.

Проведение ситуационного анализа в формате SWOT

Прогресс в предупреждении самоубийств требует прочной приверженности и регулярного анализа полученных результатов и потенциальных дальнейших шагов. Министрам здравоохранения и руководителям работ по предупреждению самоубийств из других секторов принесет пользу регулярно проводимый критический анализ ситуации в области профилактики суицида в стране. Существует ряд моделей проведения ситуационного анализа, и важно выбрать из них наиболее знакомую и подходящую для местных нужд. Один из относительно несложных инструментов, который можно использовать, чтобы наметить цели и определить шаги, необходимые для их достижения, – это SWOT-анализ. Метод заключается в определении сильных (Strengths) и слабых сторон (Weaknesses), возможностей (Opportunities) и угроз (Threats) в области предупреждения самоубийств. При проведении ситуационного анализа в формате SWOT или с применением другой методики важно учитывать имеющиеся ресурсы, политическую волю, стратегические и законодательные возможности, а также состояние межсекторальных партнерств.

Пример SWOT-анализа состояния эпидемиологического наблюдения:

Сильные стороны	Слабые стороны	Возможности	Угрозы
В настоящее время имеются данные по смертности от самоубийств на уровне страны.	Недостаточно данных по суицидальным попыткам.	Министр образования предлагает включить вопросы по суицидальному поведению в очередной национальный опрос по проблеме употребления наркотиков среди старшеклассников.	Дефицит ресурсов для анализа и распространения результатов. Недостаточно развиты партнерские отношения с научными работниками и СМИ.

В таблице 5 представлены направления стратегических действий. Они охватывают следующие области: привлечение заинтересованных сторон для участия в работе по снижению уровня самоубийств в своем секторе или на межсекторальном уровне; усилия, направленные на ограничение доступа к средствам совершения самоубийства; совершенствование систематического сбора эпидемиологических данных в целях выявления тенденций в динамике суицида; мониторинг результатов усилий по предупреждению самоубийств с течением времени; работа по развенчанию мифов и повышению информированности о том, что самоубийство – это решаемая проблема общественного здравоохранения; и наконец, мобилизация системы здравоохранения.

В столбцах таблицы приведены предложения конкретных шагов для каждого из этих стратегических действий вне зависимости от того, как далеко страна продвинулась в процессе успешной реализации стратегии предупреждения самоубийств. Предполагается, что партнеры воспользуются этой информацией, чтобы определить, какие стратегические действия им следует осуществлять. Для каждого направления стратегических действий предложены лидирующие структуры из числа заинтересованных сторон. Они могут воспользоваться данной таблицей, чтобы определить дополнительные действия, которые добавятся к уже существующим и заполнят пробелы в подходе к предупреждению самоубийств на национальном уровне.

Основополагающая работа по вовлечению основных заинтересованных сторон чрезвычайно важна для обеспечения участия различных секторов. Эту таблицу можно использовать как для оценки текущего участия различных секторов в профилактике суицида, так и для выявления возможностей расширения их участия или использования вклада этих секторов для привлечения новых партнеров и достижения успеха в других мероприятиях по предупреждению самоубийств.

Таблица 5 ни в коей мере не является исчерпывающей; ее задача – содействовать непрерывному совершенствованию процесса и предлагать возможные направления действий. В таблице содержатся примеры стратегических мер и методов анализа прогресса. Таблица не должна восприниматься как набор готовых рецептов для предупреждения самоубийств.

Таблица 5. Предлагаемые стратегические действия по предупреждению самоубийств (по категориям в зависимости от текущего уровня реализации стратегии)

Направления стратегических действий	Головные структуры	Работа не проводится (в настоящее время ни на национальном, ни на местном уровне никаких мер предотвращения самоубийств не предпринимается)	Определенная активность (начата работа по предупреждению самоубийств в приоритетных областях на национальном или на местном уровне)	На национальном уровне принята стратегия по предупреждению самоубийств
Вовлечение ключевых заинтересованных сторон	Министерство здравоохранения или другой координирующий орган здравоохранения	Начать выявление и привлечение ключевых заинтересованных сторон по страновым приоритетам или там, где уже ведется работа.	Выявить все ключевые заинтересованные стороны в разных секторах и активно вовлекать их в работу по предупреждению самоубийств. Распределить сферы ответственности.	Регулярно проводить оценку ролей, обязанностей и действий всех ключевых заинтересованных сторон. Использовать полученные результаты, чтобы расширить участие различных секторов и увеличить степень вовлеченности участников.
Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства	Система законодательства и правосудия, руководители, определяющие политику, сельское хозяйство, транспорт	Начать работу по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства путем проведения вмешательств на уровне местных сообществ.	Координировать и расширять существующую деятельность по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства (в том числе законодательную деятельность, политику и практику на национальном уровне).	Проводить оценку действий по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства. Использовать результаты оценки для оптимизации деятельности.
Эпидемиологическое наблюдение и повышение качества данных	Министерство здравоохранения, бюро статистики, все другие заинтересованные стороны, в особенности, в рамках формальной и неформальной систем здравоохранения	Начать сбор эпидемиологических данных, в первую очередь по показателям смертности, в разбивке по возрасту, полу и способу самоубийства. Начать выявление репрезентативных локализаций для создания моделей.	Внедрить на национальном уровне систему мониторинга самоубийств и суицидальных попыток самоубийств (включая дополнительную разбивку данных) и обеспечить надежность, достоверность и открытую доступность данных. Разработать практичные, эффективные и допускающие наращивание масштаба модели данных.	Проводить систематический мониторинг ключевых характеристик, таких как качество, репрезентативность, оперативность, полезность и стоимость системы эпид-наблюдения. Использовать результаты для улучшения системы. Увеличить масштаб эффективных моделей, чтобы добиться всестороннего охвата данными и повышения их качества.
Информационно-просветительная деятельность	Все секторы, лидеры – министерство здравоохранения и СМИ	Организовывать мероприятия по повышению осведомленности о том, что самоубийства можно предотвращать. Обеспечить информационный охват отдельных целевых регионов или групп населения с трансляцией коммуникационных положений минимум по одному широкодоступному каналу.	Разработать стратегические информационно-просветительные кампании и распространять с их помощью научно обоснованную информацию на национальном уровне. Использовать методы и коммуникационные положения, адаптированные к целевым группам населения.	Провести оценку эффективности информационно-просветительной кампании (кампаний). Использовать результаты оценки, чтобы повысить качество будущих кампаний.

Направления стратегических действий	Головные структуры	Работа не проводится (в настоящее время ни на национальном, ни на местном уровне никаких мер предотвращения самоубийств не предпринимается)	Определенная активность (начата работа по предупреждению самоубийств в приоритетных областях на национальном или на местном уровне)	На национальном уровне принята стратегия по предупреждению самоубийств
Вовлечение средств массовой информации	СМИ в партнерстве с министерством здравоохранения	Начать диалог со СМИ об ответственном подходе к освещению самоубийств.	Начать взаимодействие с ведущими СМИ страны в поддержку внедрения стандартов и практики ответственного освещения самоубийств. Сотрудничать со СМИ, всемерно содействуя развитию ресурсов по предупреждению самоубийств и популяризации каналов для обращения за помощью.	Провести оценку освещения случаев самоубийств в СМИ. Вовлекать все СМИ в учебные мероприятия по принципам ответственной журналистики. Создать систему оперативного обучения для новых работников СМИ.
Мобилизация системы здравоохранения и обучение медицинского персонала	Формальные и неформальные системы здравоохранения, сектор образования	Начать планирование и оказание помощи лицам, совершившим попытку самоубийства, и проводить обучение медицинского персонала.	Обеспечить на национальном уровне предоставление услуг кризисной помощи, медицинской помощи и поственции. Проводить курсы периодического повышения квалификации для работников здравоохранения. Адаптировать программы обучения медицинских работников.	Регулярно осуществлять мониторинг и оценку действующих служб. Использовать результаты для улучшения помощи.
Изменение взглядов и убеждений	СМИ, система медицинского обслуживания, сектор образования, организации на уровне местного сообщества	Начать осуществление мероприятий, направленных на уменьшение стигматизации, связанной с обращением за помощью при суицидальном поведении. Всячески поддерживать намерения обратиться за помощью.	Изменить отношение людей к использованию услуг психиатрической помощи и снизить дискриминацию по отношению к тем, кто за ней обращается.	Проводить периодическую оценку для выявления изменений во взглядах и убеждениях людей относительно самоубийств, психических расстройств, нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, и обращения за помощью.
Проведение оценки и научных исследований	Соответствующие местные учреждения здравоохранения, сектор образования и министерство здравоохранения	Начать планирование и определение приоритетных направлений научных исследований по вопросам профилактики суицида и упорядочить имеющиеся данные (например по смертности от самоубийств).	Расширить масштабы текущих исследований, выделяя ресурсы на обеспечение научного обоснования и проведение оценки усилий по предупреждению самоубийств на региональном уровне и/или национальном уровне.	Периодически проводить «инвентаризацию» полученных результатов исследований для мониторинга научных успехов и выявления пробелов в знании. На основе этой оценки перенаправлять ресурсы на более приоритетные цели.
Разработка и реализация всесторонней национальной стратегии по предотвращению самоубийств	Министерство здравоохранения	Начать разработку национальной стратегии по предотвращению самоубийств, которая могла бы служить объединяющей идеей, даже если данные и ресурсы пока еще недоступны.	Продолжать развитие национальной стратегии, обеспечивая ее всесторонний и многосекторальный характер и заполнение всех пробелов в предоставлении услуг и механизмах реализации.	Проводить оценку и мониторинг хода реализации стратегии и итоговых результатов с целью выявления наиболее эффективных компонентов. Использовать результаты оценки для постоянного обновления стратегии.

Двигаясь вперед, нужно учитывать два важных момента. Во-первых, вмешательства по предупреждению самоубийств должны осуществляться параллельно со сбором данных (см. вставку 9). Сбор и систематизация точных данных по самоубийствам и суицидальным попыткам очень важны и представляют собой основную трудность в большинстве стран; но это не означает, что нужно дожидаться появления идеальной системы эпиднаблюдения. По мере того, как страна продвигается вперед в осуществлении вмешательств, направленных на предупреждение самоубийств, систему эпиднаблюдения следует совершенствовать, внося в нее необходимые изменения с учетом поступающих данных.

Во-вторых, некоторые страны могут полагать, что по тем или иным причинам они не готовы к осуществлению комплексных национальных действий, направленных на предотвращение самоубийств. Однако процесс консультаций с заинтересованными сторонами относительно таких национальных мер нередко создает благоприятную среду для позитивных изменений. В процессе разработки национальных мер по предотвращению самоубийств происходит вовлечение участников, начинается общественный диалог на темы стигматизации, выявляются уязвимые целевые группы, устанавливаются приоритетные направления исследований, повышается осведомленность общественности и СМИ. Таким образом, в развитии национальных мер по предотвращению самоубийств следует видеть не только конечную цель, но один из важных шагов на пути к эффективной профилактике суицида.

Вставка 9.

Важнейшие мероприятия по совершенствованию эпидемиологического наблюдения

Для эффективного предупреждения самоубийств необходимы более качественное эпиднаблюдение и мониторинг самоубийств и суицидальных попыток. Поскольку ресурсы, выделяемые на предупреждение самоубийств, ограниченны, руководителям, организациям здравоохранения и другим участникам необходимо решить, какая доля средств и ресурсов, предназначенных для предупреждения самоубийств, будет выделена на мониторинг, и как ее распределить ее между различными типами соответствующих мероприятий. Ситуация в разных странах сильно различается, а следовательно, единых рекомендаций в этом плане не существует. Тем не менее имеется несколько общих принципов, которые могут быть полезными в большинстве ситуаций:

- **Создать постоянную целевую группу, ответственную за мониторинг и повышение качества данных по самоубийствам как неотъемлемую составную часть работы по предупреждению самоубийств.**

Повышение качества информации относительно самоубийств – это настолько важный компонент профилактики суицида и любой национальной стратегии по предупреждению самоубийств, что для работы в этом направлении должна быть создана специальная (целевая) группа. После проведения ситуационного анализа текущего состояния данных по самоубийствам следует составить план действий по улучшению сбора, полноты и качества этих данных. Ход выполнения плана необходимо систематически отслеживать, а сам план – регулярно обновлять.

- **Регулярно проводить оценку наличия, полноты и качества данных о самоубийствах и суицидальных попытках.**

Периодические оценки и улучшение качества данных имеет принципиальную важность для каждого из их трех основных источников:

- Улучшить качество регистрации случаев смерти в результате самоубийстве органами *регистрации актов гражданского состояния*. Мероприятия, необходимые для создания или улучшения механизмов регистрации случаев смерти от самоубийств будут варьироваться в зависимости от состояния системы записи актов гражданского состояния в стране.

- Улучшить качество данных о *медицинской помощи лицам, пострадавшим от суицидальных попыток*. Создание больничной системы мониторинга – сложный процесс, но его можно начать, разработав реально осуществимый метод сбора данных в нескольких репрезентативных локализациях, а затем распространив эту модель на всю страну.

- Улучшить качество *опросных исследований по проблемам суицидального поведения на уровне местных сообществ*. Следует предусматривать достаточно большой размер выборки для обеспечения репрезентативности по отношению к местному сообществу или стране в целом. Рекомендуется использовать стандартизированные вопросы, самый важный и полезный из которых – о совершенных попытках самоубийства в течение предшествующего года.

Вставка 9 *(продолжение)*

- **Отдавать предпочтение высококачественным данным из ряда репрезентативных локализаций по сравнению с данными по всей стране, но более низкого качества.**

В большинстве стран со средним и низким уровнем доходов и в некоторых странах с высоким уровнем доходов существуют финансовые, кадровые или технические ограничения, не позволяющие создать национальную систему мониторинга самоубийств и суицидальных попыток или регулярно проводить национальные опросы. В этой ситуации лучше выделить ряд репрезентативных целевых точек, а затем расширить исследования до масштабов всей страны.

- **Вести работу по мониторингу самоубийств не автономно, а по возможности объединяя ее с другими мероприятиями.**

Данные по самоубийствам обычно собирают не с помощью специальных механизмов учета, а в рамках общей системы регистрации случаев смерти. Мониторинг суицидальных попыток самоубийств, после которых пострадавшим проводят лечение в отделениях экстренной медицинской помощи, лучше всего организовать в рамках общей системы эпиднадзора за травматизмом. Опросы о суицидальном поведении, проводимые на уровне сообщества, легко вписываются в другие опросы о соматическом или психическом здоровье.

- **Включить в общий план действий по улучшению качества данных меры, направленные на уменьшение стигматизации.**

Возможно, главное, что препятствует сбору полноценных данных о самоубийствах – стигма, окружающая суицидальное поведение. Работа со СМИ с целью повлиять на общественные взгляды, а также с медицинскими вузами и училищами, чтобы изменить отношение медицинских работников (например, представляя самоубийство значительной, но решаемой проблемой общественного здравоохранения) – важный шаг на пути достижения долгосрочной цели уменьшения стигматизации, связанной с самоубийством.

- **Найти баланс между потребностью в национальных данных и в данных по конкретным сообществам.**

Национальные данные могут иметь ограниченную применимость при разработке и мониторинге локальных профилактических стратегий, поскольку между разными регионами страны нередко существуют значительные демографические, экономические или культурные различия. Важно определить, в какой степени местные характеристики самоубийств отличаются от национальной картины.

- **Обеспечить, чтобы система мониторинга использовалась в развитии и оценке действий по предупреждению самоубийств.**

Все масштабные исследования по предупреждению самоубийств, производимые при государственной поддержке, должны принимать за главные итоговые показатели число самоубийств и суицидальных, и на проведение мониторинга этих показателей следует отводить необходимую долю бюджета.

В чем заключается успех?

Логико-структурный подход, примерная блок-схема которого показана на рисунке 9, можно использовать не только в помощь странам при планировании вложений и действий, но и, наряду с другими инструментами мониторинга и оценки, для того, чтобы отслеживать прогресс и измерять масштабы успеха. В ходе проведения оценки после анализа возможных вложений, промежуточных результатов и мероприятий с целью планирования и осуществления национальной стратегии по предупреждению самоубийств, важно вновь обратиться к итоговым результатам и далее к показателям конечного полезного эффекта.

Рисунок 9. **Логико-структурная схема в применении к профилактике самоубийств**

Итоговые результаты

Полезные показатели прогресса в реализации национальной стратегии – количественные индикаторы для измерения важнейших итоговых результатов, в том числе следующие:

- процент снижения частоты самоубийств;
- число успешных вмешательств, направленных на предупреждение самоубийств;
- снижение числа госпитализаций по поводу суицидальных попыток.

Страны, работающие над выполнением Комплексного плана действий ВОЗ в области психического здоровья на период 2013–2020 гг.*(1)*, могут предпринимать усилия к достижению цели снизить уровень самоубийств на 10%. Некоторые страны могут идти дальше. К примеру, Англия в своей предыдущей национальной стратегии общественного здравоохранения «Сохранение жизней: улучшение здоровья нашей страны, 1999» *(173)* поставила цель в сфере психического здоровья – к 2010 г. снизить смертность от самоубийств и травм неустановленного происхождения по крайней мере на 20%. Эта цель была успешно достигнута к 2008 г. *(174)*. Количественные индикаторы, привязанные к ключевым видам деятельности, обозначают важные вехи в координированном процессе принятия национальных мер, объединяющего все сектора.

Конечный полезный эффект

Несмотря на то что основные итоговые результаты важны и являются свидетельством прогресса, они иногда не охватывают существенную качественную информацию. Так, в ряде ситуаций показатели частоты самоубийств не снижаются вследствие более полной регистрации или других контекстуальных факторов. Поэтому, чтобы получить исчерпывающее представление о прогрессе и успехе, страны должны рассматривать не только основные промежуточные и итоговые результаты, но и конечный полезный эффект в более широком плане. Его оценка может быть основана на использовании, в частности, следующих количественных и качественных показателей:

- сообщества, в которых местные структуры (школы, религиозные организации, учреждения и др.) оказывают поддержку населению и достаточно связаны друг с другом, чтобы иметь возможность оперативно направлять нуждающихся в помощи в соответствующие службы.
- семьи и общественные круги, оказывающие социальную помощь, укрепляющие сопротивляемость, выявляющие факторы риска самоубийства и предпринимающие эффективные меры помощи близким;
- социально-психологический климат, при котором обращение за помощью в связи с суицидальным поведением не является табу и общественный диалог на эту тему поощряется.

Эти показатели часто труднее измерить, но они важны, поскольку могут указать на существенный прогресс в деле предупреждения самоубийств. Их следует считать не менее значимыми тогда, когда страна оценивает достигнутое и пытается определить масштабы успеха.

Ключевые положения

Самоубийства причиняют тяжелый ущерб. Каждый год от самоубийств умирают свыше 800 000 человек; это вторая по частоте причина смерти в возрасте от 15 до 29 лет. Имеются данные, свидетельствующие о том, что среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку.

Самоубийства – это глобальная проблема, затрагивающая все страны мира. Несмотря на предвзятое мнение о том, что самоубийства в большей степени распространены в странах с высоким уровнем доходов, в действительности 75% самоубийств происходят в странах со средним и низким уровнем доходов. Самоубийства – распространенная причина смерти в различных возрастных группах. Помимо того, что люди умирают или страдают от совершенной суицидальной попытки, случаи самоубийства наносят тяжелый опосредованный ущерб семьям и друзьям погибшего, а также местным сообществам и стране в целом.

Самоубийства можно предотвращать. Залог эффективности национальных мер – наличие всесторонней многосекторальной стратегии предупреждения самоубийств.

Для гарантии своей успешности национальная стратегия должна предусматривать сотрудничество между системой здравоохранения и другими секторами на государственном и негосударственном уровнях. Должны быть вовлечены местные сообщества, а также СМИ, которым следует стремиться к максимально ответственному освещению темы самоубийств. Стратегия призвана улучшать систему эпиднаблюдения, а также меры охраны психического здоровья, в частности борьбу с алкоголизмом. Важнейшим компонентом любой разрабатываемой стратегии является ранняя профилактика.

Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства дает эффект. Эффективным путем предупреждения самоубийств и суицидальных попыток является ограничение доступа к наиболее распространенным средствам, включая ядохимикаты, огнестрельное оружие и некоторые лекарственные препараты.

Ограничение доступа к средствам играет важную роль в предупреждении самоубийств, в особенности импульсивных. Осуществление эффективных мероприятий по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства в сочетании с действиями местных сообществ позволяет сократить число самоубийств.

Службы оказания медицинской помощи должны включать профилактику суицида в качестве одного из важнейших компонентов предоставляемых услуг. Психические расстройства и вредное употребление алкоголя приводят к большому числу самоубийств по всему миру. Раннее выявление и эффективное ведение случаев – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи тем, кто в ней нуждается.

Повышение качества помощи для обращающихся за ней людей может стать гарантией эффективности ранних вмешательств. Более полноценная помощь – ключ к сокращению числа самоубийств, совершаемых в результате психических расстройств, нарушений, связанных с употреблением алкоголя, и других факторов риска. Политика в таких областях, как охрана психического здоровья и борьба с алкоголизмом, должна выдвигать на первый план вопросы оказания помощи, содействовать включению соответствующих услуг в общие службы здравоохранения и предусматривать необходимое финансирование для их совершенствования.

Важнейшую роль в предотвращении самоубийств играют местные сообщества. Они могут обеспечивать социальную поддержку уязвимым лицам и участвовать в последующем оказании помощи, бороться со стигматизацией и оказывать помощь людям, потерявшим близких в результате самоубийства.

Во всех странах, в особенности имеющих ограниченные ресурсы, нельзя переоценить важность местных сообществ и их поддерживающих программ в деле предупреждения самоубийств. Эффективная социальная поддержка внутри этих сообществ и примеры индивидуальной психологической устойчивости могут помочь в защите уязвимых людей от самоубийства путем построения и укрепления социальных связей и развития навыков преодоления жизненных трудностей. В частности, сообщество может оказывать помощь в кризисных ситуациях, поддерживать регулярные контакты с теми, кто совершал попытки самоубийства, и помогать людям, потерявшим близких в результате самоубийства.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 20 августа 2014 г.)
2. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000?2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HIS/GHE/2014.7. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Varnik P, Sisask M, Varnik A, Yur'Yev A, Kolves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? Scand J Public Health. 2010;38(4):395?403.
5. Varnik P, Sisask M, Varnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. Inj Prev. 2012;18(5):321?5.
6. Hofer P1, Rockett IR, Varnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? BMC Public Health. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(4):1135?58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. BMC public health. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. PLoS Medicine. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. (http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, accessed on 15 May 2014.)
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annest JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. Inj Prev. 2004;10(1):47?52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet. 2002;360:1728?36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. Lancet. 2012;379(9834):2343?51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/, accessed 15 May 2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, accessed 5 May 2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, accessed 7 June 2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 62:1?20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185?98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. PLoS ONE. 2012;7(2):1?7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. Eur J Public Health. 2013;1?6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. Arch Suicide Res. 2010;14(2):135?45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. BMC Public Health. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html, accessed 15 May 2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996?2005. Crisis. 2009;30(4):180?5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. Inj Prev Res. 2004;43(6):723?30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. PLoS Medicine. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.
30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;98(2):107?9.
31. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 2012;66(11):1037?42.

32. Sisask M, Va?rnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2012;9:123?38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. PloS ONE. 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. J Med Internet Res. 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/, по состоянию на 20 августа 2014 г.).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. J Stud Alcohol. 2004;65(6):782?93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. J Prev Med Public Health. 2013;46(3):147?54.
38. Санитарная грамотность. Убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2014 (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts, по состоянию на 20 августа 2014 г.).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ. 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010 (http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf?ua=1, accessed 24 April 2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. Lancet. 2012;379(9834):2393?9.
42. Du Roscoat E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. Revue d'epidemiologie et de sante publique. 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. Lancet. 2002;360(9340):1163?7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. In J Epid. 2007b;36:1235?42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf, accessed 22 April 2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, accessed 23 April 2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. Am Behav Sci. 2003;46(9):1192?210.
48. Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2014;160(2):101?10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. Am J Public Health. 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13(1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. Br J Psychiatry, 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. Psychiatr Serv. 2009;60(5):596?9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. BMJ. 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf, accessed 23 April 2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. Psychiatry. 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. Crisis. 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. Advances in Mental Health. 2011;10(1):39?51.
60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and new technologies: evidence based practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013.
61. Youthhealthtalk (website). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, accessed 14 April 2014).
62. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. J Affect Disord. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.

63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(2):231?9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.
64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. BMC Public Health. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479
65. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.
66. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. Lancet. 2014 (in press).
67. Kolves K, Kolves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. J Affect Disord. 2013;146(1):1?14.
68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255?71.
69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.
70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. Am Psychol. 2008;63(1):14?31.
71. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(2):118?24.
72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46:191–5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.
73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. J Homosex. 2011;58(1):10–51. doi:10.1080/00918369.2011.534038.
74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. Can J Psychiatry. 2010;55(5):282?8.
75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. Am J Public Health. 2013;103(3):30?42.
76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. Arch Suicide Res. 2011;15(1):1?15.
77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8):741?9.
78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. Mol Psychiatry. 2013;18(7):758?66. doi:10.1038/mp.2012.86.
79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. J Epidemiol Community Health. 2003;57(12):993.
80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/ accessed 14 April 2014).
Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин: распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером. Резюме на русском языке (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85241/5/WHO_RHR_HRP_13.06_rus.pdf).
81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 2006;368:1260–9.
82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. Soc Sci Med. 2013;82:126–33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.
83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. Eur Psychiatry. 2013;28(8):514–20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.
84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. Open J Med Psychol. 2013;2:124?33.
85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. BMC public health. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463
86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. 2008;69(11):1721?31.
87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. J Adolesc Health. 2011;49(2):115–23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.
88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. Can J Public Health. 2011;102(1):18–29.
89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? Ann Epidemiol. 2009;19(10):757?60.
90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. JAMA. 2008;300(6):652?3.

91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). JAMA Psychiatry. 2014;71(5):493?503. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint slides). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014 (http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf, accessed 7 June 2014).
93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. Ment Health Subst Use. 2013;6(4):274–86. doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2014 ;109(3):379?91. doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(5):506–15. doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. Crisis. 2011;33(3):162?8.
97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):338–52. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. J Telemed Telecare. 2013;19(5):273–81. doi:10.1177/1357633X13495487.
99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. Environ Health Prev Med. 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. Aust NZ J Psychiatry. 2003;37(5):595?9.
101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol med. 2003;33(3):395?405.
102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. Indian J Psychiatry. 2012;54(4):304?19.
103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. Am J Psychiatry. 2000;157(12):1925?32.
104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res. 2009;13(4):303–16.
105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. 2005;66(6):693?704.
106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058?64.
107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(3):247?53.
108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am J Psychiatry. 1996;153(8):1009?14.
109. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 7 July 2014).
110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. Addiction. 2014;109(1):155?62.
111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ. 2013;347:f5239.
112. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press; 2013.
113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1990;147(2):190?5.
115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med. 2006;36(5):575?86.
116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009:293?9.
117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York (NY): Routledge; 2011.
118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010;117(2):575?600.
119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. Lancet. 2002;360(9340):1126?30.
120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. Eur Psychiatry. 2010;25(5):268?71.
121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. Crisis. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.

122. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. Br J Gen Pract. 2009;59(568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. Am J Public Health. 2010;100(12):2457?63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Varnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(10):2404?9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. Eur Psychiatry. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997?2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. Lancet. 2012;379(9820):1005?12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. Clin Psychol Rev. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009:7?12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. Burns. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Varnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. Nord J Psychiatry. 2008;62(6):431?5.
135. Luthar SS, editor. Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn?Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(3):279?89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Med. 2014;15(2):248?54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jane-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promot Educ. 2005;12(2):9?25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. Child Abuse Negl. 2013;37(9):664?674. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. PLoS ONE. 2013;8(10):e78185. doi: 10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics. 1986;78(1):65?78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. J Sch Psychol. 2013;51(1):129?42. doi: 10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(2):141?8. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. J Adolesc Health, 2013;53(6):706?11. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives? Forum – Prevention of Suicide Worldwide. World Psychiatry. 2004;3(3):159?60.
147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008:221?48.
148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. Suicide – an unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231?6.
149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O , Andriessen K, editors. Bereavement after traumatic death ? helping the survivors. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.

150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. Crisis. 2012;33(6):313?24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):291?307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. Suicide Laws: An International Review. International Journal of Law and Psychiatry. (in press).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, 1996. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York (NY): United Nations; 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. Epidemiol Rev. 1988;10:164?90.
157. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/barrierstochange.jsp, accessed 22 April 2014).
158. Developing an effective evaluation plan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. International suicide rates and prevention strategies. Gottingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. World Psychiatry. 2004;3:153?4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. Adm Policy Ment Health. 2009;36(6):393?405.
162. Suicide Prevention Strategy 2013?2016. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429, accessed 14 April 2014).
163. 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. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? Death Stud. 2012; 36(7):605?26.
165. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: case study from Pakistan. Suicide Life Threat Behav. 2006;36(1):76?81.
166. Mitchell P, editor. Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, ред. В отношении каких стратегий профилактики суицида имеются фактические данные, подтверждающие их эффективность? Сводный доклад СФДЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/184090/e96630-Rus-final.pdf?ua=1, по состоянию на 20 августа 2014 г.).
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. BMC Public Health, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka. Bull World Health Organ. 2009;87:180?5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. J Med Internet Res. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. Psychol Med. 2003;33:977?86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE–Prevention): final report. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. Saving lives: our healthier nation. London: Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).
174. National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress. London: National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Оценочные данные по абсолютному числу и частоте самоубийств, в разбивке по возрасту и полу, 2000 г. и 2012 г.*

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Австрия (1)	оба пола	1319	15,6	1,0	9,5	14,3	21,5	32,9	11,5	16,3	-29,7%
	женщины	330	7,6	0,7	3,3	6,5	12,2	14,0	5,4	7,4	-27,2%
	мужчины	989	23,9	1,3	15,5	22,1	31,3	61,2	18,2	26,7	-32,1%
Австралия (1)	оба пола	2679	11,6	0,6	12,2	17,2	13,2	12,9	10,6	11,9	-10,6%
	женщины	649	5,6	0,8	6,5	7,9	6,2	5,4	5,2	5,0	4,6%
	мужчины	2030	17,7	0,4	17,5	26,5	20,4	22,2	16,1	18,9	-15,1%
Азербайджан (2)	оба пола	154	1,7	0,2	1,6	1,8	2,6	5,2	1,7	1,7	-4,6%
	женщины	48	1,0	0,2	1,2	0,8	1,3	4,3	1,0	0,9	17,6%
	мужчины	106	2,3	0,3	2,1	2,9	4,1	6,6	2,4	2,7	-12,8%
Албания (2)	оба пола	205	6,5	0,8	5,3	7,0	9,1	19,3	5,9	7,0	-15,3%
	женщины	93	5,9	1,0	4,9	5,8	8,3	17,4	5,2	5,6	-7,0%
	мужчины	112	7,1	0,6	5,7	8,3	9,9	21,4	6,6	8,5	-22,0%
Алжир (4)	оба пола	677	1,8	0,3	2,2	2,1	2,5	6,1	1,9	2,2	-12,8%
	женщины	277	1,5	0,3	2,0	1,6	1,8	5,1	1,5	1,9	-16,8%
	мужчины	400	2,1	0,4	2,3	2,6	3,2	7,3	2,3	2,6	-10,6%
Ангола (4)	оба пола	2206	10,6	2,3	21,4	17,4	13,7	18,8	13,8	9,2	50,3%
	женщины	612	5,8	1,9	11,7	8,2	7,9	10,7	7,3	4,4	64,8%
	мужчины	1594	15,5	2,7	31,3	26,8	20,2	29,3	20,7	14,3	45,1%
Аргентина (2)	оба пола	4418	10,8	1,1	13,8	10,9	15,8	21,6	10,3	12,4	-17,1%
	женщины	901	4,3	0,9	5,3	4,7	5,9	7,0	4,1	5,1	-20,4%
	мужчины	3517	17,5	1,2	21,9	17,3	26,9	45,6	17,2	20,6	-16,5%
Армения (2)	оба пола	98	3,3	0,3	2,8	3,6	4,6	8,8	2,9	3,2	-8,1%
	женщины	17	1,2	0,2	0,9	0,7	1,2	5,2	0,9	1,0	-5,2%
	мужчины	81	5,3	0,4	4,3	6,4	8,3	14,0	5,0	5,9	-14,8%
Афганистан (4)	оба пола	1205	4,0	0,8	7,5	6,1	8,3	12,6	5,7	6,1	-5,9%
	женщины	643	4,4	0,9	9,8	5,4	5,4	8,5	5,3	4,7	14,4%
	мужчины	562	3,7	0,7	5,1	6,7	11,4	17,9	6,2	7,6	-17,6%
Багамские Острова (2)	оба пола	9	2,3	0,2	1,0	1,8	4,5	14,8	2,3	3,0	-23,6%
	женщины	3	1,4	0,2	0,6	0,9	2,2	9,2	1,3	2,1	-39,7%
	мужчины	6	3,3	0,3	1,4	2,7	7,1	23,6	3,6	4,2	-13,2%
Бангладеш (4)	оба пола	10 167	6,6	1,0	8,1	6,4	13,6	28,9	7,8	7,8	-0,1%
	женщины	5773	7,6	1,3	10,8	6,6	13,9	31,6	8,7	8,2	5,8%
	мужчины	4394	5,6	0,7	5,5	6,1	13,4	26,4	6,8	7,3	-6,8%
Барбадос (2)	оба пола	7	2,6	0,2	2,2	2,2	4,0	8,1	2,3	3,4	-33,6%
	женщины	1	0,7	0,1	0,5	0,6	0,8	2,5	0,6	1,0	-44,7%
	мужчины	6	4,6	0,3	3,7	3,7	7,4	16,7	4,1	6,0	-31,3%
Бахрейн (2)	оба пола	95	7,3	1,1	8,7	8,2	8,9	36,4	8,1	8,0	0,1%
	женщины	11	2,2	0,3	2,9	2,2	3,2	16,6	2,9	3,0	-3,4%
	мужчины	85	10,3	1,7	12,1	11,0	12,2	57,1	11,6	11,8	-1,8%
Беларусь (1)	оба пола	2051	21,8	0,9	20,1	27,2	26,0	31,7	18,3	35,5	-48,4%
	женщины	400	7,9	0,5	6,2	8,9	9,5	13,4	6,4	8,8	-27,9%
	мужчины	1651	37,8	1,2	33,4	46,6	47,0	76,6	32,7	66,2	-50,6%
Белиз (1)	оба пола	6	2,0	0,3	1,6	2,7	2,5	21,9	2,6	3,9	-32,6%
	женщины	1	0,6	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0	0,5	0,6	-12,1%
	мужчины	6	3,5	0,5	1,9	4,7	5,0	48,6	4,9	7,3	-32,2%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Бельгия (1)	оба пола	1955	17,7	0,7	9,5	24,1	24,6	25,1	14,2	18,0	-21,1%
	женщины	548	9,7	0,5	4,9	11,1	16,4	12,4	7,7	9,2	-16,4%
	мужчины	1407	25,9	0,8	14,0	36,8	33,0	43,8	21,0	27,4	-23,1%
Бенин (4)	оба пола	368	3,7	0,7	5,5	4,5	8,0	26,5	5,7	6,0	-5,5%
	женщины	105	2,1	0,5	3,1	2,2	5,0	14,1	3,1	3,2	-2,2%
	мужчины	262	5,2	1,0	7,9	6,7	11,3	44,7	8,8	9,6	-7,7%
Болгария (2)	оба пола	1054	14,5	0,8	8,0	14,4	21,2	24,1	10,8	15,5	-30,5%
	женщины	288	7,7	0,5	3,2	6,9	10,6	14,9	5,3	8,0	-34,3%
	мужчины	766	21,6	1,1	12,5	21,5	33,1	38,6	16,6	23,5	-29,3%
Боливия (2)	оба пола	1224	11,7	4,8	20,6	13,3	12,0	13,9	12,2	12,5	-2,2%
	женщины	450	8,6	4,9	17,2	7,7	5,5	8,6	8,5	9,3	-9,4%
	мужчины	774	14,8	4,8	23,9	19,1	19,2	20,9	16,2	15,9	2,0%
Босния и Герцеговина (2)	оба пола	532	13,9	0,4	6,8	13,2	23,8	29,0	10,8	12,0	-10,6%
	женщины	114	5,8	0,3	1,4	4,4	10,3	15,1	4,1	4,9	-16,5%
	мужчины	418	22,3	0,5	12,0	22,1	38,8	48,2	18,0	20,2	-10,7%
Ботсвана (4)	оба пола	64	3,2	0,6	4,5	3,8	5,2	12,6	3,8	4,1	-7,8%
	женщины	17	1,7	0,3	2,2	1,4	3,4	8,7	2,0	2,3	-11,8%
	мужчины	48	4,7	0,8	6,9	5,9	7,4	19,4	5,7	6,2	-7,0%
Бразилия (1)	оба пола	11 821	6,0	0,4	6,7	8,4	8,0	9,8	5,8	5,3	10,4%
	женщины	2623	2,6	0,3	2,6	3,7	3,8	3,3	2,5	2,1	17,8%
	мужчины	9198	9,4	0,4	10,7	13,3	12,7	18,5	9,4	8,7	8,2%
Бруней-Даруссалам (2)	оба пола	25	6,2	0,2	6,0	8,0	11,2	15,1	6,4	5,5	16,9%
	женщины	10	4,9	0,2	4,5	6,1	9,3	13,7	5,2	4,2	24,2%
	мужчины	15	7,4	0,2	7,5	10,0	13,0	16,7	7,7	6,8	12,6%
Буркина-Фасо (4)	оба пола	485	3,0	0,6	4,8	3,9	6,4	21,5	4,8	4,8	0,0%
	женщины	151	1,8	0,4	2,9	1,9	4,5	12,7	2,8	2,6	8,1%
	мужчины	334	4,1	0,8	6,7	5,9	9,0	36,0	7,3	7,6	-3,8%
Бурунди (4)	оба пола	1617	16,4	5,2	27,3	21,0	29,2	82,4	23,1	19,6	17,8%
	женщины	401	8,0	4,2	11,4	7,0	16,7	70,8	12,5	10,3	21,7%
	мужчины	1216	25,0	6,3	44,2	35,1	41,7	96,5	34,1	29,6	15,4%
Бутан (4)	оба пола	119	16,0	1,9	15,7	24,6	28,8	37,9	17,8	23,8	-25,1%
	женщины	35	10,2	1,4	13,1	14,2	16,7	19,1	11,2	16,1	-30,5%
	мужчины	83	20,9	2,4	18,0	32,4	38,2	53,0	23,1	30,6	-24,5%
Бывшая югославская Республика Македония (1)	оба пола	140	6,7	0,2	2,1	6,0	13,9	15,1	5,2	6,7	-22,0%
	женщины	45	4,2	0,0	1,1	4,4	7,1	11,8	3,2	4,0	-20,0%
	мужчины	96	9,1	0,3	3,0	7,6	20,9	19,6	7,3	9,4	-22,5%
Венгрия (1)	оба пола	2519	25,3	0,6	10,9	26,2	41,1	42,3	19,1	25,7	-25,8%
	женщины	567	10,8	0,5	3,4	9,2	17,6	20,4	7,4	10,6	-29,7%
	мужчины	1952	41,2	0,6	18,1	42,8	69,6	84,4	32,4	43,1	-24,7%
Венесуэла (Боливарианская Республика) (1)	оба пола	748	2,5	0,4	3,2	3,5	3,1	5,7	2,6	6,8	-61,3%
	женщины	141	1,0	0,6	1,2	1,0	1,4	1,4	1,0	1,9	-48,7%
	мужчины	607	4,0	0,3	5,2	6,0	4,8	10,9	4,3	11,8	-63,3%
Вьетнам (4)	оба пола	4600	5,1	0,4	5,0	5,1	7,7	20,5	5,0	5,7	-12,2%
	женщины	1169	2,5	0,3	1,8	1,4	4,2	15,1	2,4	3,0	-20,7%
	мужчины	3431	7,7	0,5	8,1	8,7	11,7	30,5	8,0	8,8	-9,2%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Габон (4)	оба пола	114	7,0	0,9	12,0	8,8	9,6	20,4	8,2	7,9	3,8%
	женщины	31	3,8	0,8	6,2	4,5	5,7	12,1	4,5	4,3	3,0%
	мужчины	83	10,1	1,1	17,6	13,1	13,7	31,5	12,1	11,7	3,2%
Гамбия (4)	оба пола	58	3,2	0,8	5,4	4,3	6,3	20,9	5,0	5,2	-3,1%
	женщины	15	1,6	0,5	2,3	2,2	4,3	9,9	2,6	2,7	-4,8%
	мужчины	43	4,9	1,2	8,7	6,6	8,3	31,7	7,6	7,7	-1,9%
Грузия (2)	оба пола	165	3,8	0,4	2,9	4,4	4,7	8,1	3,2	4,3	-26,1%
	женщины	32	1,4	0,1	1,4	0,8	1,3	4,4	1,0	1,4	-25,2%
	мужчины	132	6,4	0,6	4,5	8,4	8,8	14,3	5,7	7,6	-25,3%
Германия (1)	оба пола	10 745	13,0	0,3	7,7	12,7	16,9	23,7	9,2	11,1	-17,0%
	женщины	2621	6,2	0,2	3,1	5,6	8,0	11,6	4,1	5,2	-20,2%
	мужчины	8124	20,0	0,3	12,0	19,4	26,0	40,7	14,5	17,5	-17,4%
Гана (4)	оба пола	577	2,3	0,5	3,4	2,4	4,1	13,7	3,1	2,6	18,0%
	женщины	205	1,6	0,4	2,0	1,6	3,5	9,6	2,2	1,8	19,4%
	мужчины	372	3,0	0,6	4,7	3,3	4,8	19,7	4,2	3,4	23,4%
Греция (2)	оба пола	548	4,9	0,1	3,0	5,9	6,4	7,6	3,8	3,4	10,5%
	женщины	99	1,8	0,0	0,9	1,9	2,4	2,8	1,3	1,2	8,5%
	мужчины	449	8,2	0,1	5,0	9,7	10,6	14,1	6,3	5,7	10,3%
Гватемала (2)	оба пола	1101	7,3	1,5	12,8	10,3	9,9	15,0	8,7	7,2	20,6%
	женщины	317	4,1	1,5	8,4	4,5	3,3	4,9	4,3	3,4	27,2%
	мужчины	784	10,7	1,6	17,2	17,5	17,4	26,7	13,7	11,4	20,1%
Гвинея (4)	оба пола	377	3,3	0,9	5,3	4,0	5,9	17,7	4,7	4,7	-1,3%
	женщины	95	1,7	0,6	2,3	1,8	3,9	9,1	2,4	2,5	-3,7%
	мужчины	282	4,9	1,2	8,2	6,1	8,1	28,2	7,1	7,1	-0,7%
Гвинея-Биссау (4)	оба пола	51	3,1	0,6	4,8	3,0	6,7	23,1	4,7	4,3	7,9%
	женщины	14	1,6	0,4	2,5	1,2	4,1	11,8	2,4	2,4	1,3%
	мужчины	38	4,5	0,8	7,2	4,8	9,4	36,9	7,2	6,6	9,5%
Гайана (2)	оба пола	277	34,8	2,9	29,7	64,0	81,4	95,1	44,2	48,3	-8,5%
	женщины	72	18,3	2,8	17,6	29,3	38,5	51,1	22,1	24,6	-10,0%
	мужчины	205	50,8	2,9	41,6	98,3	126,6	206,9	70,8	72,2	-1,9%
Гаити (2)	оба пола	235	2,3	1,1	2,5	2,9	4,6	8,0	2,8	3,1	-9,7%
	женщины	107	2,1	1,3	2,4	2,3	3,8	6,3	2,4	2,5	-5,6%
	мужчины	128	2,5	0,9	2,6	3,7	5,4	10,1	3,3	3,8	-13,0%
Гондурас (4)	оба пола	386	4,9	1,4	7,3	6,5	7,1	9,6	5,5	5,6	-2,1%
	женщины	110	2,8	1,2	5,3	2,8	2,0	3,0	2,8	2,9	-4,5%
	мужчины	277	7,0	1,5	9,3	10,3	12,3	17,4	8,3	8,4	-0,8%
Дания (1)	оба пола	625	11,2	0,2	5,7	12,9	18,3	16,9	8,8	12,0	-27,0%
	женщины	154	5,5	0,1	2,9	5,1	9,8	8,4	4,1	6,0	-31,6%
	мужчины	471	17,0	0,2	8,4	20,7	26,9	28,2	13,6	18,4	-26,2%
Демократическая Республика Конго (4)	оба пола	5248	8,0	1,9	14,9	12,5	11,0	15,2	10,1	8,0	26,3%
	женщины	1287	3,9	1,6	7,2	4,9	5,7	8,4	4,8	3,6	32,7%
	мужчины	3961	12,1	2,3	22,6	20,3	16,8	24,3	15,8	12,8	23,6%
Джибути (4)	оба пола	92	10,7	1,8	12,5	9,8	22,7	85,3	15,1	14,7	2,9%
	женщины	27	6,3	1,4	6,4	4,4	13,4	69,9	9,5	9,3	2,1%
	мужчины	65	15,0	2,2	18,5	15,1	32,4	103,9	20,9	20,2	3,4%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Доминиканская Республика (2)	оба пола	375	3,7	0,4	3,3	4,7	7,1	13,8	4,1	5,9	-31,1%
	женщины	95	1,9	0,4	1,4	2,1	4,0	7,9	2,1	3,1	-34,2%
	мужчины	280	5,4	0,3	5,2	7,3	10,3	20,3	6,1	8,6	-29,4%
Египет (2)	оба пола	1264	1,6	0,3	1,9	2,0	2,4	5,3	1,7	2,6	-33,6%
	женщины	433	1,1	0,2	1,3	1,2	1,6	4,2	1,2	2,1	-45,3%
	мужчины	831	2,1	0,4	2,4	2,8	3,3	7,1	2,4	3,1	-24,1%
Замбия (4)	оба пола	1346	9,6	3,0	15,4	10,4	21,5	82,7	15,7	24,4	-35,4%
	женщины	433	6,1	3,0	8,2	4,3	14,0	79,2	10,8	18,8	-42,8%
	мужчины	913	13,0	2,9	22,7	16,4	29,3	87,0	20,8	29,9	-30,3%
Зимбабве (4)	оба пола	2281	16,6	4,1	30,9	18,5	16,4	41,6	18,1	19,2	-5,7%
	женщины	619	8,9	3,8	15,3	7,7	9,8	28,9	9,7	10,1	-4,0%
	мужчины	1663	24,6	4,4	46,7	29,0	25,1	58,5	27,2	28,8	-5,6%
Израиль (1)	оба пола	470	6,2	0,2	4,7	7,8	11,5	14,7	5,9	6,5	-8,2%
	женщины	94	2,4	0,1	1,8	3,3	5,0	3,4	2,3	2,6	-10,7%
	мужчины	377	10,0	0,2	7,4	12,5	18,5	30,3	9,8	10,6	-6,9%
Индия (3)	оба пола	258 075	20,9	2,0	35,5	28,0	20,0	20,9	21,1	23,3	-9,2%
	женщины	99 977	16,7	2,4	36,1	17,2	11,1	11,2	16,4	20,3	-19,1%
	мужчины	158 098	24,7	1,6	34,9	38,0	28,9	32,7	25,8	26,2	-1,6%
Индонезия (4)	оба пола	9105	3,7	0,3	3,6	3,9	7,4	18,4	4,3	5,4	-19,6%
	женщины	5206	4,2	0,4	3,6	4,2	9,0	22,1	4,9	5,9	-18,4%
	мужчины	3900	3,1	0,2	3,6	3,6	5,8	13,5	3,7	4,7	-21,0%
Иран (Исламская Республика) (2)	оба пола	4069	5,3	0,7	7,8	5,6	5,0	16,1	5,2	7,2	-28,0%
	женщины	1369	3,6	0,6	5,5	3,0	3,7	13,4	3,6	6,4	-43,7%
	мужчины	2700	7,0	0,8	10,0	8,1	6,5	18,6	6,7	7,9	-15,5%
Ирак (2)	оба пола	376	1,2	0,3	1,4	1,7	2,5	7,1	1,7	1,4	16,0%
	женщины	246	1,5	0,3	2,0	2,0	2,7	9,1	2,1	1,9	11,8%
	мужчины	130	0,8	0,2	0,7	1,4	2,1	4,3	1,2	1,0	22,2%
Ирландия (1)	оба пола	524	11,5	0,8	14,5	15,7	15,4	7,1	11,0	12,1	-9,0%
	женщины	126	5,5	0,5	6,2	7,4	8,3	3,4	5,2	4,2	23,0%
	мужчины	398	17,5	1,0	23,1	24,2	22,6	12,0	16,9	19,9	-15,3%
Иордания (2)	оба пола	114	1,6	0,3	2,2	2,1	2,7	6,8	2,0	2,4	-15,0%
	женщины	54	1,6	0,3	2,4	2,0	2,1	6,1	1,9	2,1	-10,8%
	мужчины	60	1,7	0,3	2,0	2,2	3,3	7,5	2,2	2,7	-18,0%
Исландия (1)	оба пола	49	15,1	0,0	8,2	28,4	22,9	7,0	14,0	16,4	-14,5%
	женщины	12	7,5	0,0	4,5	9,8	17,1	2,5	6,7	6,0	11,8%
	мужчины	37	22,5	0,0	11,9	46,4	28,6	12,5	21,0	26,5	-20,7%
Испания (1)	оба пола	3296	7,1	0,1	3,0	7,8	9,6	13,9	5,1	6,4	-20,3%
	женщины	730	3,1	0,0	1,1	3,5	4,5	5,2	2,2	2,9	-24,1%
	мужчины	2566	11,1	0,1	4,9	11,9	15,0	26,6	8,2	10,4	-20,7%
Италия (1)	оба пола	3908	6,4	0,2	3,4	6,7	8,9	10,8	4,7	5,0	-7,4%
	женщины	817	2,6	0,1	1,3	2,7	3,7	4,0	1,9	2,4	-22,4%
	мужчины	3091	10,5	0,3	5,4	10,7	14,4	20,6	7,6	8,0	-4,3%
Йемен (4)	оба пола	733	3,1	0,8	5,2	4,6	3,8	6,7	3,7	3,6	0,3%
	женщины	320	2,7	0,7	5,1	3,3	2,7	5,3	3,0	3,0	1,0%
	мужчины	413	3,4	0,9	5,2	5,8	5,1	8,3	4,3	4,4	-0,2%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Кабо-Верде (4)	оба пола	19	3,9	0,3	2,5	2,7	7,2	38,7	4,8	5,4	-12,3%
	женщины	4	1,5	0,1	0,6	0,8	2,8	14,2	1,6	2,0	-18,2%
	мужчины	16	6,4	0,6	4,3	4,5	12,8	77,7	9,1	10,0	-8,7%
Казахстан (1)	оба пола	3912	24,0	3,2	30,8	34,4	28,8	28,8	23,8	37,6	-36,7%
	женщины	788	9,4	2,4	15,0	10,5	9,5	11,9	9,3	12,6	-26,1%
	мужчины	3123	39,8	4,0	46,6	59,8	53,6	63,4	40,6	66,9	-39,3%
Камбоджа (4)	оба пола	1339	9,0	2,1	13,0	12,8	9,4	15,8	9,4	11,5	-18,0%
	женщины	474	6,2	1,8	8,7	6,9	9,2	11,5	6,5	8,5	-24,2%
	мужчины	865	11,9	2,4	17,2	19,2	9,7	21,9	12,6	14,9	-15,2%
Камерун (4)	оба пола	1070	4,9	1,2	7,9	6,0	8,6	30,5	7,0	6,8	3,1%
	женщины	257	2,4	0,7	3,2	2,7	5,6	15,1	3,4	3,4	0,9%
	мужчины	814	7,5	1,7	12,5	9,2	11,8	49,6	10,9	10,5	3,6%
Канада (1)	оба пола	3983	11,4	0,6	10,0	15,2	15,6	11,3	9,8	11,0	-11,1%
	женщины	958	5,5	0,5	5,2	7,1	8,0	3,3	4,8	4,9	-2,8%
	мужчины	3026	17,5	0,6	14,6	23,2	23,5	22,0	14,9	17,2	-13,5%
Катар (2)	оба пола	95	4,7	0,2	4,6	5,6	6,2	16,1	4,6	4,1	12,6%
	женщины	3	0,7	0,1	0,8	0,6	2,0	8,1	1,2	1,9	-34,9%
	мужчины	92	5,9	0,3	5,6	6,7	7,7	20,2	5,7	5,2	10,7%
Кения (4)	оба пола	4647	10,8	2,4	16,2	13,2	21,4	78,7	16,2	16,5	-1,6%
	женщины	1050	4,9	1,6	5,7	4,3	10,9	62,4	8,4	9,2	-8,8%
	мужчины	3597	16,7	3,2	26,8	22,0	33,2	98,8	24,4	24,0	1,7%
Кипр (1)	оба пола	58	5,2	0,0	5,9	7,8	5,0	4,7	4,7	1,3	269,8%
	женщины	9	1,6	0,0	2,4	2,0	1,5	1,5	1,5	1,1	41,5%
	мужчины	49	8,6	0,0	9,0	13,1	8,6	8,7	7,7	1,5	416,9%
Китай (3)	оба пола	120 730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5	7,8	19,4	-59,6%
	женщины	67 542	10,1	0,5	5,9	7,1	17,0	47,7	8,7	21,7	-59,7%
	мужчины	53 188	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8	7,1	17,4	-59,3%
Колумбия (1)	оба пола	2517	5,3	1,1	8,0	6,4	6,6	7,1	5,4	7,0	-22,8%
	женщины	471	1,9	1,2	3,6	1,6	2,2	0,4	1,9	3,0	-35,6%
	мужчины	2046	8,7	0,9	12,4	11,4	11,5	16,3	9,1	11,3	-19,3%
Коморские Острова (4)	оба пола	75	10,5	1,9	12,9	13,0	28,6	82,1	16,9	15,6	8,6%
	женщины	21	6,0	1,5	6,5	5,5	16,3	67,0	10,3	9,6	7,4%
	мужчины	54	14,9	2,2	19,2	20,5	41,4	101,6	24,0	21,9	9,7%
Конго (4)	оба пола	338	7,8	1,4	14,4	11,7	10,1	16,8	9,6	10,5	-8,7%
	женщины	82	3,8	1,0	6,7	5,3	5,3	9,1	4,6	5,6	-17,6%
	мужчины	256	11,8	1,7	22,1	18,1	15,1	26,2	14,7	15,6	-5,6%
Корейская Народно-Демократическая Республика (4)	оба пола	9790	39,5	3,3	33,2	33,7	67,2	156,6	38,5	47,3	-18,6%
	женщины	4828	38,1	3,6	37,0	34,4	50,3	125,9	35,1	41,3	-15,2%
	мужчины	4962	41,0	2,9	29,6	33,1	86,4	227,3	45,4	58,2	-21,9%
Коста-Рика (1)	оба пола	331	6,9	0,6	7,9	10,4	8,5	7,2	6,7	7,0	-3,7%
	женщины	53	2,2	0,2	3,2	3,2	2,5	0,6	2,2	1,8	24,6%
	мужчины	278	11,4	1,0	12,3	17,4	14,5	15,1	11,2	12,1	-7,8%
Кот-д'Ивуар (4)	оба пола	1063	5,4	1,5	8,5	6,8	9,1	26,7	7,4	6,5	15,0%
	женщины	279	2,9	1,0	4,1	3,7	6,2	13,7	4,1	3,5	16,3%
	мужчины	785	7,8	2,0	12,8	9,7	11,4	37,7	10,6	9,2	15,5%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Куба (1)	оба пола	1648	14,6	0,8	6,0	14,8	24,4	36,1	11,4	14,6	-21,9%
	женщины	334	6,0	1,5	1,5	4,2	13,4	12,0	4,5	8,7	-48,1%
	мужчины	1315	23,2	0,1	10,2	25,0	35,7	65,1	18,5	20,8	-11,3%
Кувейт (1)	оба пола	33	1,0	0,3	1,4	1,3	1,2	0,0	0,9	1,4	-35,0%
	женщины	12	0,9	0,4	1,4	1,3	0,3	0,0	0,8	1,3	-39,4%
	мужчины	21	1,1	0,2	1,3	1,3	1,7	0,0	1,0	1,4	-33,6%
Кыргызстан (1)	оба пола	476	8,7	0,8	11,6	13,3	11,3	14,4	9,2	15,4	-40,2%
	женщины	123	4,4	0,4	7,3	5,5	3,1	12,2	4,5	5,8	-22,2%
	мужчины	353	13,1	1,2	15,9	21,3	21,0	17,9	14,2	26,0	-45,1%
Лаосская Народно-Демократическая Республика (4)	оба пола	422	6,4	0,4	6,9	8,4	15,6	36,4	8,8	14,4	-38,9%
	женщины	161	4,8	0,3	4,7	5,6	13,3	29,2	6,6	11,8	-44,2%
	мужчины	261	7,9	0,5	9,1	11,5	18,1	45,9	11,2	17,2	-34,6%
Латвия (1)	оба пола	419	20,4	0,3	13,8	23,9	30,4	26,2	16,2	29,0	-44,2%
	женщины	68	6,1	0,3	2,8	4,9	9,4	10,7	4,3	9,3	-54,1%
	мужчины	351	37,3	0,3	24,5	43,5	58,2	62,4	30,7	52,8	-42,0%
Лесото (4)	оба пола	110	5,4	1,4	8,3	6,3	7,2	16,8	6,1	4,0	53,7%
	женщины	32	3,1	1,1	4,6	3,0	4,5	10,1	3,4	2,3	49,8%
	мужчины	78	7,7	1,7	12,0	9,6	11,5	27,6	9,2	6,0	53,8%
Ливан (4)	оба пола	43	0,9	0,1	0,6	0,6	1,5	5,6	0,9	1,7	-46,4%
	женщины	14	0,6	0,1	0,7	0,4	0,6	3,4	0,6	1,2	-52,5%
	мужчины	29	1,2	0,1	0,6	0,8	2,3	7,9	1,2	2,2	-45,5%
Либерия (4)	оба пола	109	2,6	0,5	3,7	2,9	6,7	21,3	4,3	5,0	-14,1%
	женщины	26	1,2	0,3	1,5	1,1	4,0	10,1	2,0	2,2	-9,0%
	мужчины	84	4,0	0,6	5,8	4,6	9,6	34,6	6,8	7,9	-14,8%
Ливия (4)	оба пола	90	1,5	0,2	1,4	1,7	3,0	8,4	1,8	2,7	-33,7%
	женщины	38	1,2	0,2	1,5	1,4	1,7	5,8	1,4	2,0	-31,8%
	мужчины	53	1,7	0,2	1,2	1,9	4,2	11,7	2,2	3,3	-32,9%
Литва (1)	оба пола	1007	33,3	0,6	26,8	46,6	43,6	35,3	28,2	44,9	-37,2%
	женщины	177	10,9	0,4	6,5	14,0	11,3	20,2	8,4	15,0	-44,4%
	мужчины	830	59,5	0,7	46,5	80,8	86,0	72,5	51,0	79,3	-35,6%
Люксембург (1)	оба пола	56	10,8	0,3	6,1	12,9	18,9	13,4	8,7	13,3	-34,7%
	женщины	14	5,5	0,0	4,4	5,7	8,0	9,6	4,4	7,1	-38,5%
	мужчины	42	16,1	0,6	7,7	19,9	29,6	19,0	13,0	20,0	-35,0%
Маврикий (1)	оба пола	105	8,5	0,8	10,7	12,1	8,8	7,4	8,0	9,8	-18,5%
	женщины	19	3,0	1,4	4,5	3,0	3,4	2,8	2,9	5,0	-42,7%
	мужчины	86	14,1	0,2	16,8	21,1	14,5	14,4	13,2	14,8	-10,6%
Мавритания (4)	оба пола	68	1,8	0,3	2,4	1,8	4,0	17,6	2,9	3,1	-5,6%
	женщины	18	1,0	0,2	1,2	0,8	2,5	9,2	1,5	1,6	-5,6%
	мужчины	49	2,6	0,4	3,5	2,7	5,6	29,1	4,5	4,8	-5,0%
Мадагаскар (4)	оба пола	1625	7,3	2,2	10,6	8,0	16,0	52,4	11,0	10,8	1,0%
	женщины	474	4,2	1,5	5,6	3,2	10,3	44,3	6,9	7,2	-3,6%
	мужчины	1151	10,4	2,9	15,6	12,9	22,2	61,8	15,2	14,6	3,8%
Малави (4)	оба пола	1376	8,7	1,6	10,5	9,7	24,7	96,7	16,0	13,1	22,5%
	женщины	370	4,7	1,4	5,0	2,8	12,4	70,0	8,9	7,1	26,0%
	мужчины	1006	12,6	1,8	15,9	16,4	39,4	129,0	23,9	19,6	22,1%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Малайзия (2)	оба пола	772	2,6	0,1	2,3	2,8	5,5	13,3	3,0	4,0	-23,9%
	женщины	183	1,2	0,1	1,0	1,1	2,9	7,7	1,5	2,3	-35,4%
	мужчины	588	4,2	0,2	3,8	4,7	8,1	18,6	4,7	5,7	-18,1%
Мали (4)	оба пола	410	2,8	0,6	4,3	3,5	6,3	25,8	4,8	5,2	-7,7%
	женщины	129	1,7	0,5	2,9	1,8	4,0	12,6	2,7	2,8	-4,2%
	мужчины	282	3,8	0,6	5,5	5,3	9,2	42,1	7,2	7,8	-8,8%
Мальта (1)	оба пола	29	6,8	0,0	4,0	11,2	8,6	5,6	6,0	6,0	-0,3%
	женщины	2	0,7	0,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,7	2,2	-68,8%
	мужчины	27	12,8	0,0	5,8	21,8	16,1	13,0	11,1	9,8	13,0%
Мальдивские Острова (2)	оба пола	17	5,0	0,5	4,1	4,1	11,9	40,2	6,4	20,9	-69,4%
	женщины	6	3,6	0,4	2,2	2,4	9,9	36,9	4,9	18,3	-73,0%
	мужчины	11	6,4	0,5	5,9	6,0	13,8	43,0	7,8	23,3	-66,4%
Марокко (2)	оба пола	1628	5,0	0,9	5,9	6,4	7,2	14,4	5,3	2,7	97,8%
	женщины	198	1,2	0,2	1,7	1,3	1,3	3,7	1,2	1,3	-6,1%
	мужчины	1431	8,9	1,5	10,1	12,0	13,5	30,1	9,9	4,2	135,0%
Мексика (1)	оба пола	4951	4,1	0,9	6,0	5,3	5,1	5,8	4,2	3,6	16,6%
	женщины	1055	1,7	0,8	3,1	2,0	1,3	0,5	1,7	1,1	55,1%
	мужчины	3896	6,7	1,0	8,9	9,1	9,6	12,7	7,1	6,5	10,0%
Мозамбик (4)	оба пола	4360	17,3	5,0	25,2	19,2	36,7	144,7	27,4	24,6	11,5%
	женщины	1639	12,7	4,5	14,2	10,5	29,4	147,9	21,1	19,1	11,0%
	мужчины	2721	22,1	5,4	36,3	29,3	45,4	140,1	34,2	30,9	10,5%
Монголия (4)	оба пола	261	9,4	0,7	8,9	15,7	13,6	19,0	9,8	10,4	-6,3%
	женщины	47	3,4	0,3	3,4	4,6	5,4	11,6	3,7	5,6	-34,9%
	мужчины	214	15,5	1,0	14,3	27,1	23,1	29,8	16,3	15,4	5,9%
Мьянма (4)	оба пола	6558	12,4	1,3	15,7	12,7	19,4	41,7	13,1	12,1	8,2%
	женщины	2704	10,0	1,1	11,8	10,3	15,7	31,6	10,3	10,3	-0,2%
	мужчины	3854	15,0	1,5	19,8	15,2	23,8	55,8	16,5	14,3	15,5%
Намибия (4)	оба пола	46	2,0	0,4	2,6	2,5	4,3	11,2	2,7	3,0	-7,5%
	женщины	13	1,1	0,2	1,3	1,2	2,5	6,0	1,4	1,7	-13,9%
	мужчины	33	3,0	0,6	3,9	3,9	6,8	18,9	4,4	4,5	-2,0%
Непал (4)	оба пола	5572	20,3	2,0	25,8	22,3	45,2	82,2	24,9	33,5	-25,7%
	женщины	2468	17,5	2,1	25,4	19,8	29,0	57,5	20,0	27,1	-26,2%
	мужчины	3104	23,3	1,9	26,2	25,2	61,3	110,3	30,1	40,5	-25,5%
Нигер (4)	оба пола	315	1,8	0,4	2,6	2,3	5,7	19,3	3,5	3,5	2,3%
	женщины	87	1,0	0,3	1,4	1,0	3,8	9,9	1,9	1,9	0,5%
	мужчины	227	2,6	0,4	4,0	3,6	7,3	30,8	5,3	5,2	1,1%
Нигерия (4)	оба пола	7238	4,3	1,3	7,0	5,1	8,9	25,6	6,5	6,4	2,0%
	женщины	1584	1,9	0,8	2,8	1,8	5,0	11,3	2,9	2,6	8,7%
	мужчины	5653	6,6	1,8	11,0	8,2	12,9	41,6	10,3	10,3	-0,7%
Нидерланды (1)	оба пола	1666	10,0	0,3	6,7	13,0	14,8	11,9	8,2	7,9	3,3%
	женщины	496	5,9	0,1	3,6	7,9	8,4	7,4	4,8	5,1	-7,0%
	мужчины	1171	14,1	0,5	9,7	18,0	21,1	18,2	11,7	10,9	6,9%
Никарагуа (2)	оба пола	547	9,1	1,4	13,4	13,9	11,5	13,2	10,0	11,5	-13,1%
	женщины	146	4,8	1,8	8,1	5,5	4,8	5,5	4,9	6,2	-21,5%
	мужчины	401	13,5	1,0	18,7	22,9	18,8	22,4	15,4	17,0	-9,3%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Новая Зеландия (1)	оба пола	459	10,3	1,3	13,0	13,2	12,6	10,7	9,6	12,2	-21,4%
	женщины	122	5,4	0,9	7,3	7,1	5,5	5,5	5,0	4,3	15,8%
	мужчины	337	15,4	1,7	18,5	19,8	20,1	17,1	14,4	20,6	-29,8%
Норвегия (1)	оба пола	508	10,2	0,3	10,2	12,9	14,6	10,8	9,1	11,5	-20,4%
	женщины	145	5,8	0,3	5,5	7,6	8,6	5,2	5,2	5,5	-5,6%
	мужчины	364	14,6	0,3	14,7	18,0	20,4	18,5	13,0	17,5	-25,4%
Объединенная Республика Танзания (4)	оба пола	7228	15,1	3,5	20,7	17,7	36,8	133,2	24,9	23,8	4,6%
	женщины	2445	10,2	3,1	10,7	8,3	27,5	133,6	18,3	18,6	-1,5%
	мужчины	4783	20,0	3,9	30,7	26,9	47,2	132,7	31,6	29,1	8,8%
Объединенные Арабские Эмираты (4)	оба пола	274	3,0	0,4	3,8	3,1	3,4	13,7	3,2	3,7	-12,9%
	женщины	31	1,1	0,2	1,8	1,0	1,9	10,9	1,7	2,5	-32,7%
	мужчины	243	3,8	0,5	4,7	3,7	4,1	15,3	3,9	4,3	-9,0%
Оман (2)	оба пола	32	1,0	0,1	1,3	1,0	1,3	3,5	1,0	2,0	-50,3%
	женщины	6	0,5	0,1	0,7	0,5	1,0	2,5	0,6	1,2	-52,0%
	мужчины	26	1,3	0,1	1,6	1,3	1,6	4,3	1,2	2,5	-51,4%
Пакистан (4)	оба пола	13 377	7,5	1,1	9,1	8,5	16,3	33,7	9,3	9,1	2,6%
	женщины	7085	8,1	1,6	12,0	7,5	15,4	32,5	9,6	9,6	0,3%
	мужчины	6291	6,8	0,7	6,3	9,4	17,2	34,8	9,1	8,7	5,0%
Панама (1)	оба пола	170	4,5	0,7	5,8	5,2	8,0	7,6	4,7	6,2	-23,7%
	женщины	25	1,3	0,6	3,0	0,4	2,0	0,9	1,3	1,6	-15,8%
	мужчины	146	7,6	0,8	8,4	9,8	14,1	15,2	8,1	10,8	-25,1%
Папуа – Новая Гвинея (4)	оба пола	550	7,7	0,6	6,5	9,9	27,8	55,1	12,4	14,8	-15,9%
	женщины	193	5,5	0,5	4,5	5,2	20,2	52,0	9,1	10,9	-16,8%
	мужчины	356	9,7	0,7	8,4	14,4	36,1	59,8	15,9	18,8	-15,4%
Парагвай (2)	оба пола	357	5,3	0,5	6,3	7,9	9,9	12,2	6,1	6,2	-1,9%
	женщины	94	2,8	0,6	3,8	3,4	5,1	6,3	3,2	3,5	-9,5%
	мужчины	262	7,8	0,5	8,7	12,3	14,6	19,0	9,1	9,0	0,9%
Перу (2)	оба пола	942	3,1	0,6	4,9	3,7	3,8	5,2	3,2	4,4	-27,1%
	женщины	311	2,1	0,6	4,0	1,9	2,0	3,1	2,1	2,9	-29,6%
	мужчины	631	4,2	0,6	5,8	5,6	5,8	7,7	4,4	6,0	-26,2%
Польша (2)	оба пола	7848	20,5	0,5	12,7	24,6	31,2	29,0	16,6	18,5	-10,5%
	женщины	1028	5,2	0,3	2,6	4,7	7,8	10,8	3,8	4,8	-20,1%
	мужчины	6820	37,0	0,8	22,5	44,2	57,7	61,2	30,5	33,8	-9,8%
Португалия (1)	оба пола	1324	12,5	0,3	3,8	10,4	16,3	34,8	8,2	8,8	-7,0%
	женщины	300	5,5	0,1	1,7	4,7	7,0	13,6	3,5	3,4	4,8%
	мужчины	1024	19,9	0,6	5,9	16,2	26,6	66,3	13,6	15,1	-9,6%
Республика Корея (1)	оба пола	17 908	36,6	1,2	18,2	35,7	50,4	116,2	28,9	13,8	109,4%
	женщины	5755	23,4	1,0	14,9	23,5	25,3	69,1	18,0	8,1	123,5%
	мужчины	12 153	49,9	1,3	21,3	47,6	76,7	192,1	41,7	20,4	104,6%
Республика Молдова (1)	оба пола	566	16,1	2,1	10,1	19,4	28,9	16,6	13,7	15,4	-11,1%
	женщины	102	5,5	2,8	3,5	4,8	9,7	8,0	4,8	4,0	20,6%
	мужчины	463	27,8	1,4	16,8	35,0	51,9	33,4	24,1	28,9	-16,8%
Российская Федерация (1)	оба пола	31 997	22,4	1,7	27,3	26,5	22,6	32,1	19,5	35,0	-44,4%
	женщины	5781	7,5	1,3	8,0	7,5	6,9	15,4	6,2	9,6	-34,9%
	мужчины	26 216	39,7	2,2	46,1	46,8	43,7	72,3	35,1	64,3	-45,3%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Румыния (1)	оба пола	2781	12,8	1,0	7,8	15,4	20,6	15,3	10,5	11,3	-7,3%
	женщины	418	3,7	0,7	2,2	3,7	5,7	6,3	2,9	3,6	-19,5%
	мужчины	2364	22,3	1,3	13,0	26,7	37,6	29,3	18,4	19,4	-5,2%
Руанда (4)	оба пола	865	7,6	1,9	11,1	9,2	15,6	68,0	11,9	18,5	-35,7%
	женщины	236	4,0	1,4	4,7	3,3	9,7	59,0	7,2	12,1	-40,3%
	мужчины	629	11,3	2,4	18,0	15,4	22,7	79,1	17,1	25,5	-32,7%
Сальвадор (2)	оба пола	806	12,8	1,6	17,6	18,1	17,5	20,6	13,6	13,7	-1,3%
	женщины	191	5,8	1,8	9,6	5,9	6,5	6,9	5,7	7,5	-24,5%
	мужчины	615	20,6	1,5	25,8	34,0	32,1	39,3	23,5	21,3	10,1%
Саудовская Аравия (2)	оба пола	98	0,3	0,1	0,6	0,3	0,5	1,8	0,4	0,6	-27,6%
	женщины	19	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,9	0,2	0,3	-29,6%
	мужчины	78	0,5	0,1	0,8	0,4	0,7	2,6	0,6	0,9	-29,4%
Свазиленд (4)	оба пола	65	5,3	1,4	8,7	6,4	6,4	17,3	6,2	5,6	10,6%
	женщины	22	3,5	1,0	5,6	3,9	5,1	10,6	4,1	3,6	11,5%
	мужчины	43	7,2	1,8	11,8	9,1	8,0	27,0	8,6	7,9	8,8%
Сенегал (4)	оба пола	438	3,2	0,5	4,3	3,8	7,8	30,6	5,4	5,3	0,8%
	женщины	119	1,7	0,3	2,2	1,6	4,8	16,2	2,8	3,0	-6,4%
	мужчины	318	4,7	0,7	6,4	6,3	11,7	49,4	8,6	8,1	5,3%
Сербия (1)	оба пола	1600	16,8	0,1	5,7	15,2	26,8	47,3	12,4	18,5	-32,8%
	женщины	411	8,4	0,1	2,8	5,9	12,9	25,6	5,8	9,9	-41,7%
	мужчины	1189	25,5	0,1	8,5	24,6	41,9	79,8	19,9	28,2	-29,3%
Сингапур (1)	оба пола	469	8,9	0,7	6,2	8,2	14,4	22,2	7,4	11,1	-32,9%
	женщины	168	6,3	0,5	6,0	4,9	10,7	11,5	5,3	7,7	-30,5%
	мужчины	301	11,5	0,8	6,4	11,7	18,0	36,5	9,8	14,7	-33,3%
Сирийская Арабская Республика (4)	оба пола	77	0,4	0,1	0,4	0,4	0,6	1,7	0,4	0,5	-13,7%
	женщины	22	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	-28,1%
	мужчины	55	0,5	0,1	0,5	0,7	1,0	2,8	0,7	0,7	-7,1%
Словакия (1)	оба пола	687	12,6	0,3	7,6	13,7	21,6	17,5	10,1	12,6	-20,0%
	женщины	90	3,2	0,1	1,7	3,0	5,5	5,4	2,5	4,3	-42,1%
	мужчины	597	22,5	0,4	13,3	24,1	39,7	40,0	18,5	21,8	-15,2%
Словения (1)	оба пола	354	17,1	0,2	8,4	15,6	26,8	32,2	12,4	25,2	-51,0%
	женщины	71	6,8	0,0	1,5	4,4	14,0	11,1	4,4	12,3	-64,6%
	мужчины	283	27,5	0,5	14,8	26,0	39,6	67,5	20,8	39,8	-47,8%
Соединенное Королевство (1)	оба пола	4360	6,9	0,1	5,9	10,5	9,2	6,3	6,2	7,8	-21,1%
	женщины	960	3,0	0,1	2,5	4,3	4,0	3,1	2,6	3,4	-23,6%
	мужчины	3400	11,0	0,1	9,1	16,7	14,7	10,5	9,8	12,3	-20,9%
Соединенные Штаты Америки (1)	оба пола	43 361	13,7	0,8	12,7	17,4	20,1	16,5	12,1	9,8	24,2%
	женщины	9306	5,8	0,5	4,7	8,0	9,2	4,0	5,2	3,8	36,6%
	мужчины	34 055	21,8	1,0	20,4	26,9	31,7	33,8	19,4	16,2	19,9%
Соломоновы Острова (4)	оба пола	34	6,3	0,6	6,0	7,5	19,7	61,6	10,6	13,9	-24,0%
	женщины	11	4,0	0,5	3,7	3,9	12,4	51,6	7,2	9,7	-26,0%
	мужчины	24	8,4	0,6	8,3	11,1	26,7	71,1	13,9	18,0	-22,9%
Сомали (4)	оба пола	815	8,0	2,7	12,7	10,4	16,7	51,0	12,4	12,3	0,6%
	женщины	208	4,1	2,3	4,8	3,2	10,2	43,9	6,8	6,7	1,5%
	мужчины	607	12,0	3,2	20,6	17,8	23,7	59,8	18,1	18,0	0,6%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Судан (4)	оба пола	4286	11,5	3,0	15,0	14,3	25,3	80,8	17,2	15,2	12,9%
	женщины	1340	7,2	2,6	8,1	6,2	18,2	72,8	11,5	10,6	8,4%
	мужчины	2946	15,8	3,5	21,8	22,4	32,9	90,1	23,0	19,9	15,8%
Суринам (1)	оба пола	145	27,2	2,9	28,2	37,9	46,6	47,9	27,8	19,8	40,4%
	женщины	32	11,9	2,8	20,7	7,2	19,8	22,6	11,9	9,7	22,3%
	мужчины	114	42,4	3,1	35,5	67,4	75,2	84,4	44,5	29,7	50,0%
Сьерра-Леоне (4)	оба пола	337	5,6	1,4	10,7	6,0	8,7	25,9	7,7	9,6	-20,1%
	женщины	98	3,3	1,0	5,8	3,2	6,4	15,0	4,5	5,2	-13,8%
	мужчины	239	8,1	1,8	15,7	8,9	11,1	37,2	11,0	14,2	-22,6%
Таджикистан (2)	оба пола	258	3,2	0,4	3,6	4,6	8,2	11,9	4,2	5,0	-15,2%
	женщины	85	2,1	0,2	2,6	2,6	5,4	9,4	2,8	3,4	-17,6%
	мужчины	173	4,3	0,5	4,7	6,6	11,2	14,9	5,7	6,6	-13,4%
Таиланд (2)	оба пола	8740	13,1	0,6	8,7	10,8	20,2	53,1	11,4	15,1	-24,6%
	женщины	1816	5,3	0,4	3,6	3,4	8,5	23,0	4,5	6,6	-32,0%
	мужчины	6924	21,2	0,9	13,9	18,5	33,2	92,2	19,1	24,6	-22,4%
Тимор-Леште (4)	оба пола	60	5,4	0,7	9,0	7,4	11,9	27,8	8,0	12,1	-34,0%
	женщины	23	4,2	0,6	7,3	4,0	10,3	22,0	5,8	8,3	-29,8%
	мужчины	37	6,6	0,8	10,7	10,6	13,6	34,5	10,2	15,8	-35,6%
Того (4)	оба пола	247	3,7	1,0	6,1	4,1	7,2	22,5	5,5	4,9	12,8%
	женщины	64	1,9	0,6	2,8	1,9	4,7	11,3	2,8	2,6	8,0%
	мужчины	183	5,6	1,3	9,5	6,3	10,1	36,6	8,5	7,5	13,2%
Тринидад и Тобаго (1)	оба пола	193	14,4	0,6	7,6	22,2	25,1	17,4	13,0	12,6	3,8%
	женщины	46	6,9	0,2	4,2	13,3	7,5	6,8	6,2	4,5	36,4%
	мужчины	146	22,1	1,0	10,9	31,1	43,4	32,7	20,4	20,8	-2,0%
Тунис (4)	оба пола	262	2,4	0,3	2,7	2,8	3,0	7,3	2,4	2,5	-5,6%
	женщины	76	1,4	0,2	1,5	1,4	1,7	5,6	1,4	1,6	-17,2%
	мужчины	186	3,5	0,4	3,9	4,4	4,3	9,3	3,4	3,4	0,9%
Туркменистан (2)	оба пола	1003	19,4	2,1	25,7	30,3	22,8	18,4	19,6	15,2	28,9%
	женщины	197	7,5	1,2	12,0	8,0	9,4	12,0	7,5	7,0	8,0%
	мужчины	806	31,7	2,9	39,3	53,5	38,5	28,6	32,5	24,0	35,1%
Турция (2)	оба пола	5898	8,0	2,7	12,4	10,3	4,2	16,4	7,9	12,6	-37,8%
	женщины	1613	4,3	1,8	7,6	4,2	2,2	9,8	4,2	7,9	-47,0%
	мужчины	4285	11,8	3,6	17,0	16,6	6,6	25,5	11,8	17,8	-33,4%
Уганда (4)	оба пола	4323	11,9	3,8	19,3	15,8	26,0	91,8	19,5	18,6	5,1%
	женщины	1278	7,1	3,0	10,0	6,9	16,4	80,7	12,3	11,2	10,0%
	мужчины	3045	16,7	4,5	28,5	24,6	35,9	105,2	26,9	26,2	2,5%
Узбекистан (1)	оба пола	2184	7,7	1,0	8,6	10,0	14,4	19,1	8,5	10,4	-18,5%
	женщины	538	3,8	0,5	4,9	4,0	6,1	11,8	4,1	4,9	-16,7%
	мужчины	1646	11,6	1,4	12,2	16,3	23,5	29,5	13,2	16,3	-19,0%
Украина (1)	оба пола	9165	20,1	1,4	19,5	24,4	22,9	28,8	16,8	29,8	-43,6%
	женщины	1690	6,9	0,9	5,5	6,3	7,8	13,7	5,3	9,1	-41,2%
	мужчины	7474	35,6	1,8	32,8	43,4	43,3	61,7	30,3	54,5	-44,4%
Уругвай (1)	оба пола	469	13,8	0,3	12,1	14,6	19,5	34,4	12,1	14,7	-17,9%
	женщины	108	6,2	0,1	3,8	7,4	7,4	16,0	5,2	4,9	4,5%
	мужчины	361	22,0	0,5	20,2	21,9	33,3	65,9	20,0	26,2	-23,9%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Фиджи (2)	оба пола	52	5,9	0,3	3,8	6,1	14,5	36,5	7,3	8,5	-13,7%
	женщины	14	3,2	0,2	1,7	2,6	7,8	27,0	4,1	5,5	-25,4%
	мужчины	38	8,5	0,3	5,8	9,4	21,3	48,4	10,6	11,5	-8,4%
Филиппины (1)	оба пола	2558	2,7	0,3	4,3	3,8	3,3	4,6	2,9	2,6	13,5%
	женщины	550	1,1	0,3	2,2	1,3	1,0	1,9	1,2	1,4	-13,0%
	мужчины	2009	4,2	0,3	6,4	6,3	5,8	8,6	4,8	3,9	24,4%
Финляндия (1)	оба пола	901	16,7	0,3	18,8	21,0	21,2	16,5	14,8	20,8	-28,9%
	женщины	224	8,1	0,1	10,7	10,0	10,9	5,6	7,5	10,0	-25,3%
	мужчины	677	25,5	0,5	26,6	31,5	31,8	33,3	22,2	31,8	-30,2%
Франция (1)	оба пола	10 093	15,8	0,6	7,6	19,3	23,1	28,9	12,3	14,9	-17,2%
	женщины	2618	7,9	0,5	3,2	8,8	13,0	12,7	6,0	7,4	-19,5%
	мужчины	7475	24,2	0,6	11,8	29,9	34,1	54,0	19,3	23,3	-17,4%
Хорватия (1)	оба пола	709	16,5	0,4	8,0	14,6	23,2	37,2	11,6	16,4	-29,1%
	женщины	155	7,0	0,1	2,7	5,1	9,7	16,0	4,5	6,9	-35,5%
	мужчины	554	26,7	0,6	13,0	23,9	37,8	73,0	19,8	27,4	-27,8%
Центрально-африканская Республика (4)	оба пола	356	7,9	1,4	13,1	11,6	11,3	17,8	9,5	7,8	22,7%
	женщины	100	4,4	1,3	6,7	5,6	7,5	11,8	5,3	4,5	18,4%
	мужчины	256	11,5	1,6	19,6	17,7	15,9	26,1	14,1	11,3	24,6%
Чад (4)	оба пола	336	2,7	0,5	4,1	4,0	7,4	21,4	4,7	4,5	4,2%
	женщины	81	1,3	0,4	1,7	1,5	4,8	10,6	2,3	2,1	8,5%
	мужчины	255	4,1	0,7	6,4	6,5	10,3	34,5	7,4	7,2	2,4%
Черногория (2)	оба пола	117	18,9	0,8	11,2	17,4	31,0	48,7	15,3	11,3	35,0%
	женщины	28	9,0	0,3	3,2	5,8	15,0	30,1	6,4	5,0	28,8%
	мужчины	89	29,0	1,2	18,8	29,3	48,1	74,9	24,7	18,2	36,2%
Чешская Республика (1)	оба пола	1663	15,6	0,2	10,6	17,8	23,8	19,4	12,5	13,7	-8,4%
	женщины	269	5,0	0,0	3,6	5,5	6,8	7,3	3,9	5,2	-24,8%
	мужчины	1394	26,6	0,3	17,1	29,5	42,0	39,0	21,5	23,0	-6,5%
Чили (1)	оба пола	2262	13,0	1,0	16,5	16,0	16,2	16,8	12,2	10,7	14,3%
	женщины	533	6,0	1,1	8,0	7,9	6,9	5,0	5,8	2,9	98,6%
	мужчины	1729	20,0	0,9	24,8	24,2	26,1	33,9	19,0	19,1	-0,7%
Швейцария (1)	оба пола	972	12,2	0,2	7,6	11,5	19,6	20,1	9,2	15,6	-40,9%
	женщины	269	6,6	0,1	4,4	5,9	11,7	8,8	5,1	8,4	-39,3%
	мужчины	703	17,8	0,4	10,8	17,1	27,5	36,2	13,6	23,5	-42,1%
Швеция (1)	оба пола	1255	13,2	0,5	11,9	14,1	21,0	15,2	11,1	11,5	-3,6%
	женщины	341	7,1	0,8	5,3	8,2	12,1	6,8	6,1	7,0	-12,9%
	мужчины	914	19,3	0,2	18,2	19,8	29,8	26,2	16,2	16,3	-0,6%
Шри-Ланка (2)	оба пола	6170	29,2	1,2	23,7	31,9	48,3	111,1	28,8	52,7	-45,4%
	женщины	1446	13,4	0,9	10,7	10,1	23,2	63,6	12,8	22,3	-42,5%
	мужчины	4724	45,8	1,5	36,8	55,0	76,3	172,1	46,4	84,1	-44,8%
Эквадор (2)	оба пола	1377	8,9	2,0	15,7	8,6	10,7	15,9	9,2	8,9	3,4%
	женщины	410	5,3	1,8	10,9	4,0	4,4	9,4	5,3	5,7	-8,0%
	мужчины	967	12,5	2,2	20,4	13,4	17,4	23,4	13,2	12,1	9,0%
Экваториальная Гвинея (4)	оба пола	102	13,9	2,7	24,8	18,3	19,5	30,1	16,6	13,8	20,4%
	женщины	26	7,4	2,1	14,3	7,5	10,4	16,4	8,6	6,3	35,6%
	мужчины	76	20,1	3,2	35,2	28,1	27,2	44,8	24,1	20,8	15,9%

Страна (качество данных о смертности**)	Пол	Число самоубийств (все возрасты), 2012 г.	Общий и повозрастные коэффициенты смертности от самоубийств (на 100 000), 2012 г.						Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2012 г.	Стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств*** (на 100 000), 2000 г.	% изменения стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, 2000–2012 гг.
			Все возрасты	5–14 лет	15–29 лет	30-49 лет	50-69 лет	70+ лет			
Эритрея (4)	оба пола	510	8,3	1,0	8,3	11,6	35,0	79,0	16,3	16,4	-0,4%
	женщины	124	4,0	0,6	3,0	4,1	18,0	57,8	8,7	9,2	-5,5%
	мужчины	386	12,6	1,3	13,6	19,4	55,1	116,6	25,8	25,3	2,0%
Эстония (1)	оба пола	226	17,5	1,6	13,3	15,6	25,1	33,6	13,6	25,0	-45,9%
	женщины	46	6,6	0,0	3,7	3,1	7,3	19,5	3,8	9,5	-59,7%
	мужчины	181	30,2	3,0	22,6	28,3	47,8	65,5	24,9	43,6	-42,8%
Эфиопия (4)	оба пола	6852	7,5	1,7	10,7	8,1	15,9	61,3	11,5	13,1	-12,7%
	женщины	1781	3,9	1,2	4,1	2,7	9,5	52,2	6,7	7,5	-11,1%
	мужчины	5071	11,1	2,1	17,2	13,6	22,9	71,4	16,5	18,9	-13,0%
Южная Африка (2)	оба пола	1398	2,7	0,4	2,8	2,8	5,6	10,5	3,0	3,3	-8,8%
	женщины	280	1,0	0,2	1,0	0,9	2,2	4,3	1,1	1,0	7,7%
	мужчины	1117	4,4	0,6	4,5	4,7	10,3	22,4	5,5	6,1	-10,5%
Южный Судан (4)	оба пола	1470	13,6	4,1	19,6	15,7	27,3	85,2	19,8	20,8	-4,8%
	женщины	443	8,2	3,5	9,5	7,1	18,4	76,8	12,8	12,9	-1,3%
	мужчины	1027	18,9	4,6	29,6	24,4	36,8	95,4	27,1	28,9	-6,3%
Ямайка (2)	оба пола	33	1,2	0,2	1,2	1,4	1,5	4,6	1,2	1,1	4,4%
	женщины	10	0,7	0,2	0,8	0,7	0,8	2,7	0,7	0,6	7,8%
	мужчины	23	1,7	0,3	1,5	2,2	2,3	7,0	1,8	1,7	4,2%
Япония (1)	оба пола	29 442	23,1	0,5	18,4	26,8	31,8	25,5	18,5	18,8	-1,9%
	женщины	8554	13,1	0,3	10,8	14,3	16,2	17,1	10,1	9,9	2,1%
	мужчины	20 888	33,7	0,7	25,7	38,9	48,0	37,6	26,9	28,1	-4,0%

* В 172 государствах-членах ВОЗ с населением не менее 300 000 человек. Эти цифры представляют собой наиболее достоверные оценки ВОЗ, рассчитанные с использованием стандартных категорий, определений и методов в целях обеспечения межстрановой сравнимости, которые могут отличаться от официальных национальных оценок. Количественные значения округлены до соответствующих значащих цифр.

**1. Всеобъемлющая регистрация актов гражданского состояния с наличием данных за предшествующие 5 лет и более; 2. Низкий охват регистрацией актов гражданского состояния, высокая доля неопределенных причин смерти либо отсутствие данных за последний период; 3. Выборочная регистрация актов гражданского состояния; 4. Отсутствие регистрации актов гражданского состояния.

*** Стандартизированные по мировому стандартному населению ВОЗ.

Приложение 2: Государства-члены ВОЗ, сгруппированные по регионам ВОЗ и усредненным значениям дохода на душу населения*

Высокий уровень доходов		Австралия, Австрия, Андорра, Антигуа и Барбуда, Багамские Острова, Барбадос, Бахрейн, Бельгия, Бруней-Даруссалам, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Катар, Кипр, Кувейт, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Польша, Португалия, Республика Корея, Российская Федерация, Сан-Марино, Саудовская Аравия, Сент-Китс и Невис, Сингапур, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты Америки, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Чили, Швейцария, Швеция, Эстония, Япония
Низкий и средний уровень доходов	**Регион Африки**	Алжир, Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Биссау, Демократическая Республика Конго, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Съерра-Леоне, Того, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия, Южная Африка
	Регион стран Америки	Аргентина, Белиз, Боливия (Многонациональное Государство), Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гайана, Гаити, Гватемала, Гондурас, Гренада, Доминика, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Люсия, Суринам, Эквадор, Ямайка
	Регион Юго-Восточной Азии	Бангладеш, Бутан, Индия, Индонезия, Корейская Народно-Демократическая Республика, Мальдивские Острова, Мьянма, Непал, Шри-Ланка, Таиланд, Тимор-Лешти
	Европейский регион	Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Черногория
	Регион Восточного Средиземноморья	Афганистан, Джибути, Египет, Иордания, Ирак, Иран (Исламская Республика), Йемен, Ливан, Ливия, Марокко, Пакистан, Сирийская Арабская Республика, Сомали, Судан, Тунис, Южный Судан**
	Регион Западной части Тихого океана	Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Маршалловы Острова, Микронезия (Федеративные Штаты), Монголия, Науру, Ниуэ, Острова Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Соломоновы Острова, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины

* Государства-члены ВОЗ распределены по данным региональным группам в соответствии с распределением стран по регионам по состоянию на 2012 г. и аналитическими данными Всемирного банка по доходам экономики стран на 2014 финансовый год, на основе Атласа оценок валового национального дохода на душу населения за 2012 г. (Перечень экономик Всемирного банка, июль 2013 г.).

** В мае 2013 г. Южный Судан был переведен в Африканский регион ВОЗ. Поскольку данный обзор глобальных показателей здоровья относится к более ранним периодам, оценки для Южного Судана включены в цифры, представленные для Региона Восточного Средиземноморья ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

ISBN 978-92-890-5067-8
9 789289 050678 >

Предотвращение самоубийств

Глобальный императив

Самоубийства причиняют тяжелый ущерб. Каждый год от самоубийств умирают свыше 800 000 человек; это вторая частоте причина смерти в возрасте от 15 до 29 лет. Имеются данные, свидетельствующие о том, что среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку.

Самоубийства можно предотвращать. Залог эффективности национальных мер – наличие всесторонней многосекторальной стратегии предупреждения самоубийств.

Ограничение доступа к средствам совершения самоубийства дает эффект. Эффективным путем предупреждения самоубийств и суицидальных попыток является ограничение доступа к наиболее распространенным средствам совершения самоубийства, включая ядохимикаты, огнестрельное оружие и некоторые лекарственные средства.

Службы оказания медицинской помощи должны включать профилактику суицида в качестве одного из важнейших компонентов предоставляемых услуг. Психические расстройства и вредное употребление алкоголя приводят к большому числу самоубийств по всему миру. Раннее выявление и эффективное ведение случаев – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи тем, кто в ней нуждается.

Важнейшую роль в предотвращении самоубийств играют местные сообщества. Они могут обеспечивать социальную поддержку уязвимым лицам и участвовать в последующем оказании помощи, бороться со стигматизацией и оказывать помощь людям, потерявшим близких в результате самоубийства.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int