



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Сводный доклад СФДЗ
Июль 2012 г.

**В отношении каких стратегий
профилактики суицида
имеются фактические данные,
подтверждающие их эффективность?**



Ann Scott
Bing Guo

Реферат

Суицид представляет собой одну из серьезных глобальных проблем общественного здравоохранения. Он связан с целым рядом различных факторов, таких как психическое заболевание, социальная изоляция, соматическое заболевание, злоупотребление психоактивными веществами, насилие в семье и доступ к средствам совершения самоубийства. Страны и регионы различаются между собой по эпидемиологическим показателям распространенности суицидов, причем в Восточной Европе эти показатели одни из самых высоких в мире. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые во многих странах, в том числе посредством принятия и осуществления специальных национальных планов, по-прежнему неясно, какие меры вмешательства дают наибольший эффект.

Поэтому в предлагаемом докладе ставится цель синтезировать и обобщить результаты исследований, взятые из имеющихся систематических обзоров, с тем, чтобы дать ответ на два вопроса:

- Какие типы профилактических вмешательств оценивались в опубликованной литературе?
- В отношении каких стратегий имеются фактические данные высокого качества, подтверждающие их эффективность?

Ограниченность фактических данных, а также значительные различия с точки зрения характеристик населения и ситуации в социальной, культурной и социально-экономической областях позволяют предположить, что нужно сочетать несколько подходов к профилактике, предусматривающих воздействие на разные факторы риска на разных уровнях. Кроме этого, осуществление любого нового вмешательства должно сопровождаться системой оценки его эффективности.

Ключевые слова

DECISION SUPPORT TECHNIQUE
EVIDENCE BASED PRACTICE
HARM REDUCTION
PREVENTIVE HEALTH SERVICES
RISK REDUCTION BEHAVIOR
SUICIDE – PREVENTION AND CONTROL
SUICIDE, ATTEMPTED – PREVENTION AND CONTROL

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Schersfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

ISSN 2306-0239

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.

The translation and production of the Russian version of this publication was financed by the Ministry of Health of the Russian Federation.

Перевод и подготовку русской версии этой публикации финансировало Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Оформление: Julie Martin Ltd (адрес электронной почты: jmartin1@btinternet.com)

Содержание

Резюме	i
Суть проблемы	i
Результаты исследования	i
Соображения, касающиеся выбора политики	ii
Глоссарий	iii
Введение	1
Методика	2
Результаты исследования	4
Профилактика	8
Лечение и поддерживающие меры	14
Обсуждение	17
Недостатки исследований	17
Соотношение затрат и эффективности	18
Заключение	19
Соображения, касающиеся выбора политики	20
Приложение 1. Стратегия поиска	22
Приложение 2. Исключенные исследования	24
Приложение 3. Обзоры, исключенные после оценки качества	31
Библиография	35

В подготовке доклада принимали участие:

Авторы

Ann Scott

Научный сотрудник, Институт экономики здравоохранения, Канада

Bing Guo

Научный сотрудник, Институт экономики здравоохранения, Канада

Внешние рецензенты

Diego De Leo

Профессор психиатрии

Университет Гриффит, Австралия

Stephen Platt

Профессор кафедры исследований в области политики здравоохранения

Эдинбургский университет, Шотландия

Редакционная группа СФДЗ

Govin Permanand, редактор серии

Kate Frantzen, ответственная за выпуск

Claudia Stein, директор отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций

Доклады СФДЗ с изложением и анализом фактических данных представляют собой заказные работы, проходящие процедуру рецензирования международными экспертами в соответствующей области, и ответственность за их содержание несут их авторы. Они могут не отражать официальной политики Европейского регионального бюро ВОЗ.

Суть проблемы

Суицид представляет собой одну из серьезных глобальных проблем общественного здравоохранения. Несмотря на значительные усилия, направленные на профилактику суицида, по-прежнему неясно, какие меры вмешательства дают наибольший эффект в его предупреждении. Цель предлагаемого доклада – синтезировать и обобщить результаты исследований, взятые из имеющихся систематических обзоров, с тем, чтобы дать ответ на два вопроса:

1. Какие типы вмешательств с целью профилактики суицида оценивались в опубликованных научных исследованиях?
2. В отношении каких вмешательств с целью профилактики суицида имеются фактические данные высокого качества, подтверждающие их эффективность?

Результаты исследования

В опубликованных систематических обзорах оценивалось порядка 34 типов вмешательств, направленных на профилактику суицида, которые охватывали весь спектр мер по профилактике суицида – от собственно профилактики до лечения и поддерживающих мер. Более половины этих вмешательств относились к области лечения и поддерживающих мер, а не профилактики. Это и не удивительно, если учесть, что основной мотивацией может быть желание “лечить” или уменьшить такие факторы риска, как депрессия или психическое заболевание.

Фактические данные, почерпнутые из семи систематических обзоров (качество которых с точки зрения методики их проведения оценивалось как “среднее” или “хорошее”), показали, что некоторые вмешательства вполне могут быть перспективными.

- Программы профилактики суицида, которые осуществлялись на базе школ и были направлены на изменение поведения и формирование стратегий психосоциальной адаптации во всем школьном контингенте, а также на выработку навыков и социальную поддержку учащихся, входящих в группу риска, оказали благотворное влияние на промежуточные исходы, такие как суицидальные наклонности и факторы риска суицида; тем не менее, влияние этих вмешательств на показатели распространенности суицида неизвестно.

- Имелись ограниченные фактические данные о том, что многоплановые программы профилактики суицида, в основе которых лежали выявление факторов риска и изменения в образовательном уровне и в организации службы и быта, снижали распространенность суицида и суицидальных попыток среди военнослужащих.
- Ограничение доступа к летальным средствам (например, огнестрельному оружию или фармакологическим веществам) может уменьшить показатели суицида по конкретным причинам среди населения в целом, но его влияние на общую распространенность суицида осталось неясным.
- Введение препаратов лития приводило к снижению риска суицида и умышленного самоповреждения у больных с аффективными расстройствами.
- Перспективными с точки зрения снижения показателей повторного самоповреждения среди лиц, предпринимавших суицидальные попытки, были психосоциальные и фармакологические методы лечения, такие как проблемно-ориентированная терапия, предоставление специальной карточки для немедленного установления контакта в чрезвычайной ситуации, когнитивно-поведенческая терапия и применение флупентиксола.

Соображения, касающиеся выбора политики

Несмотря на то, что в первичных исследованиях изучалась эффективность различных вмешательств в целях профилактики суицида, не все эти исследования представлены в опубликованных систематических обзорах. Кроме того, многие из тех вмешательств, которые применяются в настоящее время, в первичных исследованиях еще не оценивались.

Судя по ограниченным данным, полученным на сегодняшний день, некоторые вмешательства, направленные на конкретные группы населения, дают определенную пользу с точки зрения промежуточных результатов, однако немного имеется таких обзоров, в которых демонстрируется прямое влияние на показатели смертности. Из-за ограниченности данных и разнородности вмешательств было невозможно определить, является ли одно отдельно взятое вмешательство более эффективным, чем другое. Для того, чтобы попытаться обобщить эти результаты на другие группы населения, нужно принять во внимание местные факторы, такие как характеристики населения, социальные, культурные и социально-экономические особенности.

Суицид – это результат сложных взаимодействий между различными факторами риска и защитными влияниями. Поэтому и стратегия должна быть такой, чтобы в ней была предусмотрена некоторая комбинация методов профилактики суицида, предполагающих воздействие на разные факторы риска на различных уровнях. При осуществлении новой стратегии должна быть принята система оценки, помогающая определить ее эффективность.

Всеобщая профилактика. Меры вмешательства, направленные на всё население или на всю группу населения, которая не была определена на основании наличия индивидуального риска. Вмешательство является желательным для всех, входящих в эту группу (1).

Защитные факторы. Характеристика, проявляющаяся на биологическом или психологическом уровне, на уровне семьи или общины (включая уровень ровесников и других лиц равного статуса и уровень культуры), которая ассоциирует с более низкой вероятностью наступления неблагоприятных исходов или которая уменьшает негативное воздействие какого-либо фактора риска на неблагоприятные исходы (1).

Лечение. Меры вмешательства, направленные на лиц, у которых выявлено наличие в настоящее время диагностируемого расстройства, и предназначенные для излечения данного расстройства или уменьшения симптомов или последствий этого расстройства, включая предупреждение инвалидности, рецидива или коморбидности (1).

Показанная профилактика. Нацелена на лиц, входящих в группу высокого риска, у которых выявлены минимальные, но различимые признаки или симптомы, предвещающие психическое, эмоциональное или поведенческое расстройство, или биологические маркеры, указывающие на предрасположенность к такому расстройству, однако состояние этих лиц на данный момент не достигает диагностических уровней (1).

Поственция. Мероприятия, планируемые выжившими суицидентами или лицами, потерявшими близких в результате суицида, или вместе с этими лицами или для них, с целью облегчения выздоровления после суицида и предупреждения неблагоприятных исходов, включая суицидальное поведение (3).

Профилактика. Меры вмешательства, осуществляемые до наступления болезни с целью предупреждения или снижения риска этой болезни (1).

Селективная профилактика. Меры вмешательства, направленные на отдельных лиц или определенную группу населения, у которых риск развития психических расстройств значительно выше среднего уровня. Этот риск может наступать в данный момент или же может существовать

на протяжении всей жизни. Группы риска могут определяться на основании биологических, психологических или социальных факторов риска, о которых известно, что они ассоциируют с наступлением психического, эмоционального или поведенческого расстройства (1).

Суицид. Действие с летальным исходом, которое умерший, зная о возможном летальном исходе или рассчитывая на него, инициировал и осуществил с целью достижения желаемых изменений (2).

Суицидальная попытка. Поведение, потенциально направленное на самоповреждение, ассоциирующее как минимум с некоторым намерением умереть в результате совершенного действия. Доказательство того, что данное лицо имело намерение убить себя, по крайней мере до некоторой степени, может быть явным или же быть выведенным логически из поведения или обстоятельств. Суицидальная попытка может приводить или не приводить к фактическому повреждению (4).

Суицидальное поведение без летального исхода. Не являющееся привычным действие с нелетальным исходом, которое с целью достижения желаемых изменений было инициировано и осуществлено лицом, рассчитывающим на смерть или сознательно идущим на риск смерти или причинение телесного повреждения (2).

Суицидальный образ мыслей. Пассивные мысли о желании умереть или активные мысли о самоубийстве, не сопровождаемые подготовительными действиями (4).

Факторы риска. Характеристика, проявляющаяся на биологическом или психологическом уровне, на уровне семьи, общины или культуры, которая предшествует более высокой вероятности наступления неблагоприятных исходов и ассоциирует с такой вероятностью (1).

Введение

Суицид представляет собой одну из серьезных проблем здравоохранения во всем мире. За последние 45 лет показатели распространенности суицида увеличились на 60%, и сегодня по причине суицида каждый год умирает почти один миллион человек. Это выражается общим мировым показателем 16 человек на 100 тысяч населения и ставит суицид на десятое место среди ведущих причин смерти во всем мире, а в возрастной категории от 15 до 44 лет это одна из трех ведущих причин смерти (5). Масштабы проблемы станут еще более значительными, если прибавить к этим показателям число попыток самоубийства, поскольку случаев суицидальных попыток в 20 раз больше, чем случаев завершеного суицида (5).

Между странами существуют большие различия в показателях распространенности суицида: самые низкие годовые показатели отмечаются в мусульманских и латиноамериканских странах (менее 6,5 на 100 тысяч населения), а самые высокие – в Восточной Европе: в таких странах, как Беларусь, Литва и Российская Федерация регистрируется более 30 случаев суицида на 100 тысяч населения (5,6). Большинство суицидов (73%) происходит в развивающихся странах, причем примерно 60% всех суицидов приходится на Азию, в частности, на Индию, Китай и Японию (7–9). Это отражает как большую численность населения этих стран, так и относительно высокую распространенность суицида во многих азиатских странах (более 15 на 100 тысяч населения в Индии и более 20 на 100 тысяч в Китае, Республике Корея, Шри-Ланке и Японии) (10).

Поразительно неоднородна эпидемиологическая картина суицидального поведения. В развитых странах суицид наиболее часто имеет место в возрастной группе от 15 до 24 лет и среди мужчин пожилого возраста старше 65 лет, тогда как в развивающихся странах чаще всего совершают самоубийство люди в возрасте до 30 лет. В развитых странах более 90% людей, кончающих жизнь самоубийством, страдают психическим расстройством, в то время как в развивающихся странах этот показатель составляет 60-90% (7,11). В большинстве стран мужчины совершают самоубийство чаще, чем женщины. Однако в Китае картина противоположная, особенно в сельских районах (11,12).

Большинство исследователей и специалистов, занимающихся профилактикой суицида, сходятся во мнении, что суицид ассоциирует со сложным

переплетением таких факторов, как психическое заболевание, социальная изоляция, наличие в анамнезе суицидальной попытки, соматическое заболевание, злоупотребление психоактивными веществами, насилие в семье и доступ к средствам совершения самоубийства (5,6,13,14). В ответ на эту серьезную проблему общественного здравоохранения многие страны предпринимают значительные усилия по профилактике суицида. Однако в разных странах факторы риска разные, и часто они различаются в зависимости от возраста, пола и этнической принадлежности, а какого-либо одного фактора, который был бы достаточной причиной суицида, выявлено не было (5,12,15). Поэтому существующие в странах планы профилактики суицида обычно предполагают многогранный подход, а не сосредоточены на каком-либо одном факторе риска (6,16,17). Выдержать в стратегии профилактики суицида правильное соотношение между соответствием местной специфике, адекватностью культурной традиции и затратами может быть непросто, и здесь важно постоянно оценивать эффективность таких стратегий (6,7).

В данном докладе ставится цель синтезировать и обобщить результаты исследований, взятые из систематических обзоров, с тем, чтобы дать ответ на два вопроса:

1. Какие типы профилактических вмешательств оценивались в опубликованных научных исследованиях?
2. В отношении каких стратегий профилактики суицида имеются фактические данные высокого качества, подтверждающие их эффективность?

Методика

Предлагаемый доклад представляет собой обновленный вариант предыдущего обзора обзоров (18,19), в который входили количественные (с выполнением мета-анализа) или качественные систематические обзоры, опубликованные в период с января 1990 г. по октябрь 2003 г., где для оценки эффективности вмешательств с целью профилактики суицида оценивались изменения в суицидальном поведении без летального исхода (включая повторные случаи самоповреждения), в защитных факторах или факторах риска суицида и в показателях распространенности суицида. В ноябре 2010 г. был выполнен поиск с целью обновления прежнего обзора, чтобы найти все систематические обзоры по данной тематике, которые были опубликованы после октября 2003 г. Более подробно стратегия поиска в литературе и критерии включения для отбора систематических обзоров описываются в приложении 1. Список не включенных обзоров приведен в приложении 2.

Вмешательства, которые оценивались в систематических обзорах, приведены в соответствии со спектром мер по охране психического здоровья, предложенным Национальным советом по научным исследованиям и Институтом медицины, который служит полезной концептуальной схемой различных типов существующих вмешательств с целью профилактики суицида (вставка 1) (1).

Вставка 1 Спектр мер по охране психического здоровья

- Укрепление здоровья
- Профилактика
 - всеобщая
 - селективная
 - показанная
- Лечение
 - выявление случаев
 - стандартное лечение известных расстройств
- Поддерживающие меры
 - обеспечение приверженности долговременному лечению (цель: снижение рецидивов и повторения суицида)
 - помощь после свершившегося факта (включая реабилитацию).

Источник: адаптировано из O'Connell et al. (1)

В предыдущем обзоре обзоров (18,19) была дана критическая оценка методологического качества 10 систематических обзоров, выявленных в результате поиска в литературе, проведенного до октября 2003 г. Для этого использовалась методика, разработанная для оценки обзоров, касающихся укрепления здоровья и школьного образования (20).

В ходе поиска с целью обновления было выявлено еще 14 систематических обзоров, посвященных профилактике суицида, которые были опубликованы после октября 2003 г. Критическая оценка этих обзоров с точки зрения их методологического качества была выполнена по методике, разработанной Институтом экономики здравоохранения (21). Эта методика отличается от методики, которая была использована в предыдущем обзоре обзоров, тем, что она позволяет получить более всеобъемлющую и современную оценку основных аспектов дизайна исследования, которые могут вносить в систематический обзор систематическую ошибку.

Настоящий обзор обзоров был подготовлен для того, чтобы дать лицам, вырабатывающим политику здравоохранения, краткую сводку фактических данных, взятых из систематических обзоров, имеющих под собой строго научную методологическую основу, и рассмотреть пробелы в знаниях о профилактике суицида.

Результаты исследования

Из десяти обзоров (22–31), выявленных в результате предыдущего обзора обзоров (18,19), только у трех (22–24) по общей сумме баллов качество было признано хорошим (таблица 1). В данном разделе представлены результаты этих трех обзоров, которые и составили фактологическую базу предыдущего обзора обзоров.

Таблица 1 Включенные в обзор систематические обзоры, имеющие уровень качества от среднего до хорошего

Обзор	Вмешательство	Целевой контингент	Исходы	Дата окончания поиска
Новые обзоры, включенные в обновленный обзор				
Cipriani et al. (37)	Длительная (не менее 3 месяцев) литиевая профилактика	Пациенты с аффективными расстройствами (униполярная депрессия, биполярное расстройство, шизоаффективное расстройство, дистимия и быстрая цикличность)	Суицид, умышленное самоповреждение (в том числе суицидальная попытка) и смерть от всех причин	2003 г.
Cusimano & Sameem (38)	Учебный план по профилактике суицида на базе средних и старших классов средней школы объемом не менее одного учебного занятия и состоящий из нескольких видов педагогического воздействия, направленных на повышение уровня знаний и изменение поведения в отношении суицида	Подростки от 13 до 19 лет	Не указаны	Октябрь 2009 г.

Обзор	Вмешательство	Целевой контингент	Исходы	Дата окончания поиска
Hahn et al. (32,33)	Законы об огнестрельном оружии, в т.ч. запрет на определенные виды оружия или боеприпасы, ограничения на приобретение огнестрельного оружия, выжидательный период для приобретения огнестрельного оружия, регистрация огнестрельного оружия, лицензирование владельцев огнестрельного оружия, законы о выдаче разрешений на ношение оружия при условии соблюдения определенных критериев, законы о недопущении доступа детей к оружию, законы об абсолютной недопустимости ношения огнестрельного оружия в школе и комбинации законов об огнестрельном оружии	Не указаны	Показатели совершения преступлений с применением насилия, самоубийства и непредумышленного причинения травм огнестрельным оружием	Июль 2001 г.
Shekelle et al. (17), Bagley et al. (34)	Любая стратегия профилактики суицида	Ветераны войны и военнослужащие на действительной службе	Показатели распространенности суицида или суицидальных попыток	Май 2008 г.

Обзор	Вмешательство	Целевой контингент	Исходы	Дата окончания поиска
Обзоры, включенные в предыдущий обзор (18,19)				
Guo & Harstall (22)	Программы профилактики суицида, направленные на детей и подростков, в т.ч. программы профилактики суицида на базе школ или местных общин	Дети/подростки от 5 до 19 лет	Изменения в осведомленности об имеющихся знаниях о суициде, в защитных факторах против суицида или факторах риска суицида; распространенность суицидального образа мыслей, суицидальных попыток или завершенных суицидов	Май 2001 г.
Hawton et al. (23)	Психосоциальное или психофармакологическое воздействие	Мужчины и женщины любого возраста, которые незадолго до включения в исследование предприняли умышленно инициированное самоотравление или самоповреждение любого вида	Распространенность повторного самоповреждения (с летальным и нелетальным исходом) в течение периода наблюдения длительностью до 2 лет	Февраль 1999 г.
Van der Sande et al. (24)	Психосоциальное/ психотерапевтическое воздействие и вмешательства, направленные на улучшение приверженности помощи и уходу после суицидальной попытки	Лица, совершившие суицидальную попытку	Распространенность повторного самоповреждения (с летальным и нелетальным исходом)	Декабрь 1995 г.

Критериям включения удовлетворяли четырнадцать новых систематических обзоров. Два из этих обзоров – Hahn et al. (32,33) и Shekelle et al. (17,34) были изданы в двух отдельных публикациях каждое. Три обзора представляли собой мета-анализы (количественные систематические обзоры) (35–37), а остальные 11 были качественными систематическими обзорами (6,17,32–34, 38–45). Первичные исследования, которые оценивались в систематических обзорах, в значительной степени дублировали друг друга.

В 14 систематических обзорах содержалась оценка порядка 34 типов вмешательств с целью профилактики суицида. Эти вмешательства представлены в таблице 2 в соответствии со спектром мер, приведенным во вставке 1. Большинство этих вмешательств относится к области лечения и поддерживающих мер, а не к области профилактики.

Таблица 2 *Вмешательства с целью профилактики суицида, которые анализировались в систематических обзорах (с разбивкой на категории, соответствующие спектру мер по охране психического здоровья, вставка 1)*

Категория вмешательств	Вмешательства
Профилактика	
Всеобщая	Ограничения на сообщения в СМИ (6,17) Ограничения доступа к средствам совершения суицида (6,17,32,33,42) Национальные программы профилактики суицида (6,17)
Селективная	Центры профилактики суицида (17,42) Программы профилактики суицида на уровне местных сообществ (17,42,45) Программы профилактики суицида на базе школ (6,22,24,42,43,45) Программы профилактики на базе предприятий и организаций (45) Программы профилактики в местах лишения свободы (42,45) Программы для ветеранов войны и военнослужащих (17,34,42,45) Программы для лиц, употребляющих наркотики (17,34,42)
Показанная	Обучение и просвещение лицами равного статуса (например, обучение естественных помощников подростков в повседневной жизни, программы просвещения семьи) (6,17,41,42) Предоставление помощи врачам общей практики (17) Службы профилактики суицида по телефону (17,40) Помощь семьям/друзьям лиц, входящих в группу повышенного риска (17) Поственция (17,22,34)
Лечение	
Выявление случаев	Скрининг (6,39)
Стандартное лечение известных расстройств	Фармакологические вмешательства (например, противосудорожные средства (42), антидепрессанты (6,17,23,34,36,39,42,44), нейролептики (6,23,39,42), бензодиазепины (42), литий (6,35,37,42,44)) Электроконвульсивная терапия (42,44) Нейрохирургические вмешательства (42) Интенсивная терапия плюс индивидуальная работа с людьми на местах (23,39) Госпитализация в стационары общего профиля (23,39) Различные виды когнитивно-поведенческой терапии (17,23,24,34,36,39,42,44) Различные виды лечения на базе стационара (23,39,42) Различные виды амбулаторного лечения (39) Лечение на дому (23,39,42) Психосоциальные вмешательства (например, решение проблем) (23,24,36,39,44) Психотерапия (6,39,42)

Поддерживающие меры	
Обеспечение приверженности долговременному лечению	Постоянный контакт (например, наблюдение с помощью почтовых отправок или по телефону) (6, 17, 39, 42) Кризисные карточки (6, 23, 39, 42) Приют в стационарном учреждении (24) Лечение на дому (23) Ведение приверженности лечению (24)
Помощь после свершившегося факта	Длительная терапия (23, 39) Реорганизация услуг и ведение случаев (17, 42)

Примечание: вмешательства, выделенные жирным шрифтом, оценивались в выбранных систематических обзорах.

После того, как ко всем 14 систематическим обзорам были применены критерии оценки качества (21), уровень качества от среднего до хорошего по общей сумме баллов (таблица 1) был признан только у четырех из них (17, 32–34, 37, 38). Более подробные сведения о десяти исключенных обзорах приведены в приложении 3. В соответствии с методикой, использованной при проведении предыдущего обзора обзоров, в данном разделе рассматриваются результаты только тех систематических обзоров, которые были оценены как имеющие уровень качества от среднего до хорошего. Методологическое качество большинства из 14 систематических обзоров страдало существенными недостатками. В некоторых обзорах не было приведено достаточной информации об участниках исследования, протоколах вмешательств, реализации вмешательств или методике проведения обзора.

Вмешательства, которые оценивались в семи обзорах, получивших оценку качества от среднего до хорошего (таблица 1), в таблице 2 выделены жирным шрифтом. В следующем разделе содержится краткое изложение результатов, связанных с этими вмешательствами. К интерпретации этих результатов нужно подходить осторожно, поскольку методологическое качество некоторых первичных исследований, включенных в обзоры, было низким.

Профилактика

Национальные программы профилактики суицида

В обзоре Shekelle et al. (17) было выявлено два некачественно описанных проспективных когортных исследования многокомпонентных национальных программ профилактики суицида. В обоих исследованиях сообщалось о снижении распространенности суицида после принятия программ,

однако было неясно, в какой степени эти программы способствовали отмеченному снижению.

Центры и программы профилактики суицида на уровне местных сообществ

В обзор Shekelle et al. (17) было включено одно наблюдательное исследование, в котором сообщалось о результатах одной очень некачественно описанной программы, осуществленной на уровне местного сообщества; в двух других исследованиях была документально отражена программа, предусматривавшая работу круглосуточной телефонной “горячей линии”. Качество этих исследований было низким, а результаты неубедительны.

Кроме этого, в одном рандомизированном контролируемом испытании (РКИ) изучался эффект включения в штат лечебных учреждений первичного звена должности специалиста по ведению совместной помощи, и было установлено статистически значимое снижение распространенности суицидального образа мыслей среди пациентов пожилого возраста, страдающих депрессией, которые получали лечение, по сравнению с пациентами, такого лечения не получавшими. Еще в одном РКИ сообщалось о предоставлении помощи родственникам или друзьям мужчин, входивших в группу повышенного риска суицида. Было отмечено статистически значимое снижение распространенности суицидальных попыток после реализации вмешательства, однако исследование это было слабым с методологической точки зрения и в нем не сообщалось об эффекте лечения по сравнению с контрольной группой (17).

Программы профилактики суицида на базе школ

В прежний обзор обзоров вошел качественный обзор, выполненный Guo и Harstall (22), в который было включено 10 исследований (в том числе три РКИ), сосредоточенных главным образом на учащихся средних школ в возрасте от 12 до 19 лет. Эти программы профилактики суицида, осуществлявшиеся на базе школ и направленные на подростков, существенно различались между собой по целям, направленности, целевому контингенту и способам реализации. Продолжительность программ колебалась от одного полуторачасового занятия до 180 занятий по 55 минут каждое. Обычно программы профилактики осуществлялись работниками школ (учителями, школьными медсестрами или консультантами по профориентации и воспитательной работе) или социальными работниками, прошедшими соответствующую подготовку. Три программы профилактики для подростков, входящих в группу риска, направленные на выработку социальных навыков и оказание социальной поддержки, оказались

эффективными и позволили снизить факторы риска (депрессию, ощущение безысходности, стресс, тревогу и гнев) и усилить защитные факторы (способность управлять ситуацией, навыки решения проблем, самооценку и поддержку ближнего окружения). Две программы профилактики суицида, направленные на изменение поведения и выработку стратегий психосоциальной адаптации у всех учащихся школ, продемонстрировали снижение суицидальных наклонностей, улучшение идентичности эго и повышение способности справляться с неблагоприятными ситуациями. Однако авторами было указано, что вследствие методологических недостатков сравнивать результаты этих исследований было трудно, а справедливость выводов, сделанных на основании таких исследований, может быть сомнительной (22).

В ходе нового поиска был выявлен качественный обзор программ профилактики суицида на базе средней школы для учащихся средних и старших классов, выполненный Cusimano и Sameem (38). Из восьми включенных в обзор РКИ четыре была включены и в обзор, выполненный Guo и Harstal (22). Однако Guo и Harstall признали рандомизированным контролируемым исследованием только одно из них. В четырех исследованиях, которые не вошли в обзор Guo и Harstall (22), оценивалась программа дидактического типа, связанная с психологическими аспектами процесса обучения, программа выполнения трехдневного учебного плана и программа, направленная на научение подростков распознаванию признаков суицида в себе и в своих сверстниках. В трех исследованиях, в которых об этом сообщалось, наблюдались статистически значимые улучшения в уровне знаний о суициде и в отношении к нему после осуществления вмешательства. Что касается поведения с точки зрения стремления получить помощь, улучшение было показано только в одном из трех исследований. В двух исследованиях, в процессе которых оценивались суицидальные попытки со слов респондентов, было показано снижение частоты попыток по сравнению с контрольной группой. Ни в одном из исследований не говорилось о показателях распространенности суицида. Авторы пришли к заключению, что программы профилактики суицида на базе средних и старших классов средней школы могут повышать уровень знаний, улучшать социальные установки и в принципе улучшать поведение подростков с точки зрения стремления получить помощь. Однако каких-либо подтверждений того, что эти программы профилактики снижали показатели распространенности суицида, получено не было (38).

Вмешательства, направленные на ветеранов войны и военнослужащих

Shekelle et al. (17,34) выполнили оценку семи проспективных когортных исследований, посвященных изучению многоплановых вмешательств, направленных на военнослужащих, в которых использовалась концептуальная модель выявления факторов риска с последующими изменениями в образовательном уровне и организации службы и быта с целью снижения этих факторов или повышения уровня знаний и осведомленности о них. Во всех исследованиях сообщалось о снижении распространенности суицида или суицидальных попыток, однако данных приводилось недостаточно, а качество анализов было, как правило, низким. Было выявлено три исследования, посвященные ветеранам войны. В одном небольшом РКИ была установлена тенденция, свидетельствующая о преимуществах диалектической поведенческой терапии по сравнению с индивидуальной терапией для снижения показателей умышленного самоповреждения среди ветеранов-женщин с пограничным личностным расстройством, однако разница не была статистически значимой. В одном обсервационном исследовании сообщалось о неоднозначных результатах относительно суицидальных попыток, достигнутых в программах лечения токсикомании (либо в стационаре, либо в амбулаторных условиях), тогда как в другом обсервационном исследовании говорилось о снижении показателей распространенности суицида среди ветеранов войны, проходивших лечение антидепрессантами (17,34).

Ограничение доступа к летальным средствам совершения самоубийства

Огнестрельное оружие

В двух обзорах изучалось влияние законов об огнестрельном оружии на показатели распространенности суицида (17,32,33). В обзор, выполненный Nahn et al. (32,33), было включено 51 исследование, в которых оценивалась эффективность законодательства об огнестрельном оружии в предупреждении насилия. Хотя в число исходов были включены разнообразные преступления с применением насилия, здесь идет речь только о тех исследованиях, в которых сообщались показатели распространенности суицида.

1. В трех исследованиях изучались последствия запретов на конкретные виды огнестрельного оружия или боеприпасов, причем в двух из них было установлено снижение показателей суицида после введения запрета на пистолеты по сравнению с контрольными районами. В третьем

исследовании были выявлены рост и снижение показателей суицида, связанные с несколькими типами запрета.

2. В одном РКИ изучался эффект ограничения на приобретение огнестрельного оружия. Ограничение на основании прежней судимости за тяжкое уголовное преступление дало небольшое, но статистически не значимое снижение показателей суицида, совершаемого с применением огнестрельного оружия, и общей распространенности суицида среди лиц в возрасте 21 год и старше. Хотя среди людей в возрасте 55 лет и старше и было отмечено статистически значимое снижение смертности в результате самоубийства с применением огнестрельного оружия, оно было отнесено на счет выжидательного периода, предусмотренного в законе, а не на счет ограничения по признаку прежней судимости. Был очевиден незначительный эффект замены способа самоубийства (когда люди переходили на другой способ совершения суицида), так как произошло снижение на 8,6% числа самоубийств с применением огнестрельного оружия, но увеличение за этот же период на 3% числа самоубийств без применения огнестрельного оружия.
3. В шести исследованиях были получены противоречивые результаты в отношении эффективности выжидательного периода для приобретения огнестрельного оружия с точки зрения профилактики суицида.
4. В четырех исследованиях, посвященных лицензированию владельцев огнестрельного оружия, в одном из которых также изучалось влияние регистрации оружия, сообщалось о противоречивых результатах относительно показателей распространенности суицида.
5. В двух исследованиях, посвященных законам о предупреждении доступа детей к огнестрельному оружию, предназначенным для ограничения доступа детей к оружию и его использования детьми, сообщалось о неоднозначных результатах относительно показателей суицида среди несовершеннолетних.

Nahn et al. (32,33) в своем обзоре также оценивали наличие связи между степенью законодательного регулирования владения и применения огнестрельного оружия и числом преступлений с применением насилия. В одном исследовании сообщалось о связи между иницированием всеобъемлющего общенационального закона в Канаде и ростом показателей суицида с применением огнестрельного оружия. Сравнение всеобъемлющих законов между двумя странами (Соединенными Штатами Америки и Канадой) показало, что усиление законодательного регулирования ассоциирует со снижением числа случаев суицида, совершаемого с применением огнестрельного оружия, но также и с ростом числа случаев других форм суицида. В пяти исследованиях сравнивалась

степень законодательного регулирования огнестрельного оружия с показателями распространенности суицида в разных штатах и городах Соединенных Штатов Америки. И хотя во всех этих исследованиях было показано снижение распространенности, ассоциирующее с большей степенью регулирования, только в двух из них была установлена статистически значимая разница.

На основании полученных результатов Hahn et al. (32,33) пришли к выводу, что для определения эффективности любых рассмотренных в обзоре законов об огнестрельном оружии в снижении распространенности суицида, будь то по отдельности или в комбинации, доказательная база недостаточна.

В обзоре Shekelle et al. (17) было выявлено 20 исследований (шесть из них были также включены в обзор, выполненный Hahn et al. (32,33)), в которых сравнивались показатели суицида до и после введения в действие законов об ограничении доступа к огнестрельному оружию. Хотя результаты исследований и были противоречивыми, можно было предположить наличие защитного эффекта ограничений огнестрельного оружия у некоторых групп населения в зависимости от возраста и пола. Однако было неясно, повлиял ли этот эффект на общий показатель суицида или же был компенсирован переходом на другие способы самоубийства.

Фармакологические вещества

В обзоре Shekelle et al. (17) сообщается о десяти исследованиях различного дизайна, в ходе которых оценивались последствия ограничения размера упаковки парацетамола (ацетаминофена) или салицилатов или иных ограничений доступа к этим лекарствам. В этих исследованиях было в целом продемонстрировано снижение числа случаев суицида, совпавшее с принятием ограничений, хотя во многих исследованиях периоды последующего наблюдения были очень короткие. Кроме того, было выдвинуто предположение о том, что в эти данные могла вмешаться одновременная тенденция к снижению распространенности суицида с течением времени. Еще в двух исследованиях было продемонстрировано снижение числа случаев суицида путем принятия смертельной дозы седативных препаратов после введения ограничений на доступ к ним.

Респираторные токсины

Shekelle et al. (17) выявили одно исследование, в котором было установлено снижение смертности в результате отравления угарным газом после того, как вместо угля в качестве домашнего топлива стали использовать природный газ, что значительно снизило содержание окиси

углерода. В трех исследованиях, в которых изучалось влияние установки в автомобилях каталитических дожигателей выхлопных газов, благодаря чему в выхлопных газах уменьшилось содержание угарного газа, были получены противоречивые результаты.

Ограждения на мостах

В единственном выявленном Shekelle et al. (17) обсервационном исследовании сообщалось о росте числа случаев суицида путем прыгивания с моста после того, как с одного моста были убраны защитные экраны. Данные указывали на то, что это стало следствием фактического общего роста показателей суицида, а не просто перемещением случаев суицида с других мостов.

Ограничение сообщений в СМИ о случаях суицида

В обзоре Shekelle et al. (17) одно контролируемое исследование показало снижение числа случаев суицида среди женщин (но не среди мужчин) во время длительной забастовки сотрудников газет. Однако в интерпретацию этого снижения могло вмешиваться одновременно происходившее постепенное общее снижение показателей суицида еще до начала забастовки.

Лечение и поддерживающие меры

В предыдущий обзор обзоров вошли два мета-анализа лечения и поддерживающих мер (23,24). В мета-анализе Hawton et al. (23) изучалась эффективность различных вмешательств, проводимых в больницах или амбулаторных учреждениях, в основном предполагавших психосоциальные и фармакологические виды лечебного воздействия на пациентов, имевших в анамнезе умышленное самоповреждение или суицидальную попытку. Мета-анализом было охвачено 23 РКИ, которые были сгруппированы в 11 категорий по принципу сходства стратегий лечения. Мерой исходов были показатели повторения умышленного самоповреждения. Влияние психосоциальных вмешательств часто сравнивалось со стандартной помощью (в контрольной группе) в клинических испытаниях, однако не всегда приводились подробные сведения о стандартной помощи, такие как содержание лечения. К вмешательствам, которые приносили определенную пользу, относились: вмешательства, предусматривавшие решение проблем (пять исследований) и предоставление карточки для установления контактов в случае чрезвычайной ситуации, после которых наблюдались тенденции к снижению числа случаев повторения умышленного самоповреждения

по сравнению со стандартной помощью после свершившегося факта (без статистически значимой разницы); диалектическая поведенческая терапия, которая привела к значительному снижению числа случаев повторения умышленного самоповреждения по сравнению со стандартной помощью после свершившегося факта у женщин с пограничным личностным расстройством и рецидивами самоповреждения (одно небольшое исследование), и лечение флупентиколом, которое вело к значительному снижению числа случаев повторения умышленного самоповреждения по сравнению с плацебо (одно небольшое исследование).

Мета-анализ, выполненный van der Sande et al. (24), включал исследования пациентов после суицидальной попытки. Всего в него было включено 15 РКИ, которые были сгруппированы в четыре категории по принципу общности клинической картины и протокола лечения. Во всех испытаниях исходом, представлявшим интерес, было число случаев повторных суицидальных попыток. Единственным вмешательством, которое продемонстрировало некоторую пользу, была когнитивно-поведенческая терапия. Однако, поскольку сводный анализ выполнялся не на основе “намерения лечить”, полученные результаты могут завышать значение эффекта, который может быть достигнут, когда данное вмешательство применяется в стандартной клинической практике.

Было отмечено, что контингент пациентов, получающих психосоциальную и фармакологическую терапию в процессе исследований, посвященных лечению суицида и поддерживающим мерам, весьма специфичен. В основном это лица, которые обращаются в больницы общего профиля, причем большинство из них совершили попытку самоотравления, а не какой-либо другой формы самоповреждения, например, пореза вен (26). Кроме того, до одной трети эпизодов самоповреждения могли бы и не привести к врачебному контакту. Поэтому при обобщении результатов этих исследований на другие группы населения нужно проявлять осторожность.

В ходе нового поиска был выявлен обзор Shekelle et al. (17,34), который включал 12 исследований (девять из них были РКИ), посвященных ведению случаев или терапевтическим вмешательствам после суицидальных попыток. Шесть из этих исследований были включены в обзоры Hawton et al. (23) и van der Sande et al. (24). Хотя вмешательства были самые разные, чаще всего они включали дополнительные ресурсы, такие как ведение случаев для мониторинга пациентов и для облегчения их доступа к психиатрическим услугам. Был отмечен широкий диапазон показателей суицидальных попыток, однако в большинстве исследований не приводилось данных о каких-либо статистически значимых различиях между группами, получавшими лечение, и контрольными группами.

В обзоре Shekelle et al. (17,34) также сообщалось о четырех РКИ, в которых исследовались вмешательства малой интенсивности после суицидальной попытки, проводимые исследователями или сотрудниками больниц по телефону или по почте. Два из этих РКИ были включены в обзоры, выполненные Hawton et al. (23) и van der Sande et al. (24). В целом результаты продемонстрировали либо отсутствие разницы между группами, получавшими лечение, и контрольными группами, либо весьма невысокую эффективность вмешательства с точки зрения снижения частоты повторных случаев суицидальных попыток или самоповреждения.

Cirgiani et al. (37) оценивали эффективность длительной (не менее трех месяцев) литиевой профилактики в предупреждении суицидов и умышленного самоповреждения у пациентов с аффективными расстройствами. В обзор было включено тридцать два РКИ, в которых участвовали 3458 пациентов, из них в семи испытаниях приводились данные о частоте случаев суицида. В двух испытаниях сравнивались литий и плацебо, в двух – литий и амитриптилин, в двух – литий и карбамазепин, а в одном – литий и ламотриджин. Больные, получавшие литий, реже кончали жизнь самоубийством (отношение шансов (ОШ) 0,26; 95-процентный доверительный интервал (ДИ), 0,09–0,77). Во всех испытаниях в группе получавших литий было отмечено меньше случаев суицида, за исключением одного испытания, в котором произошел один случай суицида в группе получавших литий и в группе получавших карбамазепин. Среди пациентов, получавших литий, также был ниже и сводный показатель “суицид плюс умышленное самоповреждение” (ОШ 0,21; 95% ДИ, 0,08–0,50) и было в целом меньше случаев смерти (11 испытаний: ОШ 0,42; 95% ДИ, 0,21–0,87) по сравнению с пациентами в контрольных группах. Во всех испытаниях сообщалось о том, что в группах пациентов, получавших литий, случаев суицида или умышленного самоповреждения было меньше. Авторы пришли к выводу, что в профилактике суицида, умышленного самоповреждения и смерти от всех причин у пациентов с аффективными расстройствами литий более эффективен, чем плацебо или другое соединение (37).

Недостатки исследований

Обзор обзоров может представлять собой весьма практичный способ сведения в один документ большого массива фактических данных, позволяющих ответить на общие вопросы, однако в этом подходе есть целый ряд недостатков. Рамки обзора обзоров ограничены наличием высококачественных, современных систематических обзоров по интересующей исследователя теме, а эти обзоры в свою очередь ограничены шириной, глубиной и качеством рассматриваемых в них первичных фактических данных. Поэтому отсутствие систематических обзоров по тому или иному вмешательству с целью профилактики суицида не следует рассматривать как отсутствие фактических данных. Важно также помнить о существенной систематической погрешности, которая может присутствовать в том случае, когда какое-либо вмешательство с относительно низким качеством доказательной базы выходит на более заметное место и становится более известным, чем действенное вмешательство, по которому имеется значительный объем первичных данных, только потому, что первое вмешательство оценивали в высококачественном систематическом обзоре, а второе нет. Систематическая погрешность может возникать и тогда, когда исследования, анализируемые в одном обзоре, частично дублируют исследования, включенные в другой обзор, что создает ложное впечатление об обширности доказательной базы.

Вопросы, на которые может быть получен ответ в обзорах обзоров, также ограничены теми вопросами, которые ставятся в имеющихся систематических обзорах, а они не всегда могут соответствовать вопросам, представляющим главный интерес для читателя. Кроме того, в систематических обзорах не всегда ставятся те же самые вопросы научного исследования, а если и ставятся, то ответ на них может даваться по-другому. Большое влияние на результаты могут оказывать различия между обзорами в критериях включения и исключения и в методиках оценки качества, используемых для оценки включенных исследований, и это ведет к расхождениям в интерпретации одной и той же доказательной базы.

В настоящем обзоре обзоров выявлены систематические обзоры высокого качества, в которых оценивались многие различные вмешательства с целью

профилактики суицида в разных группах населения. Однако в практике разработано и реализуется много мер вмешательства с целью профилактики суицида, и только некоторые из них прошли процедуру формальной оценки на предмет эффективности. Поэтому результаты данного обзора представляют лишь ту малую часть стратегий, которые оценивались в высококачественных систематических обзорах.

Обобщать результаты данного обзора обзоров сложно, поскольку на эффективность стратегий профилактики суицида могут влиять различные факторы, такие как демографические параметры (например, возраст, пол и этническое происхождение), культурный и социально-экономический контекст и существующие сегодня системы здравоохранения и социального обеспечения. Плохое качество описаний некоторых вмешательств затрудняло выявление сходств и различий между стратегиями или определение конкретных составляющих той или иной стратегии, которые могут быть эффективными либо по отдельности, либо в сочетании с другими. Так как суицид – это событие относительно редкое, для оценки различий между стратегиями нужны выборки больших размеров. Во многих же исследованиях, включенных в систематические обзоры, размеры выборки были малы, и это затрудняло обнаружение таких различий. Трудность еще больше усугублялась тем, что было нелегко отделить эффекты стратегий, осуществляемых на уровне местных общин или на уровне страны, от динамики изменений показателей суицида во времени среди населения в целом.

Соотношение затрат и эффективности

В настоящем обзоре не уделялось внимания данным о затратах, связанных с вмешательствами с целью профилактики суицида. Рассматривать вопрос о затратах и наличии ресурсов (например, для осуществления психосоциальных вмешательств) важно при оценке какой-либо новой программы.

Заключение

Высококачественных систематических обзоров фактических данных, касающихся эффективности вмешательств с целью профилактики суицида, мало. Кроме того, высокое качество систематического обзора отнюдь не означает, что включенные в обзор исследования были добротными с методологической точки зрения. Фактические данные, взятые из семи выявленных систематических обзоров, имеющих уровень качества от среднего до хорошего, можно резюмировать следующим образом:

- Фактические данные, касающиеся эффективности центров профилактики суицида, работающих на уровне местных общин, и общенациональных программ профилактики суицида с точки зрения снижения показателей распространенности суицида и суицидальных мыслей, скудны и неоднозначны.
- Среди общего школьного подросткового контингента эффективными с точки зрения снижения суицидальных наклонностей и усиления защитных факторов оказались программы профилактики суицида, построенные на изменении поведения и стратегиях психосоциальной адаптации. У подростков, входящих в группу повышенного риска, эффективными в снижении факторов риска и усилении факторов защиты от суицида оказались программы профилактики суицида на базе школ, направленные на выработку навыков и предоставление социальной поддержки. Однако влияние этих вмешательств на показатели распространенности суицида неизвестно.
- Что касается показателей распространенности суицида и суицидальных попыток среди военнослужащих, имелись ограниченные фактические данные, подтверждающие, что многоплановые программы профилактики суицида, направленные на выявление факторов риска и изменения в образовательном уровне и организации службы и быта военнослужащих, снижают эти показатели.
- Ограничение доступа к летальным средствам совершения самоубийства через законодательство об огнестрельном оружии, возможно, привело к снижению показателей суицидов по конкретным причинам, но его влияние на общий показатель суицидов было неясно вследствие возможного вмешательства такого фактора, как переход людей на другой способ совершения суицида, что затрудняет однозначное толкование. Ограничение доступа к фармакологическим препаратам, по-видимому, привело к снижению показателей суицида среди населения

в целом, однако оценить степень этого влияния было трудно, поскольку полученные данные могут быть искажены вмешательством одновременно происходящей тенденции к постепенному снижению распространенности суицида.

- Данные позволили предположить, что некоторые типы психосоциального и фармакологического лечения, такие как проблемно-ориентированная терапия, предоставление карточки для срочного установления контакта в чрезвычайной ситуации, введение флуpentиксола и когнитивно-поведенческая терапия, являются перспективными с точки зрения снижения частоты случаев повторного самоповреждения у пациентов, имеющих в анамнезе умышленное самоповреждение или суицидальную попытку.
- Введение лития пациентам с аффективными расстройствами приводило к снижению риска смерти и суицида примерно на 60%, а риска сочетания суицида с умышленным самоповреждением примерно на 70%.

Хотя в первичных исследованиях и изучалась эффективность целого ряда вмешательств с целью профилактики суицида, не все эти исследования попали в систематические обзоры. Кроме того, многие вмешательства, которые практикуются в настоящее время, в первичных исследованиях еще не оценивались. При рассмотрении результатов исследования любого типа нужно быть осторожным, особенно потому, что обобщение результатов на другие группы населения и социальные условия может быть неправомерным.

К задачам планирования программ и научных исследований в области профилактики суицида в будущем относятся унификация определений терминов, касающихся суицида, унификация протоколов оценки с целью выявления групп населения повышенного риска и использование мер оценки с проверенной и установленной валидностью и достоверностью.

Соображения, касающиеся выбора политики

- Суицид представляет собой одну из серьезных проблем общественного здравоохранения, причем отражаемые в отчетности показатели распространенности суицида могут быть заниженными. Одни из самых высоких показателей суицида в мире отмечаются в Восточной Европе.
- Суицид – это результат сложных взаимодействий между различными факторами риска и защитными факторами. Поэтому может потребоваться комбинация мер профилактики суицида, предполагающих воздействие на разные факторы риска на различных уровнях в разных группах населения.
- Обзоры с уровнем качества от среднего до хорошего имеются только по некоторым из множества существующих мер вмешательства с целью профилактики суицида. Другие крупномасштабные меры социального

характера, такие как ограничение доступности алкоголя и поддержка безработных, во включенных в данный обзор систематических обзорах не оценивались.

- Представленные в настоящем обзоре обзоров фактические данные относятся к конкретным группам населения, и поэтому результаты исследования мер вмешательства справедливы только для подобных им групп. Возможность переноса мер вмешательства с целью профилактики суицида на другие группы населения может ограничиваться другими факторами, такими как культурный контекст, социальные и социально-экономические условия.
- Большинство фактических данных из систематических обзоров, имеющих уровень качества от среднего до хорошего, отражают влияние вмешательств на промежуточные результаты, такие как факторы риска и защитные факторы и число повторных случаев самоповреждения в определенных группах населения, но не на фактические показатели смертности.
- Определить, какие именно элементы каждого из наиболее эффективных подходов оказывали благотворное действие или насколько одно вмешательство было более действенным, чем другое, как правило, не представлялось возможным.
- При осуществлении новой меры вмешательства необходимо с самого начала принять определенную систему оценки ее эффективности с унифицированными определениями, касающимися суицида. Однако низкая распространенность суицида среди населения в целом может серьезно затруднить количественную оценку эффективности отдельно взятой стратегии профилактики суицида.

Стратегия поиска

Поиск систематических обзоров, опубликованных на английском языке в период с октября 2003 г. по ноябрь 2010 г., осуществлялся в следующих базах данных: Кокрановская база данных систематических обзоров, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, базы данных Центра обзоров и распространения фактических данных (CRD) Национальной службы здравоохранения (DARE, HTA and NHS EED) и Web of Science. Просматривались также веб-сайты различных учреждений, занимающихся оценкой технологии здравоохранения. Для обнаружения внеиздательской литературы использовалась поисковая система Интернета. Поиск по библиографии всех выявленных статей осуществлялся вручную с целью нахождения литературных источников по данной тематике, которые могли оказаться упущенными во время поиска в опубликованной литературе. Какие-либо ограничения по языку не применялись.

В процессе поиска использовались отдельно или в сочетаниях следующие термины и ключевые слова MeSH (медицинских предметных рубрик), включая суффиксальные вариации корневых слов: suicide/parasuicide/self harm/self-poisoning/self-injurious/intentional/overdose/prevention/primary prevention/secondary prevention/method/means restriction/restrict/reduce/postvention/meta-analysis/systematic/review/systematic review [суицид/парасуицид/самоповреждение/самоотравление/самоповреждающий/преднамеренный/передозировка/профилактика/первичная профилактика/вторичная профилактика/метод/ограничение средств/ограничивать/снижать/поственция/мета-анализ/систематический/обзор/систематический обзор].

Отбор исследований

Пригодность для включения англоязычных статей определялась одним автором обзора на основании описанных ниже заранее установленных критериев включения и исключения. Еще три исследователя из Института экономики здравоохранения (IHE) и организации Health Technology Assessment international (HTAi) помогли провести обзор неанглоязычных статей.

Критерии включения

Обзоры должны были удовлетворять определенным критериям, касающимся соответствия данной теме, дизайна исследования и содержащейся в них информации. Поэтому статья считалась подходящим систематическим обзором, если она:

- имела ясно сформулированную цель или вопрос исследования;
- имела стратегию систематического поиска и содержала определение стратегии поиска;
- содержала ясные критерии исключения и включения исследований, охваченных обзором;
- содержала оценки эффективности стратегий профилактики суицида (без ограничений по типам вмешательств, целевому контингенту или целевым социальным средам);
- включала информацию об участниках и содержании вмешательства;
- содержала оценки исходов, связанных с суицидом, таких как снижение факторов риска суицида или суицидальных форм поведения (завершенный суицид, суицидальный образ мыслей, суицидальные попытки или повторение самоповреждения);
- содержала критическую оценку методологического качества включенных в обзор исследований с использованием иерархии уровней фактических данных или методики определения качества или контрольного перечня вопросов и
- представляла собой качественный или количественный синтез данных из включенных в обзор исследований.

Критерии исключения

Исключались квазисистематические обзоры и повествовательные обзоры. Обзор считался квазисистематическим, если в нем использовалась стратегия систематического поиска для выявления литературных источников, но не использовалась иерархия уровней данных или методика определения качества для критической оценки включенных исследований. Повествовательными обзорами были сводные обзоры фактических данных, в которых не было указано ни стратегии систематического поиска, ни метода оценки качества включенных исследований.

Также исключались обзоры, которые касались только лечения исходных психических заболеваний, но не содержали данных о результатах, имеющих отношение к суициду.

Когда в двух или более систематических обзорах были идентичные комплексы параметров для сравнения и одни и те же контингенты пациентов, в данный обзор включался тот из них, который был опубликован позже, если он не был менее всеобъемлющим и не имел худшего качества, чем обзор, опубликованный раньше.

Приложение 2. Исключенные исследования

Таблица 3 Перечень исключенных исследований с указанием причин

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Aguilar EJ, Siris SG. Do antipsychotic drugs influence suicidal behavior in schizophrenia? <i>Psychopharmacol Bull</i> , 2007, 40(3):128–42	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Andriessen K, Krysinska K. Can sports events affect suicidal behavior? A review of the literature and implications for prevention. <i>Crisis</i> , 2009, 30(3):144–52	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Baldessarini RJ et al. Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks. <i>Harvard Rev Psychiatry</i> , 2007, 15(4):133–45	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal risks during treatment of bipolar disorder patients with lithium versus anticonvulsants. <i>Pharmacopsychiatry</i> , 2009, 42(2):72–5	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Bell GS. Suicidality in people taking antiepileptic drugs: what is the evidence? <i>CNS Drugs</i> , 2009, 23(4):281–92	Повествовательный обзор	Не систематический обзор
Berg AO et al. Screening for suicide risk: recommendation and rationale. <i>Ann Intern Med</i> , 2004, 140(10):820–1	Перечисление фактов	Не систематический обзор
Bridge JA et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>JAMA</i> , 2007, 297(15):1683–96	Систематический обзор	Не соответствует теме; посвящен частоте проявлений суицидального поведения как побочных эффектов лечения антидепрессантами
Burns J et al. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> , 2005, 39(3):121–8	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Cardish RJ. Psychopharmacologic management of suicidality in personality disorders. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(6 Suppl 1):115S–27S	Повествовательный обзор	Не систематический обзор

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Cherpitel CJ. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. <i>Alcoholism: Clin Exp Res</i> , 2004, 28(5 Suppl):185–285	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Cipriani A et al. Lithium versus antidepressants in the long-term treatment of unipolar affective disorder. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , 2006, (4):CD003492	Систематический обзор	Не соответствует теме; посвящен частоте проявлений суицидального поведения как побочных эффектов лечения антидепрессантами
Cipriani A et al. Metareview on short-term effectiveness and safety of antidepressants for depression: an evidence-based approach to inform clinical practice. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(9):553–62	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Combalbert N, Bourdet-Loybere S. Le suicide par saut et les stratégies de prévention [Suicide by jumping and strategies to prevent it]. In: <i>Evolution psychiatrique</i> , 2006, 71(4):685–695	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Crawford MJ et al. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. <i>Br J Psychiatry</i> , 2007, 190:11–17	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Daniel AE. Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. <i>J Am Acad Psychiatry Law</i> , 2006, 34(2):165–75	Повествовательный обзор	Не систематический обзор
Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. <i>Suicide Life-Threat Behav</i> , 2009, 39(3):252–68	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants. <i>Br J Psychiatry</i> , 2006, 189:393–8	Квазисистематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований	Не соответствует теме; посвящен частоте проявлений суицидального поведения как побочных эффектов лечения антидепрессантами

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Dudley M et al. New-generation antidepressants, suicide and depressed adolescents: how should clinicians respond to changing evidence? <i>Aust N Z J Psychiatry</i> , 2008, 42(6):456–66	Повествовательный обзор	Не систематический обзор
Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review. <i>Harvard Rev Psychiatry</i> , 2004, 12(1):14–41	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Fergusson D et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. <i>BMJ</i> , 2005, 330(7488):396 [erratum in <i>BMJ</i> , 2005, 330(7492):653]	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Fountoulakis KN et al. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: a review of the evidence. <i>J Affect Disord</i> , 2009, 113(1–2):21–9	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Fountoulakis KN, Gonda X, Rihmer Z. Suicide prevention programmes through community intervention. <i>J Affect Disord</i> , 2011, 130(1–2):10–16	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Gearing RE, Lizardi D. Religion and suicide. <i>J Religion Health</i> , 2009, 48(3):332–41	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(6 Suppl 1):475–575	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Guilé JM et al. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? <i>Clin Neuropsychiatry</i> , 2005, 2(5):277–82	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Gunnell D et al. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. <i>Int J Epidemiol</i> , 2005, 34(2):433–42	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo-controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRS's safety review. <i>BMJ</i> , 2005, 330:385–8	Квазисистематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований	Не соответствует теме; посвящен частоте проявлений суицидального поведения как побочных эффектов применения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
Guzzetta F et al. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. <i>J Clin Psychiatry</i> , 2007, 68(3):380–3	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Heisel MJ. Suicide and its prevention among older adults. <i>Can J Psychiatry</i> , 2006, 51(3):143–54	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. <i>Schizophr Res</i> , 2005, 73(2–3):139–45	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Hepp U et al. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. <i>Crisis</i> , 2004, 25(3):108–17	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Julien M. La prévention du suicide chez les jeunes, un aperçu sommaire des études évaluatives [Suicide prevention in young people, a review of evaluative studies]. In: <i>Revue québécoise de psychologie</i> , 2003, 24(1):201–226	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Kaizar EE et al. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. <i>Clin Trials</i> , 2006, 3(2):73–98	Квазисистематический обзор	Не соответствует теме; посвящен частоте проявления суицидального поведения как побочных эффектов лечения антидепрессантами
Kostenuik M, Ratnapalan M. Approach to adolescent suicide prevention. <i>Can Family Physician</i> , 2010, 56(8):755–60	Повествовательный обзор	Не систематический обзор

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Krysinska K, De LD. Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and prevention. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> , 2008, 42(9):763–71	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Kutcher S, Gardner DM. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and youth suicide: making sense from a confusing story. <i>Curr Opin Psychiatry</i> , 2008, 21(1):65–9	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Links PS, Hoffman B. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. <i>Can J Psychiatry</i> , 2005, 50(8):490–6	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Llorca PM, Pere JJ. Leponex®, 10 ans après : Une revue clinique [Clozapine, 10 years after: A clinical review]. In: <i>Encéphale-Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique</i> , 2004, 30(5):474–491	Повествовательный обзор	Не систематический обзор
Macgowan MJ. Psychosocial treatment of youth suicide: a systematic review of the research. <i>Res Social Work Pract</i> , 2004, 14(3):147–62	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Mamo DC. Managing suicidality in schizophrenia. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(6 Suppl 1):595–705	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Marangell LB. Suicide risk and prevention in bipolar disorder. <i>Curr Psychosis Therapeut Rep</i> , 2006, 4(4):167–70	Повествовательный обзор	Не систематический обзор
McElroy SL et al. Antidepressants and suicidal behavior in bipolar disorder. <i>Bipolar Disord</i> , 2006, 8(5 Pt 2):596–617	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
McMain S. Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(6 Suppl 1):1035–145	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Moller HJ. Is there evidence for negative effects of antidepressants on suicidality in depressive patients? A systematic review. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> , 2006, 256(8):476–96	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Moller HJ. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> , 2006, 256(6):329–43	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. <i>Dialectical behavior therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness</i> . Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2009	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Muller-Oerlinghausen B et al. The impact of lithium long-term medication on suicidal behavior and mortality of bipolar patients. <i>Arch Suicide Res</i> , 2005, 9(3):307–19	Повествовательный обзор	Не систематический обзор
Nrugham L, Herrestad H, Mehlum L. Suicidality among Norwegian youth: review of research on risk factors and interventions. <i>Nord J Psychiatry</i> , 2010, 64(5):317–26	Квазисистематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований	Не всеобъемлющий поиск; содержит обзор фактических данных относительно вмешательств, проводимых только в Норвегии
Oyama H et al. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan. <i>Commun Mental Health J</i> , 2008, 44(5):311–20	Квазисистематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований	Не всеобъемлющий поиск; содержит обзор фактических данных относительно вмешательств, проводимых только в Японии
Pena JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. <i>Suicide Life-Threat Behav</i> , 2006, 36(6):614–37	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Pompili M et al. Preventing suicide in jails and prisons: suggestions from experience with psychiatric inpatients. <i>J Forensic Sci</i> , 2009, 54(5):1155–62	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Safer DJ, Zito JM. Do antidepressants reduce suicide rates? <i>Public Health</i> , 2007, 121(4):274–7	Повествовательный обзор	Не систематический обзор

Исследование	Тип исследования	Причина исключения
Sakinofsky I. The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: strengths and weaknesses. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(6 Suppl 1):75–20	Квазисистематический обзор	Не соответствует теме; не рассматривается конкретно эффективность стратегий профилактики
Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. <i>Suicide Life-Threat Behav</i> , 2005, 35(4):365–87	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. <i>Can J Psychiatry</i> , 2007, 52(6 Suppl 1):355–455	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Siyez DM. Ergenlik Döneminde İntiharın Önlenmesi [Prevention of suicides during adolescence: A review]. In: <i>Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi</i> , 2005, 12(2):92–101	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> , 2009, 31(2):103–9	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
van Engeland H. Prävention parasuizidalen Verhaltens in der Adoleszenz: Möglichkeiten und Grenzen [Parasuicidal behavior in adolescence: Possibilities and limits of prevention]. In: <i>Kindheit und Entwicklung</i> , 2004, 13(1):38–46	Первичное сравнительное исследование	Не систематический обзор
Weinberg I et al. Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. <i>J Clin Psychiatry</i> , 2010, 71(6):699–706	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований
Youssef NA, Rich CL. Does acute treatment with sedatives/hypnotics for anxiety in depressed patients affect suicide risk? A literature review. <i>Ann Clin Psychiatry</i> , 2008, 20(3):157–69	Квазисистематический обзор	Не систематический обзор; отсутствует критическая оценка включенных исследований

Примечания: Повествовательный обзор: обзор, в котором не говорится ни о стратегии систематического поиска, ни о методике оценки качества включенных исследований. Квазисистематический обзор: обзор, в котором применялась стратегия систематического поиска для выявления литературных источников, но не применялась иерархия уровней фактических данных или методика критической оценки качества включенных исследований.

Приложение 3. Обзоры, исключенные после оценки качества

Таблица 4 Краткая сводка систематических обзоров, прошедших критическую оценку, результаты которых не были включены в доказательную базу

Исследование	Цель	Причина исключения	Резюме выводов обзора, касающихся суицида
Baldessarini et al. (35)	Дать обзор сравнения показателей суицида и суицидальных попыток среди пациентов, страдающих тяжелыми аффективными расстройствами, получающих и не получающих длительное лечение литиевыми препаратами	Низкая оценка качества	В течение периода наблюдения (в среднем 18 месяцев) риск завершеного суицида и суицидальной попытки у пациентов с биполярным расстройством и с другими тяжелыми аффективными расстройствами, принимавших литиевые препараты, был на 80% ниже, чем у пациентов, не получавших литиевых препаратов
Gaynes et al. (39)	Определить, снижает ли скрининг на риск суицида в учреждениях первичного звена болезненность и смертность	Низкая оценка качества	Ни в одном исследовании непосредственно не изучался вопрос о том, снижает ли скрининг на риск суицида в первичном звене медико-санитарной помощи болезненность и смертность. В исследованиях с вмешательствами были получены достаточно однозначные и смешанные данные о том, что лечение лиц, входящих в группу риска суицида, снижает число суицидальных попыток или завершеного суицидов. Наблюдалось улучшение в пределах от слабого до умеренного при вмешательствах, направленных на промежуточные исходы, такие как суицидальный образ мыслей
Hailey et al. (40)	Дать обзор фактических данных о пользе применения "психиатрической помощи на расстоянии"	Низкая оценка качества	Были получены противоречивые результаты работы служб профилактики суицида по телефону

Исследование	Цель	Причина исключения	Резюме выводов обзора, касающихся суицида
Isaac et al. (41)	Дать обзор состояния фактических данных об обучении естественных помощников для профилактики суицида	Низкая оценка качества	Обучение естественных помощников положительно влияет на социальные навыки, установки и знания обучаемых. Исследования лишь в ограниченной степени демонстрируют влияние на показатели суицидов и суицидального образа мыслей
Leitner et al. (42)	Дать всеобъемлющий обзор эффективности вмешательств, направленных на профилактику суицида, суицидального поведения и суицидального образа мыслей как в основных группах повышенного риска, так и во всем населении	Низкая оценка качества	Оценка широкого спектра фармакологических вмешательств показала довольно пеструю картину с точки зрения исходов, а показателей устойчивого положительного воздействия было мало. Нефармакологические же вмешательства, такие как ограничения доступа к средствам совершения суицида, поддержание постоянного контакта с лицом, имеющим суицидальные наклонности, поддержка по телефону, предоставление услуг через специализированные центры, укомплектованные высококвалифицированным персоналом, и индивидуальная и интенсивная когнитивно-поведенческая терапия, напротив, продемонстрировали определенные перспективы как стратегии профилактики
Mann et al. (6)	Изучить фактические данные об эффективности конкретных вмешательств с целью профилактики суицида и дать рекомендации для будущих программ и научных исследований в области профилактики	Низкая оценка качества	Наиболее перспективными вмешательствами были обучение врачей способам распознавания и лечения депрессии, ограничение доступа к средствам совершения суицида и просвещение естественных помощников. Другие вмешательства требуют дополнительного подтверждения эффективности. Многие общие или целенаправленные просветительские вмешательства были многоплановыми. Для того, чтобы рационально использовать ограниченные ресурсы, очень важно уяснить, какие составляющие программ профилактики суицида эффективны с точки зрения снижения показателей суицида и суицидальных попыток

Исследование	Цель	Причина исключения	Резюме выводов обзора, касающихся суицида
Miller et al. (43)	Дать всеобъемлющий обзор программ профилактики суицида на базе школ с позиции общественного здравоохранения	Низкая оценка качества	Имеются некоторые данные о том, что программы профилактики, которые включают в себя элементы информирования и выработки социальных навыков, могут быть эффективными, хотя неясно, в какой степени эти программы приводили к фактическому подавлению более тяжелых форм суицидального поведения (например, суицидальных попыток). Сделать какие-либо выводы в отношении программ селективной или показанной профилактики было невозможно
Sakinofsky et al. (44)	Определить, провоцируют ли антидепрессанты суицидальность у пациентов, страдающих аффективными расстройствами	Низкая оценка качества	Имеются достаточно надежные данные о том, что литий снижает показатели завершенных суицидов и суицидальных попыток у лиц с биполярным расстройством и рецидивирующей униполярной депрессией. Антидепрессанты и психологические методы лечения могут подавлять суицидальные мысли у пациентов, страдающих депрессией. Хотя и имеются утверждения о том, что антидепрессанты могут провоцировать суицид у пожилых людей и подростков, в большинстве мета-анализов не было выявлено значительного превышения числа завершенных суицидов у потребителей антидепрессантов по сравнению с плацебо среди взрослых и подростков. Однако повышенная суицидальность без летальных исходов чаще встречается у детей и подростков, принимающих антидепрессанты (кроме флуоксетина)

Исследование	Цель	Причина исключения	Резюме выводов обзора, касающихся суицида
Takada and Shima (45)	Дать обзор литературы, посвященной программам профилактики суицида, осуществляемым на предприятиях и в организациях и в других социальных средах, таких как школа, местное сообщество, медицинские учреждения, тюрьма и армия	Низкая оценка качества	На предприятиях и в организациях наиболее приемлемыми элементами всеобъемлющей программы были просвещение, обучение и скрининг людей, создание сетей социальной поддержки и просвещение и обучение руководства и сотрудников. В школьной среде значимый эффект с точки зрения профилактики суицида имели только программы просвещения по вопросам суицида, и это позволяет предположить, что методы просвещения по вопросам суицида, применяемые в школах, могут также оказаться действенными и на предприятиях и в организациях
Tarrier et al. (36)	Изучить вопрос о том, подавляют ли различные виды когнитивно-поведенческой терапии суицидальное поведение	Низкая оценка качества	Был отмечен значительный лечебный эффект у взрослых (но не у подростков), при индивидуальном лечении (но не при групповом) и при проведении когнитивно-поведенческой терапии по сравнению с минимальным лечебным воздействием или лечением прежними методами (но не по сравнению с другим видом активного лечения)

1. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, eds. *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities* [National Research Council and Institute of Medicine Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: research advances and promising interventions]. Washington, DC, National Academies Press, 2009.
2. De Leo D et al. Definitions of suicidal behavior. Lessons learned from the WHO/HEN Multicentre Study. *Crisis*, 2006, 27(1):4–15.
3. Andriessen K. Can postvention be prevention? *Crisis*, 2009, 30(1):43–7.
4. Posner K et al. Columbia classification algorithm of suicide assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*, 2007, 164(7):1035–43.
5. Всемирная организация здравоохранения. *Предотвращение самоубийств. Справочные пособия (SUPRE)*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/ru/index.html; http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_rus.pdf, по состоянию на 5 декабря 2012 г.).
6. Mann JJ et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 2011, 294(16):2064–74.
7. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry*, 2004, 3(3):158–9.
8. World Health Organization. *World suicide prevention day 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2008_statement.pdf, accessed 1 September 2011).
9. World Health Organization. *World suicide prevention day 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2009_statement.pdf, accessed 1 September 2011).
10. Hendin H et al. eds. *Suicide and suicide prevention in Asia*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/mental_health/resources/suicide_prevention_asia.pdf, accessed 1 September 2011).

11. Всемирная организация здравоохранения. *Профилактика самоубийств. Руководство для врачей общего профиля*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_rus.pdf, по состоянию на 5 декабря 2012 г.).
12. Sakinofsky I. The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: strengths and weaknesses. *Can J Psychiatry*, 2007, 52(6 Suppl 1):7S–20S.
13. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*, 2002, 136(4):302–11.
14. World Health Organization. *Suicide prevention*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/mental_health/prevention/en/, accessed 1 September 2011).
15. National Task Force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada. Update of the report of the Task Force on Suicide in Canada*. Ottawa, Health Canada, 1994.
16. Phillips MR et al. Risk factors for suicide in China: a national case–control psychological autopsy study. *Lancet*, 2002, 360(9347):1728–36.
17. Shekelle P, Bagley S, Munjas B. *Strategies for suicide prevention in veterans*. Washington, DC, Department of Veterans Affairs Health Services Research & Development Service, 2009 (<http://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/Suicide-Prevention-2009.pdf>, accessed 1 September 2011).
18. Guo B, Scott A, Bowker S. *Suicide prevention strategies: evidence from systematic reviews*. Edmonton, Canada, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003 (http://www.ihe.ca/documents/suicide_prevention_strategies_evidence.pdf, accessed 1 September 2011).
19. Guo B, Harstall C. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004 [Health Evidence Network report] (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74692/E83583.pdf, accessed 1 September 2011).
20. Lister-Sharp D et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, Vol 3, No. 22. Southampton, United Kingdom, National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 1999.
21. Institute of Health Economics. *The ambassador program: generating the evidence*. Edmonton, Canada, Institute of Health Economics, 2009 (http://www.ihe.ca/documents/Generating%20the%20evidence%20in%20brief%20summaries_0.pdf, accessed 1 September 2011).

22. Guo B, Harstall C. *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth*. Edmonton, Canada, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2002 (http://www.ihe.ca/documents/suicide_prevention.pdf, accessed 1 September 2011).
23. Hawton KE et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*, 1999, (4):CD001764.
24. van der Sande R. et al. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand*, 1997, 96(1):43–50.
25. Hider P. *Youth suicide prevention by primary healthcare professionals*. Christchurch, New Zealand, New Zealand Health Technology Assessment, 1998 (<http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/nzhta4.pdf>, accessed 1 September 2011).
26. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Ann N Y Acad Sci*, 1997, 836:302–29.
27. Ploeg J et al. *The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programs for adolescents*. Dundas, Ontario, Effective Public Health Practice Project, 1999 (http://www.ehppp.ca/PDF/1999_Adolescent%20Suicide%20Prevention.pdf, accessed 1 September 2011).
28. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 2001, 104(3):163–72.
29. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*, 1994, 308(6938):1227–33.
30. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Deliberate self-harm. *Effect Health Care*, 1998, 4(6):1–12.
31. Ploeg J et al. *A systematic overview of the effectiveness of public health nursing interventions. An overview of adolescent suicide prevention programs*. Hamilton, Ontario, McMaster University, 1995.
32. Hahn RA et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: firearms laws. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep*, 2003, 52(RR-14):11–20.
33. Hahn RA et al. Firearms laws and the reduction of violence: a systematic review. *Am J Prevent Med*, 2005, 28(2 Suppl 1):40–71.

34. Bagley SC, Munjas B, Shekelle P. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. *Suicide Life-Threat Behav*, 2010, 40(3):257–65.
35. Baldessarini RJ. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 2006, 8(5):625–39.
36. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*, 2008, 32(1):77–108.
37. Cipriani A et al. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*, 2005, 162(10):1805–19.
38. Cusimano MD, Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Inj Prevent*, 2011, 17(1):43–9.
39. Gaynes BN et al. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 2004, 140(10):822–35.
40. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. The effectiveness of telemental health applications: a review. *Can J Psychiatry*, 2008, 53(11):769–78.
41. Isaac M et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry*, 2009, 54(4):260–8.
42. Leitner M, Barr W, Hobby L. *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review*. Edinburgh, Scottish Government Social Research, 2008 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/01/15102257/0>, accessed 1 September 2011).
43. Miller DN, Eckert TL, Mazza JJ. Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. *School Psychol Rev*, 2009, 38(2):168–88.
44. Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part 2: does treatment cure or cause suicidality? *Can J Psychiatry*, 2007, 52(6 Suppl 1):855–1015.
45. Takada M, Shima S. Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings. *Indust Health*, 2010, 48(4):416–26.

Реферат

Суицид представляет собой одну из серьезных глобальных проблем общественного здравоохранения. Он связан с целым рядом различных факторов, таких как психическое заболевание, социальная изоляция, соматическое заболевание, злоупотребление психоактивными веществами, насилие в семье и доступ к средствам совершения самоубийства. Страны и регионы различаются между собой по эпидемиологическим показателям распространенности суицидов, причем в Восточной Европе эти показатели одни из самых высоких в мире. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые во многих странах, в том числе посредством принятия и осуществления специальных национальных планов, по-прежнему неясно, какие меры вмешательства дают наибольший эффект.

Поэтому в предлагаемом докладе ставится цель синтезировать и обобщить результаты исследований, взятые из имеющихся систематических обзоров, с тем, чтобы дать ответ на два вопроса:

- Какие типы профилактических вмешательств оценивались в опубликованной литературе?
- В отношении каких стратегий имеются фактические данные высокого качества, подтверждающие их эффективность?

Ограниченность фактических данных, а также значительные различия с точки зрения характеристик населения и ситуации в социальной, культурной и социально-экономической областях позволяют предположить, что нужно сочетать несколько подходов к профилактике, предусматривающих воздействие на разные факторы риска на разных уровнях. Кроме этого, осуществление любого нового вмешательства должно сопровождаться системой оценки его эффективности.

Настоящий доклад об имеющейся доказательной базе, подготовленный Сетью фактических данных о здоровье (СФДЗ), входит в серию публикаций, предназначенных для представления в обобщенном виде наиболее важных и отличающихся высоким качеством фактических данных, взятых из опубликованных в печати обзоров, для того, чтобы можно было опираться на них при выработке политики. Эти доклады подготавливаются по инициативе сотрудников СФДЗ в ответ на какую-либо проблему или вопрос стратегического характера, представляющий интерес для одного или нескольких государств-членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ является частью программы "Фактические данные и информация для выработки политики" (EIP) отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций (DIR).

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 3917 1717, Факс: +45 3917 1818
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int