



ЕВРОПА

**Какие стратегии предупреждения
самоубийств можно считать
эффективными на основе имеющихся
фактических данных?**

Июль 2004 г.

РЕЗЮМЕ

В данном сводном докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) отмечается, что за последнее десятилетие частота случаев самоубийств среди подростков и молодежи также значительно возросла. Многие широко используемые программы предупреждения самоубийств никогда не подвергались научной оценке, поэтому неизвестно, насколько они эффективны.

В связи с ограниченностью имеющихся данных и неоднотипностью мер воздействия не представляется возможным определить, является ли использование какой-либо одной из мер более эффективным, чем другой. Для предупреждения самоубийств необходимо принять широкий круг мер, направленных на устранение различных факторов риска на разных уровнях.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Guo B, Harstall C (2004) Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных? For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>, accessed 15 July 2004).

Ключевые слова

САМОУБИЙСТВО-
предупреждение и
борьба
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
(МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ)
ОЦЕНКА ПРОГРАММЫ
МЕТА-АНАЛИЗ
МЕТОДЫ В ПОДДЕРЖКУ
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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 не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	6
Существо вопроса	6
Фактические данные	6
Рекомендации в отношении политики	7
Глоссарий	8
Введение	9
Источники для данного обзора	11
Фактические данные	12
Профилактика	14
Лечение и поддерживающий уход	15
Обсуждение	17
Выводы	19
Приложение 1. Методы синтеза	21
Приложение 2. Критерии методологического качества	23
Приложение 3. Исследования, исключенные из обзора	25
Литература	27

Резюме

Существо вопроса

Самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения в Европейском регионе, где число таких случаев на 100 000 человек колеблется от 3,8 в Греции до 40 в Венгрии. За последнее десятилетие частота случаев самоубийств среди подростков и молодежи также значительно возросла. Многие широко используемые программы предупреждения самоубийств никогда не подвергались научной оценке, поэтому неизвестно, насколько они эффективны. Целью данного доклада является обобщение научных данных, полученных в ходе систематических исследований в данной области.

Фактические данные

В рамках опубликованного исследования, охватывавшего весь спектр мер первичной и вторичной профилактики, представлено около 30 видов вмешательств в целях предупреждения самоубийств. Более половины таких мер воздействия относится скорее к области лечения, чем к профилактике и поддержке.

На основании имеющихся ограниченных данных можно заключить, что применение какой-либо одной из мер воздействия не является эффективным средством снижения частоты случаев самоубийств. Данные систематических исследований (классифицированные как “достоверные” с точки зрения их методологического качества) указывают на то, что некоторые меры воздействия, ориентированные на лиц с повышенным риском, могут считаться перспективными.

Программы предупреждения самоубийств в школах, ориентированные на изменение форм поведения, и стратегии психологической адаптации среди всех групп школьников, указывают на снижение суицидальных наклонностей, улучшение идентификации своего Я и развитие навыков психологической адаптации. Программы, ориентированные на развитие навыков и социальную поддержку учащихся, относящихся к категории лиц с повышенным риском, обеспечивали эффективное сокращение факторов риска и усиление защитных факторов.

Данные двух исследований, проводивших мета-анализ, указывают на снижение частоты случаев самоповреждений (суицидальное поведение) среди лиц с умышленными самоповреждениями в анамнезе в результате использования следующих мер воздействия:

- психотерапия путем решения проблем
- предоставление карточки с контактной информацией для обращения в экстренных ситуациях
- лечение флуpentиксолом
- психодialeктическая поведенческая терапия
- когнитивно-поведенческая психотерапия

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Рекомендации в отношении политики

В связи с ограниченностью имеющихся данных и неоднородностью мер воздействия не представляется возможным определить, является ли использование какой-либо одной из мер более эффективным, чем другой. Необходимо принятие широкого круга мер по предупреждению самоубийств, направленных на устранение различных факторов риска на разных уровнях.

В отношении групп школьников в целом была установлена эффективность программ предупреждения самоубийств, основанных на изменении форм поведения и осуществлении стратегий психологической адаптации. В отношении подростков, относящихся к категории лиц высокого риска, эффективным средством сокращения факторов риска и усиления защитных факторов является проведение в школах программ предупреждения самоубийств, основанных на развитии навыков и социальной поддержке.

Для взрослых пациентов, предпринимавших попытку совершить самоубийство или нанести умышленное самоповреждение, имеются некоторые данные о положительном эффекте когнитивно-поведенческой психотерапии при высоком уровне контроля за ситуацией. Имеются также данные, указывающие на возможность положительного эффекта при использовании психотерапии, основанной на решении проблем, карточек для обращения в экстренных случаях, психодialeктической терапии и лечения флуpentиксолом.

Для оценки эффективности планируемых стратегий следует разработать механизм оценки со стандартизированными определениями суицида и парасуицида.

Авторами доклада СФЗД являются:

Bing Guo, MD, MSc
Научный сотрудник
Отдел оценки технологий в здравоохранении
Alberta Heritage Foundation for Medical Research
Suite 1500
10104 -103 Avenue NW
Edmonton, Alberta
Canada T5J 4A7
Тел.: 1-780-423-5727
Факс: 1-780-429-3509
Эл.почта: bing.guo@ahfmr.ab.ca

Christa Harstall, MHSA
Помощник директора,
Отдел оценки технологий в здравоохранении
Alberta Heritage Foundation for Medical Research
Suite 1500
10104 -103 Avenue NW
Edmonton, Alberta

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Canada T5J 4A7

Тел.: 1-780-423-5727

Факс: 1-780-429-3509

Эл.почта: christa.harstall@ahfmr.ab.ca

(Особая признательность выражается Фонду наследия Альберты для медицинских исследований – AHFMR).

Глоссарий

Показанная профилактика: ориентирована на индивидуумов из группы высокого риска, выявленных на основании минимальных, но определяемых признаков психического расстройства, или на основании биологических маркеров, указывающих на существование предрасположенности к таковому, но не подпадающих под категорию диагностических критериев пересмотренного третьего издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III-R) (1)

Мероприятия по оказанию поддержки: мероприятия по поддержке, обучению, и/или медикаментозные методы; проводятся в долгосрочном режиме по отношению к индивидуумам, диагноз которых соответствует диагностическим критериям DSM-III-R, и заболевание которых находится в развитии (1).

Парасуицид: попытка самоубийства; типы поведения, варьирующиеся от суицидальных жестов и манипуляций до серьезных попыток самоубийства (2); согласно определению ВОЗ, это «действие с нефатальным исходом, в ходе которого индивидуум намеренно инициирует непривычное поведение, которое, без вмешательства других, приведет к самоповреждению. (Например, он намеренно употребляет вещество в дозе, превышающей назначенную, или обычно используемую терапевтическую дозу). Такое поведение направлено на достижение изменений, желательных для субъекта, путем нанесения реальных самоповреждений или за счет ожидаемых физических последствий» (3).

Последующие меры: общий уход и поддержка или специальное лечение, необходимое для выживших после самоубийства; иногда включают сбор информации посредством проведения «психологической аутопсии» (ретроспективного анализа) с целью воссоздания социальных и психологических обстоятельств, связанных с самоубийством (4).

Профилактика: стратегия укрепления здоровья, направленная на снижение частоты и распространенности различных видов суицидального поведения, в том числе случаев самоповреждения(4).

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Защитные факторы: факторы, снижающие риск самоубийства; со временем возрастает вероятность их большей стабильности, однако при этом могут наблюдаться различные колебания и отклонения (5).

Выборочная профилактика: направлена на индивидуумов или подгруппу населения, характеризующихся значительно более высоким риском развития психических расстройств (1).

Лечебные вмешательства: мероприятия терапевтического характера (такие как психотерапия, использование групп поддержки, лекарственных средств, а также госпитализация), проводимые по отношению к индивидуумам, диагноз которых соответствует или почти соответствует критериям DSM-III-R.

Универсальная профилактика: направлена на население в целом или на группу населения без выявления индивидуального риска (1).

Введение

Самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения в глобальном масштабе. С 1950 до 1995 гг. уровни самоубийств в глобальном масштабе возросли на 60 % (6). В 2000 г., по оценкам, самоубийства унесли 815 тысяч жизней в мировом масштабе, при этом общий коэффициент с поправкой на возраст составлял 14,5 на 100 000 населения в глобальном масштабе и 19,1 на 100 000 населения в Европейском регионе. В мировом масштабе в структуре причин смерти самоубийства занимают 13 место, тогда как в Европейском регионе эта причина смерти занимает 7 место (6). Кроме того, за последние десятилетия в ряде индустриальных стран значительно возросли уровни самоубийств среди подростков и молодых людей (7). Если включить сюда число неудавшихся попыток самоубийства, которые происходят в 20 раз чаще, то масштабность проблемы возрастает еще более (8).

В Европе уровень самоубийств варьируется от 3,8 на 100 000 населения в Греции до 40 на 100 000 населения в Венгрии (9). Самые высокие показатели в мире приходятся на Европейский регион. Некоторые контингенты населения характеризуются наиболее высоким риском, такие как мужчины, живущие в Восточной Европе, а также подростки и женщины Восточной Европы (10).

Большинство исследователей и специалистов (11), занимающихся проблемами профилактики самоубийств, связывают самоубийства с целым комплексом факторов, таких как:

- наличие психического заболевания
- социальная изоляция
- попытка самоубийства в анамнезе

- наличие соматического заболевания
- токсикомания
- насилие в семье
- доступ к средствам самоубийства.

Научные исследования показали, что более 90 % лиц, которые совершают самоубийства, страдают от депрессии или какого-либо другого диагностируемого психического расстройства или нарушений, связанных с употреблением вызывающих зависимость веществ (11). Есть факторы риска, которые зависят от возраста, пола или этнической принадлежности. Факторы риска могут меняться с течением времени, а в некоторых случаях происходит сочетание факторов (4). Выявленные факторы риска, кроме того, различаются по степени воздействия; при этом было обнаружено, что единичные факторы могут не являться достаточной причиной самоубийства (4).

В целях решения этой серьезной проблемы общественного здравоохранения во многих странах были предприняты значительные усилия, направленные на предотвращение самоубийств. В результате проведенного в 1996 году обзора было выявлено, что в Финляндии, Норвегии, Швеции, Австралии и Новой Зеландии были разработаны комплексные национальные стратегии по снижению уровней самоубийств. Наиболее отлаженные стратегии профилактики самоубийств в масштабах всей страны существуют в Нидерландах и Соединенном Королевстве (12). В некоторых странах, включая Эстонию, Францию и Соединенные Штаты Америки, создан ряд национальных программ (12). В Бюллетене Канадской Национальной специальной группы приведен ряд мер, направленных на предотвращение самоубийств, которые представляются весьма перспективными (4). Профилактические стратегии направлены на улучшение социальных условий, проведение просветительной работы среди населения (улучшение навыков жизнедеятельности и способности справляться с жизненными проблемами, работа со средствами массовой информации и программы обучения общественности), уменьшение доступности средств самоубийства, а также их способности приводить к летальному исходу. Рекомендуемые мероприятия включают обучение и подготовку специалистов в области предоставления медико-санитарной помощи и других имеющих отношение к этой сфере деятельности работников; сюда же относится предоставление соответствующих услуг по проведению мероприятий, таких как координация и сотрудничество на местном уровне, работа центров по предотвращению самоубийств, и услуги на базе стационаров. Мероприятия после неудавшихся попыток самоубийства должны включать предоставление поддержки родственникам, программы поддержки выжившим после попытки самоубийства и проведение «психологического вскрытия» с воссозданием обстоятельств, способствовавших осуществлению самоубийства.

Для решения этой проблемы общественного здравоохранения разработаны разнообразные стратегии профилактики самоубийств, эффективность которых, однако, остается неясной. Целью данного доклада является сведение воедино результатов научных исследований на основе систематических обзоров, которые отвечали бы на два вопроса: первое - какие именно мероприятия по профилактике самоубийств подвергались анализу в опубликованной научной литературе, и второе - эффективность каких из этих мероприятий подтверждена надежными фактическими данными?

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.

Источники для данного обзора

Для составления данного обзора был предпринят всесторонний поиск научных источников с целью выявления систематических обзоров, использовавших как качественные, так и количественные методы, и в которых проводилась бы оценка эффективности вмешательств, направленных на предупреждение самоубийств путем анализа динамики различных видов суицидального поведения (включая повторные попытки самоповреждения) или суицидальных факторов риска. Более подробно стратегия поиска научных источников и критерии отбора систематических обзоров представлены в Приложении 1.

Проанализированные в систематических обзорах вмешательства представлены в соответствии с концептуальной структурой мер профилактики психических расстройств, разработанной Институтом медицины, которые охватывают элементы, связанные с профилактикой, лечением и поддерживающим уходом (1) (смотри Рамку 1)

Рамка 1: Концептуальная структура мер профилактики психических расстройств

Профилактика

- универсальная
- выборочная
- показанная

Лечение

- выявление случаев
- методы лечения (медикаментозные и не медикаментозные)

Поддерживающий уход

- соблюдение режима длительного лечения в целях снижения вероятности рецидивов
- последующий уход (включая реабилитацию)

Источник: адаптировано по материалам Комитета по вопросам профилактики увечий и борьбы с ними (1).

Была проведена критическая оценка систематических обзоров на предмет их методологического качества с использованием инструментария, разработанного для оценки обзоров по вопросам укрепления здоровья и обучению в школах (смотри Приложение 2).

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.

Эти обзоры более подробно были представлены в докладе по оценке технологии в здравоохранении (13).

Фактические данные

Критериям отбора соответствовали 10 систематических обзоров (14-23), включающих более 110 исследований. В этих обзорах часто анализировались одни и те же первичные научные исследования. 3 обзора представляют собой метод мета-анализа (21-23), тогда как остальные 7 используют количественный метод анализа. Новозеландское Агентство по оценке технологий в здравоохранении (НАОТЗ) опубликовало серию докладов (Таблиц фактических данных) по мероприятиям, направленным на предупреждение самоубийств (смотри Приложение 3). Эти доклады НАОТЗ не содержали анализа по критерию качества, который являлся для нас одним из критериев отбора (смотри Приложение 1), в связи с чем эти доклады не были включены в наш обзор.

В Рамке 2 представлены различные виды направленных на предупреждение самоубийств вмешательств, проанализированных в этих систематических обзорах; при этом была использована упомянутая ранее концептуальная структура (смотри Рамку 1). Было проанализировано свыше 30 таких вмешательств, более половины которых относятся к сфере лечения.

Рамка 2: Вмешательства по предупреждению самоубийств, выявленные в систематических обзорах	
Меры профилактики	<p><i>Универсальные</i></p> <ul style="list-style-type: none">• ответственность средств массовой информации за сообщаемую информацию/ограничения в отношении сообщаемой информации (14,15)• ограничения в доступе к средствам самоубийства (14,15) <p><i>Выборочные</i></p> <ul style="list-style-type: none">• меры безопасности на зданиях высокой этажности (14)• создание центров по предотвращению самоубийств (14)• программы профилактики самоубийств на базе школ (14,15,16,17,18)

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.

	<p><i>Показанные</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • обучение врачей общей практики (14,15) • компьютеризированная помощь (Интернет) (15) • мероприятия после неудавшихся попыток самоубийства (15, 18)
Лечение	<p><i>Выявление случаев</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • скрининг (14) • усиление поддержки в целях улучшения выявляемости случаев (14) • медицинские центры, занимающиеся здоровьем молодежи (15) <p><i>Методы лечения (медикаментозные и немедикаментозные)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • антидепрессанты (15,19,22) • флупентиксол (19,22) • госпитализация в больницу общего профиля (19,22) • электроконвульсионная терапия (14) • интенсивный уход плюс выездная работа с населением на местах (аутрич) (19,22) • стационарное лечение (20) • групповая поддержка (15) • когнитивная поведенческая терапия (15,21) • психотерапия путем решения проблем (15,19,22) • динамическая поведенческая психотерапия (19,22) • стационарная поведенческая терапия (19,22) • семейное лечение в домашних условиях (15,19,22) • вмешательство в период психологического кризиса (21) • психоанализ (15) • вмешательство на базе поликлиник в период кризиса (15)
Поддерживающий уход	<p><i>Соблюдение режима</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • контроль за соблюдением предписанного лечения (21)

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.

	<ul style="list-style-type: none">• обеспечение карточками для обращения в экстренных случаях (19,22)• приюты для временного пребывания (21)• семейное лечение в домашних условиях (22) <p><i>Последующий уход</i></p> <ul style="list-style-type: none">• долгосрочное лечение (14,19, 22,23)
--	--

Оценка методологического качества систематических обзоров в соответствии с определенными критериями (24) было выявлено, что по набранным баллам хорошим качеством характеризуются лишь 3 из 10 обзоров (18,21,22). Следует отметить, что качество методологии, использованной в этих 10 систематических обзорах, страдает существенными недостатками. В ряде обзоров не представлено достаточно информации относительно участников исследования, протокола вмешательства и/или его осуществления. В Рамке 2 представлены меры, которые подвергались оценке в качественных обзорах; ниже по тексту в кратком виде представлены результаты этих вмешательств. Подробная информация по остальным систематическим обзорам представлена в полном Докладе по оценке технологий в здравоохранении(13).

Ниже представлены полученные результаты, при этом вначале приводятся те меры, полезность которых была подтверждена какими либо фактическими данными; следует отметить, что трактовать эти результаты требуется с осторожностью, учитывая низкое методологическое качество ряда исследований, включенных в обзоры

Профилактика

Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школ

Проведенный Guo and Harstall (18) обзор с использованием качественных методов анализа охватывал 10 исследований (3 из которых - рандомизированные контролируемые испытания), участниками которых были в основном учащиеся старших классов в возрасте от 12 до 19 лет. Эти программы предупреждения самоубийств, действующие на базе школ, значительно различались по следующим параметрам: задача, тематическая направленность, целевой контингент и способ проведения. Длительность программ варьировалась от одного полуторачасового сеанса до 180 сеансов по 55 минут каждый. Программы обычно проводились персоналом школ (учителем, медицинскими сестрами школ или консультантами) или предварительно подготовленными социальными работниками. Изучаемые в исследовании программы были разделены на четыре категории, при этом программы, указанные в первых двух из представленных ниже категорий, привели к определенным положительным результатам.

1. Три программы предотвращения самоубийств, рассчитанные на подростков группы высокого риска и направленные на выработку у них навыков и оказание социальной поддержки, оказались эффективными в снижении факторов риска (депрессия, чувство

- безнадежности, стресс, беспокойство и гнев), а также в упрочении защитных факторов (самоконтроль, навыки решения проблем, самоуважение и сетевая поддержка).
2. В результате проведения среди всех групп школьников двух программ профилактики самоубийств, направленных на изменение форм поведения, а также на улучшение психологической адаптации, было выявлено снижение суицидальных наклонностей, улучшение идентификации своего Я и психологической адаптации.
 3. В четырех исследованиях проводилась оценка просветительских программ по проблеме самоубийств, включенных в школьную программу обучения, и рассчитанных на общий контингент школьников. В результате одного из исследований, в ходе которого использовалась достаточно большая выборка, было обнаружено улучшение знаний школьников о тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки, однако ожидаемого изменения в их отношении к самоубийству практически не наблюдалось. Не было также выявлено каких-либо стабильных изменений в суицидальном поведении.
 4. В одном из исследований проводилась оценка программы последующих мер¹, однако здесь не было выявлено никаких положительных тенденций.

Что касается исследований программ профилактики самоубийств, действующих на базе школ, то одним из основных недостатков в отношении методологии ряда исследований являлся тот факт, что в них не были установлены надежность и достоверность методов измерения результатов. Кроме того, для измерения одних и тех же итоговых параметров использовались разные методы. Вследствие этого затруднительно сравнивать результаты этих исследований, а достоверность выводов таких исследований можно подвергнуть сомнению (18).

Лечение и поддерживающий уход

В одном из мета-анализов, проведенных Hawton et al. (22), рассмотрена эффективность различных мер, осуществляемых в условиях больниц или поликлиник, в рамках которых использовались в основном психологические или фармакологические методы лечения пациентов с умышленным самоповреждением или попыткой самоубийства в анамнезе. В ходе исследований определялись показатели повторяемости намеренного самоповреждения. Мета-анализ проводился по материалам 23 рандомизированных контролируемых исследований. Исследования были разделены на 11 категорий на основании применяемых лечебных стратегий. Часто проводилось сравнение между результатами применения психологических мер с результатами стандартного лечения (контрольная группа) в ходе клинических испытаний, однако при этом не всегда уточнялись подробности стандартного лечения. Меры, составляющие первые четыре категории, продемонстрировали некоторые преимущества по сравнению с стандартным лечением:

1. В пяти исследованиях изучалось влияние использования метода решения проблем в сравнении со стандартными последующими мерами ухода и поддержки, которые

¹ Последующие меры – уход, поддержка и специальное лечение, которое требуется для выживших в результате неудавшейся попытки самоубийства.

- продемонстрировали уменьшение повторяемости намеренного самоповреждения (хотя различия не были статистически значимыми).
2. В двух исследованиях изучалось влияние экстренных мер в сравнении со стандартными последующими мерами ухода и поддержки, при этом была продемонстрирована тенденция к уменьшению повторяемости умышленного самоповреждения (различия не были статистически значимыми).
 3. В одном небольшом исследовании у женщин с пограничным расстройством личности и рецидивирующим самоповреждением были выявлены значительно более низкие показатели повторяемости умышленного самоповреждения в результате проведения диалектической поведенческой терапии по сравнению со стандартными последующими мерами ухода и поддержки.
 4. В одном небольшом исследовании в результате проведения нейрорепитивной терапии с использованием флупентиксола было выявлено значительное снижение числа повторных попыток умышленного самоповреждения в сравнении с действием плацебо.
 5. В одном исследовании были выявлены значительно более высокие показатели повторяемости самоповреждения у пациентов, которых вел один врач, по сравнению с пациентами, у которых врач сменился в ходе проведения исследования. Следует, правда, отметить, что пациенты, которых наблюдал один и тот же врач, на момент начала исследования имели больше факторов риска, что ставит под сомнение обоснованность результатов.
 6. В шести исследованиях изучалось влияние интенсивных мер в сочетании с выездной работой на местах по сравнению с последующими стандартными мерами ухода и поддержки, при этом не было выявлено каких-либо явных различий.
 7. В одном исследовании, где проводилось сравнительное изучение состояния пациентов при поступлении в больницу общего профиля и при выписке, не было выявлено положительных тенденций.
 8. Объектом изучения трех исследований было сравнение лечения антидепрессантами, такими как меанзерин, номенфензин или пароксетин с действием плацебо; в результате проведенного комбинированного анализа не было выявлено преимуществ какого-либо из использованных методов лечения.
 9. В одном из исследований было продемонстрировано отсутствие какого-либо преимущества долгосрочного лечения (неспецифического типа) по сравнению с краткосрочным лечением.
 10. В одном из исследований было выявлено, что лечение в домашних условиях не имеет преимуществ по сравнению с последующими стандартными мерами ухода и поддержки.
 11. В одном исследовании на базе стационаров проводилось сравнение поведенческой психотерапии с инсайт-терапией, но небольшая величина выборки не позволяет сделать сколько-нибудь значимых выводов.
 12. В рамках проведенного van der Sande et al. (21) мета-анализа было изучено состояние пациентов после неудавшейся попытки самоубийства. Мета-анализ проводился по материалам 15 рандомизированных контролируемых исследований, которые были разделены на 4 категории в соответствии с содержанием проведенного лечения и протоколом лечения. Во всех исследованиях внимание было направлено на изучение показателя повторных попыток самоубийства. Лишь исследования, относящиеся к

- первой категории, продемонстрировали некоторый положительный эффект по сравнению со стандартной клинической практикой:
13. В каждом из четырех исследований по изучению когнитивной поведенческой психотерапии было выявлено небольшое улучшение результатов, которое оказалось значимым при проведении совокупного анализа. Следует, однако, отметить, что анализ данных в зависимости от назначенного лечения не проводился, поэтому результат стандартной клинической практики, возможно, завышен.
 14. В ходе шести исследований изучалось ведение случаев заболеваний, когда пациенты плохого соблюдения предписанный режим лечения. Значимого эффекта не было обнаружено ни в отдельных исследованиях, ни в результате проведенного совокупного анализа.
 15. Ни в одном из двух исследований, где изучалось использование приюта для временного пребывания, не было выявлено каких-либо эффектов. Совокупный анализ также не дал результатов.
 16. В каждом из двух исследований по изучению вмешательства во время психологического кризиса, равно как в результате проведенного совокупного анализа, не было выявлено никаких эффектов.
 17. Как было отмечено Lineham (20), большинство пациентов, участвовавших в научных исследованиях по изучению психологических и фармакологических методов лечения являлись лицами, поступившими в стационар общего профиля, и большинство из них предприняли попытку отравления, а не какой-либо другой способ самоповреждения, как, например, вскрытие вен. Следует, однако, отметить, что примерно в трети случаев самоповреждения пострадавшие не прибегают к медицинским услугам. Поэтому проводить экстраполяцию результатов этих исследований на другие контингенты населения с риском самоубийства следует с осторожностью.

Обсуждение

Недостатки исследований

Хотя задействовано большое количество мер предотвращения самоубийств, ряд из которых применяется достаточно давно, лишь некоторые из них были подвергнуты изучению на предмет оценки их эффективности. В 1999 году Центр по борьбе с болезнями в Соединенных Штатах Америки разработал структурные рамки для проведения оценки программ общественного здравоохранения (25). Эти структурные рамки, представляющие собой совокупность существующих методов оценки, являются ориентиром для дальнейшего совершенствования программ. При планировании эффективных стратегий важно учитывать компонент оценки.

Были найдены систематические обзоры высокого качества, в которых проводилась оценка рандомизированных и нерандомизированных контролируемых испытаний программ профилактики самоубийств для подростков, действующие на базе школ. Там же оценивалось использование психологических и фармакологических методов лечения пациентов группы

высокого риска, у которых уже зарегистрирована попытка самоубийства или умышленного самоповреждения. Было выявлено, что такие демографические категории, как пол, возраст и этническая принадлежность влияют на эффективность стратегий предупреждения самоубийств, эти результаты с трудом поддаются обобщению. Кроме того, неточное описание процесса осуществления ряда мер затрудняет выявление сходных черт и различий между стратегиями и определение того, какие именно компоненты могут работать эффективно по отдельности, а какие - в сочетании друг с другом.

В большинстве исследований, включенных в систематический обзор, использовались небольшие выборки, что затрудняло выявление значимых эффектов. Особенно это справедливо в отношении клинических испытаний психологических и фармакологических методов лечения суицидальных пациентов. Кроме того, самоубийство является достаточно редким событием, поэтому выявление каких-либо различий возможно лишь при условии использования большой выборки.

Определение суицида и парасуицида

Существовавшие разночтения в определении исходов самоубийства создают две основные трудности (20). Во-первых, непоследовательность определений весьма затрудняет сравнение результатов и исходов в различных исследованиях. И, во-вторых, отсутствие сколько-нибудь надежной или достоверной оценки реального намерения умереть может привести к ошибочной классификации суицидального и несуйцидального типов поведения. Ряд исследователей рассматривают все типы поведения преднамеренного самоповреждения, не оканчивающиеся смертью, как «попытки самоубийства».

Термин «парасуицид» возник в результате трудностей, с которыми столкнулись исследователи при попытке выработать единое мнение относительно того, как определить, было ли «намерение умереть» во время актов самоповреждения. Некоторые авторы используют этот термин для определения типов поведения, варьирующихся от суицидальных жестов до серьезных попыток покончить с жизнью (15). Намеренными считаются как поведенческий акт, так и само нанесенное увечье. Другие авторы рассматривают парасуицид в качестве подгруппы попыток, определяемых как неудавшиеся попытки самоубийства обычно с низкой вероятностью летального исхода (26). В проводимых в настоящее время Европейским региональным бюро ВОЗ многонациональных исследованиях по эпидемиологическому мониторингу суицида оно определяется как «действие с нефатальным исходом, в ходе которого индивидум намеренно инициирует непривычное поведение, которое, без вмешательства других, приведет к самоповреждению. (Например, он намеренно употребляет вещество в дозе, превышающей назначенную, или обычно используемую терапевтическую дозу). Такое поведение направлено на достижение изменений, желательных для субъекта, путем нанесения реальных самоповреждений или за счет ожидаемых физических последствий» (3).

Для оценки эффективности мер предотвращения самоубийств в будущем необходимо прийти к единому мнению относительно определения суицида, парасуицида, а также более подробного описания и осуществления вмешательств.

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Экономическая эффективность

Проведение анализа фактических данных по затратам, связанным с проведением мероприятий по предотвращению самоубийств, не входило в задачу данного обзора. Было бы важно рассмотреть вопрос о затратах и наличии ресурсов (например, для осуществления мер психологического воздействия) при оценке любой новой программы.

Выводы

Очень немногие из существующих систематических обзоров фактических данных по эффективности мер предотвращения самоубийств являются качественными. Однако даже если систематический обзор является качественным, то это не означает, что включенные в него исследования были проведены методологически строго. В сжатом виде фактические данные из трех качественных систематических обзоров можно представить следующим образом:

Что касается всех групп учащихся школ, то программы предупреждения самоубийств, направленные на изменение форм поведения и обучение методам психологической адаптации, оказались эффективными. В отношении подростков из группы высокого риска можно сказать, что программы профилактики самоубийств, действующие на базе школ и направленные на выработку навыков и оказания социальной поддержки, оказались эффективными с позиции уменьшения факторов риска и укрепления защитных факторов.

В отношении взрослых пациентов, предпринимавших попытку самоубийства или намеренного самоповреждения, существуют некоторые фактические данные, полученные в строго контролируемых исследованиях, свидетельствующие о положительных результатах применения когнитивной поведенческой терапии. Тенденции к значительным положительным результатам по сравнению со стандартной медицинской практикой прослеживались также при использовании методов решения проблем, карточек для обращения за помощью в экстренных ситуациях, методов диалектической терапии и медикаментозного лечения флуpentиксолом.

Выявить сравнительную эффективность предпринимаемых мер или наилучшего сочетания мер с целью создания оптимальной стратегии не представилось возможным. Кроме того, экстраполяция этих результатов на другие контингенты населения может быть не оправданной.

Имевшиеся фактические данные в отношении других мер либо не выявили никакого эффекта, либо небольшой объем этих данных не позволил выявить преимуществ этих мер по сравнению с принятой практикой.

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

И хотя в научных исследованиях рассматривался вопрос об эффективности различных мер предотвращения самоубийств, очень большое количество вмешательств, используемых в настоящее время, во многих секторах практического здравоохранения, еще не подвергалось оценке. В будущем требуется проведение оценки этих вмешательств.

Поскольку самоубийства являются результатом сложных взаимодействий различных факторов риска и защитных факторов, то предполагается, что для возможного достижения общего снижения уровней самоубийств среди населения в долгосрочном плане потребуется применение широкого диапазона мер предотвращения самоубийств, направленных на различные факторы риска на различных уровнях. В конечном итоге, возможно, появится необходимость в построении концептуальных рамок для планирования и разработки национальных или территориальных стратегий предотвращения самоубийств.

При дальнейшем планировании программ и проведении научных исследований в области предотвращения самоубийств существуют такие проблемы, как стандартизация определений по терминологии, связанной с суицидом, стандартизация протоколов проведения оценки для выявления контингентов населения, характеризующихся наличием риска самоубийств, и использование таких показателей, надежность и достоверность которых проверена и установлена. В целях совершенствования существующих программ и демонстрации результатов вложения ресурсов при планировании эффективных стратегий важно учитывать компонент оценки результативности применяемых мер. Ниже приводятся рекомендации при выборе политики:

Самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения. Зарегистрированные уровни самоубийств, возможно, занижены, однако следует отметить, что уровни самоубийств в Европе являются одними из самых высоких в мире.

При разработке эффективных программ профилактики необходимо принятие широкого круга мер по предупреждению самоубийств, направленных на устранение различных факторов риска на разных уровнях.

Обзоры хорошего методологического качества существуют лишь по программам, действующим на основе школ, а также социально-психологическим и фармакологическим методам лечения. Было обнаружено, что отдельные элементы этих подходов демонстрировали некоторое улучшение результатов, но определить, является ли использование какой-либо одной из мер более эффективным, чем другой, не представилось возможным.

Фактические данные из систематических обзоров, проведенных надлежащим образом, относятся к весьма конкретным группам населения, поэтому результаты этих обзоров лучше всего применять к аналогичным контингентам населения.

При осуществлении какого-либо нового вмешательства с самого начала следует установить рамки для проведения оценки со стандартизированными определениями понятий суицида и парасуицида.

Приложение 1. Методы синтеза

Стратегия поиска

Были просмотрены следующие базы данных по систематическим обзорам, опубликованным в английских журналах с 1990 по октябрь 2003 годов: Кокрановская библиотека, CINAHL, EMBASE, ERIC, PsycInfo, aubMed/Medline, Canadian Medical Association Infobase Clinical Practice Guidelines, NHS Centre for Review and Dissemination (CRD) HTA, EED, DARE, National Guidelines Clearinghouse, and TRIP, BioethicsLine, EBM Reviews - ACP Journal Club, HealthSTAR, Sociological Abstracts, Web of Science.

Были просмотрены следующие вебсайты: Agency for Health Research and Quality (AHRQ), British Columbia Office of Health Technology Assessment (BCOHTA), Canadian Task Force on Periodic Health Examination (Канадское руководство по клинической профилактической медицинской помощи), Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), Health Services Utilization and Research Commission (HSURC), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), а также все вебсайты английских членов INAHTA.

В процессе поиска использовались следующие ключевые слова по отдельности или в сочетаниях:

Suicide/parasuicide/self-harm/prevention/postvention/meta-analysis/critical/critically/appraisal/systematic/systematically/review/reviews.

Критерии отбора обзоров для включения в данный сводный доклад

Отбор обзоров осуществлялся на основании следующих критериев соответствия изучаемой тематике, постановке исследования и представляемой информации:

- наличие четко сформулированной цели или научного вопроса;
- наличие систематической стратегии поиска и определения этой стратегии;
- наличие четких критериев отбора исследований для включения в систематические обзоры и исключения из них;
- оценка эффективности стратегии предотвращения самоубийств (отсутствие ограничений в отношении видов мер, целевого контингента населения и условий);
- наличие информации об участниках и содержании осуществляемых мер;
- измерение результатов предпринятых мер, например уменьшение факторов риска самоубийств или форм суицидального поведения (завершенное самоубийство, суицидальное мышление, суицидальные попытки или повторное самоповреждение);
- критическая оценка методологического качества рассматриваемых в обзоре исследований;
- качественное и количественное объединение данных исследований, рассмотренных в обзорах.

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

Критерии исключения обзоров из рассмотрения в данном сводном докладе

Были исключены обзоры, в которых рассматривался лишь вопрос лечения лежащих в основе самоубийств психических заболеваний, и при этом не сообщалось о влиянии лечения на последующее суицидальное поведение.

Приложение 2. Критерии методологического качества

Методика измерения качества, первоначально разработанная для оценки качества систематических обзоров по укреплению здоровья и школьному обучению (24), состоит из девяти критериев

1. Поиск

- 0 Нечеткие базы данных или только одна база данных
- 1 Только несколько баз данных или в сочетании с другими методами.
- 2 Широкий поиск, неопубликованные исследования//зарубежные исследования

2. Процесс выборки данных

- 0 Подробности не указаны
- 1 Приводится либо подробное описание форм выборки данных, либо число лиц, участвующих в процессе отбора данных
- 2 Представлены как подробности форм выборки данных, так и число лиц, осуществляющих отбор данных

3. Оценка методологического качества

- 0 Представлен только лишь формат оценки
- 1 Представлено дополнительное обсуждение или информация
- 2 Представлено подробное обсуждение или формальная оценка с использованием критериев

4. Использование оценки методологического качества

- 0 Не использовано
- 1 Представлено, но имело небольшое влияние
- 2 Повлияло на представление результатов и/или выводов

5. Подробная информация об участниках

- 0 Только их количество
- 1 Только их количество и возраст
- 2 Количество, возраст и некоторые демографические подробности

6. Подробное описание осуществляемых мер

- 0 Минимальные подробности
- 1 Некоторое описание большинства мер
- 2 Четкое описание всех мер

7. Подробное описание осуществления мер

- 0 Отсутствие подробностей или минимальные подробности
- 1 Некоторая информация о длительности сеансов/общей продолжительности или о лице, осуществляющем мероприятие
- 2 Подробная информация о длительности сеансов/общей продолжительности или о лице, осуществляющем мероприятие

8. Сообщение результатов

- 0 Общие положения без представления цифр
- 1 Некоторые подробности и цифры
- 2 Цифры/масштабы эффекта для каждого исследования, и все конечные результаты, которые объясняются предпринятыми мерами

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.*

У этого механизма оценки качества существуют определенные недостатки, а именно:

- отсутствие проверки на последовательность и достоверность
- отсутствие четких указаний относительно его использования
- отсутствие пункта, касающегося критериев отбора/исключения научных исследований
- незавершенность разработки критерия оценки методологического качества

Максимальное общее количество баллов – 16. Для того чтобы иметь возможность сравнить качество систематических обзоров на основании набранных баллов. Исследование считалось качественным, если оно набирало количество баллов, превышающее 70%-ый пороговый уровень общей возможной суммы баллов. Пороговый уровень был установлен произвольно.

Приложение 3. Исследования, исключенные из обзора

Hall K, Day P. *Suicide prevention topic 1: What kind of follow-up is needed to reduce the risk of repeated suicide attempts/suicide? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Day P, Dawson S. *Suicide prevention topic 2: What is the efficacy of crisis interventions? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Hall K. *Suicide prevention topic 3: What is the relative efficacy of different suicide assessment tools regardless of the restrictions on who can administer these? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Dawson S. *Suicide prevention topic 4: Are different triage models associated with different outcomes in people presenting following suicide ideation/threat/attempt? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Broadstock M, Day P. *Suicide prevention topic 5: What are the presenting complaints that should alert clinicians in emergency departments and tertiary mental health settings to the possibility of suicidal ideation/threat/attempts? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Dawson S. *Suicide prevention topic 6: What are the characteristics of repeating vs. non-repeating suicidal presenters to Emergency services? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Hall K. *Suicide prevention topic 7: Does asking about suicidal ideation increase the likelihood of suicide attempts? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Day P. *Suicide prevention topic 8: Is there any evidence regarding the competency of different clinicians to do adequate suicide risk assessments? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Doughty C. *Suicide prevention topic 9: What evidence is there about the use of seclusion or containment for patients presenting with suicidal behaviours at emergency departments, tertiary mental health services or inpatient units? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health

Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ
Июль 2004 г.

Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Broadstock M, Doughty C. *Suicide prevention topic 10: Are there drug treatments that have been shown to increase the risk of suicide? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Hall K. *Suicide prevention topic 11: What is the effectiveness of day care versus outpatient care versus community care for suicidal patients? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Broadstock M. *Suicide prevention topic 12: What is the efficacy of discharge planning protocols, i.e., managing the transition from hospital to community? What should be included in the plan? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Dawson S. *Suicide prevention topic 13: What factors determine an inpatient admission as opposed to outpatient referral from emergency services? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Broadstock M. *Suicide prevention topic 14: Are there any crisis containment drug treatments that have been shown to be useful for reducing suicidality in short-term crises? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA), editor. Christchurch, NZ: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2002.

Литература

1. Committee on Injury Prevention and Control Division of Health Promotion and Disease Prevention. *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds. Washington, DC: Institute of Medicine, 1994.
2. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and casuality of suicidal behaviours: an international perspective. *Suicide and life threatening behaviour* 1995, 25:36-57.
3. Platt S, et al. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta psychiatrica scandinavica* 1992, 85:97-104.
4. 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.
5. White J. Comprehensive youth suicide prevention: a model for understanding. In: Leenaars AA et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 1998:275-88.
6. World Health Organization. *World report on violence and health*. Krug EG et al., eds. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
7. Breton JJ, et al. Is evaluative research on youth suicide programmes theory-driven? The Canadian experience. *Suicide and life threatening behaviour* 2002, 32(2):176-90.
8. Cutcliffe JR. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *British journal of nursing*, 2003, 12(2):92-9.
9. Jenkins R, Kovess V. Evaluation of suicide prevention: A European approach. *international review of psychiatry*, 2002, 14(1):34-41.
10. World Health Organization (WHO). *Mental health in the WHO European Region*. (<http://www.who.dk/document/mediacentre/fs0303e.pdf>) Geneva, World Health Organization (accessed 1 December 2003).
11. Beautrais AL. *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998*. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2000.
12. Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta psychiatrica scandinavica* 1997, 95:457-463.
13. Guo B, Scott A, Bowker S. *Suicide prevention strategies: Evidence from systematic reviews*. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment; 2003. Report No. HTA 28.
14. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*, 1994, 308:1227-1233.
15. Hider P. *Youth suicide prevention by primary healthcare professionals*. Christchurch, N.Z.: The Clearing House for Health Outcomes and Health Technology Assessment; 1998. Report No. 4.
16. Ploeg J, et al. A systematic overview of adolescent suicide prevention programmes. *Canadian journal of public health*, 1996, 87(5):319-324.
17. Ploeg J, et al. *The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programmes for adolescents*. (<http://www.health.hamilton-went.on.ca>) Ontario; 1999:i-31.
18. Guo B, Harstall C. *Efficacy of suicide prevention programmes for children and youth*. Edmonton, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment, 2002. Report No. HTA 26.
19. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Deliberate self-harm. *Effective health care*, 1998, 4(6):1-12.

20. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors. *Annals New York Academy of Sciences*, 1997, 302-329.
21. van der Sande R, et al. Psychosocial intervention following suicide attempt: A systematic review of treatment interventions. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1997, 96(1):43-50.
22. Hawton K, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2002, Issue 3. Oxford: Update Software.
23. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *Journal of clinical psychiatry*, 2003, 64(suppl 5):44-52.
24. Lister-Sharp D, et al. *Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews*. Southampton, United Kingdom: The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 1999:3(22).
25. Centers for Disease Control and Prevention. *Framework for programme evaluation in public health*. <http://www.cdc.gov.mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm> (accessed 1 December 2003).
26. Garrison CZ, et al. The assessment of suicidal behaviour in adolescents. *Suicide and life threatening behaviour*, 1991, 21:217-30.