

ГЛАВА 7

Насилие, направленное против собственной жизни и здоровья

Предварительные сведения

В 2000 г. во всем мире примерно 815 000 человек покончило с собой. Это дает ежегодный уровень смертности по всему миру около 14,5 случаев на 100 000 человек или одно самоубийство каждые 40 секунд. Самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире (см. Статистическое приложение). А среди тех, кому от 15 до 44 лет, нанесение себе повреждений — четвертая по значимости причина смерти и шестая — плохого здоровья и потери трудоспособности (1).

Смерть в результате суицида является только частью этой очень серьезной проблемы. Кроме того, множество людей пытаются покончить с жизнью или нанести себе ущерб, часто довольно серьезный, который требует медицинской помощи (2). Более того, каждый человек, убивающий себя, оставляет семью и друзей, на чьи жизни его поступок влияет эмоционально, социально и экономически. Экономический ущерб от суицида и телесных повреждений, наносимых человеком самому себе, как установлено, составляет миллиарды американских долларов ежегодно (3).

Определение суицида

Суицидальное поведение можно разделить на следующие этапы: просто мысли о том, чтобы покончить с жизнью; разработка плана, как совершить самоубийство; добыча средств для его осуществления; попытки самоубийства; наконец, выполнение этого акта («завершенное самоубийство»).

Само слово «самоубийство» показывает его прямую связь с насилием и агрессивностью. По-видимому, сэр Томас Браун первым употребил слово «суицид» в своей работе «Religio medici» («Религия врача») (1642 г.). Врач и философ Браун образовал слово от латинского *sui* (себя) и *caedere* (убивать). Новый термин отразил необходимость различия между самоубийством и убийством другого человека (4).

Хорошо известно определение суицида, данное Шнейдманом в Британской энциклопедии (издание 1973 г.): «совершаемый человеком акт прекращения своей собственной жизни» (5). Конечно, в любом определении суицида намерение умереть является ключевым элементом. Однако часто чрезвычайно трудно реконструировать мысли людей, совершающих самоубийство, если они не сделали ясного заявления перед смертью о своих намерениях или не оставили записки. Не все те, кто выжил после попытки самоубийства, намере-

вались остаться жить, и не всегда попытки самоубийства планируются. Поэтому установить связь между намерением и исходом бывает трудно. В законодательствах многих стран смерть квалифицируется как суицид, если обстоятельства смерти этому не противоречат и если можно исключить убийство, смерть в результате несчастного случая и смерть по естественным причинам.

Существуют большие разногласия относительно того, какая терминология больше подходит для описания суицидального поведения. Недавно для суицидальных актов, приводящих к смерти, был предложен термин «фатальное суицидальное поведение» (т.е. акцент делается на результате попытки самоубийства), а для суицидальных действий, не приводящих к смерти — «нефатальное суицидальное поведение» (6). Последние действия часто называют «суицидальная попытка» (термин широко распространен в США), «парасуицид» и «преднамеренное нанесение себе увечий» (эти термины обычно применяются в Европе).

Термин «суицидальная идеация» часто используется в специальной литературе и относится к мыслям о самоубийстве, которые могут иметь различную степень интенсивности и тщательности разработки. Этот термин относят также к чувству усталости от жизни, неверию в то, что стоит жить, и желанию не просыпаться (7, 8). Хотя эти чувства — или идеации — имеют разную степень тяжести, они не обязательно развиваются последовательно по нарастающей. А намерение умереть не является необходимым условием нефатального суицидального поведения.

Другой широко распространенной формой насилия, направленного на себя, является нанесение себе увечий. Это прямое и преднамеренное уничтожение или деформация частей тела без сознательного суицидального намерения. Фавацца (9) предложил три основные категории:

- серьезное нанесение себе увечий — включая ослепление, ампутацию пальцев, кистей рук, предплечий, ног, стоп или гениталий;
- стереотипное нанесение себе увечий — когда бьются головой обо что-либо, кусают себя, бьют себя по рукам, выкалывают глаза, прокалывают горло или выдергивают волосы;
- нанесение себе увечий от слабой до средней степени тяжести — когда режут, царапают или обжигают кожу, втыкают иглы в кожу или полностью выдирают волосы.

На нанесение себе увечий влияют совсем не те факторы, что на суицидальное поведение; поэтому далее оно не будет здесь обсуждаться. Обширный обзор нанесения себе увечий см. в работе Фавацца (9).

Масштабы проблемы Суицидальное поведение с летальным исходом

Уровень самоубийств в разных странах сильно различается (см. табл. 7.1). Согласно данным, известным Всемирной организации здравоохранения, уровень самоубийств выше всего в восточно-европейских странах (например, Белоруссия — 41,5 случаев на 100 000 человек, Эстония — 37,9 на 100 000, Литва — 51,6 на 100 000 и Российская Федерация — 43,2 на 100 000). Высокий уровень самоубийств обнаружен также на Шри-Ланке — 37 случаев на 100 000 человек в 1996 г. (данные регионального офиса ВОЗ по Юго-Восточной Азии) (10). Низкий уровень наблюдается в основном в Латинской Америке (4,5 на 100 000 в Колумбии и 4,2 на 100 000 в Парагвае) и в некоторых странах Азии (например, на Филиппинах — 2,1 на 100 000 и в Таиланде — 5,6 на 100 000). В других странах Европы, в Северной Америке и в некоторых регионах Азии и Тихого океана уровень колеблется между этими крайними показателями (например, Австралия — 17,9 на 100 000, Бельгия — 24,0 на 100 000, Канада — 15,0 на 100 000, Финляндия — 28,4 на 100 000, Франция — 20,0 на 100 000, Германия — 14,3 на 100 000, Япония — 19,5 на 100 000, Швейцария — 22,5 на

ТАБЛИЦА 7.1

Последние доступные данные об уровне самоубийств в странах, скорректированные по возрасту^a

Страна или территория	Год	Общее число самоубийств	Количество самоубийств на 100 000 человек			
			Всего	Мужчины	Женщины	Соотношение мужчины/женщины
Албания	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Аргентина	1996	2245	8,7	14,2	3,9	3,6
Армения	1999	67	2,3	3,6	^b	^b
Австралия	1998	2633	17,9	28,9	7,0	4,1
Австрия	1999	1555	20,9	32,7	10,2	3,2
Азербайджан	1999	54	1,1	1,7	^b	^b
Беларусь	1999	3408	41,5	76,5	11,3	6,7
Бельгия	1995	2155	24,0	36,3	12,7	2,9
Босния и Герцеговина	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Бразилия	1995	6584	6,3	10,3	2,5	4,1
Болгария	1999	1307	16,4	26,2	7,7	3,4
Канада	1997	3681	15,0	24,1	6,1	3,9
Чили	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
Китай						
ОАР Гонконг	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Некоторые сельские и городские территории	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Колумбия	1995	1172	4,5	7,4	1,8	4,1
Коста-Рика	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Хорватия	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Куба	1997	2029	23,0	32,1	14,2	2,3
Чешская республика	1999	1610	17,5	30,1	6,3	4,8
Дания	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Эквадор	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
Сальвадор		429	11,2	16,3	6,8	2,4
Эстония	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Финляндия	1998	1228	28,4	45,8	11,7	3,9
Франция	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Грузия	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Германия	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Греция	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Венгрия	1999	3328	36,1	61,5	14,4	4,3
Ирландия	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Израиль	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Италия	1997	4694	8,4	13,4	3,8	3,5
Япония	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Казахстан	1999	4004	37,4	67,3	11,6	5,8
Кувейт	1999	47	2,0	2,2	^b	^b
Киргизстан	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Латвия	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Литва	1999	1552	51,6	93,0	15,0	6,2
Маврикий	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
Мексика	1997	3369	5,1	9,1	1,4	6,3
Нидерланды	1999	1517	11,0	15,2	7,1	2,1
Новая Зеландия	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Никарагуа	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Норвегия	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Панама						
(исключая зону Канала)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Парагвай	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Филиппины	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Польша	1995	5499	17,9	31,0	5,6	5,5
Португалия	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Пуэрто-Рико	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Республика Корея	1997	6024	17,1	25,3	10,1	2,5
Республика Молдова	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Румыния	1999	2736	14,3	24,6	4,8	5,1
Российская Федерация	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Сингапур	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Словакия	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Словения	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
Испания	1998	3261	8,7	14,2	3,8	3,8
Швеция	1996	1253	15,9	22,9	9,2	2,5
Швейцария	1996	1431	22,5	33,7	12,3	2,7
Таджикистан	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Таиланд	1994	2333	5,6	8,0	3,3	2,4
Бывшая Югославская Республика Македония	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Тринидад и Тобаго	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8

ТАБЛИЦА 7.1 (продолжение)

Страна или территория	Год	Общее число самоубийств	Количество самоубийств на 100 000 человек			Соотношение мужчины/женщины
			Всего	Мужчины	Женщины	
Туркменистан	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Украина	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Великобритания	1999	4448	9,2	14,6	3,9	3,8
Англия и Уэльс	1999	3690	8,5	13,4	3,6	3,7
Северная Ирландия	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
Шотландия	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
США	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Уругвай	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Узбекистан	1998	1620	10,6	17,2	4,4	3,9
Венесуэла	1994	1089	8,1	13,7	2,7	5,0

ОАР — Особый административный район.

^a Данные последнего доступного года в промежутке между 1990 и 2000 г. для стран с населением ≥ 1 млн человек.

^b Зафиксировано меньше 20 самоубийств; уровень самоубийств женщин и соотношение «мужчины/женщины» не рассчитывались.

100 000 и США — 13,9 на 100 000). К сожалению, информации о суицидах в странах Африки мало (11).

Две страны, Финляндия и Швеция, имеют данные об уровне самоубийств начиная с 18 столетия, и в обеих с течением времени отмечается повышение уровня самоубийств (12). В течение 20 в. Финляндия, Ирландия, Нидерланды, Норвегия, Шотландия, Испания и Швеция пережили значительное повышение уровня суицидов, тогда как в Англии и Уэльсе (в совокупности), Италии и Новой Зеландии он значительно снизился. В Австралии не было отмечено большого изменения (12). В 1960–1990 годы уровень самоубийств повысился по крайней мере в 28 странах или территориях, включая Болгарию, Китай (провинция Тайвань), Коста-Рику, Маврикий и Сингапур, тогда как в 8, включая Австралию и Англию и Уэльс (в совокупности), он снизился (12).

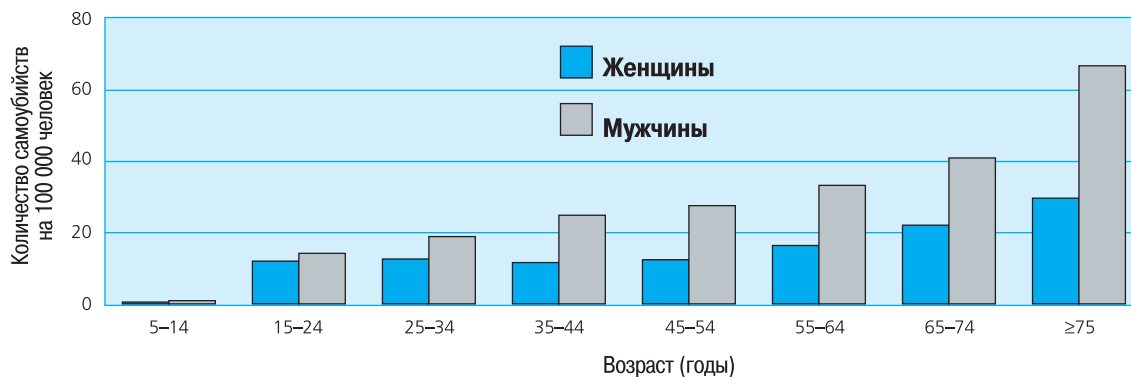
Уровень самоубийств неравномерен среди населения. Один из важных демографических «маркеров» суицидального риска — возраст. Во всем мире уровень самоубийств имеет тенденцию повышаться с возрастом, хотя некоторые страны, такие как Канада, недавно продемонстрировали пик самоубийств также среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Рисунок 7.1 показывает уровень самоубийств в мире по половозрастным группам, зафиксированный в 1995 г. Уровень варьировал от 0,9 случаев на 100 000 человек в возрастной группе 5–14 лет до 66,9 случаев на 100 000 среди людей в возрасте 75 лет и старше. Вообще, уровень самоубийств среди людей в возрасте 75 лет и старше

приблизительно в три раза выше, чем среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Эта тенденция характерна для обоих полов, но более ярко выражена у мужчин. Уровень самоубийств женщин представлен разными моделями. В некоторых случаях он постепенно повышается с возрастом, в других достигает пика в среднем возрасте, а в третьих (это особенно касается развивающихся стран и групп меньшинств) больше всего самоубийств совершают молодые женщины (13).

Хотя уровень самоубийств обычно выше среди пожилых людей, количество самоубийств в абсолютном выражении, как показывает демографическое распределение, больше среди людей до 45 лет (см. табл. 7.2). Раньше, 50 лет назад, количество случаев суицида в абсолютном выражении резко повышалось с возрастом; в последние же годы произошли большие изменения. Они не объясняются общим старением населения в мире; наоборот, фактически это идет против демографической тенденции. В настоящее время уровень суицидов уже выше среди людей до 45 лет, чем среди более пожилых, приблизительно на 1/3 во всех странах. Этот феномен существует на всех континентах и не зависит от уровня индустриализации и богатства страны. Страны и территории, в которых уровень самоубийств (а также их абсолютное число) выше среди людей моложе 45 лет — это Австралия, Бахрейн, Канада, Колумбия, Эквадор, Гвиана, Кувейт, Маврикий, Новая Зеландия, Шри-Ланка и Великобритания. Уровень самоубийств среди молодежи особенно высок на некоторых тихоокеанских островах, таких как Фиджи (среди этнических индусов) и Самоа, как среди мужчин, так и среди женщин (14).

Пол, культура, раса и этническая принадлежность также являются важными факторами распространенности самоубийств. Уровень самоубийств среди мужчин выше, чем среди женщин. Соотношение уровней самоубийств среди мужчин и женщин колеблется от 1,0:1 до 10,4:1 (см. табл. 7.1). Вероятно, на это соотношение отчасти

РИСУНОК 7.1

Уровень самоубийств в мире по половозрастным группам в 1995 г.^а

влияет культурный контекст. Оно относительно низко в Азии (например, 1,0:1 в Китае, 1,6:1 на Филиппинах, 1,5:1 в Сингапуре), высоко в некоторых странах бывшего Советского Союза (6,7:1 в Беларуси, 6,2:1 в Литве) и очень высоко в Чили (8,1:1) и Пуэрто-Рико (10,4:1). В среднем, по-видимому, на каждое женское самоубийство приходится 3 мужских, и это более или менее постоянный показатель для всех возрастных групп кроме очень пожилого возраста, где это соотношение еще выше. Вообще говоря, различие между полами в отношении самоубийств меньше в азиатских странах (15), чем где-либо в другом месте мира. Сильные различия в уровне самоубийств между странами и половозрастными группами показывают, как важно для каждой страны отслеживать тенденции в динамике самоубийств и определять группы населения с самым большим риском суицида.

Внутри стран распространенность суицидов среди населения, относящегося к белой расе, приблизительно вдвое выше, чем среди других рас, хотя в США недавно сообщалось об увеличивающемся уровне самоубийств среди афроамериканцев (2). Более высокая распространенность суицидов среди белых отмечается также в ЮАР и Зимбабве (16). Исключения из этого правила обнаружены в бывших советских республиках Армении, Азербайджане и Грузии (17).

Принадлежность к одной и той же этнической группе, по-видимому, дает близкий уро-

вень самоубийств. Интересный пример этого показывают Эстония, Финляндия и Венгрия, которые все имеют очень высокий уровень самоубийств, несмотря на то, что Венгрия географически расположена довольно далеко от Эстонии и Финляндии. Напротив, разные этнические группы — даже если они живут в одном и том же месте — могут иметь очень несходные уровни суицидов. В Сингапуре, например, среди этнических китайцев и индусов уровень самоубийств гораздо выше, чем среди этнических малайцев (18).

Уровень самоубийств часто выше среди коренного населения стран, например среди аборигенов в Австралии (19), коренного населения в провинции Тайвань в Китае (20) и среди индейцев в Северной Америке (21) (см. вставку 7.1).

Осторожность при использовании данных о самоубийствах

Способы фиксации смерти в результате самоубийства значительно различаются в разных странах, чрезвычайно затрудняя сравнение уровня самоубийств. Даже в странах, разработавших стандартные критерии, например в Австралии, способ применения этих критериев может быть разным (24).

ТАБЛИЦА 7.2

Уровень самоубийств по половозрастным группам^а

	Возраст (годы)								Всего
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Мужчины	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Женщины	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Всего	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

^а Основано на последних доступных данных, имеющихся в распоряжении Всемирной организации здравоохранения, в промежуток между 1990 и 2000 г.

ВСТАВКА 7.1**Самоубийства среди коренного населения в Австралии и Канаде**

За последние 20–30 лет уровень самоубийств чрезвычайно повысился среди коренного населения как Австралии, так и Канады. В Австралии самоубийства в племенах аборигенов и среди островитян пролива Торреса всегда считались очень необычным явлением. Примерно 25% этих племен проживает в штате Квинсленд. Общий уровень самоубийств в Квинсленде за период 1990–1995 г. составил 14,5 случаев на 100 000 человек, тогда как среди аборигенов и островитян пролива Торреса — 23,6 на 100 000.

Самоубийства совершают в основном аборигены – молодые мужчины. В Квинсленде 84% самоубийц-аборигенов были мужчины в возрасте от 15 до 34 лет, а уровень самоубийств мужчин-аборигенов в возрасте от 15 до 24 лет составил 112,5 случаев на 100 000 человек (22). Самый распространенный метод суицида среди них — повешение.

На арктическом севере Канады уровень самоубийств среди эскимосов по сообщениям разных исследователей составляет от 59,5 до 74,3 случаев на 100 000 человек по сравнению с 15,0 случаев на 100 000 среди всего населения. Молодые эскимосы-мужчины подвержены наивысшему риску самоубийств, и их уровень растет. Зафиксирован уровень 195 случаев на 100 000 человек в возрасте от 15 до 25 лет (23).

Были выдвинуты разные объяснения высокого уровня суицида и суицидального поведения среди коренного населения. Среди предполагаемых причин — огромный социальный и культурный беспорядок, созданный политикой колониализма и трудности, которые встречает коренное население, пытаясь приспособиться и интегрироваться в современное общество.

В Австралии племена аборигенов были объектом узаконенной расовой дискриминации еще в 1960-х годах. Когда эти законы, включая ограничение на продажу алкоголя, были отменены в 1970-е годы, быстрые социальные изменения в этих племенах, ранее угнетаемых, привели к нестабильности в общинах и семьях. Эта нестабильность продолжается до сих пор, выражаясь в высоком уровне преступности, арестов и заключений в тюрьму, в насилии и несчастных случаях, алкогольной зависимости и злоупотреблении веществами, а также в уровне убийств, который в 10 раз выше общего по стране.

После того как в начале 19 в. в канадскую Арктику прибыли первые чужестранцы — китобои и торговцы пушниной — здесь распространились эпидемии, которые унесли десятки тысяч жизней и к 1900 г. уменьшили население на 2/3. К 1930-м годам торговля пушниной прекратилась, и Канада ввела в Арктике систему социального обеспечения. В 1940-е и 1950-е годы в Арктику прибыли миссионеры, которые пытались ассимилировать эскимосов. Усиленная добыча нефти, начавшаяся в 1959 г., способствовала еще большей социальной дезинтеграции.

Исследование канадских эскимосов нашло несколько факторов, которые, по-видимому, являются косвенными причинами самоубийств, в том числе:

- бедность;
- доступность огнестрельного оружия;
- злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость;
- проблемы со здоровьем у индивида или в семье;
- перенесенное в прошлом сексуальное или физическое жестокое обращение.

Как в Австралии, так и в Канаде делаются попытки бороться с суицидальными настроениями среди коренного населения. В Австралии национальная программа по предупреждению самоубийств среди молодежи включает специальные мероприятия для аборигенов. Они учитывают специфические нужды молодежи, происходящей из коренного населения, и проводятся в партнерстве с организациями, представляющими интересы коренных племен, например с Координационным советом по делам аборигенов.

Конструктивные меры по предупреждению самоубийств в канадской Арктике включают борьбу с кризисом, возрождение общин и самоуправление в местах проживания племен. 1 апреля 1999 г. была создана новая обширная территория Нунавут, где эскимосы обладают самоопределением и им возвращены некоторые их права и наследства.

Ошибочная оценка уровня самоубийств может иногда быть результатом урезания данных, которого требует правительство для публикации официальной статистики, и задержек в расследовании случаев. Например, в ОАР Гонконг (Китай) считается, что уровень самоубийств занижен на 5% и 18% только по этим причинам (25).

Внутри страны уровень самоубийств также может варьировать в зависимости от источника данных. Например, в Китае этот уровень находится в диапазоне от 18,3 случаев на 100 000 человек (данные, представленные во Всемирную организацию здравоохранения) до 22 случаев на 100 000 (данные министерства здравоохранения) и 30 случаев на 100 000 (статистика Китайской академии профилактической медицины) (26).

Данные о смертности от суицидов обычно ниже фактической распространенности суицидов среди населения. Такие данные поступают по цепочке информантов, включая тех, кто нашел тело (часто это члены семьи), врачей, полицейских, следователей и работников органов статистики. Все эти люди по ряду причин неохотно называют смерть самоубийством. По-видимому, это особенно характерно для мест, где религия и культура осуждают самоубийство. Тем не менее, Купер и Милрой (27) обнаружили, что и в некоторых районах Англии количество зарегистрированных самоубийств занижается на 40%. Суицид могут скрывать для того, чтобы избежать клейма позора для человека, который покончил с жизнью, или для его семьи. Кроме того, здесь могут иметь место социальные выгоды, политические причины, желание получить страховку или преднамеренная маскировка самоубийства (самим самоубийцей) под несчастный случай, например аварию на дороге. Суицид также неправильно классифицируют, записывая, что смерть наступила в результате неопределенной или естественной причины, например, когда люди — особенно престарелые — перестают принимать лекарства, поддерживающие их жизнь.

Суицид может быть нераспознан официально, когда наркоман принимает повышенную дозу, когда человек преднамеренно морит себя голодом (так называемая «суицидальная эрозия») (28), или когда он умирает через некоторое время после попытки самоубийства. В этих случаях, так же как в случае эвтаназии или ускорения смерти, официально записывают клиническую причину смерти. Занижение уровня самоубийств также связано с

возрастом, потому что самоубийства обычно более распространены среди пожилых людей. С учетом этих оговорок ранжированность стран по уровням самоубийств, возможно, неточна.

Суицидальное поведение и идеация, не имеющие летального исхода

Относительно немногие страны имеют надежные данные о числе самоубийств с нелетальным исходом; основная причина этого заключается в трудности сбора такой информации. Лишь немногие из тех, кто пытался совершить самоубийство, поступают в медицинские учреждения для обследования. Кроме того, во многих развивающихся странах попытка суицида остается наказуемым поступком, и поэтому больницы не регистрируют такие случаи. Более того, во многих местах о травмах не нужно сообщать и информация о них не собирается ни на каком уровне. На регистрацию случаев могут повлиять и другие факторы, такие как возраст, способ совершения попытки, культура и доступность медицинского ухода. В общем, распространенность попыток самоубийств в большинстве стран не слишком хорошо известна.

Некоторые данные показывают, что в среднем только 25% тех, кто совершил попытку самоубийства, контактируют с государственными больницами (возможно, одним из лучших мест для сбора данных) (29, 30), и эти случаи не являются самыми серьезными. Зарегистрированные случаи, таким образом, являются лишь верхушкой айсберга, а большинство людей с тенденцией к суициду остаются незамеченными (31). Некоторые учреждения, включая национальные центры по контролю и предотвращению телесных повреждений, отделы статистики и (в нескольких странах) правоохранительные органы, регистрируют самоубийства с нелетальным исходом, которые зафиксированы также медицинскими службами. Такие записи полезны для научных и превентивных целей, поскольку те, кто пытались совершить суицид, подвержены высокому риску самоубийства в дальнейшем, с летальным или нелетальным исходом. Чиновники здравоохранения также полагаются на больничные записи и исследования населения — в этих источниках часто есть данные, отсутствующие в статистике смертности.

Имеющиеся данные показывают, что суицидальное поведение с нелетальным исходом (как в про-

центном отношении к общей численности населения, так и в абсолютных цифрах) больше распространено среди молодых, чем среди пожилых людей. Соотношение летальных и нелетальных случаев у людей старше 65 лет обычно находится в пределах 1:2–3, тогда как у молодых до 25 лет это соотношение может достигать 1:100–200 (32, 33). Хотя суицидальное поведение реже встречается у пожилых, вероятность летального исхода у них гораздо выше (28, 34). В среднем попытки самоубийства в старости серьезнее в психологическом и медицинском отношении и «проваливаются» они только случайно. Кроме того, согласно общей тенденции уровень нелетального суицидального поведения в 2–3 раза выше среди женщин, чем среди мужчин. Однако Финляндия является заметным исключением из этой модели (35).

Данные продолжающегося исследования нелетального суицидального поведения, проведенного методом поперечного анализа в 13 странах, показывают, что за период с 1989 по 1992 г. самый высокий средний стандартизированный по возрасту уровень попыток самоубийств среди мужчин был обнаружен в Хельсинки (Финляндия) (314 случаев на 100 000 человек), а самый низкий (45 на 100 000) — в Гипускоа (Испания), т.е. налицо разница в 7 раз (35). Среди женщин самый высокий средний стандартизированный по возрасту уровень был в Сержи-Понтуаз (Франция) (462 случая на 100 000 человек), а самый низкий (69 на 100 000) — опять-таки в Гипускоа. Женщины совершают больше попыток самоубийств, чем мужчины (исключение составляет только Хельсинки). В большинстве крупных городов самый высокий уровень найден среди молодых, а уровень среди людей в возрасте 55 лет и старше обычно самый низкий. Чаще всего для самоубийства используется отравление, за ним следуют ножевые ранения. Более чем у половины тех, кто пытался совершить самоубийство, это была уже не первая попытка. При этом почти 20% вторичных попыток были совершены в течение 12 месяцев после первой попытки.

Исследование методом продольного анализа в Норвегии, охватившее репрезентативную выборку приблизительно в 10 000 подростков в возрасте от 12 до 20 лет, обнаружило, что 8% подростков пытались совершить самоубийство хотя бы один раз в жизни, а 2,7% совершили такую попытку в течение 2-х лет, пока проводилось исследование. Анализ логистической регрессии данных показывает, что попытки самоубийства совершаются чаще теми,

кто уже однажды пытался покончить с жизнью, женщинами, подростками пубертатного возраста, лицами с суицидальной идеацией, теми, кто употребляет алкоголь, живет с одним родителем или имеет низкий уровень самооценки (36).

Суицидальное мышление более типично, чем попытки самоубийства и завершённый суицид (8). Однако степень распространенности такого мышления неизвестна. Согласно исследованиям подростков (особенно школьников средних школ), опубликованным после 1985 г., от 3,5 до 52,1% подростков имеют суицидальные мысли (31). Возможно, такое различие объясняется применением разных определений суицидального мышления и разными периодами, к которым относились исследования. Есть свидетельства, что женщины, включая пожилых, более склонны к мыслям о самоубийстве, чем мужчины (37). Вообще, распространенность суицидальной идеации среди пожилых обоих полов оценивается от 2,3% (для тех, у кого были мысли о самоубийстве в последние 2 недели) до 17% (для тех, кто когда-либо имел мысли о самоубийстве) (38). Однако по сравнению с другими формами суицидального поведения, например с попытками самоубийства, суицидальное мышление не может служить индикатором того, кто из подростков или взрослых больше нуждается в превентивной помощи.

Факторы риска суицидального поведения

В основе суицидального поведения лежит много причин. Факторы, которые ставят людей в ситуацию риска самоубийства, сложны и взаимно влияют друг на друга. Идентификация этих факторов и понимание их роли как в летальном, так и в нелетальном суицидальном поведении — основа для предупреждения суицидов. Эпидемиологи и эксперты в области суицида описали ряд характеристик, приводящих к повышенному риску суицидального поведения. Помимо демографических факторов — таких как уже упомянутые возраст и пол — можно назвать психиатрические, биологические, социальные, факторы окружающей среды, а также факторы, связанные с историей жизни индивида.

Психиатрические факторы

Многое из того, что известно о риске самоубийств, поступает из исследований, где опрашиваются родители, близкие родственники или друзья само-

убийцы, чтобы узнать, какие особые события происходили в его жизни и какие симптомы у него были в последние недели или месяцы перед смертью. Этот вид работы известен как «психологическая аутопсия». Исследования, применявшие этот метод, показали, что у многих взрослых, которые совершили суицид, были симптомы, наводящие на мысль о психическом заболевании, за месяцы или даже годы до смерти (39, 40).

Вот некоторые из основных психиатрических и психологических факторов, связанных с суицидом (91–98):

- выраженная депрессия;
- другие аффективные расстройства настроения, например, биполярное расстройство — заболевание, при котором периоды депрессии чередуются с периодами повышенного настроения (мании), причем эти периоды

могут длиться днями или даже месяцами;

- шизофрения;
- тревога и поведенческие и личностные расстройства;
- импульсивность;
- чувство беспомощности.

Депрессия играет важную роль в суициде и, как полагают, имеет место приблизительно в 65–90% всех случаев самоубийств психически больных (42). У пациентов с депрессией, риск, по-видимому, выше, когда они не следуют указаниям врача, считают себя неподдающимися лечению, или же врачи считают, что они не поддаются лечению (43) (см. вставку 7.2). Риск совершить самоубийство в течение жизни у лиц с сильной и биполярной депрессией равен приблизительно 12–15% (44–45), хотя последняя перепроверка данных показала, что этот уровень гораздо ниже (46).

ВСТАВКА 7.2

Депрессия и самоубийство

Депрессия — психическое расстройство, которое чаще всего ассоциируется с суицидом. Тревога — движущая сила процесса суицида — тесно переплетается с депрессией, и иногда эти два расстройства неразличимы. Исследование обнаружило, что до 80% людей, совершивших самоубийство, имели несколько депрессивных симптомов.

Люди всех возрастов могут испытывать депрессию. Однако труднее определить депрессию у мужчин, которые в любом случае обращаются за медицинской помощью реже, чем женщины. Депрессии у мужчин иногда предшествуют различные виды жестокого обращения и насилия, как внутри, так и вне семьи. Лечение депрессии у мужчин имеет большое значение, т.к. во многих культурах суицид в большей степени — мужская проблема.

Природа депрессии у детей и подростков обычно отличается от депрессии у взрослых. Молодые люди с депрессией больше склонны выражать ее во внешней активности — например, прогуливать занятия в школе, отказываться переходить из класса в класс, плохо вести себя, проявлять насилие и злоупотреблять алкоголем или наркотиками, а также больше спать и есть. В то же время депрессия у молодых людей часто сопровождается и отказом от еды и анорексией, особенно у девушек, но также и у мальчиков. Эти тяжелые нарушения питания повышают риск суицида.

Депрессия часто имеет физические проявления, особенно у пожилых людей. Например, у них могут появиться желудочные недомогания, головокружение, сердцебиение и боли в различных частях тела. Депрессия у пожилых может появляться в результате других заболеваний, таких как инсульт, инфаркт миокарда, рак, ревматизм, болезни Паркинсона и Альцгеймера.

Склонность к самоубийству можно снизить, если лечить депрессию и тревогу. Многие исследования подтвердили пользу антидепрессантов и различных форм психотерапии, особенно когнитивной поведенческой терапии. Оказание психологической поддержки престарелым, в том числе связь по телефону с социальными и медицинскими работниками, как было показано, также значительно снижает депрессию и число самоубийств среди людей пожилого возраста.

Шизофрения — другое психическое заболевание, сильно связанное с суицидом: риск самоубийства в течение жизни у больных шизофренией составляет примерно 10–12% (47). Этот риск особенно высок у молодых мужчин; у пациентов с ранними стадиями болезни, особенно тех, кто до начала болезни хорошо себя чувствовал психически и социально; у пациентов с хроническими рецидивами; у пациентов с опасностью «умственной дезинтеграции» (48).

Чувство безнадежности и беспомощности также увеличивает риск совершения суицида. Бек и др. (49), проводившие исследование методом продольного анализа в течение 10 лет в США, выделили ощущение безнадежности в качестве главного предвестника суицидального поведения. В этом исследовании отсутствие надежд наблюдалось у 91% субъектов, которые впоследствии совершили самоубийство.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками также играет важную роль в совершении самоубийств. В США по крайней мере у 1/4 всех самоубийц наблюдалось злоупотребление алкоголем (50). Риск совершения в течение жизни суицида у людей с алкогольной зависимостью не намного ниже, чем у страдающих депрессивными расстройствами (50). Между злоупотреблением алкоголем и депрессией существует множество связей, и часто трудно определить, какое заболевание является ведущим. Например:

- злоупотребление алкоголем может прямо вести к депрессии или косвенно через ощущение неудачливости, которое испытывают большинство людей с алкогольной зависимостью;

- злоупотребление алкоголем может быть формой самолечения для облегчения депрессии;

- как депрессия, так и злоупотребление алкоголем могут быть результатом стресса в жизни человека.

Заметим, что у страдающих депрессией самоубийства случаются относительно рано после начала болезни, особенно у тех, кому 30–40 лет, а у тех, кто страдает от алкогольной зависимости, самоубийства обычно происходят спустя годы после начала заболевания. Кроме того, они часто происходят на фоне других факторов: разрыва отношений, социальной маргинализации, бедности и физической деградации в результате хронического злоупотребления алкоголем. Полагают, что злоупотребление алкоголем и наркотиками в Азии

меньше влияет на суициды, чем где-либо еще. Согласно исследованию самоубийств среди подростков в ОАР Гонконг (Китай) только около 5% тех, кто совершил суицид, злоупотребляли алкоголем или наркотиками (51). Это предположение объясняет относительно низкий уровень самоубийств среди подростков, который обнаружен повсюду в Азии, кроме Китая.

Попытка самоубийства является одним из самых мощных предсказателей последующего суицидального поведения с летальным исходом (2). Риск выше в первый год (и особенно в первые 6 месяцев) после попытки. Примерно 1% тех, кто пытался покончить с собой, умирает в течение 1 года после этой попытки (52), а около 10% совершают повторную попытку, на этот раз с летальным исходом. Степень увеличения риска при имевшихся в прошлом попытках самоубийства, оценивается по-разному разными исследователями. Ганнелл и Френкел, например, сообщают о 20–30-кратном увеличении риска по сравнению с общей картиной для всего населения, что согласуется с другими сообщениями (53). Хотя наличие попытки самоубийства в прошлом повышает риск того, что человек совершит суицид, большинство тех, кто его совершает, ранее не делали таких попыток (24).

Биологические и медицинские индикаторы самоубийства

Самоубийства, имевшие место в семье в прошлом, являются признанным показателем повышенного риска суицида. Некоторые исследователи полагают, что может существовать генетическая черта, предрасполагающая некоторых людей к суицидальному поведению. В самом деле, данные о суицидах среди близнецов и усыновленных детей подтверждают возможную роль биологических факторов в суицидальном поведении. Исследование близнецов показало, что монозиготные близнецы, у которых 100% генов совпадают, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем дизиготные близнецы, у которых совпадают только 50% генов (54). Однако до сих пор не исследовались монозиготные близнецы, воспитывавшиеся отдельно — предпосылка методологически правильного исследования — и ни одно из исследований близнецов не учитывало психические заболевания. Возможно, наследуется психическое нарушение, а не генетическая пред-

расположенность к суицидальному поведению, и именно это психическое нарушение приводит к суицидальному поведению.

Исследование усыновленных детей показало, что те, кто совершил суицид, обычно имели биологических родственников, которые тоже совершили суицид (55). Эти суициды в основном не зависели от наличия психического расстройства, а были генетически обусловлены, или же эти факторы взаимно дополняли друг друга. Другие социальные факторы и факторы среды, вероятно, также взаимодействуют с опытом самоубийств в семье, увеличивая общий риск.

О существовании биологической базы суицида заставляют предположить также результаты исследований неврологических процессов, которые лежат в основе многих психических заболеваний, включая те, которые предрасполагают людей к суициду. Некоторые исследования, например, обнаружили изменение уровня метаболитов серотонина в спинномозговой жидкости взрослых психиатрических больных, совершивших самоубийство (56, 57). Серотонин является очень важным нейромедиатором, контролирующим настроение и агрессию. Низкий уровень серотонина и замедленная реакция на тесты, с помощью которых можно проследить его метаболизм, сохраняются, как было показано, некоторое время после заболевания (58, 59). Нарушение функций тех нейронов, которые содержат серотонин в прифронтальной коре головного мозга, может быть причиной снижения способности человека сопротивляться суицидальным импульсам (60, 61).

Самоубийство может быть также следствием тяжелого заболевания, особенно когда человек постоянно испытывает боль и теряет трудоспособность. По крайней мере 25% тех, кто совершает суицид, имеют физическое заболевание, а у стариков эта цифра может достигать до 80% (62). Более чем в 40% случаев физическое заболевание считается важным фактором суицидального поведения и мышления, особенно если существуют также расстройства настроения или депрессивные симптомы (63). Понятно, что перспектива невыносимого страдания и унижительной зависимости может заставить человека подумать о самоубийстве. Однако некоторые исследования показали, что люди, страдающие от физического заболевания, редко совершают самоубийство, если у них нет каких-либо сопутствующих психических симптомов (42).

Жизненные события как ускоряющие факторы

Некоторые жизненные события могут ускорять совершение самоубийства. Среди событий, которые некоторые исследования пытались связать с увеличением риска суицида — личные потери, межличностные конфликты, разрыв или нарушение взаимоотношений, проблемы с законом или на работе (64–67).

Потеря любимого — из-за развода, разлуки или смерти — может вызывать интенсивную депрессию, особенно если это был партнер или исключительно близкий человек. Межличностные конфликты дома, на работе или по месту учебы также могут вызывать чувство беспомощности и депрессию. Исследование свыше 16 000 подростков в Финляндии показало повышенную распространенность депрессий и тяжелого суицидального мышления как среди тех, кого запугивали в школе, так и среди тех, кто был виновником этого запугивания (68). Ретроспективное исследование, проведенное в Юго-Восточной Шотландии, учитывало возраст, пол и психические расстройства. Оно обнаружило, что межличностные конфликты могут приводить к самоубийству независимо от всех этих факторов (69). Изучив все случаи самоубийств за 2-летний период в Балларате (Австралия), исследователи обнаружили, что социальные и личные проблемы были причиной свыше 1/3 случаев (70). Исследование также указало на большую вероятность депрессий и попыток самоубийства среди жертв насилия со стороны интимных партнеров (71–74).

Опыт физического или сексуального жестокого обращения в детстве может увеличить риск суицида в подростковом возрасте и зрелости (75–77). Жертвы плохого сексуального обращения обычно ощущают унижение и стыд (2). Те, с кем жестоко обращались в детстве и в подростковом возрасте, потом часто чувствуют недоверие к своим партнерам и имеют трудности в поддержании межличностных отношений. Они испытывают постоянные сексуальные трудности и сильное чувство неадекватности и неполноценности. В Нидерландах была исследована связь между сексуальным жестоким обращением и суицидальным поведением у 1490 подростков-школьников и обнаружено, что у тех, с кем жестоко обращались, значительно чаще было суицидальное поведение и другие эмоциональные и поведенческие проблемы, чем у их одноклассни-

ков, не испытывавших такого обращения (78). В исследовании методом продольного анализа 375 человек в США, продолжающемся 17 лет, 11% сообщили о физическом или сексуальном жестоком обращении с ними в возрасте до 18 лет. Те из них, кому в момент исследования было от 15 до 21 года, чаще сообщали о суицидальном поведении, депрессии, тревоге, психических расстройствах и других эмоциональных и поведенческих проблемах, чем те, кто не испытал в детстве жестокого обращения (79).

Повышение риска суицида у подростков и молодых взрослых может быть также связано с сексуальной ориентацией (80, 81). Так, уровень самоубийств среди молодых геев и лесбиянок колеблется от 2,5 до 30% (82, 83). Факторы, которые могут способствовать самоубийствам и попыткам самоубийств в данном случае, включают дискриминацию, стресс в межличностных взаимоотношениях, наркотики и алкоголь, беспокойство о заболевании ВИЧ/СПИДом и ограниченные источники поддержки (84, 85).

С другой стороны, стабильные супружеские отношения являются, скорее всего, «защитным» фактором. Ответственность за воспитание детей — это дополнительный защитный элемент (86). Исследование связи между семейным положением и самоубийствами в западной культуре обнаруживает высокий уровень самоубийств среди одиноких или никогда не вступавших в брак людей, еще более высокий — среди тех, кто овдовел, и самый высокий — среди людей, которые разошлись или развелись (87, 88). Последний феномен характерен для мужчин, особенно в первые несколько месяцев после разлуки или развода (89).

Не обладают защитным эффектом только ранние браки (до 20 лет); вступившие в них люди имеют более высокий уровень суицидального поведения, чем их неженатые сверстники (90, 91). Кроме того, не во всех культурах брак является защитным фактором. Замужние женщины в Пакистане чаще совершают попытки самоубийства как с летальным, так и нелетальным исходом по сравнению с женатыми мужчинами и одинокими женщинами (92, 93). Это может происходить из-за того, что социальная, экономическая и юридическая дискриминация создает психологический стресс, predisполагающий этих женщин к суицидальному поведению (92). Среди замужних женщин старше 60 лет в ОАР Гонконг (Китай) число самоубийств

также больше по сравнению с вдовами и разведенными женщинами того же возраста (90).

Не только проблемы в межличностных отношениях могут увеличить риск суицидального поведения; фактором риска является также социальная изоляция. Социальная изоляция лежит в основе концепции Дюркгейма об «эгоистическом» и «аномическом» самоубийстве (94), оба типа связаны с идеей неадекватных социальных связей. Огромное количество литературы показывает, что индивиды, которые испытывают изоляцию в жизни, более уязвимы к суициду, чем те, кто имеет сильные связи с другими людьми (95–98). Например, после смерти любимой(ого) человек может предпринять попытку суицида, если близкие люди не предоставят ему достаточной поддержки в этот тяжелый период.

Марис (99) исследовал социальное поведение людей, которые пытались совершить самоубийство, людей, совершивших его, и людей, которые умерли по естественным причинам. Он обнаружил, что те, кто совершил суицид, меньше принимали участие в общественной жизни, у них часто не было друзей и постепенно снижалось количество межличностных отношений, приводя к полной социальной изоляции. Психологическая аутопсия, упоминавшаяся выше, показывает, что самоубийству часто предшествует отторжение от общества (99). Тот же результат дало исследование Негрона и др. (110). Оно обнаружило, что люди, которые пытаются совершить суицид, чаще изолируют себя во время острой суицидальной фазы, чем люди с суицидальным мышлением. Венц (101) идентифицировал аномию — чувство отчуждения от общества, вызванное отсутствием поддерживающей социальной структуры — как фактор суицидального поведения вдов наряду с фактической и предполагаемой социальной изоляцией. Социальная изоляция часто считается фактором, способствующим суицидальному мышлению у престарелых (102, 103). Изучение попыток самоубийств среди подростков до 16 лет, которые проходили лечение в одной больнице, обнаружило, что чаще всего в основе суицидального поведения лежали трудности во взаимоотношениях с родителями, проблемы с друзьями и социальная изоляция (104).

Социальные факторы и факторы окружающей среды

Научные исследования определили ряд важных социальных факторов и факторов среды, свя-

занных с суицидальным поведением. Среди них такие разные факторы как доступность средств убийства, место жительства человека, трудовая занятость или иммиграционный статус, принадлежность к религии и экономические условия.

Способ самоубийства

Главным фактором, определяющим, будет ли попытка самоубийства иметь летальный исход или нет, является способ самоубийства. В США приблизительно в 2/3 всех случаев суицидов используется огнестрельное оружие (105). В других странах более типичным способом является повешение, за ним следует использование огнестрельного оружия, выбрасывание из окна дома или с другого высокого места и утопление. В Китае самый обычный метод — отравление пестицидами (106, 107).

За последние двадцать лет в некоторых странах, например в Австралии, заметно увеличилось число самоубийств через повешение, особенно среди молодежи, а применение огнестрельного оружия соответственно сократилось (108). Старые люди больше склонны применять способы, требующие меньшей физической силы, например утопление или бросание с высоты; это зарегистрировано в ОАР Гонконг (Китай) и в Сингапуре (18). Почти везде женщины склонны выбирать «более мягкие» способы, например передозировку лекарств — в попытках самоубийств с летальным или нелетальным исходом (35). Необычное исключение из этого правила — практика самосожжения в Индии.

Помимо возраста и пола на выбор способа самоубийства могут влиять и другие факторы. В Японии, например, по-прежнему существует традиционная практика вспарывания живота мечом (известная как *харакири*). Как известно, люди часто имитируют способ, которым покончила с жизнью какая-нибудь знаменитость; особенно это характерно для молодежи (109–111). То, как человек решил убить себя, обычно связано со степенью летальности способа: старики, например, обычно выражают большую решимость умереть, чем молодые люди, поэтому они выбирают более насильственные методы — например, выстрел, бросание с высоты или повешение. Возможность спастись после такого акта маловероятна (112).

Различие между городом и селом

Часто бывает большое несоответствие в уровне самоубийств между городскими и сельскими территориями. В 1997 г. в Нью-Йорке на Манхэттене было зафиксировано 1372 самоубийства, что в 3 раза больше, чем во всем штате Невада, преимущественно сельском (411). Однако уровень самоубийств в Неваде в 3 раза выше, чем в штате Нью-Йорк (24,5 случаев на 100 000 человек — самый высокий уровень в США — против 7,6 случаев на 100 000 человек) (113). Такие же различия между городскими и сельскими территориями наблюдаются, например, в Австралии (114) и в европейских странах. Так, Англия и Уэльс (в совокупности) отличаются от Шотландии, где высокий уровень самоубийств наблюдается у фермеров (115). Уровень самоубийств среди женщин, проживающих в сельской местности в Китае, также выше, чем в городской (26).

Среди причин более высокого уровня самоубийств во многих сельских местностях социальная изоляция и большая трудность выявления предупреждающих признаков, ограниченный доступ к медицинской помощи и более низкий уровень образования. Способы самоубийства в сельской местности часто также отличаются от применяемых в городе. В сельских общинах в Восточной Европе и в Юго-Восточной Азии доступность гербицидов и пестицидов делает их популярным средством самоубийства. Это верно и для Самоа, где контроль за торговлей гербицидами привел к снижению числа самоубийств (116). В сельских общинах Австралии, где владение огнестрельным оружием — обычное явление, чаще кончают с жизнью при помощи этого оружия (114).

Иммиграция

Было изучено влияние иммиграции на уровень самоубийств в таких странах, как Австралия, Канада и США, где смешалось множество этнических групп. Было обнаружено, что в этих странах уровень суицидального поведения в любой иммигрантской группе примерно такой же, как в стране происхождения. В Австралии, например, среди иммигрантов из Греции, Италии и Пакистана уровень самоубийств ниже, чем среди иммигрантов из стран Восточной Европы или из Ирландии и Шотландии — стран с традиционно высокими уровнями самоубийств (117) (см. также табл. 7.3).

ТАБЛИЦА 7.3

Количество самоубийств на 100 000 человек в Австралии в 1982–1992 г. в зависимости от места рождения; стандартизовано по возрасту

Год	Место рождения							Общее число рожденных за рубежом
	Азия	Австралия	Европа			Ирландия и Великобритания	Океания ^b	
			Восточная	Южная	Западная ^a			
1982	8	11	31	7	19	12	14	13
1983	12	11	21	8	16	12	10	12
1984	9	11	17	5	17	11	17	11
1985	7	11	20	6	17	12	14	12
1986	8	12	17	6	19	13	14	12
1987	8	14	28	7	17	14	17	13
1988	9	13	20	8	14	15	17	13
1989	8	12	16	7	16	13	14	12
1990	8	13	14	5	19	12	14	11
1991	8	14	22	9	19	14	13	12
1992	7	13	24	8	17	13	14	12

Источник: воспроизводится с незначительным редактированием из работы 118 с разрешения издателя.

^a За исключением Ирландии и Великобритании.

^b За исключением Австралии.

Это говорит о сильном влиянии культурных факторов на суицидальное поведение.

Занятость и другие экономические факторы

Одни исследования обнаружили увеличение уровня самоубийств в периоды экономического спада и высокой безработицы (119–123), а другие продемонстрировали обратное положение. Проверив влияние экономических факторов на самоубийства в Германии, Вейерер и Виденманн (122) изучили взаимосвязь четырех экономических переменных с уровнем самоубийств в период 1881–1989 г. Самая сильная корреляция была обнаружена в периоды социальной дезинтеграции, когда был высокий уровень безработицы, низкий уровень государственного социального обеспечения населения и повышенный риск банкротства. Среди причин повышенного уровня самоубийств в районе Кузбасса (Российская Федерация) в период между 1980 и 1995 г. предварительное исследование называет экономическую нестабильность, дезинтеграцию бывшего Советского Союза и другие исторические факты, которые могли сопутствовать этому (123). Посетив Боснию и Герцеговину, Берк (124) написал о более высоком, чем ожидалось, уровне самоубийств, а также алкогольной зависимости у детей. Хотя непосредственный ужас вооруженного конфликта дети пережили в 1992–1995 г., они продолжают испытывать стресс. На Шри-Ланке в тамильской общине, с ее опытом насилия и политической и экономической неста-

бильностью, уровень самоубийств традиционно высок. В сингалезской общине, в которой 20 лет тому назад был очень низкий уровень самоубийств, этот уровень также повысился. Это ясно показывает тесную связь между самоубийствами, политическим насилием и социальным коллапсом.

На индивидуальном уровне суицидальное поведение встречается чаще у безработных, чем у работающих людей (119, 125, 126). Бедность и низкое социальное положение — оба эти следствия безработицы, по-видимому, часто повышают уровень суицидального поведения,

особенно в том случае, если работа была потеряна внезапно. Научные исследования в этой области, однако, имеют некоторые недостатки. Не всегда принималась во внимание длительность периода безработицы. Те, кто ожидал первую работу, иногда объединялись в одну группу с теми, кто потерял работу, а психические заболевания и личностные расстройства игнорировались (127, 128).

Религиозная принадлежность

Религия давно рассматривается как важный фактор, влияющий на суицидальное поведение. Исследования дают приблизительно следующее ранжирование стран (с преобладанием в них той или иной религии) по уровню самоубийств в нисходящем порядке:

- страны, где запрещаются или не поощряются религиозные обычаи (как было в бывших коммунистических странах Восточной Европы и в бывшем Советском Союзе);
- страны, где доминирующую роль играют буддизм, индуизм и другие азиатские религии;
- страны, где много протестантов;
- страны, где доминирует римско-католическая вера;
- страны преимущественно мусульманские.

Заметным исключением из этой приближенной модели является Литва. Страна всегда была в основном католической, где множество людей постоянно посещали церковь, и церковь имела колоссальное влияние, даже когда страна была час-

тью Советского Союза. Тем не менее, уровень самоубийств здесь был и остается чрезвычайно высоким. Приведенное выше приблизительное распределение стран не принимает во внимание, как сильно индивидуумы в той или иной стране верят и придерживаются своей религии (129). В распределении также не учтен анимизм — в основном обнаруживаемый в Африке — поскольку уровень самоубийств среди приверженцев анимистических верований вообще не известен.

Дюркгейм полагал, что самоубийства происходят из-за отсутствия идентификации с унитарной группой, и выдвинул тезис, что уровень самоубийств должен быть ниже там, где высок уровень религиозной интеграции. Соответственно он доказывал, что разделение индивидом религиозной веры, например католической (94), является фактором, защищающим от суицида. Некоторые исследования, проверяющие гипотезу Дюркгейма, поддерживали его (130, 131), другие же не обнаружили никакой связи между долей католиков в общей численности населения и уровнем самоубийств (132, 133). Симпсон и Конлин (134), исследуя влияние религии, обнаружили, что мусульманская вера снижает уровень самоубийств больше, чем христианская.

Некоторые исследователи пытались измерить степень религиозной веры частотой посещения церкви и развитостью религиозных отношений, которые они сравнивали с уровнем самоубийств. Их исследования показывают, что посещение церкви имеет сильное превентивное влияние (135), причем чем сильнее приверженность религии, тем больше это сдерживает самоубийства (136). Сходным образом, исследование Кока (137) проверило уровень самоубийств среди трех этнических групп в Сингапуре. Вывод заключался в том, что этнические малайцы — в большинстве своем приверженцы ислама, запрещающего суицид — имеют самый низкий уровень самоубийств. В то же время этнические индусы имеют самый высокий уровень самоубийств на острове. Сингапурские этнические индусы обычно последователи индуизма, который обещает людям перевоплощение после смерти и строго не запрещает самоубийства. Другое исследование, изучавшее различия между afroамериканцами и белыми американцами в США, обнаружило, что более низкий уровень самоубийств среди afroамериканцев может быть отнесен за счет их большей личной вовлеченности в

религию (138).

Резюме

Факторы риска суицидального поведения многочисленны и связаны друг с другом. Знание того, какие индивиды имеют предрасположенность к суициду, а также сталкиваются с факторами риска, поможет выделить тех, кто больше всего нуждается в превентивных мерах.

Там, где существуют достаточно сильные защитные факторы, наличие даже нескольких факторов риска — таких как выраженная депрессия, шизофрения, злоупотребление алкоголем или потеря любимого человека — не может создать условий для суицидального мышления или поведения человека. Однако изучение защитных факторов находится пока в зачаточном состоянии. Если мы хотим, чтобы исследования проблемы самоубийств и их предотвращения продвигались вперед, нужно знать гораздо больше о защитных факторах, не останавливаясь на успехах, достигнутых в последние десятилетия в понимании предрасположенности к суициду и факторов его риска.

Помимо наблюдений Дюркгейма о защитной функции брака и религии, есть свидетельства защитной функции отцовства и материнства (139), социальной поддержки и семейной спаянности (36, 140–142), самоуважения и подавления «эго» (144). Некоторые исследования прямо сравнивали факторы риска и защитные факторы, пытаясь предсказать суицидальное поведение. Боровский и др. (145), изучавшие молодых американских индейцев и уроженцев Аляски, обнаружили, что увеличение защитных факторов, например эмоционального благополучия и связей с семьей и друзьями, так же эффективно с точки зрения предупреждения самоубийств, как и снижение факторов риска (или даже более эффективно). Изучение защитных факторов является многообещающей областью будущих научных исследований.

Что можно сделать для предупреждения самоубийств?

Из-за общего роста суицидального поведения, особенно среди молодых людей, возникает большая потребность в эффективном вмешательстве в проблему. Как было показано, имеется множество факторов риска суицидального поведения, и меры вмешательства обычно основываются на знании этих факторов. Хотя в течение долгого времени применяются разные меры, очень немногие из

них дали значительное снижение уровня суицидального поведения или длительные поддерживающие результаты (146).

Подходы к лечению

Лечение психических расстройств

Поскольку опубликованные материалы и клинический опыт показывают, что ряд психических расстройств сильно влияет на самоубийства, ранняя диагностика и соответствующее лечение этих расстройств является важной стратегией по предупреждению суицида. Особенно это касается расстройств настроения, алкогольной зависимости, злоупотребления другими веществами, шизофрении и некоторых видов личностных нарушений.

Есть свидетельства, что обучение медицинскому персоналу диагностике и лечению расстройств настроения может быть эффективно в снижении уровня самоубийств среди людей, подверженных этому риску. Новое поколение лекарств для лечения нарушений настроения и шизофренических расстройств, которые имеют меньше побочных действий и более специфический терапевтический профиль, возможно, улучшит лечение больных, снизив таким образом вероятность суицидального поведения у них.

Фармакотерапия

Исследовалось влияние фармакотерапии на нейробиологические процессы, которые лежат в основе некоторых психических заболеваний, в том числе связанных с суицидальным поведением. Веркез и др. (147), например, показали, что вещество пароксетин может эффективно смягчать суицидальное поведение. Причиной выбора пароксетина было то, что суицидальное поведение связано со сниженной выработкой серотонина. Пароксетин известен как селективный ингибитор обратного захвата серотонина (SSRI), поэтому он увеличивает доступность серотонина для нейтральной передачи сигналов. Проводилось исследование в течение года, когда пациентам, у которых был опыт попыток самоубийства и которые недавно пытались снова совершить суицид, давали пароксетин и плацебо. Эти больные не страдали от сильной депрессии, но большинство из них имело «личностное расстройство из кластера “Б”» (согласно классификации личностных расстройств — Прим. ред.) (которое включает антисоциальные,

нарциссические и пограничные симптомы). В результате выяснилось, что усиление выработки серотонина благодаря SSRI (в данном случае пароксетина) снижает суицидальное поведение у больных, совершавших ранее попытки самоубийства, однако не у тех, кто страдает от выраженной депрессии.

Меры воздействия на поведение

В то время как лечебные меры фокусируются, прежде всего, на психических расстройствах, предполагая, что улучшение состояния приведет к снижению суицидального поведения, есть и другие подходы, которые нацелены непосредственно на поведение (148), некоторые из них обсуждаются ниже.

Лечение поведения

Проводя занятия, цель которых — изменить поведение пациента, психиатр обсуждает его суицидальное поведение, которое имело место в прошлом и в настоящее время, его мысли о суициде, и методом проб пытается определить факторы, возможно лежащие в основе поведения пациента (148). Первые результаты этого вида лечения были многообещающими, хотя окончательного ответа еще нет.

В Оксфорде (Англия) были исследованы больные с высоким риском повторной попытки самоубийства в возрасте от 16 до 65 лет, которых госпитализировали в отделение неотложной помощи после передозировки антидепрессантов (149). Больные получали или стандартное лечение по поводу попыток самоубийств, или стандартное лечение одновременно с кратким «проблемно-ориентированным» курсом. Это краткий курс психотерапии, который фокусируется на наиболее мучительной для больного проблеме. Исследование обнаружило значительное улучшение в экспериментальной группе (т.е. среди тех, кто проходил курс вместе со стандартной терапией): в течение 6 месяцев после лечения число повторных попыток самоубийств снизилось. К сожалению, повторная проверка пациентов спустя 18 месяцев уже не показала значительной разницы между экспериментальной и контрольной группой.

В США (150) была проверена эффективность диалектической поведенческой терапии для больных, у которых обнаружены пограничные личностные расстройства, множественные по-

веденческие дисфункции, серьезные психические расстройства и которые много раз совершали попытки самоубийств. Диалектическая поведенческая терапия была разработана специально для пациентов – «хронических» самоубийц. Она использует анализ поведения и стратегию, направленную на решение проблемы. В первый год после лечения пациенты, прошедшие терапию, совершили меньше попыток самоубийств, чем пациенты, которые получали стандартное лечение.

Еще одно исследование пациентов с опытом попыток суицида в США (150) включало метод поведенческой терапии. Цель заключалась в том, чтобы увидеть, есть ли у таких пациентов «дефицит положительных мыслей о будущем», т.е. отсутствуют ли у них надежды и ожидания. Если это было так, исследование пыталось установить, можно ли изменить такой дефицит коротким психологическим курсом, известным как «когнитивная поведенческая терапия с помощью пособия» («manual-assisted cognitive behaviour therapy» — МАСТ). В таком курсе проблема разрешается с помощью пособия, чтобы стандартизировать лечение. Пациентам наугад назначали либо МАСТ, либо стандартное лечение по поводу попыток самоубийств. Через 6 месяцев их состояние снова оценивались. Было обнаружено, что пациенты, совершавшие ранее попытки суицида, имели меньше надежд и положительных ожиданий в будущем, чем контрольная группа из общины. После курса МАСТ их ожидания значительно улучшились. Ожидания тех, кто получал стандартное лечение, улучшились незначительно.

Зеленые карточки

Так называемая зеленая карточка — довольно простое изобретение. Клиент получает карточку, предоставляющую ему прямой и немедленный доступ к ряду возможностей, таких как вызов психиатра или госпитализация. Хотя зеленая карточка не оказалось особенно эффективной, она, по видимому, действительно приносит некоторую пользу тем, кто впервые сталкивается с суицидом (152, 153).

Недавно зеленая карточка была применена для больных с одной и несколькими попытками самоубийств (154). Участники исследования распределялись наугад в контрольную группу, которая получала только стандартное лечение, и экс-

периментальную группу, получавшую стандартное лечение плюс зеленую карточку. Зеленая карточка предлагала круглосуточную телефонную консультацию психиатра при кризисе. Эффект зеленой карточки различался у двух видов пациентов. Она оказывала защитное действие (хотя и не значимое статистически) на тех, кто впервые совершил попытку самоубийства, но не произвела никакого эффекта на тех, кто совершил уже несколько попыток суицида. Может быть, только телефонной поддержки, предлагаемой зеленой карточкой, было недостаточно, и карточка должна бы предоставлять доступ также к другим службам при кризисе.

Другой способ вмешательства, основанный на принципе доступности помощи — служба «телефонная помощь/телефонная проверка» для престарелых, действующая в Италии (155). «Телефонная помощь» — это сигнал тревоги, который клиент может подать, чтобы позвать на помощь. «Телефонная проверка» контактирует с клиентом дважды в неделю, чтобы проверить его потребности и предложить эмоциональную поддержку. Были исследованы 12 135 человек в возрасте 65 лет и старше, которые пользовались «телефонной помощью/телефонной проверкой» на протяжении 4-х лет (155). В течение этого периода был только один суицид в этой группе, по сравнению со статистически предполагаемыми 7-ю (156).

Воздействие на взаимоотношения

Известно, что вероятность суицидов связана с социальным окружением человека: чем больше число социальных связей, тем обычно меньше вероятность суицида (156). Несколько экспериментов пытались увеличить число социальных связей пациентов так, чтобы снизить повторное суицидальное поведение. Общий подход — исследовать проблемы в различных областях социальной жизни пациента и попытаться разрешить эти проблемы. Хотя главная цель — предупредить повторное суицидальное поведение, улучшение социальных взаимоотношений само по себе также важно.

Исследование эффективности указанных мероприятий не продемонстрировало их пользы в смысле снижения суицидального поведения. Однако было показано, что они улучшают социальные взаимоотношения.

Психосоциальные вмешательства

Литман и Уолд (156) разработали особый метод, известный как «поддержание длительных взаимоотношений» («continuing relationship maintenance» — CRM). Согласно этому методу консультант вступает в контакт с человеком, совершившим попытку суицида, и пытается поддерживать с ним постоянную взаимосвязь. Всего 400 человек с высоким риском суицида прошли эту программу в течение примерно 18 месяцев. Они были разделены на две группы: экспериментальную (CRM) и контрольную, причем в контрольной группе субъекты также получали продолжительное консультирование, но они должны были *сами* проявлять инициативу, чтобы контактировать с консультантом. Этой программе не удалось снизить суицидальную идеацию, число самоубийств или попыток самоубийств. Однако ряд промежуточных целей был достигнут, при этом группа CRM продемонстрировала значительное улучшение по сравнению с контрольной, а именно: уменьшение чувства одиночества, более удовлетворительные интимные взаимоотношения, меньше депрессии и больше доверия к помощи общины.

Гиббонс и др. (157) внедрили метод работы, «сконцентрированный на задаче», когда пациент и социальный работник сотрудничают по каждодневным житейским вопросам, и сравнили его со стандартным лечением пациентов, которые совершили попытку самоубийства. Между двумя группами не наблюдалось никакого различия в числе повторных попыток самоубийств, но группа, которая получала работу, «сконцентрированную на задаче», продемонстрировала лучшее решение социальных проблем, чем контрольная группа.

В исследовании Хоутона и др. (158) 90 пациентов с передозировкой лекарств получали амбулаторное консультирование либо их отсылали обратно к их общим врачам с рекомендациями по дальнейшему уходу. При этом опять-таки не было отмечено никакой статистической разницы в числе повторных попыток самоубийств, но некоторая польза для амбулаторной группы по оценкам спустя 4 месяца действительно была. Большая доля амбулаторной группы по сравнению со второй группой продемонстрировала лучшую социальную и семейную адаптацию. Больше всего пользы консультирование, по-видимому, приносит женщинам и пациентам, которые испытывают трудности в отношениях «один на один», например в отноше-

ниях «муж — жена», «родитель — ребенок» или «руководитель — служащий».

Усилия общин

Центры по предупреждению суицида

Помимо описанных выше способов вмешательства в общинах существуют специальные центры психического здоровья для людей, склонных к суицидальному поведению. Центры по предупреждению самоубийств обычно планируются в качестве кризисных центров, предлагающих немедленную помощь, обычно по телефону, но их сотрудники могут также консультировать клиентов лично и выезжать к ним на дом.

Дью и др. (159) произвели обзор литературы по эффективности таких центров и не обнаружили однозначно положительного либо отрицательного влияния их на уровень самоубийств. Получению определенного заключения препятствовали методологические ограничения. Авторы нашли, что число суицидов у клиентов, посещающих превентивные центры, больше, чем среди всего населения, и что лица, совершившие самоубийства, чаще были клиентами этих центров. Этот результат наводит на мысль, что центры по предупреждению суицидов по крайней мере привлекают к себе часть населения с высоким риском, которой они должны оказывать помощь.

Лестер (160) сделал обзор 14 исследований, проверявших эффективность работы центров по предупреждению суицидов. Семь из этих исследований предоставили некоторые свидетельства превентивного эффекта. А исследование центров по предупреждению суицидов в 25 городах Германии обнаружило, что уровень самоубийств в трех из этих городов на самом деле увеличился (161).

Мероприятия в школах

Были созданы программы по обучению школьного персонала, членов общины и сотрудников медицинских учреждений, чтобы они могли определять школьников с риском суицида и направлять их в службы психического здоровья. Продолжительность обучения варьирует от программы к программе, но во всех случаях важна крепкая связь с местными службами психического здоровья.

Лестер (162), однако, предположил с тревогой, что после того как сотрудники школ станут более

информированными, они будут направлять учащихся к психиатрам реже, что само по себе может привести к увеличению числа суицидов. Хотя обучение школьного персонала, родителей и других лиц, участвующих в школьных программах, очень важно, эти люди не могут заменить специалистов — психологов и психиатров. Тем не менее, одни медицинские учреждения не могут справиться с нуждами молодых людей, и школы должны знать, как действовать, чтобы предупреждать суициды.

Мероприятия на уровне общества Ограничение доступа к средствам совершения самоубийств

Об ограничении доступа к средствам суицида можно говорить в том случае, если его можно легко контролировать. Это было впервые продемонстрировано в 1972 г. в Австралии Оливером и Гетцелем (163), которые обнаружили, что уровень самоубийств снизился, когда был уменьшен доступ к седативным веществам — главным образом к барбитуратам, которые смертельны в больших дозах.

Имеются также доказательства снижения уровня самоубийств, когда под контроль берется продажа других токсических веществ, например пестицидов, которые широко распространены в сельских местностях во многих развивающихся странах. Возможно, один из самых изученных примеров — положение на Западном Самоа (116), где до 1972 г. уровень самоубийств был ниже 10 случаев на 100 000 человек. Затем в стране

появился паракват, и в середине 1970-х годов уровень самоубийств стал резко повышаться (с 1972 по 1981 г. он вырос на 367%, с 6,7 до 31,3 случаев на 100 000 человек). После этого доступ к параквату стал контролироваться, и в течение 3-х лет уровень самоубийств снова снизился до 9,4 случаев на 100 000 человек. Однако несмотря на постоянный контроль за паракватом более 90% всех суицидов в 1988 г. были совершены с его помощью (см. рис. 7.2).

Газовая детоксикация — удаление окиси углерода из домашнего газа и выхлопных газов в автомобилях — оказалась эффективна в снижении уровня самоубийств. В Англии число самоубийств через отравление домашним газом стало снижаться вскоре после удаления из него окиси углерода (164) (см. рис. 7.3). Сходные результаты были отмечены в Японии, Нидерландах, Шотландии, Швейцарии и США (165). Другие исследования также обнаружили снижение уровня суицидов после применения в автомобилях каталитических конверторов, которые среди прочего удаляют и окись углерода из выхлопных газов.

Была отмечена связь между наличием огнестрельного оружия дома и уровнем самоубийств (167–169). Есть разные способы борьбы с телесными повреждениями от огнестрельного оружия — случайными или преднамеренными. Они обычно заключаются в законодательных нормах по продаже оружия и владении им, и в мерах безопасности. Безопасность обеспечивается обучением и тренировкой владельцев оружия, безопасны-

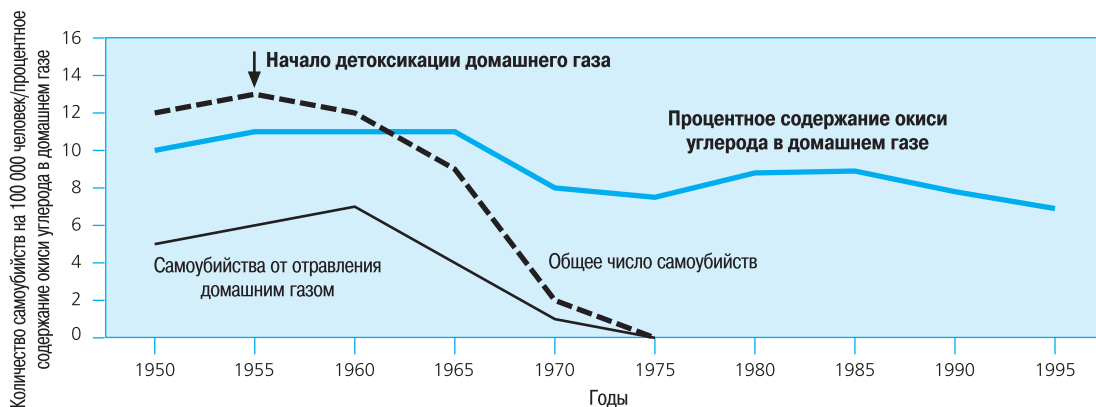
РИСУНОК 7.2

Уровень самоубийств в Западном Самоа и его связь с появлением пестицидов, содержащих паракват, и введением контроля над продажей параквата



РИСУНОК 7.3

Влияние детоксикации домашнего газа (уменьшения процентного содержания окиси углерода в нем) на уровень самоубийств в Англии и Уэльсе в 1950–1995 г.



Источник: работа 164.

ми способами хранения (хранение оружия и боеприпасов отдельно, хранение оружия незаряженным и в закрытом месте) и устройствами, блокирующими спусковой крючок. В некоторых странах — включая Австралию, Канаду и США — ограничение владения огнестрельным оружием привело к снижению его применения в актах самоубийства (165, 169).

Сообщения в средствах массовой информации

Потенциальное влияние средств массовой информации на уровень самоубийств давно известно. Более двух столетий назад один роман, популярный среди широкой публики, инспирировал целую серию самоубийств, повторяющих самоубийство главного героя. Это был роман Иоганна Вольфганга Гете «Страдания молодого Вертера», написанный в 1774 г. на основании опыта друга автора. В нем описываются внутренние переживания Вертера, который мучается от неразделенной любви к Лотте. «Воздействие романа на первых читателей было ошеломляющим. Он вызывал не просто эмоциональное сочувствие, но стремление превзойти героя. Прокапталась целая волна самоубийств, причем все самоубийцы были одеты одинаково: синий пиджак, желтый жилет (именно так был одет Вертер)» (170).

Сегодня есть свидетельства, что эффект сообщений в СМИ, которые вызывают имитационные суициды, зависит главным образом от манеры сообщения — тона и языка, которым освещаются события, применения изображений или другого не-

подходящего материала. Тревожно то, что чрезмерно вульгарное сообщение о том, что кто-то совершил самоубийство, может создать культуру, в которой суицид рассматривается как нормальный и приемлемый способ покинуть этот мир.

Крайне необходим ответственный подход СМИ к сообщениям о суицидах, и любой способ достижения этого нужно приветствовать. Инструкции о том, как надо сообщать о суицидальном поведении, разработали многие организации и правительства, включая «Befrienders International» в Великобритании, «Centers for Disease Control and Prevention» в США, Всемирную организацию здравоохранения и правительства Австралии и Новой Зеландии (171).

Вмешательства после суицида

Чувства, которые вызывает потеря человека в результате самоубийства у его родственников и близких друзей, могут отличаться от печали по поводу его смерти от естественных причин. По-прежнему существуют табу на обсуждение суицида, и те, кто потерял родственников в результате самоубийства, могут иметь меньше возможностей поделиться своим горем с другими. А ведь возможность рассказать о своих чувствах — важная часть процесса исцеления. По этой причине важную роль играют группы поддержки. В 1970 г. в Северной Америке начала работать первая группа оказания помощи родственникам и друзьям людей, совершивших суицид (172). Подобные группы впоследствии были созданы в разных странах мира. Это группы, где

люди оказывают себе помощь сами, но при этом имеют доступ к внешней помощи и ресурсам. Польза таких групп очевидна. Общий опыт потери человека из-за самоубийства связывает людей и поощряет их разделить свои чувства с другими (172).

Политические меры

В 1996 г. Департамент ООН по координации политики и развитию опубликовал документ, подчеркивающий важность мероприятий по предупреждению суицидов (173). Всемирная организация здравоохранения впоследствии выпустила серию документов по предупреждению самоубийств (171, 172, 174–177) и две публикации по психическим, неврологическим и психосоциальным расстройствам (41, 178). Были также опубликованы другие доклады и руководства по предупреждению суицидов (179).

В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения выступила с глобальной инициативой по предупреждению самоубийств со следующими целями:

- вызвать длительное снижение уровня суицидального поведения — с особым вниманием к развивающимся странам и странам с переходными социальными и экономическими процессами;
- идентифицировать, оценивать и устранять на ранней стадии, насколько это возможно, факторы, которые могут приводить молодых людей к самоубийствам;
- повысить общую осведомленность о самоубийствах и обеспечить психосоциальную поддержку людям с суицидальным мышлением или опытом попыток самоубийств, а также друзьям и родственникам тех, кто пытался совершить или совершил суицид.

Внедрение этой глобальной инициативы имеет два направления наряду с первичной стратегией ВОЗ по охране здоровья людей:

- организация глобальной, региональной и национальной мультисекторальной деятельности для повышения осведомленности о суицидальном поведении и его эффективном предупреждении;
- усиление возможностей стран по созданию и оценке мероприятий и планов по предупреждению суицидов, что включает:
 - поддержку и лечение людей из групп риска, например страдающих от депрессии, престарелых и молодых людей;

- уменьшение доступности средств самоубийства, например токсических веществ;
- поддержку и укрепление организаций для выживших после суицида;
- тренинги для медицинских работников и работников других секторов, относящихся к делу.

В рамках этой инициативы сейчас выполняется исследование, которое пытается определить специфические факторы риска и способы вмешательства, которые эффективны для снижения уровня суицидального поведения.

Рекомендации

На основании сказанного в этой главе можно сделать несколько важных рекомендаций по снижению уровня суицидального поведения как с летальным, так и нелетальным исходом.

Улучшение данных

Существует острая необходимость в большей информированности о причинах суицида в национальном и международном аспекте, особенно среди групп меньшинств. Нужно поощрять межкультурные исследования. Они могут привести к лучшему пониманию причинных и защитных факторов и, следовательно, сделать более эффективными превентивные усилия. Вот несколько специальных рекомендаций для получения лучшей информации о самоубийствах.

- Следует поощрять правительства собирать данные о случаях самоубийств как с летальным, так и нелетальным исходом и делать такие данные доступными Всемирной организации здравоохранения. Больницам и другим социальным и медицинским службам нужно строго рекомендовать делать записи о нелетальном суицидальном поведении.
- Данные о суицидах и попытках самоубийств должны быть действительными и неустаревшими. Нужно установить набор одинаковых критериев и определений и затем постоянно их применять и оценивать.
- Сбор данных следует организовать так, чтобы избежать дублирования статистических записей; в то же время информация должна быть доступна для исследователей, проводящих аналитические и эпидемиологические обзоры.

- Следует попытаться улучшить обмен данными между больницами, психиатрическими и другими медицинскими учреждениями, отделениями полиции и следователями, ведущими дела о насильственной смерти.
- Всех медиков и чиновников в учреждениях, которые работают с группами риска, нужно обучать, как выявлять людей с риском суицидального поведения и направлять их на лечение, а также кодировать такие случаи соответствующим образом в системах сбора данных.
- Нужно собирать информацию о социальных индикаторах — в том числе о качестве жизни, уровне разводов, социальных и демографических изменениях — вместе с данными о суицидальном поведении для того, чтобы улучшить современное понимание этой проблемы.

Дальнейшие научные исследования

Следует проводить больше научных исследований, чтобы проверить относительный вклад психосоциального и биологического факторов в суицидальное поведение. Если два эти типа факторов будут чаще изучаться совместно в научно-исследовательских программах, это приведет к большому прогрессу в современных знаниях о суициде. Особенно многообещающая область — быстро расширяющиеся научные исследования в молекулярной генетике, где среди прочего сейчас получено много информации относительно контроля над метаболизмом серотонина.

Следует проводить больше клинических исследований причинной связи между параллельными болезненными состояниями, например между депрессией и злоупотреблением алкоголем. Следует также больше уделять внимания возрастным группам населения (так как суицид у престарелых отличается от суицида у молодых), а также группам, выделенным на основании типов личности и темперамента. «Визуализация мозга» (исследование функциональной активности мозга — *Прим. ред.*) — другая область, требующая больших научных усилий. Наконец, следует больше исследовать роль враждебности, агрессии и импульсивности в суицидальном поведении.

Улучшение психиатрического лечения

Значительная роль психиатрических факторов в суицидальном поведении наводит на мысль, что для предупреждения суицида важно улучшение лечения лиц с психическими нарушениями. В этом направлении нужно сделать следующие шаги.

- Фармацевтические компании следует побуждать разрабатывать больше медицинских препаратов, эффективных при психических расстройствах. Возможно, именно появление селективных ингибиторов повторного поглощения серотонина вызвало некоторое снижение уровня самоубийств в Скандинавии (180).
- Следует финансировать исследования, направленные на открытие более эффективных методов психотерапии и консультирования индивидов, склонных к самоубийствам. В частности, нужно разрабатывать более специфические методы для тех людей, чьи личностные расстройства могут приводить к суицидальному поведению.
- Гораздо большее число людей должно уметь распознавать симптомы и признаки суицидального поведения и знать, где можно получить помощь, если она потребуется — в семье, у друзей, врачей, социальных работников, религиозных лидеров, работодателей или учителей и других школьных работников. В частности, врачи и другие лица, оказывающие медицинскую помощь, должны пройти тренинг, чтобы уметь распознавать и лечить лиц с психическими расстройствами, особенно аффективными.
- Высшим приоритетом для правительств и министерств здравоохранения должна быть ранняя идентификация и лечение людей, страдающих не только от психических нарушений, но и от наркотической и алкогольной зависимости. Программа, созданная Ритцем в Готланде (Швеция) (181), может быть полезной моделью для других стран.

Изменения в окружающей обстановке

Ряд изменений в окружающей обстановке, возможно, ограничит доступ к средствам и способам самоубийства, а именно:

- ограждения на высоких мостах;
- ограждения на крышах и верхних площадках высоких зданий;
- требование к производителям автомобилей изменить форму выхлопных труб и устанавливать механизм, посредством которого мотор автоматически выключается после холостого движения в течение некоторого времени;
- ограничение доступа к пестицидам и удобрениям всем, кроме фермеров;
- что касается сильных медицинских препаратов, способных привести к смерти, то здесь нужно:
 - требовать от врачей и фармацевтов строгого контроля над рецептами;
 - снизить максимальное количество лекарств, отпускаемых по рецепту;
 - упаковывать медицинские препараты в пластиковые пузырьки;
 - там, где возможно, выписывать медицинские препараты в форме свечей.
- снижения доступа к оружию для людей из групп с риском суицида.

Усилия общин

Во многих общинах уже существуют учреждения по предупреждению суицида, хотя усилиями общин можно сделать еще больше. В частности, следует уделить внимание:

- разработке и оценке программ, проводимых в общинах;
- улучшению качества услуг, предоставляемых существующими программами;
- большему финансированию и поддержке со стороны правительства таких видов деятельности как:
 - создание центров по предупреждению суицидов;
 - создание групп поддержки людей, которые пережили самоубийство близкого человека (ребенка, интимного партнера или родителя) и которые сами таким образом могут быть подвержены повышенному риску самоубийства;
 - уменьшение социальной изоляции благодаря созданию в общинах молодежных центров и центров для пожилых.

- установлению партнерства и улучшению сотрудничества между соответствующими учреждениями;
- созданию образовательных программ по предупреждению суицидального поведения не только в школах, как это в основном происходит сейчас, но и на рабочих местах и в других учреждениях в общинах.

Заключение

Самоубийство — одна из ведущих причин смерти в мире и важнейшая медицинская проблема. Самоубийство и попытка самоубийства — сложные явления, которые возникают очень индивидуально благодаря взаимодействию биологических, психологических, психиатрических и социальных факторов. Комплексность причин неизбежно требует многостороннего подхода к предупреждению этой проблемы, который должен учитывать и культурный контекст. Культурные факторы играют огромную роль в суицидальном поведении (182), создавая большие трудности для характеристики этого явления в мире (183). То, что имеет положительный эффект в предупреждении суицида в одном месте, может быть неэффективно и даже иметь противоположное действие в другой культурной обстановке.

Требуются большие инвестиции как в научные исследования, так и в мероприятия по предотвращению самоубийств. Хотя краткосрочные эксперименты способствуют пониманию, почему происходит суицид и что можно сделать для его предупреждения, для полного понимания роли биологических, психосоциальных факторов и факторов сферы необходимы долгосрочные научные исследования. Существует также большая потребность в строгой оценке эффективности мероприятий через длительное время. Сегодня большинство проектов проводятся в течение короткого времени и получают незначительную оценку, если вообще ее получают.

Наконец, попытки предупреждения суицидов будут неэффективны, если они не происходят в рамках крупномасштабных планов, разработанных многодисциплинарными командами, в которые входят правительственные чиновники, специалисты по планированию системы здравоохранения, исследователи и практики целого ряда дисциплин и секторов. Инвестиции, осуществляемые

главным образом в планирование, материальное обеспечение исследований и в сотрудничество между этими группами, приведут к большому прогрессу в разрешении этой важной медицинской проблемы.

Библиография

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. В книге: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. New York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. В книге: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.
10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553–574.
14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 495–500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1998, 394:5–12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. В книге: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1–28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319–326.
28. De Leo D, Dickstra RFW. *Depression and suicide in late life*. Toronto and Bern, Hogrefe/Huber, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55–63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54–61.
31. Dickstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.

32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. В книге: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
33. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1–11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327–338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.
38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209–218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. В книге: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33–46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354:917–918.
41. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva, World Health Organization, 1998.
42. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 1988, 72:937–971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190–195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437–438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925–1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. В книге: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571–589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
51. Yip PSF et al. *Teenage suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227–1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. В книге: Maris RW et al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York, NY, Guilford, 1992:574–588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. В книге: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London, Academic Press, 1979:227–287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25–30.

61. Van Praag H. Suicide and aggression. В книге: Lester D, ed. *Suicide prevention*. Philadelphia, Brunner-Routledge, 2000:45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121–126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41–52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.
78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99–107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709–723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876–880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867–874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. В книге: Feinleib MR, ed. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. Prevention and interventions in youth suicide*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 89-1623):110–137.
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64–71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181–189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107–144.
86. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. В книге: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. New York, NY, Oxford University Press, 1992:16–48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254–261.

88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78–80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91–102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311–322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate selfharm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37–43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62–68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31–35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. [Suicide.] Paris, Alcan, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65–72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343–358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153–158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of selfdestructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512–1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891–895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263–274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate selfpoisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976–93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202–208.
105. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
108. De Leo D et al. *Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665–676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427–436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of “Final Exit”. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508–1510.
112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3–17.
113. *Rates of suicide throughout the country: fact sheet*. Washington, DC, American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964–1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77–80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. London, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. В книге: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995:173–206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. *Suicide in Queensland, 1990–1995*. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166–169.

121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419–422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76:1331–1341.
123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225–234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648–658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243–250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749–756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371–381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209–218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99–101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523–534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300–318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on «Sociology's One Law». *Social Forces*, 1983, 62:521–528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's «one law». *Social Forces*, 1981, 60:495–516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945–964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457–466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362–374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236–239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12–16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122–123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325–340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318–1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573–580.
146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. В книге: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000: 585–595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. В книге: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. New York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302–328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.

150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371–379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111–112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569–577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23–27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632–634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. В книге: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. New York, NY, Grune & Stratton, 1976:528–546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111–118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17: 751–761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239–244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304–310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services (“crisis hotlines”) on the suicide rate in 25 German cities. В книге: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. New York, NY, Springer Verlag, 1988:431–436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75–77. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86–93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114–120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151–154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467–472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).
173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York, NY, United Nations, 1996 (document ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.3).
176. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.4).
177. *Preventing suicide: a resource for prison officers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
179. United States Public Health Service. *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*.

- Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:113–117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. В книге: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Philadelphia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173–187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53–55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81–89.