

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: «Кореляція захворюваності на психічні хвороби з епідеміологічними показниками самогубств та самоушкоджень»

Здобувач вищої освіти
групи 13401 АГЗ, спеціальності
229 «Громадське здоров'я»
ОПП 229 «Громадське здоров'я»

підпис

Лямець Артем Михайлович

Науковий керівник
кандидат медичних наук,
доцент

підпис

Бібик Інесса Геннадіївна

Керівник освітньо-
професійної програми
доктор медичних наук,
професор, академік
Національної академії
вищої освіти України

підпис

Грузєва Тетяна Степанівна

Завідувач кафедри,
доктор медичних наук,
професор, академік
Національної академії
вищої освіти України

підпис

Грузєва Тетяна Степанівна

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень.....	3
Вступ.....	4
1. Взаємозв'язок розладів психіки і поведінки та суїцидів (огляд літератури).....	10
1.1. Чинники ризику поширення суїцидів.....	10
1.2. Дослідження нових факторів ризику, що асоціюються із суїцидальною поведінкою.....	22
1.3. Дослідження суїцидальної поведінки в Україні.....	29
2. Аналіз взаємозв'язків між епідеміологічними показниками стосовно розладів психіки і поведінки та суїцидів і їх чинників ризику.....	41
2.1. Оцінка кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками психічних розладів та суїцидами в Україні.....	41
2.2. Оцінка кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками в Литві.....	60
3. Потенціал системи громадського здоров'я щодо профілактики суїцидальної поведінки.....	73
3.1. Міжнародні рекомендації із профілактики та запобігання суїцидам.....	73
3.2. Стратегії подолання суїцидальної поведінки в Україні.....	88
Висновки.....	99
Список використаних джерел.....	108
Додатки.....	123

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АД-и – антидепресанти

ВВП – валовий внутрішній продукт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗМІ – засоби масової інформації

КМУ – Кабінет міністрів України

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

НС – нервова система

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

СКС – стандартизований коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень

СОЗ – система охорони здоров'я

ЦГЗ МОЗ України – Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

BDNF brain-derived neurotrophic factor (мозковий нейротрофічний фактор)

COVID-19 – coronavirus disease 2019 (коронавірусна хвороба 2019 р.)

DALY – disability-adjusted life year (роки життя з поправкою на інвалідність)

GFNF – glial cell-derived neurotrophic factor (гліальний нейротрофічний фактор)

HFA-DB – European Health for All database (Європейська база даних «Здоров'я для всіх»)

NICE – National Institute for Health and Care Excellence (Національний інститут здоров'я та досконалості допомоги в Англії)

PICO – population, intervention, comparator, outcome (популяція, інтервенція, компаратор, результат)

ВСТУП

Актуальність теми. ВООЗ свідчить, що у 2019 р. кожна восьма людина на планеті або 970 млн. осіб в усьому світі страждали від психічних та тривожних розладів, депресій (тривожність та депресивні епізоди є найпоширенішими серед психічних порушень) [1]. Епідеміологічні дані розладів психіки та поведінки вказують на значне міжнародне поширення проблематики, і реагування на таку ситуацію має здійснюватися системою громадського здоров'я.

В світі помічені і інші закономірності, що пов'язані із впливом одних розладів психіки та поведінки на розвиток інших. Існують гіпотези, що може бути підтверджена кореляція захворюваності на психічні розлади з епідеміологічними показниками самогубств та самоушкоджень, тобто можуть бути виявлені актуальні біостатистичні закономірності. Тривожні розлади можуть еволюційно переходити в розлади особистості, а депресії (особливо важкі ендогенні депресивні розлади) в певних випадках призводять до самоушкоджень або суїцидів. В основному, ці «еволюційні переходи» можуть реалізовуватися через хронічний перебіг розладів або відмови від їх фахового лікування. Наприклад, 301 млн. осіб (дані 2019 р.) з тривожними розладами у світі є в групі ризику щодо розвитку розладів особистості (які можуть призвести до суїцидальної поведінки), а 280 млн. людей із депресіями через певні проміжки часу можуть зробити спробу суїциду. У групі ризику є також 40 млн. осіб із біполярним розладом, оскільки депресивна фаза цього захворювання фактично може дорівнювати за своїми наслідками важкій депресії. 24 млн. людей [1] у світі хворіють на шизофренію, і частина цих осіб з сильно вираженою маячною та галюцинаторною симптоматикою здійснюють спроби суїциду. Слід зазначити, що депресивні фази психозів є також серйозним ризиком розвитку суїцидальної поведінки.

Магістерська робота базується на ретроспективному аналізі статистичних показників бази даних «Здоров'я для всіх» (HFA–DB) [2], в роботі використана статистика великих соціальних груп, що охоплюють населення країн. Ретроспективні дослідження передбачають аналіз даних за попередні роки, що в певній мірі

допомагає осмислити зв'язок психічних захворювань із самогубствами та самоушкодженнями. Для цього дослідження були обрані наступні показники: захворюваність на розлади психіки та поведінки (на 100 тис. населення), число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів, захворюваність на алкогольні психози, щорічне вживання алкоголю (літри чистого спирту на людину, населення віком 15+ років). Гіпотезою цієї роботи є твердження, що існує зв'язок між досліджуваними параметрами. Тому доцільно використати кореляційно-регресивний аналіз для вищезазначених показників.

Центр громадського здоров'я МОЗ України наголошує, що кожні 40 секунд у світі від самогубства гине одна людина. Щорічно більше 800 тис. людей у світі закінчують життя самогубством. На планеті самогубство входить до п'ятірки найбільш частих причин смерті серед молоді 15–19 років. Динаміка суїцидальних тенденцій є небезпечною, оскільки за останні 45 років кількість самогубств у всьому світі збільшилась на 60 %. В Україні в 2017 р. самогубство стало причиною смерті майже 6,5 тисяч людей [8].

Актуальність магістерської роботи полягає в тому, що не дивлячись на логічне помітне співвідношення розладів психіки та поведінки та суїцидальних випадків, в науковій літературі бракує досліджень, в яких цей зв'язок підтверджується статистично.

Високі показники захворюваності та поширюваності розладів психіки та поведінки, в тому числі на території України, вказують на необхідність зосередження на вивченні чинників ризику їх розвитку. У 2017 р. в Україні рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки становив 424 випадки на 100 тис. населення. Для порівняння в Фінляндії цей показник становив 62 на 100 тис., а в Ізраїлі – 72. В деяких країнах захворюваність на розлади психіки та поведінки є меншою ніж в Україні, а отже урбаністичні, екологічні, гігієнічні, профілактичні та психогігієнічні механізми зменшення рівня цих порушень мають бути досліджені та втілені у життя. Ще більш несприятливою є тенденція, коли самі розлади психіки та поведінки стають факторами подальшого ускладнення епідеміологічної ситуації стосовно ментального здоров'я населення. Наприклад, психічний розлад може стати причиною появи

соціофобії, сприяти погіршенню соціальної адаптації та безробіттю, призводити до депресивних станів, агресивних дій, порушень закону, а також аутоагресивних трагічних подій – самогубств (самоушкодження). І хоча суїциди не є провідною причиною смертності населення, потрібно вивчати їх природу, оскільки соціальне середовище часто саме по собі «прописує» потенційні сценарії передчасної смерті або загибелі громадян.

Самогубства стають недосяжними для низки профілактичних, психогігієнічних та прогностичних механізмів через обмеженість наявної інформації (адже після смерті людини важко відтворити її мотиви) для глибинного аналізу передумов та справжніх причин цих трагедій. Якщо зафіксовані клінічно психотичні стани можна фармакологічно та психотерапевтично коригувати, то суїцид є часто незворотнім процесом, який дуже важко зупинити. За даними 2019 р. в Україні стандартизований коефіцієнт смертності (СКС) від самогубств та самоушкоджень дорівнював 12,1 на 100 тис. [10], що є високим показником в порівнянні з Швейцарією, де СКС становить 8,5, Великобританією – 8,4 та Румунією – 7,2. Це може свідчити про те, що певні чинники ризику в Україні просто не враховуються. Відповідно, статистичний аналіз та визначення зв'язків між різними епідеміологічними показниками, дотичними до проблеми психічних розладів, дозволяють наблизитися до виявлення тих факторів ризику, які сприяють суїцидальним тенденціям в Україні. Не зважаючи на те, що розлади психіки та поведінки вважають одним із факторів ризику самогубств, практично відсутні масштабні статистично доведені докази цього зв'язку. Отже, системне об'єднання чинників ризику суїцидів, а також визначення кореляційного зв'язку між ними може допомогти відповісти на питання щодо справжніх прямих причин суїцидальних тенденцій.

Актуальність проблеми суїцидів підкреслюється численними метааналізами, систематичними оглядами та обсерваційними дослідженнями, що можуть бути ідентифіковані за допомогою пошукової системи (бази) Pubmed. Зокрема, в науковому середовищі аналізується кореляція між суїцидальною та не суїцидальною

самоушкоджуючою поведінкою у дітей, вивчаються нейтротранскриптомні¹ підписи для захворюваності на порушення настрою та суїцидальної смертності, спроби суїциду розглядають з точки зору генетики, розглядаються зв'язки проблем зі сном та суїцидальною поведінкою у пацієнтів з депресією, окреслюються закономірності суїцидальних спроб у осіб з шизофренією [11-15] та ін. Вищезазначені приклади демонструють різнопланові підходи до вивчення причин суїцидальних тенденцій, але бракує робіт, що присвячені саме визначенню кореляційного зв'язку між психічними розладами та суїцидами. Отже, вплив розладів психіки і поведінки на суїциди залишається недооціненим.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Магістерська робота пов'язана із науково-дослідними темами кафедри громадського здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Мета дослідження – наукове обґрунтування профілактики суїцидальної поведінки на основі аналізу епідеміологічних даних та факторів ризику розладів психіки та поведінки.

Втілення мети передбачає вирішення наступних **завдань**:

1. Провести аналіз вітчизняних та іноземних джерел за тематикою визначення кореляції захворюваності на психічні хвороби з епідеміологічними показниками самогубств та самоушкоджень.
2. Проаналізувати показники смертності від самогубств/самоушкоджень в Україні протягом 1999–2017 рр., а також в Литві упродовж 1993–2020 рр. Встановити кореляції із чинниками ризику.
3. Провести дослідження зв'язку між захворюваністю на розлади психіки та поведінки, тривалістю лікування в психіатричному стаціонарі 365+ днів (довга ізоляція в умовах стаціонару може підвищувати ризики появи суїцидального мислення), захворюваністю на алкогольні психози, щорічним вживанням алкоголю та рівнем самогубств/самоушкоджень.

¹ Транскриптомні технології – методи, що застосовуються для вивчення транскриптома, тобто сукупності всіх РНК-транскриптів організму. В контексті суїцидології, досліджуючи нейтротранскриптоми, можна встановити, які клітинні процеси головного мозку були активні на момент спроби суїциду і т. д.

4. Проаналізувати коефіцієнти кореляції, їх направленість та силу.
5. Дослідити вплив розладів психіки та поведінки як фактор ризику розвитку самогубств/самоушкоджень.
6. Провести аналіз існуючих профілактичних підходів щодо подолання суїцидальної поведінки в міжнародних настановах, нормативно-правових документах, програмах, стратегіях, концепціях.
7. З'ясувати, чи є хронізація розладів психіки та поведінки важливим аспектом, що впливає на частотність та динаміку суїцидів/самоушкоджень.
8. Розробити пропозиції щодо удосконалення профілактики суїцидальної/самоушкоджуючої поведінки.

При проведенні дослідження застосовувалися такі **методи**: епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічний аналіз.

Було використано наступні **джерела інформації**: дані іноземної та вітчизняної наукової літератури, Європейська база даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» (HFA–DB) , база даних Pubmed, відомості ВООЗ, інформація Міністерства охорони здоров'я України, закони України, пов'язані із охороною здоров'я, дані Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України», відомості Національної служби здоров'я України (НСЗУ), нормативно-правові документи та накази за тематикою охорони здоров'я, монографії та посібники з тематики профілактики суїцидальної/самоушкоджуючої поведінки, уніфіковані клінічні протоколи, міжнародні настанови [16,17].

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я та профілактика суїцидальної/самоушкоджуючої поведінки.

Предмет дослідження: захворюваність на розлади психіки та поведінки, алкогольні психози; смертність від самогубств/самоушкоджень та її фактори ризику (зокрема, вживання алкоголю, ізоляція в психіатричних стаціонарах).

Програму дослідження було реалізовано у три етапи.

Перший етап присвячений аналізу наукових джерел з питань профілактики самогубств/самоушкоджень та виявлення чинників ризику розвитку суїцидальної

поведінки. Всього було досліджено 97 наукових, статистичних і нормативно-правових джерел, з них 37 – іноземною мовою (англійська).

Другий етап передбачав аналіз епідеміологічних даних України та Литви з Європейської бази даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я для всіх» (HFA–DB) із використанням програми статистичної обробки MedStat [23].

На третьому етапі було проведено аналіз існуючих профілактичних підходів щодо подолання суїцидальної поведінки в міжнародних настановах, нормативно-правових документах, програмах, стратегіях, концепціях і т. д. Для надання рекомендацій щодо покращення профілактики суїцидальної поведінки були використані дані з другого етапу.

Структурно магістерська робота складається із вступу, основної частини (розділ 1 «Взаємозв'язок розладів психіки і поведінки та суїцидів (огляд літератури)»; розділ 2 «Аналіз взаємозв'язків між епідеміологічними показниками стосовно розладів психіки і поведінки та суїцидів та їх чинників ризику; розділ 3 «Потенціал системи громадського здоров'я щодо профілактики суїцидальної поведінки»), висновків та списку використаних джерел (68 позицій, 38 україномовних, 30 англомовних).

Апробація результатів магістерської роботи на студентській науково-практичній конференції, присвяченій I річниці створення Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини НМУ ім. О. О. Богомольця «Інноваційні підходи у наукових дослідженнях у сфері громадського здоров'я та профілактичної медицини: досягнення та перспективи» (11 лютого 2025 р.) (доповідь і тези: «Кореляція захворюваності на розлади психіки і поведінки з коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень в Україні та Литві») і на науково-практичній конференції з міжнародною участю до всесвітнього дня здоров'я 2025 р. в НМУ ім. О. О. Богомольця (4 квітня 2025 р., доповідь і тези: «Аналіз чинників ризику розвитку суїцидальної поведінки»).

РОЗДІЛ 1. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ТА СУЇЦИДІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Чинники ризику поширення суїцидів

Епідеміологічний нагляд відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я» здійснюється як за інфекційними, так і за неінфекційними захворюваннями [24]. Розлади психіки та поведінки значно впливають на здоров'я населення, погіршуючи взаємодію пацієнтів із соціумом. Безсумнівно, розлади психіки та поведінки знижують соціальну адаптацію та благополуччя людей, сприяють зниженню рівня і якості їх життя, призводять до стигматизації пацієнтів [25]. Відповідно, пацієнт, що страждає на депресію, шизофренію або біполярний розлад швидше за інших вичерпує свої фізичні та психічні ресурси, не може реалізувати соціалізацію, реагує на стреси та труднощі нересурсно і непродуктивно.

Розлади психіки та поведінки значно впливають на все суспільство, ускладнюючи соціальні взаємодії, призводячи до значних витрат у сфері охорони здоров'я, інвалідизуючи населення. Впливи на економіку та систему охорони здоров'я (СОЗ) є настільки суттєвими, що зараз у світі мова іде не просто про психічну стабільність окремої людини або особистості, а про громадське психічне здоров'я або ментальне здоров'я [26]. Службою громадського здоров'я за участі психіатрів і психологів розробляються програми, метою яких є профілактика розладів психіки та поведінки, створення умов для подолання різного роду психічних залежностей, вчасне реагування та оперативна протидія пропаганді нездорових життєвих стилів, формування підходів для підтримки психічного здоров'я населення на основі даних доказової медицини.

Пріоритетність профілактики розладів психіки та поведінки є настільки важливою, що під керівництвом ВООЗ був розроблений документ «Комплексний план заходів у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр.» [27]. У світі розвиваються та реалізуються послуги, політики, стратегії, а також законодавчі ініціативи щодо покращення психічного здоров'я населення всіх країн світу. Слід розуміти, що

психічні розлади є небезпечними не тільки через їх згубний вплив на особистість, але й через їх опосередковані ефекти на загальний фізичний стан людини. Причому до цих аспектів можна віднести не тільки хронічну психосоматику, що значно знижує якість життя людини, але й поступове байдуже ставлення до власного здоров'я, відсутність бажання лікуватися від серцево-судинних, онкологічних, інфекційних та інших хвороб [27].

Світовий рівень зацікавленості в профілактиці психічних захворювань не є випадковим. В глобальному тягарі хвороб депресія, тривожність та самоушкодження є помітними елементами, що значно погіршують якість життя всього людства. Більш ґрунтовно ці відомості представлені на рисунку 1.1.:

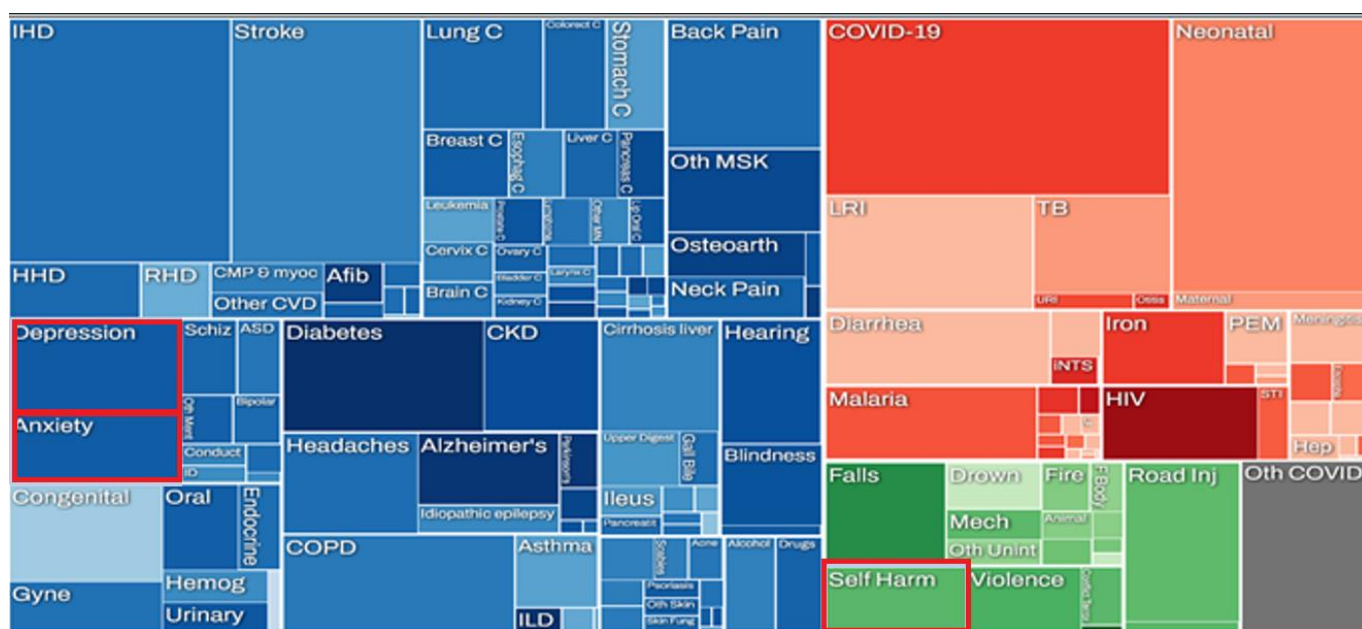


Рис. 1.1. Глобальний тягар хвороб [28]

Глобальний тягар депресії складає 1,95 % від загального DALYs, тривожності – 1,47 %, самоушкоджень – 1,16 % від загального DALYs. Тобто глобальний тягар депресії перевищує показники тягара трахеїтів, бронхітів і раку легень (1,62 %), що може свідчити про те, що проблема з розладами психіки та поведінки потребує ефективного вирішення. Підвищені показники тривожності населення будуть лише посилювати різні залежності (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, зловживання психоактивними речовинами і т. д.). Тобто одні розлади психіки та поведінки підвищують вірогідність розвитку інших.

Проблеми психічного здоров'я стають найбільш гострими в часи епідемій, військових дій, кризових явищ міжнародного та локального масштабів. Їх розв'язання часто не є очевидним, оскільки урбанізоване суспільство своїми ж власними діями зумовлює появу великої кількості нових стресів, пов'язаних як із особистими, так і суспільними процесами. На сьогодні стає зрозуміло, що проблеми тривожності, депресій, суїцидів, залежностей від психоактивних речовин не можуть бути розв'язаними тільки зусиллями гарячих ліній, телефонів довіри, психологічних та психіатричних центрів, оскільки суїцидальна поведінка не є раптовим процесом. Показник смертності від самогубств та самопошкодження в Україні на 100 тис. нас. складав у 2017 р. 13,6 осіб [29]. Це означає, що на кожні 100 тис., наприклад, жителів мегаполіса, міста, села або іншого населеного пункту близько 14 людей не змогли знайти адекватної допомоги, терапії або соціального розуміння при розв'язанні своїх тих чи інших проблем, що призвело до спроб суїцидів та завершених суїцидів, яким запобігти не вдалося. Також система охорони здоров'я не змогла вчасно відкорегувати ризики і запобігти суїцидам.

Розвиток розладів психіки та поведінки відбувається повільно, пікові навантаження на нервову систему та психічні процеси фіксуються тільки через певний період часу. Безліч станів, що були позначені або діагностовані як тривожність, депресія, розлади особистості, починають ускладнюватися суїцидальною симптоматикою тільки через 2, 3, 5 або і більше років. Це дає психологам, лікарям та епідеміологам час для вивчення тих чи інших загроз для населення.

Є очевидним той факт, що вже реалізовані невдалі спроби суїцидів можна проаналізувати, а також надати постраждалій людині кваліфіковану допомогу. Також важливим аспектом профілактики суїцидів є формування у населення позитивного бачення сьогодення і майбутнього, причому із певною деталізацією. Часто рекомендації щодо подолання суїцидів ґрунтуються на відфільтровуванні розмов, де йдеться про смерть, плани про те, щоб закінчити життя, вияснення дії препаратів, які можуть допомогти вчинити суїцид і т. д. Відповідно, після ідентифікації таких випадків рекомендують звернення до психолога, соціальну підтримку та огляд у

психіатра. Однак в багатьох випадках людина не може отримати жодних альтернатив з цього переліку.

Ситуація ускладнюється ще й тим, що окрім прогресуючих депресій, що можуть через декілька років призвести до суїциду дорослу людину, суїцидальна поведінка може фіксуватися навіть з дитячого віку [30]. У 2022 р. було проведено систематичний огляд та метааналіз, які засвідчили превалентність (або поширеність) суїцидального мислення у дітей на рівні 15,1 %, суїцидальні спроби у 2,6 % і несуїцидальне самоушкодження у 6,2 %. Превалентність суїциду склала 0,79 на 1 млн дітей в загальній популяції. Серед основних чинників ризику було зафіксовано: чоловічу стать, жорстоке поводження з дітьми, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, а також депресії. Однак для клінічних випадків на відміну від загальної популяції ці показники можуть відрізнятися. Наприклад, для клінічної популяції превалентність суїцидів складала 0,46 %, а для суїцидального мислення – 43,18 %. Поточна поширеність для клінічної популяції була від 11,65 % для спроб суїциду і до 38,19 % для суїцидального мислення [30].

Відповідно до вищезазначеного дослідження є підстави вважати, що приблизно у 17 % осіб препідліткового віку суїцидальне мислення може переходити у спроби суїциду. Між тим, батьківська підтримка у цих випадках значно знижувала ризики появи суїцидальних та самоушкоджуючих дій і думок. Актуальним аспектом є те, що у осіб препідліткового віку чоловічої статі були вищими ризики розвитку самоушкоджуючих думок і поведінки, аніж у підлітків. Якщо уявити, що суїцидальне мислення у 15 % дітей з віком еволюціонує в реальні спроби суїциду, то десь через 5–10 років ці особи можуть опинитися в групі надзвичайно високого ризику. Важливо зазначити, що несуїцидальні самоушкодження можуть бути серйозним предиктором до саме здійснення самогубства. В певній мірі вищезазначені відомості демонструють той факт, що суїцидальні думки та поведінка не є наслідком довготривалих психічних розладів виключно у дорослих, але й можуть еволюціонувати з дитячого віку [30].

Слід зазначити, що поява спроби суїциду як критичної та особливо небезпечної події у дорослих осіб може свідчити про те, що діагностика такої людини була неефективною або нездійсненою як мінімум двічі: у дитячому віці та дорослому.

Необхідно також звернути увагу на те, що загальні та клінічні популяції демонструють значно різні превалентності, наприклад, по суїцидальному мисленню. Відповідно, виникають дві великі соціальні групи, причому одна з них є когортою, що на рівні звичайної популяції демонструє суїцидальні думки і пов'язані з ними ризики, і друга – яка виявляє людей із клінічними випадками, що призводять до суїциду.

Епідеміологія суїцидів вивчається досить довгий час, причому відома більша превалентність самогубств серед чоловіків, і в той же час нефатальна суїцидальна поведінка більше властива для жінок та молоді. Не дивлячись на спроби лікування людей із суїцидальними ризиками, рівні інцидентності суїцидів суттєво не змінюються. За даними 2008 р. в США було відомо, що кожен рік близько 30 тис. осіб в країні помирають від самогубств, а також в усьому світі приблизно 1 млн. померли від самогубства [31]. Суїциди суттєво впливають і формують суттєвий економічний тягар. На сьогодні за даними ВООЗ більше 720000 людей помирають щороку від самогубств. Причому суїцид вважається третьою провідною причиною смерті серед популяції 15–29 років. 73 % глобальних суїцидів помічено в країнах з низьким та середнім рівнем доходів². Відомо, що вже 16 років тому самогубства призводили до втрат продуктивності у розмірі 11,8 млрд доларів за рік (США). У 2020 р. економічні втрати через самогубства та нефатальні самоушкодження в США сягнули 510 млрд доларів щорічно³. Тобто слід зазначити, що розвинуті країни досить серйозно вивчають тематику суїцидів, оцінюють епідеміологію, кореляції між показниками, тягар хвороб у DALY та аспекти економічного тягара суїцидальної поведінки.

У 1997–2007 рр. в США було встановлено віко-статеві закономірності щодо осіб, які вчинили суїциди. В тому числі, було помічено, що до віку 15–19 рр. не відмічалось суттєвої різниці між хлопцями та дівчатами щодо кількості самогубств. Однак після 15–19 років показники частоти суїцидів для хлопців були значно

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

³ Peterson C, Haileyesus T, Stone DM. Economic Cost of U.S. Suicide and Nonfatal Self-harm. *Am J Prev Med.* 2024 Jul;67(1):129-133. doi: 10.1016/j.amepre.2024.03.002. Epub 2024 Mar 12. PMID: 38479565; PMCID: PMC11193601.

вищими. Заслуговує на увагу той факт, що з 1990 і по 2005 рр. найвищі показники смертності від суїцидів на 100 тис. населення фіксувалися саме для чоловіків віком ≥ 65 років [31]. Є відомості, що між 2001 та 2021 рр. в США рівні суїцидів суттєво підвищилися для чоловіків віком 55–74 роки і жінок віком 55–84 роки. Тобто для чоловіків віком 55 років та старше рівні суїцидів підвищилися серед всіх вікових груп між 2001 та 2021 рр. Хоча тільки підвищення для чоловіків віком 55–64 роки (з 21,2 смертей на 100 тис. населення до 26,6) і чоловіків віком 65–74 роки (з 24,5 і до 26,1) є значимими⁴. Ці тенденції відповідно підтверджуються і графічно:

Figure 2. Suicide rate among adults age 55 and older, by age group and sex: United States, 2001 and 2021

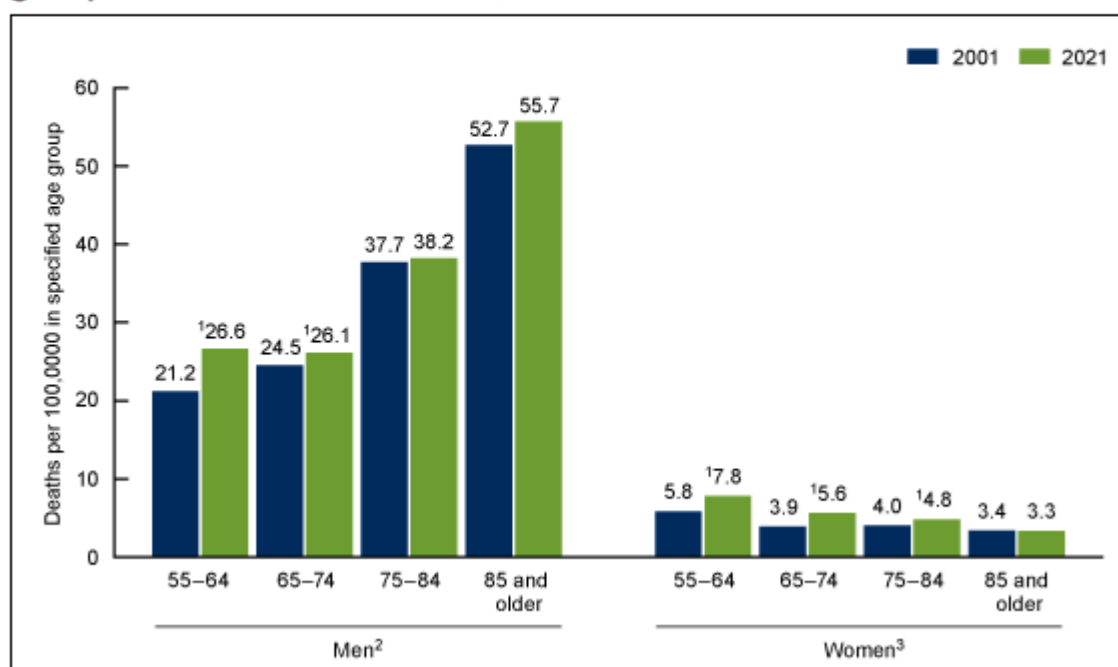


Рис. 1.2. Рівні суїцидів серед дорослих віком 55 і старше, розподілені по віку, групам та статі: США, статистика за 2001 р. і 2021 р.

Діаграма демонструє (чорний колір – 2001 р., зелений – 2021 р.) помітні тенденції значно вищих показників по суїцидам серед чоловіків 55 років і вище у порівнянні з групою жінок. Окрім цього значно вищі цифри помітні в усіх вікових підгрупах чоловіків, що в певній мірі говорить про те, що суїцидні ризики є значною мірою «чоловічою проблемою» (особливо літніх чоловіків), яка потребує негайного

⁴ <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db483.htm>

вирішення. Це свідчить про те, що навіть у розвинутих країнах похилий вік та хвороби з ним пов'язані гіпотетично сильно впливають не тільки на подальшу вікову соціалізацію, але і на подальше бачення та переоцінку життєвих перспектив.

Безумовно, суїцидальні тенденції серед населення пов'язані із такими чинниками ризику як постаріння, спадковість, наявність розладів психіки та поведінки, стреси. Наприклад, відсутність або недоліки в освіті, безробіття, соціальна нерівність зумовлюють значні ризики суїцидів, однак механізми дії цих чинників поки що недостатньо зрозумілі і не є достатньо прогнозованими. Зрозумілим залишається те, що підвищення загальних статків могло б зменшити суїцидальні тенденції, і дало б можливість для багатьох громадян більше уваги приділяти освітній та фаховій підготовці, відвідувати психологів, отримувати більше соціальних гарантій. Однак епідеміологічні показники суїцидів в розвинутих країнах говорять про те, що питання профілактики суїцидальної поведінки мають вирішуватись не тільки через фінансову або соціальну підтримку. А й і низку аспектів, які зараз, імовірно, не враховуються.

Безперечно, психіатричні чинники досить часто розглядалися як фактори ризику для суїцидальної поведінки. Однак профілакувати майже всіх хворих, наприклад, на тривожні синдроми, від суїцидів є досить трудомістким та дорогим способом для майже всіх систем охорони здоров'я. Крім того до цієї когорти будуть потрапляти пацієнти, у яких немає суїцидальних думок. Відповідно, тоді виникає питання, які саме стани є найбільш небезпечними, і як їх можна ефективно відслідковувати. В першу чергу, слід звернути увагу на зміни настрою людини (ангедонія, депресії і т. д.), контроль за імпульсами (імпульсивність), вживання алкоголю/психоактивних речовин, психотичні розлади, розлади особистості. Є також гіпотези, що декілька психічних захворювань можуть викликати ефекти потенційованого ризику.

Поєднання інших хвороб, що не належать до розладів психіки та поведінки, також є актуальним, оскільки важкість, наприклад, соматичного захворювання може впливати на психіку людини і спричинити розлади (аспект біопсихосоціальної моделі). Наприклад, встановлено, що суїцидальне мислення властиве для людей, які

хворіють на важкі форми акне [32]. Тобто значна кількість хвороб, що вражають шкіру, змінюють людську зовнішність, сприяють значній видимій травматизації та інвалідизації та важко відображаються на психічній діяльності, формуючи суїцидальне мислення, яке з часом може перетворюватися на суїцидальні спроби.

Інколи основні аспекти вивчення суїцидів ґрунтуються не тільки на визначенні тих чи інших розладів психіки та поведінки, але й на психологічних особливостях, таких як суїцидальне мислення. Такого роду логіка сприяє спочатку негативній картині самого себе, світу та майбутнього (тріада депресії), розвитку початкових спроб самоушкодження без суїцидальних намірів, які потім можуть еволюціонувати в суїцид. Ці ризики можуть бути епідеміологічно досліджені, і в одному з метааналізів стверджується, що приблизно 6 % дорослих та 16–18 % підлітків можуть демонструвати несуїцидальні самоушкодження. Відповідно, тут можна помітити кореляційні зв'язки між спробами суїциду та самоушкоджуючою поведінкою з несуїцидальними намірами. Актуальним аспектом є те, що такого роду поведінкові паттерни не є властивими для всієї популяції психічно хворих людей. Вони часто з'являються у пацієнтів психіатричних стаціонарів, причому рівень цих явищ може становити більше 60 %. Це означає, що в першу чергу, слід звертати увагу не тільки на сам факт психічного захворювання, а на його динаміку. В тому числі і на той аспект, скільки часу психічно хворий перебував на лікуванні, і чи були в нього виявлені несуїцидальні самоушкоджуючі варіанти поведінки [33].

Самоушкоджуюча поведінка може супроводжуватися значною дисрегуляцією емоцій, негативними афектами (смуток, тривога, страх, злість, негативні емоції), самокритикою (негативний образ себе – одна із складових тріади депресії), прямою злістю на себе. Враховуючи, що самоушкодження в тій чи іншій мірі (окрім несвідомих чи очевидно психотичних імпульсивних дій) свідчить про негативний образ власного «я», можна говорити про кореляції депресії з суїцидальними та самоушкоджуючими явищами. Однак слід розуміти, що легкі та помірні депресії не є основними причинами суїцидів, і більше впливають не на нанесення самоушкоджень або спроби суїцидів, а на якість життя пацієнта (ангедонія, відсутність енергії, підвищена самокритика, нав'язливі думки про нікчемність власної особистості,

негативізм щодо перспектив майбутнього та образу навколишнього світу і т. д.). В той же час, саме важкі депресії, які можуть виникнути упродовж декількох років після діагностування легкого або помірного депресивного епізоду, часто не враховуються або достатнім чином не профілактуються на рівні популяції. Хоча вони дійсно можуть призводити до суїцидів.

Досить важко встановлювати зв'язки між психологічними характеристиками особистості та спробами суїциду, оскільки не всі пацієнти стаціонарів або клієнти психологів заповнюють тести або спеціальні опитувальники. Також важко потім систематизувати ці відомості. Тим не менш, в деяких дослідженнях вказується, що такі емоційні стани як безнадійність, різні прояви психосоматики, соціальна ізоляція, відсутність приналежності до соціальних груп, імпульсивність, насилля або ігнорування в дитинстві пов'язуються із суїцидальною поведінкою [33].

Встановлення кореляції між суїцидальним мисленням та суїцидальними намірами ускладнюється, оскільки такі дані можна отримати тільки за умови психологічного консультування особи або проходження її лікування в стаціонарі. Окрім суїцидальних намірів складними питаннями, які важко прогнозувати та профілактувати, залишаються зв'язки звичок до болю та страху зі спробами самогубства.

В певній мірі спостерігається недооцінка особистісних рис, що можуть корелювати із суїцидальним мисленням, суїцидальними спробами та реалізаціями суїцидів [34]. Відчуття безнадійності формується під впливом різних чинників, в тому числі сімейних, освітніх, економічних, однак до теперішнього часу відсутні шкали вимірювань, які б могли допомогти аналізувати значні масиви населення на предмет особистісних розладів, в тому числі пов'язаних із депресіями. Якщо демографічні переписи населення ґрунтовно відповідають на низку питань, пов'язаних із демографічними пірамідами, віковими структурами, то важко собі уявити, які методики мають бути залучені для масового психологічного чи психіатричного тестування. Яке, між іншим, вимагало б значних фінансових та організаційних ресурсів.

Не новими є відомості і про значну невротизацію населення сіл, міст, мегаполісів. Психотравматичні епізоди, пов'язані із сімейними та міжособистісними стосунками, розлученнями, кар'єрними негараздами, бойовими діями – всі ці аспекти, безумовно, не є основними причинами суїцидів, але додають свою частину надсильних стресів до потенційної реалізації найгірших суїцидальних сценаріїв. Пропрацювання психотравматичних ситуацій інколи стає центром низки педагогічних, соціальних та медичних дискусій, однак значна частина населення часто не знає і не розуміє дієвості психологічної самодопомоги. В тому числі, через те, що міське середовище навіть на інформаційному рівні (бігборди, стенди, табло та монітори на зупинках громадського транспорту або метро) не є дружнім або інформативним щодо вирішення психологічних чи психіатричних питань. Через це небезпека суїцидів також може пов'язуватися і із урбаністичними стандартами, середовищами, інформаційним забезпеченням міст, селищ і т. д. Урбаністична складова не є випадковою у питаннях суїцидів. Всі управлінці, що керують містами, можуть вказувати на райони і мікрорайони населених пунктів, які вважаються офіційно або й неофіційно неблагополучними, особливо небезпечними через значну кількість занедбаних промзон, недобудованих об'єктів, присутність людей із алкогольними, наркотичними і іншими залежностями, пов'язаними із психоактивними речовинами. Психологічна та особистісна логіка жителів цих небезпечних районів досліджена недостатньо, суїцидальні тенденції там можуть бути суттєво вищими за інші міські середовища.

Інколи виникають і інші ситуації, в основному, пов'язані з тим, що прогностика суїцидальних трендів, тенденцій та потенційних епідемічних змін не є сформованою. Наприклад, тільки нещодавно (приблизно початок 1991 р.) почали з'являтися статті, наукові роботи та систематичні огляди, пов'язані із психологічними проблемами трансгендерів, які в недалекому минулому взагалі були мало відомі в контексті психології, психіатрії, соціальної адаптації. Цей приклад говорить про те, що невиключні випадки, коли ми будемо дізнаватися про людей із тих груп ризику щодо суїцидів, про які загальна громадськість майже не чула. Відповідно, є підстави

вважати, що трансгендери є у групі підвищеного ризику щодо здійснення суїцидів [35].

Суїцидальна складова може корелювати і із професійною структурою населення. Наразі немає однозначних відповідей на вищезгадане питання щодо однозначного віднесення тої чи іншої професійної спільноти до групи ризику реалізації суїцидів, однак відомо, що ментальні та фізичні навантаження, а також робота, зв'язана із піклуванням чи організацією допомоги, може суттєво впливати на психіку, призводячи до вигорання. Студентська та викладацька спільноти, особливо в медичних та фармацевтичних вузах, є в групі ризику щодо вигорання, а отже, депресивна складова може бути присутня як подальше ускладнення вищезгаданих процесів. Наприклад, в США як мінімум половина студентів медичних навчальних закладів можуть страждати від вигорання упродовж курсів навчання [36]. Відповідно, виникає певна «ланцюгова реакція», коли певні особистісні риси та розлади корелюють із вигоранням, а вигорання може асоціюватися із розладами психіки та поведінки, суїцидальним мисленням, депресіями і т. д. В той же час, слід зважати і на певні фактори, які можуть знизити вигорання в медичних вузах, наприклад, вивчення психології, психіатрії, фармакології та інших медичних та профілактичних дисциплін, які дозволяють студентам краще справлятися із стресами, депресіями і т. д.

Можна багато казати про різні зв'язки суїциду із психіатричними-розладами, вживанням алкоголю та психоактивних речовин, надмірними стресовими навантаженнями, однак найбільш важко знаходити закономірності між медичними, психологічними, соціальними та економічними послугами та зменшенням смертності від суїцидів. Мова може іти саме про ту діяльність, яка б могла певним чином призвести до суттєвого зменшення суїцидальних випадків. Слід звернути особливу увагу на те, що сімейні лікарі та терапевти досить рідко можуть шляхом комунікації або за допомогою інших метод зрозуміти або передбачити суїцидальні тенденції того чи іншого пацієнта [37]. Проблема також полягає у тому, що люди старшого та похилого віку з меншою вірогідністю аніж молоді будуть користуватися послугами, що пов'язуються із психічним здоров'ям. Це також призводить до невтішних

висновків щодо того, що значна кількість психологічних служб, які створюються сьогодні, скоріше за все, не зможуть допомогти певним прошаркам населення, тому що вони туди не будуть звертатися.

Такі постановки питань призводять до зміни розуміння, що насправді є бар'єрами для подолання суїцидів, які складові психологічної неграмотності певних мас населення, чому по допомогу досить рідко звертаються люди, які відчують суїцидні або депресивні думки. Слід констатувати, що у населення часто не формується потреба щодо послуг допомоги при суїцидах, не всі можуть розпізнати ризик суїцидальності. Часто аналіз суїцидів навіть не може наблизитися до психологічних, психіатричних, профілактичних та соціальних формулювань ідеї відпрацювання у населення поведінки пошуку допомоги [37]. Населення, особливо старшого віку, через звички до самотійності та самолікування намагається власними силами долати депресії та суїцидальне мислення, що не завжди може бути ефективним методом для подолання суїцидів. З економічної та медичної точки зору потреба щодо організації певних профілактичних послуг просто не формується.

Наразі в урбаністичному середовищі міст, а також на території невеликих населених пунктів не створено механізмів пошуку необхідної інформації або відомостей, які б допомогли подолати суїцидальне мислення та спроби суїцидів. Іншими словами, психологи, психіатри, лікарі, урбаністи та соціальні працівники не можуть точно вказати, яким має бути міський маршрут людини, яка прагне позбавитися від суїцидальних думок або депресії. На даний момент важко сказати, з якого пункту цей шлях має розпочинатися, і як його можна фіналізувати – тобто вилікувати пацієнта. Сьогодення не відображає в повній мірі, як суїцидальне мислення впливає на вибір тих чи інших комунікаційних засобів, як змінює пошукові стратегії в мережі Інтернет, яким взагалі в уяві пацієнта є образ допомоги. Відповідно, виникає питання, якою мірою ті чи інші фактори середовища сприятимуть тому, що людина із нав'язливими суїцидальними думками почне шукати допомогу або відмовиться від цієї стратегії порятунку [37].

Населення України немає досить високої освіченості щодо розуміння механізмів формування депресії, а також відсутні продумані шляхи та стратегії щодо

пошуку адекватної допомоги через суїцидальні нав'язливі думки. Не фіксується перевірених стратегічних рішень системи охорони здоров'я щодо подолання сорому пацієнтів, які вважають звернення за допомогою при суїцидальних думках певною слабкістю, неміччю власних психологічних, адаптивних чи особистісних ресурсів.

1.2. Дослідження нових факторів ризику, що асоціюються із суїцидальною поведінкою

Останнім часом розширюється спектр психічних розладів, які так чи інакше можуть мати зв'язок або бути чинниками ризику розвитку суїцидальної поведінки. Якщо вживання алкоголю, наркотиків, захворюваність на важкі психози пов'язувалися із несприятливими прогнозами щодо поведінкових патернів і небезпекою здійснення суїциду, то такі розлади психіки та поведінки як, біполярний розлад, довгий час розглядалися як певні проміжні стани, що прямо не загрожували в контексті здійснення самогубств. Між тим біполярні розлади можуть не тільки формуватися під впливом тих чи інших ендогенних чи екзогенних чинників, але й моделюватися за допомогою різних психостимулюючих та психотропних препаратів, які зараз досить поширені в аптечних мережах. В основному, мова іде про ті випадки, коли депресії лікують за допомогою психостимуляторів, антидепресантів та інших засобів, що активують центральну нервову систему. Відповідно, в таких випадках у людини виникає ніби декілька станів, причому один із них – це депресія без прийому препаратів, а інший – це стан підвищеного настрою під впливом, наприклад, антидепресантів. За таких умов особа починає періодично та по чергово перебувати у двох основних фазах – депресивній та (гіпо)маніакальній.

У дорослих біполярний розлад асоційований із одними з найвищих рівнів суїцидальних спроб та здійсненими суїцидами серед всіх психічних захворювань. Крім того, суїцидальні спроби є більш летальними при біполярному розладі аніж в загальній популяції. Так при дослідженні населення США, виявляється, що на кожні 30 випадків спроб суїциду в загальній популяції припадає одне здійснене

самогубство. При біполярному розладі епідеміологічні показники змінюються. І тоді вже серед людей із біполярним захворюванням одне самогубство відмічається на 3–4 спроби суїциду [38]. Слід зазначити, що дебют розладу у дитячому віці може асоціюватися навіть із вищими рівнями суїцидальних спроб.

Іншим питанням, що недостатньо є дослідженим, залишаються суїцидальні спроби та здійснені самогубства в закладах довготривалого медичного (або паліативного) догляду. Актуальним тут є епідеміологічний аспект, оскільки є відомості, що суїцидальні думки (активні та пасивні) є звичайним явищем серед осіб, що проживають у хоспісах, будинках престарілих і т. д. В одному з досліджень був виміряний місячний преваленс суїцидальних думок, що дорівнював 5–33 % [39]. Однак стверджується, що справжні суїциди є досить незвичним явищем для таких організацій. В умовах закладів довготривалого медичного (або паліативного) догляду суїцидальні думки мають взаємозв'язок із депресіями, соціальною ізоляцією, самотністю, погіршенням функціональності організму. В умовах подібних установ часто звертають увагу на зв'язок суїцидів із особистісними аспектами пацієнтів, однак є підстави вважати, що організаційні аспекти цих закладів (наприклад, кількість і розмір ліжок, співвідношення середнього та старшого медичного персоналу, якість їжі, робота з психологами, режим, дозволя і т. д.) можуть відігравати релевантну, а інколи і ключову роль у розвитку суїцидального мислення.

Не дивлячись на те, що в різних країнах існують національні та локальні стратегії протидії суїцидам, низка закладів із постійним доглядом за хворими, такі як будинки престарілих, заклади для груп людей із певними розладами, не завжди можуть забезпечувати якісний рівень життя для пацієнтів. Зокрема, психіатричні стаціонари за певних умов можуть бути самі по собі середовищем, де може розвиватися суїцидальне мислення, особливо якщо перебування там в середньому обчислюється роками. І якщо в стаціонарі спроби суїциду можливо попередити, то після виписки імовірність здійснення суїцидів може підвищуватися в одразу в декілька разів. Слід також зважати на те, що люди, які перебувають в подібних закладах, мають значну обмеженість щодо фізичної та психічної самопомоги. І їх

звернення до психологів, психіатрів, соціальних працівників обумовлюється не їх власним бажанням, а режимом того чи іншого лікувального або паліативного закладу.

Слід звернути особливу увагу на те, що методи та стратегії щодо профілактики суїцидів, які можуть спрацювати в загальній популяції, не гарантують схожого ефекту серед груп пацієнтів літнього віку, що перебувають в закладах закритого типу із наданням лікувальних або паліативних послуг. Безумовно, суїцидальні думки можуть бути як активними, так і пасивними, однак сам факт їх появи в подібних організаціях звертає на себе увагу. Навіть при умові зниження частоти суїцидів в загальній популяції, ризик самогубств у закритих закладах не знижується. Інколи вдається зафіксувати основні чинники ризику вчинення самогубств і серед них: чоловіча стать, історія депресії, наркозалежність, втрата чоловіка/жінки упродовж минулого року, попередня історія суїцидальної поведінки, порушення рухливості, погіршення загального статусу здоров'я, поганий настрій, безсоння, функціональні інвалідності, біль [39].

Розглядаючи питання біполярного розладу і його небезпеки щодо можливих здійснень суїцидів, слід зазначити, що не тільки депресивна фаза з її особливостями впливає на розвиток суїцидального мислення. Циклотимія, що характеризується чергуванням епізодів депресії та манії створює суттєві умови для ослаблення психіки. При емоційній нестабільності інстинкт самозбереження може блокуватися або пригнічуватися, що створює досить значні ризики розвитку небезпечних видів поведінки. Імпульсивність у маніакальній фазі призводить до укладення ризикованих договорів, ігроманії та залежності від азартних ігор, позичання значних сум грошей, неадекватного підвищення самовпевненості та самооцінки, сплутаності свідомості, переходу до ірраціональних планів та їх реалізації. Відповідно, після фазового переключення імпульсивність та гіпоманія переходять у депресію, яка поглиблюється розумінням та критичним ставленням до наслідків імпульсивної поведінки (борги, кредити, нереалізовані сподівання, програші в казино, неправильні вкладення коштів і т. д.). Після цього можлива реалізація нав'язливих думок суїцидально-депресивного характеру. Безумовно, існують і преморбідні стани, що можуть підвищувати вразливість до потенційного біполярного розладу, а саме: циклотимічні розлади

особистості, довготривалий прийом антидепресантів, коли депресії тривало або циклічно переходять у манії, інші розлади, які характеризуються полярними змінами настрою, різкими перепадами та циклічними змінами бадьорих та пригнічених станів. Відповідно, зупинка або видозміна цих циклів може знижувати і інтенсивність суїцидальних думок.

Результати окремих наукових досліджень свідчать, що окрім встановленого взаємозв'язку між самогубствами і біполярними афективними розладами певне значення мають депресивні або маніакальні симптоми першого епізоду захворювання (відповідно, якщо першим з'явився депресивний епізод, то суїцидальні спроби є більш вірогідними, особливо для жінок). Згідно епідеміологічних даних, серед пацієнтів із встановленим діагнозом біполярного афективного розладу рівень смертності від суїциду варіює в межах 0,2–0,4 випадків на 100 людино-років. Ці ризики певним чином можуть підвищуватися або й знижуватися, якщо мова іде про зловживання алкоголем та наркотиками під час різних фаз біполярного розладу. Окремого вивчення потребує питання впливу вживання психотропних речовини та алкоголю безпосередньо на біполярні фази, як видозмінюється депресія і як трансформується манія. Таким чином, у випадку біполярного розладу ми можемо оперувати переважно епідеміологічними даними щодо періодів найвищого ризику суїцидальних ідецій. Однак сам факт того, що стандартизований коефіцієнт смертності від суїцидів у людей із біполярним розладом вище у порівнянні із загальною популяцією у 10–30 разів [40], підкреслює потенційну користь систематизованого збору психологічних даних щодо циклотимії для запобігання прогресування біполярного афективного розладу. Дискусійним залишається питання, чи впливає поділ цього захворювання на I тип (чітко означені та помітні маніакальні фази) та II тип (депресія циклічно чергується із гіпоманіакальною фазою). Крім того і сама депресивна фаза може за своєю силою суттєво різнитися, що у подальшому вплине на суїцидальне мислення та спроби самогубства.

Суїциди залишаються однією з гострих проблем суспільства і українського в тому числі, що значно впливають не тільки на здоров'я людей в цілому, а торкаються всіх сфер життя. За даними МОЗ України, упродовж 2021 р. було зареєстровано 5914

самогубств, що тільки підкреслює масштаб трагедії [41]. Аналіз річної статистики дозволяє спрогнозувати річні людські втрати до 6000 життів. До ключових факторів, що впливають на скоєння самогубств, можна віднести недостатні обстеження населення, пов'язані, в першу чергу, з розладами психіки та поведінки, вживанням алкогольних напоїв та наркотичних речовин, знаходженням в закритих закладах тривалий час (в тому числі в психіатричних стаціонарах) тощо.

На сьогоднішній день науковці активно досліджують різноманітний взаємозв'язок суїцидів із особистісними, психологічними, психіатричними, соціальними, громадськими та подружніми чинниками. Не всі люди, що закінчили життя самогубством, були психічно хворими, і на цей фактор, безсумнівно, треба зважати. Так як на сьогодні немає чітких біомаркерів для діагностування суїцидальної поведінки, велика увага звертається на пошук різних нейротропних факторів, які можуть мати значення при реалізації суїцидальних думок. У зв'язку з цим, значна увага приділяється пошуку нейробиологічних факторів, які можуть бути залучені до механізмів формування суїцидальних намірів. Перспективним напрямком є дослідження особливостей та будови різноманітних нейротрофінів [42], молекул, що відіграють ключову роль у рості, диференціації, підтримці життєздатності та відновленні нейронних мереж [43]. Серед них особливий інтерес звертається на BDNF (мозковий нейротрофічний фактор – brain-derived neurotrophic factor) та GDNF (гліальний нейротрофічний фактор – glial cell derived neurotrophic factor). Фактично мова іде про низку білків, концентрація яких визначає прямий та опосередкований вплив на виживання нейронів, підтримує різні нейрональні популяції.

Низка досліджень висуває гіпотезу про можливий зв'язок між зниженими рівнями мозкового BDNF та підвищеним ризиком суїцидальної поведінки, що може слугувати раннім діагностичним маркером. Також вважається, що GDNF менше залучається до суїцидальної динаміки, тому і вивчається менше. Сучасні уявлення про патогенез психологічних розладів, включаючи суїцидальну поведінку, часто базуються на діатезно-стресовій моделі, яка передбачає взаємодію генетичної схильності та впливу стресових факторів, що можуть мати біохімічні механізми впливу на генетичний апарат [44]. Нейротрофіни здатні активувати один або кілька

Trk-рецепторів, специфічних тирозинкіназ, які беруть участь у регуляції синаптичної передачі та інших важливих процесів у нервовій системі. Ці рецептори залучені до процесів виживання, диференціації нейронів та подальших внутрішньоклітинних сигнальних шляхів. Так, BDNF та GDNF можуть модулювати активність Trk-рецепторів, впливаючи таким чином на проліферацію, диференціацію та виживання певних популяцій нервових клітин. Є дані, що через модуляцію нейрональної диференціації нейротрофічні фактори можуть впливати на розвиток синапсів, що потім опосередковано призводить до змін у серотонінергічній та допамінергічній нейротрансмісії [44]. На сьогоднішній день гіпотеза про зв'язок низького рівня BDNF з підвищеним рівнем ризику суїцидальної поведінки частково підтверджується, проте необхідні подальші дослідження для остаточних висновків.

Імовірно, що суїцидальні спроби і їх динаміка можуть суттєво відрізнятися в залежності від різних механізмів порушення особистості. А саме, при циклотимічних особистісних розладах суттєві перепади між гіперактивною манією та депресивною фазою спричиняють важкі депресії із суїцидальними думками, в той же час, імпульсивні епілептоїди можуть спробувати покінчити із життям без попередніх планів або думок, через емоційну ненависть до самих себе або до світу. Таким чином, багато в чому суїцидальна історія може залежати від акцентуацій характеру, особистісних розладів та розладів психіки і поведінки. Самі по собі випадки із «незапланованими суїцидами» формують низку нових досліджень, де чинники ризику важко передбачити і фактично прогностика і профілактика таких самогубств максимально ускладнена [45].

Поширена думка серед фахівців та дослідників полягає в тому, що суїцидальне мислення розвивається за лінійним сценарієм, проходячи ряд послідовних етапів, які зрештою призводять до самогубства. Однак певні гіпотези, які також можуть ґрунтуватися на літературних, систематичних та спеціальних оглядах, стверджують, що в деяких випадках спостерігаються нелінійні форми суїцидальної поведінки із суцільною відсутністю єдиного процесу розгортання розладу по стадіям. Недостатнє розуміння природи агресії та імпульсивності, а також відсутність систематичної оцінки цих характеристик у осіб з високим ризиком суїциду, може призводити до

спрощеного уявлення про мотивацію суїцидальної поведінки, зосередженого переважно на депресивних станах. У формальному розумінні суїцид виокремлюється часто лише як нав'язливі думки про самогубство або вкрай важкий депресивний стан.

Визначення епідеміологічних характеристик спонтанних або маніпулятивних суїцидальних спроб є важким завданням, оскільки незвичність та раптовість низки суїцидальних історій стає певним викликом для системи охорони здоров'я. Деякі спроби самогубств або самоушкоджуюча поведінка цілком може пов'язуватися із намірами психологічно нашкодити іншим, добитися певної мети, отримати певні вторинні вигоди, вплинути на партнера у стосунках, помститися певній соціальній групі, отримати увагу та співчуття інших тощо. Важливо також дослідити відмінності у летальності при запланованих, спонтанних та маніпулятивних суїцидах спрямованих на досягнення певної мети.

Існуючі дані свідчать, що незапланованість певних самогубств може відрізнятися нижчою летальністю, низькими рівнями депресії та безнадійності, несистемністю і суттєвою залежністю від негативних подій, що оперативно передували спробі самогубства [45]. Тобто мова може йти не про системні стадії поступового самонагнітання суїцидального мислення, а про психологічну небезпечну реактивність, яку необхідно характеризувати як миттєвий розлад настрою.

Реакції здорової людини на стресові події, такі як втрата близьких, фінансовий крах, розірвання стосунків чи проблеми в кар'єрі, часто є зрозумілими у контексті цих обставин. Натомість, імпульсивність та емоційна лабільність, що спостерігаються під час маніакальних епізодів психозів, роблять прогнозування суїцидальної поведінки в цей період значно складнішим. Е. Дюркгейм зауважив, що під час маніакальних самогубств різні часто суперечливі думки та почуття змінюються в свідомості хворої людини із неімовірною швидкістю, не властивої для нормальної психіки [46, 47]. На противагу маніакальним самогубствам меланхолічні або депресивні суїциди не вирізняються швидкою реактивністю. Реакція на значні стреси та психотравми певним чином «розтягується у часі», однак тим не менш, навіть такого темпу мислення вистачає для того, щоб людина опинилася в загрозовому для свого здоров'я становищі. Якщо самогубство людей в маніакальній фазі може вирізнятися

несистемністю, імпульсивністю, реактивністю, нелогічними кроками, то суїцидальна послідовність меланхоліків характеризується розумінням всіх наслідків і навіть хитрістю [46, 47].

Окрему категорію суїцидальних тенденцій становлять нав'язливі думки про самогубство, які пацієнти часто сприймають як чужорідні та абсурдні. Згідно із цими характеристиками, мова може йти про obsесивно-компульсивні розлади імовірно депресивного або особистісного регістру. Можливо, виникнення суїцидальних нав'язливих думок зумовлене одночасною присутністю депресії та розладу особистості.

Перелічені фактори ризику суїцидальної поведінки переважно асоціюються з особами, які мають психічні розлади, і ці популяції є об'єктом епідеміологічних досліджень та аналізу. Однак, як вказував Е. Дюркгейм, значна кількість людей, наприклад, із неврастенією досі не реєструється статистикою [46,47] і відповідно, важко розраховувати цифри смертності, захворюваності або поширеності для людей, які можуть просто не звертатися по допомогу. Причому небезпека неврастенії полягає в тому, що цей стан характеризується підвищеною збудливістю та чутливістю нервової системи до різноманітних подразників, включаючи соціальні, і його іноді важко відрізнити від нормального функціонування. Однак саме серед людей з неврастенією Е. Дюркгейм вбачав найбільшу кількість потенційних самогубців [47], однак тільки за умови, що вони не зможуть підключити компенсаторні організаційні та психічні ресурси (коли людина із неврастенією обмежує себе незначною кількістю різних соціальних та інших подразників – можлива компенсація підвищеної чутливості НС). Крім того, не слід розглядати психічні розлади, включаючи неврастенію, як пряму причину суїциду, оскільки за певних обставин вони можуть бути лише сприятливим фоном для розвитку суїцидальних тенденцій, але не обов'язково призводять до них.

1.3. Дослідження суїцидальної поведінки в Україні

В Україні здійснюється дистанційний моніторинг дитячих самогубств, що проводиться співробітниками Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини [48]. Дані по навмисним самоушкодженням щодо дорослого населення збирає Державна служба статистики України і Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи⁵. Слід звернути увагу, що дитячі суїциди є періодичною системною проблемою, яка потребує розв'язання. Відповідно до інформації Державної служби статистики України, від навмисного самоушкодження в різні роки помирала значна кількість дітей [48]:

Таблиця 1.1.

Дитяча смертність від навмисного самоушкодження з 2017 і по 2021 р.

Рік	Кількість дітей
2017	106
2018	82
2019	88
2020	94
2021	94

За оперативними даними обласних адміністрацій у 2022 р. дітьми скоєно 127 спроб самогубства, а станом на 15 листопада 2023 р. за неповний рік сталися 116 випадків суїцидів серед дітей. Суїцидальну поведінку розслідують не тільки психіатри, лікарі інших спеціальностей, соціальні працівники, але й Національна поліція. При цьому порушуються кримінальні провадження за статтями «Умисне вбивство» та «Доведення до самогубства». Тобто поступово та системно вивчаються кримінальні чинники, які б могли вплинути на розвиток суїцидальної поведінки. Серед профілактичних заходів Національна поліція, соціальні служби та служби у справах дітей впроваджують індивідуальні бесіди в закладах освіти [48].

⁵ <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/340>

В Україні на державному рівні було запроваджено стратегічні напрямки щодо розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року. Концепція передбачає, що психологи закладів освіти здійснюють моніторинг ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки та проводять корекційно-відновлювані роботи з учнями щодо підтримки їх психоемоційного здоров'я [49]. Заходи профілактики суїцидів впроваджуються серед військовослужбовців, а також серед осіб, які відбувають покарання у виді позбавлення волі. Як вже згадувалося вище, іде постійна реалізація моніторингів, які дозволяють аналізувати ситуацію із суїцидальною поведінкою, відпрацьовувати епідеміологічні дослідження щодо ризиків розвитку суїцидального мислення.

В Україні поступово впроваджуються стандартизовані підходи до надання допомоги при різних розладах психіки та поведінки у різних вікових групах. Однак на загальнодержавному рівні не розроблено жодного єдиного клінічного керівництва щодо попередження випадків суїциду. Серед вже існуючих галузевих стандартів та клінічних настанов можна відмітити Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) [50], який, на жаль, потребує перегляду та оновлення з урахуванням сучасних наукових досягнень.

В Україні виявлення та запобігання суїцидальній поведінці в освітньому середовищі покладається не лише на шкільних психологів, а й на педагогів, які проходять спеціальну підготовку з питань профілактики самогубств. В школах можуть проводитися інформаційні кампанії для батьків щодо основних причин самогубств серед дітей та методів виявлення суїцидальних настроїв серед підлітків [51]. Важливу роль у наданні екстреної психологічної допомоги відіграє загальнонаціональна гаряча лінія за номером 7333 [52], метою якої є запобігання самогубствам та підтримка психічного здоров'я населення. Звернення є анонімними та приймаються цілодобово через телефонний зв'язок та онлайн-чат (при зверненні через чат необхідно повідомити ім'я, вік та суть запиту). Діяльність гарячої лінії

фінансується за рахунок гранту від GlobalGiving. Проект являє собою національну професійну службу підтримки для осіб, які переживають суїцидальні думки або емоційні кризи. За п'ять років роботи (починаючи з 2019 року) було надано понад 100 тисяч консультацій. Кількість щомісячних запитів про допомогу становить близько 6500 (що співвідноситься з річною статистикою смертності від суїцидів), проте фактична допомога надається приблизно 4000 осіб через обмеженість фінансування [52]. Ця різниця між потребою та можливістю надання допомоги вказує на потенційну недостатність ресурсів для забезпечення повноцінної психологічної підтримки всім, хто її потребує.

Хоча на інтернет-ресурсах МОЗ України повідомляється про функціонування служби 7333, омбудсмен з прав людини звертає увагу на те, що інформацією про наявність гарячої лінії Lifeline Ukraine володіє мінімум користувачів мережі Інтернет. Також залишається питання, чи надає гаряча лінія психологічну допомогу дітям. Так як результати гарячої лінії про звернення щодо суїцидів серед дітей МОЗ не висвітлюються [51].

Треба звернути увагу на курс підвищення кваліфікації для освітян «Перша психологічна допомога учасникам освітнього процесу під час та після завершення воєнних дій» [53], який організовується за участю міжнародних експертів з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Зокрема, програму підтримують такі експерти як керівниця психологічної служби Аріельського Університету (Ізраїль) Ольга Басс-Лінчук та фахівець програми «Профілактика суїцидів у громадах» (проект у співпраці з урядом Норвегії) Юлія Загарницька. Розроблений спецкурс передбачає розв'язання низки важливих проблем таких як: визначення особливостей навчального процесу під час воєнних дій, етіологія стресу та його вплив на навчальний процес, вміння визначати прояви стресу у дитини, опановування інструментів психологічної підтримки внутрішньо переміщених учнів, розвиток навичок неформальної взаємодії з учнями, налагодження співробітництва школи і родини у період воєнного часу [53]. Проте, за даними Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, інформація про цей курс, ініційований Міністерством охорони здоров'я,

відома лише вузькому колу фахівців-медиків, а більшість батьків не обізнані про цю програму [51].

Не дивлячись на те, що в Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року передбачено моніторинг суїцидальної поведінки учнів психологами, насправді в цьому аспекті виникає низка проблем, що заважає практичній реалізації цього проекту. Згідно Плану до Концепції Міністерство освіти та науки України рекомендувало впровадження «години психолога/соціального педагога», а також факультативні курси, спрямовані на стабілізацію та зміцнення психічного здоров'я всіх учасників освітнього процесу [51]. Однак слід зазначити, що не в усіх закладах освіти є штатні посади психологів/соціальних фахівців. Крім того сам формат факультативних занять передбачає додаткові навантаження під час навчального процесу (фактично це додаткові заняття після основних уроків), більш того – факультативи відвідують не всі учні.

Важливим нововведенням є запуск тренажера Національної поліції України для психологічної підтримки підлітків в Україні, а також для забезпечення доступу до психологічної допомоги та консультацій для молоді [54]. Зокрема, платформа «Happy Mind Help» може надавати важливі ресурси та вправи для підлітків, які стикаються зі стресом, тривожністю, депресією або іншими психологічними викликами. У співпраці з Ювенальною поліцією було розроблено курс для підлітків, де є не тільки вправи проти депресії, вигоряння, стресів, але і розділ «Не нашкодь собі» для профілактики суїцидального мислення [55]. Психологічний тренажер було створено у межах співпраці Управління ювенальної превенції Національної поліції України та благодійної організації «Благодійний фонд «Happy Mind Help»», який входить до групи охорони психічного здоров'я при ВООЗ в Україні. Рекомендований вік для самостійного використання підлітками – починаючи з 13–14 років. Причому користувачі можуть використовувати онлайн-тренажер самостійно на будь-якому мобільному пристрої, планшеті або комп'ютері. Розроблені у розділі «Психологічний тренажер для підлітків» завдання, спрямовані на покращення загального психологічного стану та надання допомоги при таких проблемах, як початкова депресія (втома, погіршення стану здоров'я, злість та дратливість тощо), стрес,

пригніченість, тривожність (емоційне хвилювання), апатія (відсутність почуттів), сум (невеселий важкий настрій, порушення сну та інші [56]. Однак, слід констатувати, що відомості про безкоштовний тренажер розповсюджуються у закладах освіти недостатньо швидко, а обізнаність про нього батьків та дітей мінімальна [51]; психологи та соціальні працівники також можуть не знати про існування цього тренажеру.

В Україні випадки самогубств підлягають обов'язковій реєстрації статистичними службами, які здійснюють аналіз динаміки та географічного розподілу летальних випадків. Нижче на ілюстрації представлена інфографіка, пов'язана із розподілом самогубств за регіонами України [57]:

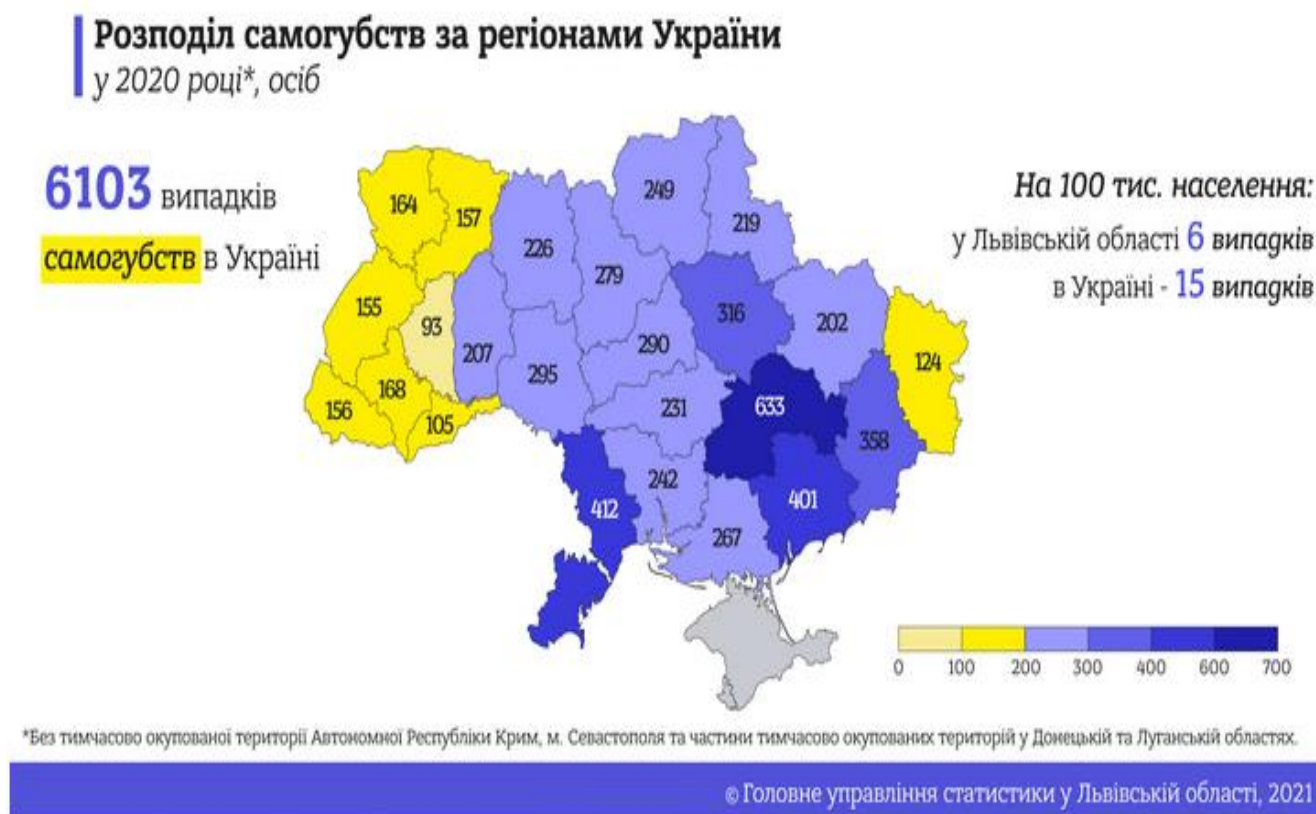


Рис. 1.3. Розподіл самогубств за регіонами України у 2020 р.

Згідно представлених даних Україна (на прикладі 2020 р.) щорічно втрачає близько 6000 життів через самогубства та самоушкодження. Випадки суїцидів трапляються без виключення в усіх областях України, і в 2020 р. смертність від

самогубств та самоушкоджень становила по всій країні 15 випадків на 100 тис. населення.

У 2024 році Центром громадського здоров'я МОЗ України в рамках загальнонаціональної програми з ментального здоров'я "Ти як?" було проведено онлайн-семінар, присвячений терапевтичній оцінці дітей та підлітків, які вчинили самоушкодження [58]. Під час проведення заходу наголошувалось на важливості проведення попереднього психотерапевтичного обстеження та короткотривалого втручання безпосередньо в медичному закладі після спроби самогубства або самоушкодження, що вдвічі збільшить шанси дітей пройти довготривалу психотерапію. Особливу увагу приділили тому, що спільнота, в якій проживає дитина, має проявляти життєствердність та любов до життя. Варто зазначити, що запис вебінару присутній в мережі Youtube [59], однак не дивлячись на специфіку та важливість тематики для широких мас населення, контент не отримав достатньої інформаційної підтримки алгоритмами Youtube. Це може свідчити про те, що, хоча питання психічного здоров'я в Україні піднімаються, бракує належної координації їхнього поширення, зокрема в міжнародних та вітчизняних соціальних мережах.

В Україні реалізується загальнонаціональна програма з підтримки ментального здоров'я "Ти як?" [60], яка охоплює широкий спектр аспектів, спрямованих на покращення психологічного благополуччя населення. Проект охоплює такі важливі аспекти як: відстоювання власних кордонів, звернення щодо психологічної допомоги, збереження стосунків на відстані, страхи, тривожності, стреси, техніки самодопомоги та підтримки людей поруч, онлайніві та офлайніві психологічні консультації, гарячі лінії тощо. В рамках проекту «Ти як?» також розглядаються такі питання як правильні методи мотивування людини щодо звернення по психологічну допомогу, панічні атаки у дорослих та дітей, допомога дитині в родині та школі, депресія та поганий настрій, афективні розлади, як розпізнати у дитини проблеми з ментальним здоров'ям. Водночас, пошук матеріалів з профілактики суїцидів на веб-сайті програми за ключовими словами є ускладненим, а популяризація програми в міському просторі є недостатньою, що призводить до низької обізнаності населення про цей важливий проект.

В рамках Всеукраїнської програми ментального здоров'я "Ти як?" також реалізується проект, спрямований на підвищення кваліфікації фахівців психологічних служб у закладах охорони здоров'я та зміцнення їхньої психологічної стійкості [61]. Головною метою проекту є можливість надати фахівцям психологічних служб у лікарнях нові компетенції, особливо у сфері надання підтримки як пацієнтам, так і медичному персоналу. Проект надає можливість отримати не лише теоретичні знання, але й практичні навички. Учасники вивчали феномен втрати сенсу життя, навчилися визначати ризик самогубства, отримали інструменти допомоги пацієнтам із черепно-мозковими травмами.

Важливим компонентом Всеукраїнської програми ментального здоров'я "Ти як?" є ініціатива Міністерства охорони здоров'я щодо інтеграції послуг з ментального здоров'я в систему первинної медичної допомоги [62]. За наявними даними станом на грудень 2023 р. майже 86 тисяч українців скористалися послугою з ментального здоров'я. Цікавим та актуальним є зв'язок вищезгаданої психологічної допомоги з Програмою медичних гарантій НСЗУ [63], зокрема, Глава 23 Програми має назву «Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що надається в центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами». У цій главі зазначається, що НСЗУ укладає договори з закладами охорони здоров'я, які входять до спроможної мережі госпітальних округів як кластерні заклади для надання послуг з психосоціальної та психіатричної допомоги.[63]. Проте, звертає на себе увагу відсутність чітко прописаних зобов'язань сімейних лікарів щодо надання первинної психологічної допомоги в Главі 1 "Первинна медична допомога" Програми медичних гарантій НСЗУ. Згідно з текстом Програми, медичні заклади можуть укладати угоди з центрами ментального здоров'я щодо надання певного спектру послуг первинної психологічної допомоги. Таким чином, спостерігається певна розбіжність між декларованими функціями сімейних лікарів та законодавчо закріпленими положеннями.

Слід зазначити, що не кожен сімейний лікар може надавати медичну допомогу в питаннях психічного здоров'я, а тільки той, який пройшов навчання за програмою BOOЗ mhGAP. Мається на увазі, що лікар із сертифікатом BOOЗ mhGAP має знання

та навички для розпізнавання, діагностики та призначення лікування найбільш поширених психічних розладів, таких як депресія, гостра реакція на стрес та безсоння. Курс також розрахований на педіатрів, терапевтів, фельдшерів, медичних сестер/братів. Станом на початок грудня 2023 р. навчання завершили 62 тисячі медичних фахівців [62]. Однак важливо підкреслити, що спеціальних курсів, які присвячені виявленню безпосередньо суїцидальної поведінки, сімейні лікарі поки що не проходять.

В Україні також вивчався досвід профілактики депресивних та суїцидальних станів після аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Основною проблемою в цьому контексті є не тільки початковий посттравматичний стресовий розлад, але його наслідки, що можуть бути особливо згубними в найперші три роки і навіть через десятиліття після аварії або евакуації. Так в учасників ліквідації наслідків аварії порівняно з пацієнтами контрольної групи були підвищені поширеність депресії – 14,9 % і 7,1 %, ПТСР – 4,1 % і 1,0 %, головного болю – 69,2 % і 12,4 % відповідно [64]. Значною проблемою також є стійка зміна особистості після ПТСР, і в такому разі картина хворобливих станів буде ускладнюватися, так як будуть наявні суїцидальні або депресивні думки на фоні розладу особистості.

Україна на науковому рівні досліджує проблематику суїцидальної поведінки. Зокрема, в профільних інститутах та університетах проходять лекції та спецкурси, що присвячені суїцидології [65], психіатричним та наркологічним особливостям суїцидальних спроб, морально-етичним проблемам, що пов'язані із вищезазначеною тематикою. Суїцидальні епізоди розглядаються з точки зору аналізу аутоагресивної поведінки, різних її різновидів (алкоголізм, наркоманія, пірсинг, татуювання, схильність до екстремальних або ризикованих видів спорту) [65]. У навчальних закладах України, що готують фахівців у галузі психології, психіатрії та медицини вивчаються аспекти гострих або хронічних пресуїцидів, впливи антисуїцидальних факторів, ризики повторних суїцидів, предиктори суїцидальної поведінки, соціальну дезадаптацію, психотравмувальний вплив оточення, реакції людини на невиліковні діагнози, вплив бідності на формування суїцидальних думок тощо. На лекціях з психіатрії та наркології особлива увага приділяється нозологічним аспектам

суїцидальної поведінки, тобто наявності в анамнезі депресії, шизофренії, алкоголізму [65].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ I.

Складна проблема профілактики суїцидів потребує нових теоретичних та практичних підходів до розуміння певної динаміки розладів психіки та поведінки, які з часом через хронізацію та прогресування починають загрожувати психічному та фізичному здоров'ю людини. Наприклад, послідовний розвиток циклотимічної акцентуації (тобто виражених рис характеру) в особистісний циклотимічний розлад, а згодом і в біполярні ускладнення, на жаль, не фіксується в жодних епідеміологічних базах даних. Проте, такий моніторинг міг би надати важливу інформацію для розробки ефективних стратегій попередження суїцидальної поведінки. Таким чином, основною загрозою є не сама наявність розладу психіки та поведінки, а його поступове перетворення (в тому числі і під дією соціальних обставин) в більш складні та небезпечні формати.

Погляди щодо епідеміологічних підходів також починають суттєво змінюватися з часом, формувати нові уявлення. Так ще за часів Е. Дюркгейма скепсис щодо зв'язків між розладами психіки і поведінки та суїцидами був досить серйозним, було важко виокремлювати кореляції від співпадінь, повністю справедливо вказувалося, що ніякі психічні розлади не можуть вважатися об'єктивними причинами суїциду без врахування соціальної та особистісної складових. Сьогодні ми більше схилиємося до думки, що система громадського здоров'я повинна враховувати взаємозв'язок між епідеміологічними та соціальними факторами, тобто не достатньо встановити зв'язок розладів психіки та поведінки із суїцидами, потрібно ще й співставити ці дані із низкою соціальних показників та параметрів, які часто ігноруються в епідеміологічних дослідженнях. Наприклад, дослідження можуть виявити зв'язки між різними соціальними та інфраструктурними факторами і психічним здоров'ям населення. Зокрема, йдеться про зв'язки площі квартир із депресивними розладами, впливи неправильно сформованих транспортних вузлів на стресовість міста та громадян. На формування суїцидального мислення може також

впливати виховання в неповних сім'ях, гігієнічні умови неблагополучних районів міст, рівні заробітних плат, статус населеного пункту. На жаль, не всі ці показники доступні для аналізу та спостережень. Отже, погоджуючись із низкою тверджень Е. Дюркгейма, ми пропонуємо включати до складних, багатоструктурних кореляційних досліджень розладів психіки та поведінки і суїцидів також і більше соціальних показників. Це можуть бути, наприклад: відсоток офіційно зареєстрованих безробітних, доля трудового населення, рівень грамотності дорослого населення, індекси людського розвитку, можливості отримання соціальної підтримки, число дорожньо-транспортних пригод, число лікарень, число ліжок в лікарнях тощо.

Цей підхід із врахування взаємозв'язку між епідеміологічними та соціальними факторами, можливо, дозволить відповісти на низку питань, пов'язаних із етіологією самогубств, сприятиме порівняльним оцінкам, які саме чинники (соціальні чи епідемічні) в певний період року спричиняють загострення депресивних станів із суїцидальними тенденціями, або ж вони доповнюють один одного. Водночас, існують в певній мірі відносно системні, вже визначені параметри, які пов'язуються із сталою цифрою суїцидів на кожен рік, що може свідчити про те, що як для клінічної, так і для здорової популяції діють, імовірно, єдині епідеміологічно-соціальні детермінанти або зв'язки, на які можна вплинути.

Крім того, реєстрація щорічних суїцидів навіть у самих розвинутих країнах нашої планети свідчить не тільки про певні недоліки епідеміологічних досліджень, які ми поки що не враховуємо, але й про очевидний факт: у певних групах суспільства рівень соціально-економічного розвитку та соціальної підтримки не відповідає загальному. Це означає, що навіть при високому рівні державних гарантій, заробітних плат, освіченості та навичок людей недостатньо для протидії суїцидальним тенденціям. Імовірно, у майбутньому будуть виявлені інші важливі взаємозв'язки між епідеміологічними та соціальними показниками суїцидів.

Важливо підкреслити, що основною проблемою встановлення зв'язку між психічними захворюваннями та коефіцієнтами смертності від суїцидів та самоушкоджень є навіть не відносна можлива неточність кореляційного аналізу (яку

можна оцінити за допомогою розрахунку похибки та коефіцієнта вірогідності), а й змішування даних щодо різних груп населення.

Річ у тім, що загальний коефіцієнт смертності включає інформацію як про людей з психічними розладами (клінічна популяція), так і про людей без таких розладів (здорова популяція). Тому при спробах встановити зв'язки між психічними розладами та коефіцієнтом смертності від суїцидів бази даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» слід враховувати, що цей показник є комбінованим.

На жаль, на сьогоднішній день не існує методик, які б дозволили відокремити СКС по самогубствам та самоушкодженням для здорової та клінічної популяцій. Ще однією серйозною проблемою є недостатнє врахування впливу оточення на суїцидальну поведінку. Обставини, в яких перебувала людина перед самогубством (наприклад, сімейні проблеми, булінг, соціальна ізоляція), зазвичай не фіксуються в жодних реєстраційних, епідеміологічних чи інформаційних джерелах. Відповідно, в такій ситуації ми навіть не можемо вирахувати кількість родин або соціальних груп, які з точки зору суїцидальної небезпеки потенційно є неблагополучними.

Також бажано мати уяву про поділ популяції на тих, хто постраждав від суїцидів, і тих – хто потенційно міг бути причетним до їх реалізації (за виключенням низки психічних розладів, які самі по собі є ризиком суїцидальної поведінки).

РОЗДІЛ II. АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ СТОСОВНО РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ТА СУЇЦИДІВ І ЇХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ

2.1. Оцінка кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками психічних розладів та суїцидами в Україні

Основні матеріали отримані з бази даних «Здоров'я для всіх» (HFA–DB) [66], а додаткові матеріали – з Pubmed [67], безкоштовної пошукової системи з біомедичних досліджень. Враховуючи, що для дослідження підходять безперервні дані, було прийняте рішення використовувати часовий горизонт з 1999 і по 2017 рр. (пробіли було досліджено для показника «коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень» для 2013 та 2016 рр.; було зроблено припущення, що у 2013 р. і у 2016 р. СКС по самогубствам та самоушкодженням дорівнював середньому показнику вибірки від 1999 р. і по 2017 р.; розрахунок: $348,7/17 = 20,5$. Як вже було сказано вище, такий підхід із середніми значеннями є припущенням (очікуваними теоретичними цифрами), яке дозволяє прослідкувати основний тренд. По Україні епідеміологічні показники аналізувалися в часовому горизонті до 2017 р., і такий вибір часового проміжку полягав у необхідності уникнути значної кількості «пробілів» у відомостях по всім потрібним показникам.

Оскільки дослідження не є експериментальним, було обрано ретроспективний аналіз бази даних. В дослідженні немає когорт (тому що немає контрольної групи), і аналізуються дані по населенню України з 1999 і по 2017 рр. Магістерська робота базується на методах ретроспективних досліджень, оскільки передбачає аналіз даних за минулі роки. Серед основних методів досліджень, які використовувалися для написання магістерської роботи: методології та методики поздовжніх (що тривають у часі) обсерваційних досліджень, аналіз, синтез, індукція, дедукція, класифікація, огляд архівних відомостей, методи описування фактів та обґрунтування наукових висновків, математичне моделювання.

Для кращого розуміння тематики дослідження було сформовано PICO. Population: ретроспективні відомості про населення України (в деяких випадках підключалися дані з інших країн), отримані з бази даних «Здоров'я для всіх» (HFA–DB) . Intervention: кореляційний та кореляційно-регресивний аналіз біостатистичних показників HFA-DB. Comparator: розгляд цифрових та нецифрових архівних та поточних баз даних (в основному, статистичних), що аналізують певні показники системи охорони здоров'я України упродовж довгого терміну часу; ретроспективні дослідження, що аналізують епідеміологічні дані по психічним захворюванням та смертності від суїцидів в Україні. Outcome: оцінити та проаналізувати зв'язки між заявленими вище біостатистичними параметрами, визначити пріоритетність та практичну значимість отриманих результатів для системи охорони здоров'я України.

Ретроспективний підхід був обраний для аналізу доступних біостатистичних даних. Оскільки база даних HFA-DB оперує параметрами, які стосуються масштабу країн, населення країни розглядається як велика соціальна група, що виступає в ролі вибірки. Вибір ретроспективного підходу свідчить про те, що основна увага буде зосереджуватися на біостатистичних даних, що стосуються минулих років.

Основною вибіркою для дослідження є населення України (велика соціальна група). Такий вибір обумовлений структурою та обсягом даних бази ВООЗ «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [66] . Критеріями включення для біостатистичних параметрів є тематика психічного здоров'я, розладів психіки та поведінки, вживання алкоголю, стандартизовані показники смертності від суїциду, тривалість перебування у стаціонарі через лікування психічних розладів. Критерії виключення: інфекційні, генетичні, онкологічні, серцево-судинні, кишково-шлункові, респіраторні, печінкові, виключно неврологічні хвороби. Терміни набору є ретроспективними і виражаються у часовому горизонті від 1999 і до 2017 рр. Вибір такого часового діапазону обумовлений безперервністю даних (для СКС від суїцидів/самоушкоджень пропущені дані за 2013 та 2016, причому вони були замінені на середні цифри по вибірці).

З бази даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [66] досліджуються наступні біостатистичні параметри: захворюваність на психічні розлади (на 100000 населення),

число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів (на 100000 населення), захворюваність на алкогольні психози, щорічне вживання алкоголю (літри чистого спирту на людину, населення віком 15+ років), СКС (самогубства та самоушкодження, 0–64 років, на 100000 населення). Умовно незалежними змінними (факторними змінними) є перші чотири показники, а залежною змінною є СКС по самогубствам та самоушкодженням. Тобто первинною кінцевою точкою є встановлення зв'язку між кількістю суїцидів та захворюваністю на психічні розлади, числом психічно хворих з тривалим перебуванням в стаціонарі, захворюваністю на алкогольні психози та кількістю щорічного вживання алкоголю. Вторинна кінцева точка – дані аналізу зв'язку, кореляційно-регресивного або регресивного аналізу (де X_1 – захворюваність на психічні розлади, X_2 – число психічно хворих з тривалим перебуванням в стаціонарі, X_3 – захворюваність на алкогольні психози, X_4 – кількість щорічного вживання алкоголю, Y_1 – стандартизований коефіцієнт смертності по самогубствам та самоушкодженням. Визначаємо залежність Y_1 від системи $\{X_1, X_2, X_3, X_4\}$. З огляду на критерії виключення, до зазначених параметрів не додавалися значення, що могли бути інтерпретовані як *confounding variables*. Однак єдиними об'єктивними «змінними спотворення даних» можуть вважатися помилки, що були допущені при фіксації відомостей на рівні лікарень (епідеміологічних центрів) або на рівні введення цифр у базу.

Формат внесення даних. Всі параметри окрім X_4 розраховані у кількості осіб на 100 тис. населення. І прикладом формату внесення даних можна ознайомитися в таблиці 2.1.:

Таблиця. 2.1.

Приклад формату внесення даних для кореляційного дослідження

	X_1	X_2	X_3	X_4	Y_1
1999	606	14	19	3,9	26,3
2000	609	12	22	7	26,6
2001	618	11	22	7,3	24,1

2002	618	10	22	7,1	23,1
2003	...	...	...	...	...
2004	...	...	...	...	...

Основною статистичною гіпотезою є твердження, що СКС (самогубства та самоушкодження, 0–64 років, на 100 тис. населення) сильно або помірно корелює з захворюваністю на психічні розлади, числом психічно хворих з тривалим перебуванням у стаціонарі, захворюваністю на алкогольні психози, кількістю щорічного вживання алкоголю. Розподіл для низки показників не є нормальним. Тому для розрахунку зв'язків між показниками використовуємо коефіцієнт парної кореляції Кендалла та показники рангової кореляції Спірмена.

Для біостатистичних досліджень бажано використовувати масштабні вибірки, які б могли представити необхідну кількість учасників для аналізу генеральної сукупності. Враховуючи, що населення країни є великою соціальною групою, стверджується, що дані з цієї вибірки при достатніх перевірках можуть бути статистично значимими.

Як було зазначено вище для визначення кореляційних зв'язків між різними епідеміологічними показниками по Україні використовувалася база даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [66]. З неї було спочатку інтуїтивно, а потім ґрунтуючись на досвіді дослідників минулого, таких як Е. Дюркгейм, було обрано наступні епідеміологічні дані для їх подальшого аналізу: захворюваність на психічні розлади (випадків на 100 тис. населення), число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів (на 100 тис. населення), захворюваність на алкогольні психози (на 100 тис. населення), щорічне вживання алкоголю (літрів чистого спирту на людину, населення віком 15+ років), середній коефіцієнт смертності по самогубствам та самоушкодженням в будь-якому віці (на 100 тис. населення). Слід зазначити, що вищеперелічені епідеміологічні параметри вже не перший раз проходять статистичні, аналітичні та регресивні перевірки. Більш того, зараз існує дві основні точки зору і доволі діаметральні відносно зв'язків між, наприклад, психічними розладами та

смертністю від самогубств: кореляції є, однак вони є випадковими і кореляції є, але не достатньо враховані всі дані, що сформували поточну картину взаємозв'язків. Все це означає, що наразі продовжуються дискусії, які ж саме чинники найбільш сильно впливають на скоєння самогубств або самоушкоджень, і чи можемо ми бути впевнені, що їх вибір не буде ґрунтуватися на математично представлених випадковостях. Тобто сам факт наявності зв'язку може бути лише сигналом, індикатором до того, що у подальшому є змога перейти від гіпотетичних версій інтуїтивного плану до робочих гіпотез, які потребують багатьох інших перевірок (зокрема за допомогою рандомізованих контрольованих досліджень).

Майже всі із обраних параметрів для оцінки піддавалися серйозній критиці з боку одного з найбільш відомих дослідників соціальних закономірностей суїцидів – Е. Дюркгеймом [68]. Безумовно, його скепсис можливо зрозуміти, оскільки дослідження зв'язку суїцидів того часу не завжди враховували основний пласт соціального: суспільну проблематику. Сьогодні соціальні умови ще не є ідеальними та не завжди спрямовані на забезпечення належної підтримки для всіх верств населення. Це пов'язано з недостатнім фінансуванням психіатрії, стигматизацією психічно хворих, розладами, що прогресують без вчасної діагностики (часто захворювання еволюціонують у більш складні). Ретельного вивчення етіології та патогенезу також не відбувається. Ситуація ускладнюється і тим, що саме соціальне середовище психіатричних лікарень також не направлене на найбільш комфортне перебування в них. Є чимало звернень щодо порушення прав людини в такого роду лікувальних закладах, пацієнтам не надаються необхідні санітарні та найбільш ефективні лікувальні послуги, в палатах недостатньо особистого простору, переповненість палат більше нагадує середовище виховально-виправних закладів, пацієнти не завжди можуть вільно відвідувати туалет, слідкувати за особистою гігієною, приймати ліки сучасних поколінь і т. д. Проблема ще більше ускладнюється довгим перебуванням осіб в подібних умовах.

З огляду на вищезазначене, важливо зазначити, що і урбаністичне середовище основної частини міст та населених пунктів також не пропагує здорового способу життя. Навіть самі способи і спроби боротьби зі стресами в умовах мегаполісів часто

є недолугими та недоречними, коли на бігбордах присутні написи типу «Відчув стрес? Пливи!» або «Відчуваєте стрес? Приходьте до тренажерного залу». Адже більшості населення зрозуміло, що під час робочого дня вкрай важко потрапити до басейну, немає можливості вийти до тренажерного залу, а після 8 годин робочих навантажень в око кидаються вивіски алкомаркетів та ресторанів нездорового харчування. Тобто антистресові системи просто не інтегровані в наше суспільство. Така ситуація лише збільшує вірогідності появи шкідливих звичок, а згодом і ризику суїцидальних думок та спроб. Таким чином, наші теоретичні та кореляційні аналізи наголошують на тому, що епідеміологічна ситуація із суїцидами є ненормальною. Вона скоріше є слабоконтрольованою та непередбачуваною через як розлади психіки та поведінки, так і не дружні соціальні умови. Не кажучи про те, що не достатньо вивчена соціальна ситуація із банальним проживанням в різних районах та мікрорайонах, де люди, як і в лікувальних закладах, постійно можуть відчувати тісноту, перенаселеність, низьку якість життя через відсутність ремонтів, покращення житлових умов і т. д.

Тому за кожним епідеміологічним параметром по суті присутня певна невирішена соціальна проблема. Так, захворюваність на психічні розлади – це в тому числі наслідки невротизації людей в умовах мегаполісів, число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів – це історія з єдиним прийнятим сьогодні способом лікування важких психічних станів, а саме ізоляцією (яка може згубно діяти на психіку, в тому числі, і в контексті суїцидів), захворюваність на алкогольні психози – банальна багаторічна культура насадження алкоголю в різних ЗМІ, щорічне вживання алкоголю в літрах на людину – це показник прямого провалу як силових, так і гуманістичних способів відвернути увагу людей від алкогольних напоїв і т. д.

В результаті пояснення вищезазначеної ситуації нам тепер буде легше дивитися та розуміти цифри, які представлені для визначення кореляційних зв'язків. Отже, з епідеміологічною ситуацією в Україні по переліченим вище 5 параметрам можна ознайомитися, скориставшись даними таблиці 2.2.:

Таблиця 2.2.

Зведена таблиця епідеміологічних даних по Україні, для яких досліджувалися
кореляційні зв'язки

Роки	Захворюваність на психічні розлади, випадків на 100 тис. нас., Україна (X1)	Число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів на 100 тис. нас., Україна (X2)	Захворюваність на алкогольні психози на 100 тис. нас., Україна (X3)	Щорічне вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину, населення віком 15+ років, Україна (X4)	Середній коефіцієнт смертності, самогубства та самопошкодження, в будь-якому віці, на 100 тис. нас., Україна (Y1)
1993	587	—	16	5,5	23,7
1994	563	—	15	4,2	26,4
1995	594	—	22	3,7	28
1996	580	—	22	3,3	29,2
1997	610	—	19	4	28,8
1998	638	—	18	3,7	28,6
1999	606	14	19	3,9	27,8
2000	609	12	22	7	28
2001	618	11	22	7,3	25,5
2002	618	10	22	7,1	24,5
2003	627	10	22	6,8	24,1
2004	636	9	22	6,5	22
2005	639	9	22	6,8	20,8
2006	624	9	19	7,4	19,5
2007	633	9	21	8,1	19,6
2008	650	7	20	9,4	18,5
2009	606	6	14	9	19
2010	599	6	11	7,8	17,9
2011	579	6	9	8,7	17,7

2012	560	8	8	8,5	17,8
2013	534	8	8	8,7	20,5*
2014	439	7	5	7,6	16,6
2015	434	7	5	6	15,8
2016	436	7	5	5,7	20,5**
2017	424	6	5	5,1	13,6

* Враховуючи, що у 2013 р. були пропущені цифри спостереження в базі, було зроблено припущення, що у 2013 р. СКС по самогубствам та самоушкодженням дорівнював середньому показнику вибірки від 1999 р. і по 2017 р. Розрахунок: $348,7/17 = 20,5$.

** Враховуючи, що у 2016 р. були пропущені цифри спостереження в базі, було зроблено припущення, що у 2016 р. СКС по самогубствам та самоушкодженням дорівнював середньому показнику вибірки від 1999 р. і по 2017 р. Розрахунок: $348,7/17 = 20,5$.

Важливо зазначити, що середній коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень зібраний по відомостям, що могли включати як клінічну популяцію (психічно хворих), так і здорових людей, які здійснили суїцид. Отже, існує ризик отримання результатів аналізу зв'язку, які певною мірою будуть спотворені даними про здорових осіб. Через це, наразі неможливо точно визначити, яка частка коефіцієнту складає клінічну генеральну сукупність, а яка доля сукупності відображає здорових психічно. Це відношення нам поки що невідомо. Іншою проблемою є пропуски відомостей за певні роки, що в нашому дослідженні були замінені на середні арифметичні значення по вибірці. Загалом представлено 19 вимірювань, що відповідають 19 рокам, упродовж яких реєструвалися різні епідеміологічні дані, пов'язані із суїцидальною поведінкою.

Для проведення кореляційних розрахунків використовувалася програма MedStat v.5.2, в середовищі якої всі вищезгадані цифри були введені в окремі комірки та стовпчики. Формат представлення даних в програмі MedStat можна побачити на ілюстрації 2.1.:

MedStat v.5.2 - [Дані: C:\Program Files (x86)\MedicalStatistics\Data\магістерська5.mvt]

Робота з даними Вікна Help

5 колонок 19 рядків

	вхідна захворюваність	вхідна 365+, стаціі	вхідна алкогольні	вхідна вживання а	вхідна самогубств
1	606	14	19	3,9	27,8
2	609	12	22	7	28
3	618	11	22	7,3	25,5
4	618	10	22	7,1	24,5
5	627	10	22	6,8	24,1
6	636	9	22	6,5	22
7	639	9	22	6,8	20,8
8	624	9	19	7,4	19,5
9	633	9	21	8,1	19,6
10	650	7	20	9,4	18,5
11	606	6	14	9	19
12	599	6	11	7,8	17,9
13	579	6	9	8,7	17,7
14	560	8	8	8,5	17,8
15	534	8	8	8,7	20,5
16	439	7	5	7,6	16,6
17	434	7	5	6	15,8
18	436	7	5	5,7	20,5
19	424	6	5	5,1	13,6

Рис. 2.1. Формат представлення даних в програмі MedStat

Як вже зазначалося вище, всі отримані дані взяті з бази даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [66]. Загальна логіка представлення самої такої конфігурації епідеміологічних показників полягала в наступному. Припущення про зв'язок між психічними захворюваннями та кількістю самогубств може ґрунтуватися на тому, що найбільш небезпечними для психіки людини можуть бути депресивні фази, зміна маніакальних та депресивних фаз, психози, шизофренія, синдром Кандинського-Клерамбо тощо. Для часткової компенсації впливу соціальних факторів, які недостатньо відображені в СКС, було вирішено включити до системи епідеміологічних показників такі: кількість психічно хворих, які перебувають у стаціонарах 365+ днів (що відображає ізоляцію, втрату соціальної адаптації, вплив тривалого перебування в стаціонарі на здоров'я та специфічне оточення в закладах закритого типу), річне вживання алкоголю (для оцінки впливу алкоголізації населення на СКС) і показники захворюваності на алкогольні психози (для дослідження послідовного зв'язку: алкоголізм → алкогольна залежність без психозів → алкогольна залежність з психотичними станами → алкогольна залежність з психозами + суїцидальні думки). Як буде визначено нижче, алкоголь та алкогольна

залежність дійсно відіграють особливу роль у формуванні суїцидальної поведінки, а також корелюють із СКС по самогубствам та самоушкодженням.

Далі за допомогою програми MedStat було здійснено перевірку розподілу вибірок епідеміологічних параметрів на нормальність. Для визначення відхилень від нормального розподілення значень програма використовувала критерій Шапіро-Уїлка, коефіцієнт асиметрії та коефіцієнт ексцесу. Зокрема, було встановлено, що захворюваність на психічні розлади відрізняється від нормального розподілу на рівні значимості $p = < 0,01$ (об'єм вибірки $n = 19$). Теж саме можна сказати і про показник по алкогольним психозам. Слід зазначити, що розподіл значень інших епідеміологічних параметрів є нормальним. Однак рівні значимості для вживання алкоголю та стандартизованого коефіцієнта смертності від самогубств та самоушкоджень дорівнюють: $p = > 0,1$. Тобто виникають питання до вірогідності саме нормального розподілу для цих епідеміологічних параметрів. Тому для визначення зв'язків між показниками було вирішено використовувати не лінійний коефіцієнт Пірсона, а ранговий коефіцієнт Спірмена. Основна відмінність полягає в тому, що при нормальному розподілі r Пірсона працює безпосередньо із даними вибірки, а от у випадку відхилень, коли середнє арифметичне не дорівнює медіані та моді застосовується коефіцієнт Спірмена, де кожному із 19 значень (для нашого випадку) вибірки присвоюються ранги, і вже між ними встановлюється кореляція. Окрім коефіцієнта Спірмена для порівняння та перевірки тенденцій результатів був використаний парний коефіцієнт кореляції Кендалла. Результати перевірки розподілу представлені нижче (таблиця 2.3. обрунтовує вибір саме непараметричних коефіцієнтів кореляції):

Таблиця 2.3.

Перевірка на нормальність епідеміологічних показників по Україні

ПЕРЕВІРКА НА НОРМАЛЬНІСТЬ

	Захворюваність на психічні розлади	Особи, що перебувають в стаціонарі 365+ днів	Алкогольні психози	Вживання алкоголю в літрах	Самогубства та самоушкодження
Критерій	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка

Коеф. асиметрії	-1,140	0,924	-0,305	-0,621	0,481
Коеф. ексцесу	-0,291	0,604	-1,820	0,351	-0,316
Об'єм вибірки	19	19	19	19	19
Значення критерію W Шапіро-Уїлка	0,777	0,908	0,802	0,968	0,955
Рівень значимості	$P < 0,01$	$P = 0,05$	$P < 0,01$	$P > 0,1$	$P > 0,1$
Розподіл	відрізняється від нормального	не відрізняється від нормального	відрізняється від нормального	не відрізняється від нормального	не відрізняється від нормального

Отже, після перевірки на нормальність розподілу було застосовано два непараметричних коефіцієнта кореляції: по методу Кендалла та Спірмена. Основною метою цих оцінок було визначення зв'язків між п'ятьма параметрами, які, за припущенням, впливають на зростання або активізацію суїцидальної поведінки. В результаті, використовуючи непараметричний метод рангів Кендалла, було продемонстровано, що смертність від самогубства має позитивний зв'язок середньої сили (0,354) із захворюваністю на розлади психіки та поведінки. Зважаючи на те, що СКС смертності від самогубств та самоушкоджень містить також відомості і про суїциди здорових людей без психічних порушень, до цього кореляційного зв'язку слід ставитися з обережністю. Однак, якщо припустити, що частка самогубств психічно здорових людей є незначною, можна припустити, що дійсно певні розлади психіки та поведінки підвищують ризики здійснення суїцидів. Важливо також зазначити, що показник позитивного кореляційного зв'язку в даному випадку знаходиться на межі між слабкою та середньою силами кореляції (0,354; а 0,29 – це вже слабка сила кореляції). Зведену таблицю кореляційних зв'язків представлено нижче в таблиці 2.4.:

Таблиця 2.4.

Зведена таблиця кореляційних зв'язків епідеміологічних показників по Україні

Змінні	захворюваність на психічні розлади	число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів	захворюваність на алкогольні психози	щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту	коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень
захворюваність на психічні розлади	—		0,752		0,354
число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів		—	0,549		0,736
захворюваність на алкогольні психози	0,752	0,549	—		0,637
щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту				—	
коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень	0,354	0,736	0,637		—

З таблиці видно, що найсильніший позитивний зв'язок (0,752) спостерігається між захворюваністю на розлади психіки і поведінки та алкогольними психозами. Грунтуючись на цих даних, можна припустити, що психічний розлад може бути однією з найбільш вірогідних причин, які призводять до алкогольного психозу. Важливим висновком є те, що «біла гарячка», якою часто в народі називають алкогольний психотичний стан, у більшості випадків за відсутності додаткових діагностичних критеріїв, може бути пов'язана з розладами, зумовленими вживанням алкоголю, хоча першопричиною, ймовірно, є психічний розлад. Таким чином, стає зрозуміло, що проблема алкоголізму як в контексті суїцидів, так і психозів, набуває додаткових відтінків. Це означає, що лікування розладів психіки та поведінки може суттєво зменшити і вживання алкоголю. Крім того, існують гіпотези щодо того, що алкоголь як хімічна речовина відіграє певну седативно-модулюючу роль у розвитку деяких психічних розладів, які, можливо, мають значний вплив на емоційну та

когнітивну сфери. Слід зазначити, що розлади психіки та поведінки непрямим шляхом (наприклад, через значне споживання алкоголю певними особами) можуть ускладнювати ситуацію із депресивними та суїцидально-депресивними проявами, призводячи до підвищених ризиків здійснення суїцидів. У випадках з вживанням алкоголю важливо враховувати, що іноді першочерговим завданням є лікування не алкоголізму, а психічного розладу, який його спровокував. Таблиця 2.4. також демонструє сильний позитивний кореляційний зв'язок (0,736) між смертністю від самогубств і кількістю психічно хворих, які перебувають у стаціонарі понад 365 днів. Цей зв'язок насамперед відображає ряд явищ, пов'язаних із суїцидальною поведінкою. Зокрема, йдеться про певне "роздоріжжя" у рішеннях людей з суїцидальними думками. Частина таких людей звертається по допомогу до психіатричних стаціонарів (в деяких випадках перебування там може бути досить довгим в залежності від важкості розладу та симптоматики), інша робить спроби суїцидів. Фактично цей зв'язок звертає увагу на те, що кількість людей із важкими психічними розладами збільшується (перебування у стаціонарі понад 365 днів – це ознака невиліковності, хронічності, гостроти психічного розладу, його вкрай сильного впливу на соціальну адаптацію) і кількість смертей від суїцидів підвищується. Це опосередковано вказує на те, що важких психічних станів стає все більше. Однак тут є і логічніше пояснення цим кореляційним закономірностям. Люди, які перебувають в стаціонарі понад 365 днів, досить часто знаходяться на примусовому лікуванні. Відповідно, виходячи із закритої лікарні через декілька років, у особи може спостерігатися аутоагресія (суїцидальна спроба), повернення до алкоголізму або й агресивні дії щодо зовнішнього світу (спроби вбивства і т. д.). Отже суїцидальні спроби після тривалого перебування в психіатричному стаціонарі можуть бути закономірними через довгу соціальну ізоляцію, дезадаптацію та невиліковність деяких психічних станів.

Зв'язок між алкогольними психозами та перебуванням у стаціонарі 365+ днів характеризується позитивним зв'язком середньої сили (0,549). Такими чином, одразу після виходу із стаціонару, де людина може перебувати роками, у неї з'являються високі ризики розвитку алкоголізму. Важко пояснити всі чинники цього явища, проте

можна висунути гіпотезу, яка логічно обґрунтовує цей процес. У стаціонарі основна увага приділяється терапії психотичних станів, депресій та інших психічних розладів з високим рівнем хронізації та інвалідизації. Однак, судячи із кореляційних зв'язків, алкоголізм в умовах закритих психіатричних лікарень ефективно не лікується. Можлива і обернена ситуація, коли висока алкоголізація населення призводить до важких психозів та довготривалого примусового чи добровільного лікування.

Слід зазначити, що відповідно до відомостей та розрахунків Таблиці 2.4 алкогольні психози корелюють із середньою силою із коефіцієнтом СКС по самогубствам і самоушкодженням (0,637), кількістю людей, що перебувають в стаціонарі понад 365 днів (0,549), та сильно корелюють із захворюваністю на психічні розлади (0,752). Насамперед, це свідчить про те, що вплив хоча б на один із компонентів цього "ланцюга зв'язків" може впливати на смертність від самогубств на самоушкодження. Запобігання розвитку алкогольних психозів зменшить кількість людей, які вчинили самогубство та померли під впливом алкоголю. Отже, це допоможе зберегти людські життя. Іншою важливою проблемою є забезпечення ефективної терапії алкогольної залежності в психіатричних стаціонарах, де люди перебувають понад 365 днів. Після лікування та кодування від алкоголізму повернення додому після лікування в психіатричному закладі не буде супроводжуватися рецидивом алкоголізму та спробами здійснення суїцидів. В той же час, лікування розладів психіки та поведінки зменшить залежності від алкоголю, появу психозів в стані алкогольного сп'яніння, а згодом, вплине і на зменшення спроб здійснення самогубств. Такою є основна логіка зв'язку, що стосується алкогольних психозів.

Слід зазначити, що кількість вживаного алкоголю у літрах (літрів чистого спирту на людину) не корелює із жодними іншими епідеміологічними показниками, які були використані для дослідження. Це може свідчити про те, що розрахунок середньої кількості літрів спирту на людину не є показником, який чітко відображає ті чи інші закономірності. Це пояснюється тим, що закупівлі алкоголю або його виробництво в певній мірі виражають лише сам факт присутності продукту на ринку, однак його реальне споживання різними верствами населення може бути

нерівномірним, епізодичним або й прийнятним тільки для певних категорій людей (алкоголіки, люди без постійного місця проживання, особи, які вживають алкоголь у стресових ситуаціях і т. д.). Отже, застосовуючи показник кількості вживаного алкоголю у літрах чистого спирту на людину, ми обчислюємо середнє арифметичне, ймовірно, для даних з розподілом, що не є нормальним. Відповідно, можна зробити висновок, що кількість алкоголю в країні, області, місті – це не статистично прийнятна змінна, оскільки справа не в кількості алкогольних напоїв на ринку, а в тих мотиваціях, які спонукають людей їх купувати. Як зазначалося вище, кількість вживаного алкоголю у літрах чистого спирту на людину не впливає кореляційно на показники смертності від самогубств та самоушкоджень. Це може свідчити про те, що значну частину загальної кількості алкоголю в літрах можуть вживати люди з психічними розладами або психічно здорові люди, які перебувають у стані сильного стресу чи складних соціальних умовах. Іншим поясненням є те, що не бажано порівнювати епідеміологічні показники, що виражаються в різних мірах або змінних (кількість алкоголю у літрах (абсолютна цифра), а смертність від суїцидів виражена коефіцієнтом, тобто відносною цифрою).

З таблиці 2.4 видно, що СКС від самогубств та самоушкоджень корелює із трьома епідеміологічними показниками: захворюваністю на психічні розлади (0,354), кількістю осіб із алкогольними психозами (0,637) та числом людей, які перебувають в психіатричному стаціонарі понад 365 днів (0,736). Дані таблиці вказують, що небезпеку представляють не самі по собі розлади психіки та поведінки або їх наявність в анамнезі, а їх ускладнення, пов'язані із довготривалою хронізацією та вживанням алкоголю. Отже, недопущення прогресування розладів психіки і поведінки та зменшення вживання алкогольних напоїв серед психічно хворих і здорових людей могло б суттєво зменшити кількість суїцидів, і це твердження є робочою гіпотезою, що підтверджується кореляційними зв'язками.

Наступним етапом роботи було співставлення даних коефіцієнта Кендалла із відомостями, що були отримані за допомогою вирахування показників рангової кореляції за методом Спірмена. Основною відмінністю між цими двома підходами стали вищі ніж у коефіцієнта Кендалла цифри кореляції: наприклад, СКС по

самогубствам та самоушкодженням при застосуванні методу Кендалла корелював із захворюваністю на психічні розлади з силою кореляції 0,354, а при застосуванні методики Спірмена ця цифра дорівнювала 0,526. Для наочного представлення збільшення показників сили кореляції в залежності від використання різних методів обчислення пропонуємо ознайомитися із відомостями в Таблиці 2.5.:

Таблиця 2.5.

Рангова кореляція Спірмена та парна кореляція Кендалла. Порівняння показників

РАНГОВА КОРЕЛЯЦІЯ СПІРМЕНА

Змінні	захворюваність на психічні розлади	число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів	захворюваність на алкогольні психози	щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту	коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень
захворюваність на психічні розлади	—	0,499	0,871		0,526
число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів	0,499	—	0,713		0,864
захворюваність на алкогольні психози	0,871	0,713	—		0,772
щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту				—	
коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень	0,526	0,864	0,772		—

ПАРНА КОРЕЛЯЦІЯ КЕНДАЛЛА

Змінні	захворюваність на психічні розлади	число психічно хворих із тривалістю перебування	захворюваність на алкогольні психози	щорічне вживання алкоголю, у літрах	коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень
--------	------------------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------------------	---

		в стаціонарі 365+ днів		чистого спирту	
захворюваність на психічні розлади	—		0,752		0,354
число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів		—	0,549		0,736
захворюваність на алкогольні психози	0,752	0,549	—		0,637
щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту				—	
коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень	0,354	0,736	0,637		—

Ще однією досить суттєвою відмінністю між методом Кендалла та Спірмена є те, що в таблиці коефіцієнтів парної кореляції (Кендалл) кореляційні зв'язки між захворюваністю на психічні розлади та кількістю людей, що перебувають в психіатричних стаціонарах понад 365 днів, не виявлені. Однак в таблиці показників рангової кореляції Спірмена між захворюваністю на психічні розлади та кількістю осіб в психіатричних лікувальних закладах (перебування понад 365 днів) була зафіксована позитивна кореляція середньої сили (0,499). Вищезазначені відмінності говорять про те, що показники таблиці рангової кореляції Спірмена потребують оцінки на вірогідність.

Для того, щоб оцінити та обчислити критерії вірогідності рангових коефіцієнтів кореляції Спірмена треба для кожного значення розраховувати критерій вірогідності за формулою: $t = \frac{p}{m}$, де p – ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, m – середня похибка рангового коефіцієнту кореляції. Відповідно, для обчислення похибки будемо використовувати формулу: $m = \sqrt{\frac{1-p^2}{n-2}}$, де n – кількість порівнюваних пар.

Враховуючи, що порівнюються дані за 19 років, то $i \text{ n} = 19$. Представимо ці обчислення в таблиці 2.6. (вірогідні значення виділені зеленим кольором, а невірогідні – оранжевим):

Таблиця 2.6.

Перевірка вірогідності кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками по Україні

Змінні	Захворюваність на розлади психіки та поведінки	Кількість пацієнтів, стаціонар, 365+ днів	Кількість пацієнтів, алкогольні психози	Вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину	СКС по самогубствам та самоушкодженням
Захворюваність на розлади психіки та поведінки	—	0,499; m = 0,2101; t = 2,37; t < 3	0,871; m = 0,1191; t = 7,31; t > 3		0,526; m = 0,21; t = 2,5; t < 3
Кількість пацієнтів, стаціонар, 365+ днів	0,499; m = 0,2101; t = 2,37; t < 3	—	0,713; m = 0,17; t = 4,19; t > 3		0,864; m = 0,12; t = 7,2; t > 3
Кількість пацієнтів, алкогольні психози	0,871; m = 0,1191; t = 7,31; t > 3	0,713; m = 0,17; t = 4,19; t > 3	—		0,772; m = 0,15; t = 5,15; t > 3
Вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину				—	
СКС по самогубствам та самоушкодженням	0,526; m = 0,21; t = 2,5; t < 3	0,864; m = 0,12; t = 7,2; t > 3	0,772; m = 0,15; t = 5,15; t > 3		—

З таблиці можна побачити, що кореляція між значенням СКС по самогубствам та самоушкодженням та захворюваністю на розлади психіки та поведінки не є вірогідною, так як коефіцієнт вірогідності менше 3 ($t < 3$). Як вже зазначалося вище,

пояснення цього явища полягає у тому, що коефіцієнт СКС по самогубствам та самоушкодженням може відображати не тільки суїциди, які були здійснені психічно хворими, але й здоровими людьми. Отже, спростовується наша початкова гіпотеза про те, що між середнім коефіцієнтом смертності по самогубствам та самопошкодженням (в будь-якому віці, на 100 тис. населення) та захворюваністю на розлади психіки та поведінки (випадків на 100 тис. населення) існує вірогідний кореляційний зв'язок.

Відповідно, число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі понад 365 днів на 100000 населення корелює із захворюваністю на розлади психіки та поведінки без статистично значимої вірогідності. Тобто число людей із довгим перебуванням в психіатричному стаціонарі малоімовірно залежить від захворюваності на психічні розлади.

Як вже зазначалося, в свою чергу, захворюваність на розлади, пов'язані із порушенням психіки та поведінки, корелює із кількістю людей із алкогольними психозами. А кількість пацієнтів, що перебувають в психіатричних стаціонарах понад 365 днів, також корелює із кількістю осіб з алкогольними психотичними станами. Це говорить про те, що людство недооцінює роль алкоголю у формуванні психотичних розладів та важких психічних розладів.

Необхідно відзначити, що вірогідними також є кореляційні зв'язки між СКС по самогубствам та самоушкодженням і кількістю пацієнтів, що перебувають в психіатричному стаціонарі 365+ днів. Це демонструють дані Таблиці 2.6. Це може говорити про те, що частина людей із серйозними психічними розладами гине від суїцидів, а інша із суїцидальною симптоматикою знаходиться на лікуванні або ж звертається до стаціонарів. Відповідно, ця кореляція також може свідчити про те, що після довгого перебування в психіатричному стаціонарі зберігаються або ж з'являються суїцидальні думки. Також суїциди статистично вірогідно корелюють із кількістю пацієнтів із алкогольними психозами. Звертаємо особливу увагу, що найбільше кореляційних зв'язків відмічено саме для алкогольних психотичних станів, що зв'язуються не тільки з розладами психіки та поведінки, але й тривалістю

перебування в психіатричних закладах та суїцидами. Актуальним є те, що алкогольні психози відповідно і відносяться до розладів психіки та поведінки.

Для перевірки наших кореляційних гіпотез нам необхідно розрахувати ті ж самі показники та кореляції, що були наведені вище, однак для іншої країни. В базі даних «Здоров'я для всіх» була обрана Литва, оскільки там стандартизований коефіцієнт смертності по самогубствам та самоушкодженням є порівняно вищим аніж в інших країнах.

2.2. Оцінка кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками в Литві

З бази даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [66] було отримано ті ж самі показники, що і для України. В таблиці 2.8 продемонстровано динамічні ряди для захворюваності на розлади психіки та поведінки, числа психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі понад 365 днів, захворюваності на алкогольні психози, щорічного вживання алкоголю у літрах, середнього коефіцієнту смертності від самогубств та самоушкоджень. Таблиця 2.7., відповідно, демонструє такі дані:

Таблиця. 2.7.

Зведена таблиця епідеміологічних показників по Литві

Роки	Захворюваність на психічні розлади, випадків на 100 тис. нас., Литва (X1)	Число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі понад 365 днів на 100 тис. нас., Литва (X2)	Захворюваність на алкогольні психози на 100 тис. нас., Литва (X3)	Щорічне вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину, населення віком понад 15 років, Литва (X4)	Середній коефіцієнт смертності, самогубства та самопошкодження, в будь-якому віці, на 100 тис. нас., Литва (Y1)
1993	361	15	21	3,9	44
1994	469	8	34	3,6	48
1995	493	9	37	6,1	47,9

1996	455	8	35	7,1	49,1
1997	1490*	8	24	7,3	46,5
1998	476	5	29	6,3	44,3
1999	361	7	24	6,8	44,3
2000	341	7	22	9,9	46,7
2001	318	7	23	10,2	43,8
2002	272	8	24	11	44,2
2003	264	6	23	11,3	41,4
2004	271	6	27	12,1	39,5
2005	262	8	34	12,4	38
2006	261	10	40	13,3	29,9
2007	261	8	45	13,8	29,7
2008	272	7	38	13,8	32,4
2009	282	7	26	13	33,2
2010	285	8	26	13,2	30,3
2011	311	8	23	14,8	30,8
2012	318	7	28	15	28,3
2013	313	7	24	14,9	33,6
2014	3212	7	89	14,9	28,3
2015	3110	7	88	14,2	27,6
2016	4933	7	207	13,5	25,3
2017	5539	7	197	12,1	23,1
2018	5893	7	189	11,8	20,8
2019	5694	6	198	11,9	20,4
2020	5205	7	150	11**	18,4

* Враховуючи, що у 1997 р. були пропущені цифри спостереження в базі, було зроблено припущення, що у 1997 р. захворюваність на психічні розлади дорівнювала середньому показнику вибірки від 1993 р. і по 2019 р. Розрахунок: $40232/27 \approx 1490$.

** Враховуючи, що у 2020 р. були пропущені цифри спостереження в базі, було зроблено припущення, що у 2020 р. вживання алкоголю дорівнювало середньому показнику вибірки від 1993 р. і по 2020 р. Розрахунок: $298,2/27 \approx 11$.

Звертаємо увагу на те, що тут показники розраховуються з 1993 і по 2020 р. Це означає, що динаміка показників буде охоплювати 28 років. Відповідно, декілька показників (у 2020 р. і в 1997 р.) були замінені на середні значення вибірки від 1993 і по 2020 р. через відсутність даних в базі. Зазначимо, що з 2014 р. захворюваність на психічні розлади (випадків на 100 тис. населення) в Литві починає суттєво зростати. Про це свідчить абсолютний приріст між 2014 і 2015 рр. ($3212 - 313 = 2899$). Певним чином це також стосується і показників захворюваності на алкогольні психози (на 100 тис. населення) з 2016 р, де між 2015 і 2016 рр. відмічається абсолютний приріст 119 осіб на 100 тис. населення ($207 - 88 = 119$). Логічним поясненням цього може бути зміна з 2014 і 2016 рр. стратегії роботи і виявлення психічних розладів і алкогольних психозів в Литві (краща діагностика та виявлення. Безумовно, це також може свідчити і про погіршення епідемічної ситуації. Без статистичних розрахунків попередньо видно, що середній коефіцієнт смертності від самогубств та самопошкоджень в Литві поступово зменшується. І це підтверджується вирахуванням показника абсолютного зниження за період від 1993 і по 2020 р. ($18,4 - 44 = -25,6$). Така ситуація може говорити про те, що в Литві поступово впроваджувалися програми щодо подолання суїцидів. Однак не дивлячись на їх зниження, захворюваність на психічні розлади та алкогольні психози продовжує зростати.

Іншим досить парадоксальним фактором є те, що щорічне вживання алкоголю у літрах у Литві з 1993 р. збільшилося з 3,9 літрів і до 11, що загалом може свідчити або про збільшення виготовлення і закупівель алкогольних напоїв різними компаніями, або про загальне зростання споживання алкоголю.

Відповідно, ґрунтуючись на статистичних показниках бази даних, можемо стверджувати, що ситуація із зменшенням суїцидів та самопошкоджень в Литві покращується, однак паралельно з тим, з 2014 р. різко зросла захворюваність на психічні розлади, з 2016 р. різко зростає захворюваність на алкогольні психози, і щорічне вживання алкоголю на людину (у літрах) теж збільшується. Наразі такі протилежні тенденції можуть відображати роботу лише на одному рівні – ґрунтовний аналіз причин появи суїцидальної поведінки, впровадження просвітницьких програм щодо протидії самогубствам та модернізовані підходи психологічних служб.

Водночас виникає питання, чи можна довго підтримувати більш-менш стабільно низький рівень смертності від самогубств та самоушкоджень при зростанні захворюваності на алкогольні психози та погіршення ситуації із психічними розладами.

Організація з економічного співробітництва та розвитку у 2020 р. опублікувала діаграму, де Литва займала фактично друге місце по смертності від суїцидів на 100000 осіб [69] після Південної Кореї. Ці відомості були наочно представлені у вигляді діаграми і з ними можна ознайомитися на рисунку 2.2.:

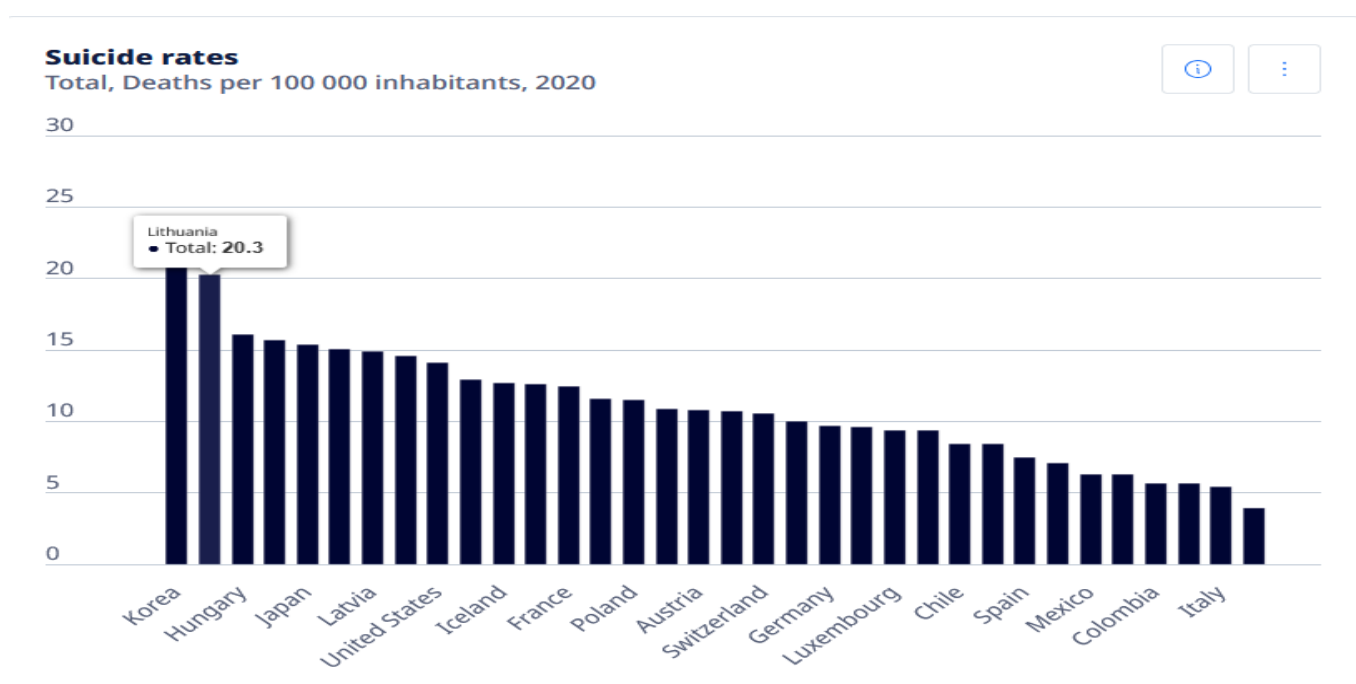


Рис. 2.2. Рівні суїцидів, смертність на 100 тис. нас. на 2020 р. Зведена діаграма по країнам

Певним чином такі епідеміологічні показники пояснюються не тільки вживанням алкоголю, психічними розладами, але й економічними труднощами в країні. Зокрема, приблизно з 1993 р. сільський сектор населення страждав від безробіття, в сільській місцевості важче було організовувати психологічні служби, люди за 45+ років відчували проблеми із працевлаштуванням навіть в умовах урбаністичного середовища великих міст.

Серед груп ризику відзначаються чоловіки [70], що відповідно, серйозно позначається на різних стратегіях реалізації допомоги при суїцидальному мисленні та

спробах. Фактично мова може йти не просто про порівняно високий епідеміологічний рівень самогубств та самопошкоджень у Литві, але й про саме чоловіче суїцидальне мислення, яке в тому числі обумовлене проблемами із ростом ВВП, вживанням алкоголю, кліматичними температурами, демографічними та сімейними проблемами.

Як із показниками по Україні робота з вхідними даними з Литви проходила в середовищі MedStat. Як видно з таблиці 2.8 для подальшого зниження смертності від самогубств та самопошкоджень в Литві необхідно буде вирішити як мінімум три основні проблеми: вчасне виявлення та якісне лікування психічних розладів (зокрема, депресій), аналіз проблематик, пов'язаних із алкогольними психозами, і лікування алкогольної залежності. Таблиця демонструє помітний взаємозв'язок між захворюваністю на розлади психіки та поведінки та показниками захворюваності на алкогольні психози. Цей зв'язок за логікою подій може мати відношення до щорічного вживання алкоголю, яке за 28 років збільшилося. Помітно, що основні зусилля Литви були направлені на зупинку самогубств, однак складова алкоголізму та психічних розладів досі залишається серйозною проблемою.

Всі вищезазначені динамічні ряди (ті, які виражені у відносних числах є складними) були перевірені в програмі MedStat на нормальністю розподілу та представлені у таблиці 2.8:

Таблиця 2.8.

Перевірка епідеміологічних показників по Литві на нормальність розподілу

ПЕРЕВІРКА НА НОРМАЛЬНІСТЬ

	Захворюваність на психічні розлади	Особи, що перебувають в стаціонарі 365+ днів	Алкогольні психози	Вживання алкоголю в літрах	Самогубства та самопошкодження
Критерій	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка	W Шапіро-Уїлка
Коеф. асиметрії	1,400	2,940	1,610	-0,854	-0,127
Коеф. ексцесу	0,264	12,100	1,010	-0,347	-1,300
Об'єм вибірки	28	28	28	28	28
Значення критерію W	0,627	0,686	0,639	0,888	0,925

Шапіро-Уїлка					
Рівень значимості	$P < 0,01$	$P < 0,01$	$P < 0,01$	$P < 0,01$	$P = 0,04$
Розподіл	відрізняється від нормального	відрізняється від нормального	відрізняється від нормального	відрізняється від нормального	відрізняється від нормального

В усіх динамічних рядах, які використовувалися для дослідження, спостерігався розподіл, відмінний від нормального. Це означає, що для оцінки кореляційних зв'язків між вищезазначеними змінними будуть використовуватися непараметричні методи встановлення кореляції, а саме коефіцієнт парної кореляції Кендалла та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Для останнього методу буде також використовуватися перевірка на вірогідність, яка буде здійснюватися за допомогою розрахунку середньої похибки рангового коефіцієнту кореляції та самого коефіцієнту вірогідності. В цілому, всі кореляційні розрахунки та їх перевірка будуть ідентичними з тими, які використовувалися для показників по Україні.

Отже, застосуємо непараметричний метод, а саме обчислення коефіцієнту парної кореляції Кендалла для низки епідеміологічних даних по Литві. Результати виявлення кореляційних зв'язків можна побачити в таблиці 2.9.:

Таблиця 2.9.

Зведена таблиця виявлених кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками по Литві (кореляція Кендалла)

Змінні	захворюваність на психічні розлади	число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів	захворюваність на алкогольні психози	щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту	коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень
захворюваність на психічні розлади	—		0,327		
число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів		—			

захворюваність на алкогольні психози	0,327		—		-0,482
щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту				—	-0,480
коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень			-0,482	-0,480	—

Відповідно до таблиці з коефіцієнтами парної кореляції Кендалла помітні кореляційні зв'язки (близькі до слабких) досліджені для захворюваності на психічні розлади та захворюваністю на алкогольні психози (0,327). Як вже згадувалося вище, проблематика вживання алкоголю саме психічно хворими людьми або ж прагнення седатизувати депресії та інші хворобливі психічні стани алкоголем – явище досить поширене не тільки в Литві. Більш того, контрольована депресія або інший психічний розлад в тверезому стані є аспектом, який може суттєво видозмінюватися та проявляти себе неконтрольовано при алкогольному сп'янінні. Багато в чому вживання алкоголю пов'язане із негативним навіюванням, яке закодоване в різних рекламних акціях і навіть в загальноприйнятих стереотипах поведінки на святах, днях народження, в різного роду громадських місцях (кафе, ресторани, концерти, театри і т. д.). Не слід забувати, що низка симптомів психічних розладів може з'являтися тільки при вживанні алкоголю (тобто в тверезому стані такі люди є фактично здоровими). В той же час присутність такої вищезазначеної кореляції навіть на фоні зниження самогубств є епідеміологічно несприятливим чинником для Литви. В даному випадку дані можуть свідчити про те, що люди продовжують хворіти на психічні розлади (тобто діють певні детермінанти їх розвитку) і до того ж вживають алкоголь. Тобто за умови зниження активності влади щодо запобігання суїцидам проблеми населення із психікою та вживанням алкогольних напоїв повернуть ситуацію на початковий, несприятливий рівень (кількість суїцидів знову буде збільшуватися).

Досить несподіваним феноменом є негативна помітна кореляція між смертністю від самогубств та захворюваністю на алкогольні психози. Така ж сама картина спостерігається і для зв'язків між вживанням алкоголю та СКС по самогубствам та самоушкодженням. З точки зору емпірики такі ситуації малоімовірні. Наприклад, важко собі уявити, що підвищення вживання алкогольних напоїв знижує кількість суїцидів, або ж зниження кількості самогубств призведе до збільшення алкогольних психозів. Такі негативні кореляції можуть говорити тільки про штучність певної поточної ситуації в Литві, оскільки там звертають основну увагу на недопущення суїцидів, однак дуже мало зусиль приділяється для подолання алкогольних психозів та вживання алкоголю. От і виходить, що показник по смертності від самогубств повільно знижується, і в той же час цифри по алкогольним психозам та вживанню алкогольних напоїв збільшуються (оскільки там профілактична робота масштабно та централізовано не проводиться). Саме такою може бути робоча гіпотеза щодо виявлених негативних кореляцій.

Цікавим аспектом є те, що при наборі інших комбінацій епідеміологічних показників, які прямо або опосередковано не пов'язані із проблематикою зв'язків між алкоголем та суїцидальною поведінкою, можуть бути зроблені зовсім інші, набагато менш раціональні висновки. Наприклад, якщо спробувати порівняти коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень із середньою густиною населення на 1 кв. км, або ж підключити до комбінації показників стандартизований коефіцієнт смертності від ішемічної хвороби серця чи від злоякісних новоутворень, то ми не зможемо відслідкувати цих негативних кореляцій, які в певній мірі відображають нелогічні, нераціональні зв'язки, що виникають під час якісної профілактики однієї хвороби і ігнорування профілактичних заходів щодо інших захворювань чи станів.

Далі реалізуємо аналіз показників рангової кореляції Спірмена, який можна побачити в таблиці 2.10.:

Таблиця 2.10.

Зведена таблиця виявлених кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками по Литві (рангова кореляція Спірмена)

Змінні	захворюваність на психічні розлади	число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів	захворюваність на алкогольні психози	щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту	коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень
захворюваність на психічні розлади	—		0,485		
число психічно хворих із тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів		—			
захворюваність на алкогольні психози	0,485		—		-0,645
щорічне вживання алкоголю, у літрах чистого спирту				—	-0,663
коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень			-0,645	-0,663	—

Беремо до уваги той факт, що при застосуванні методу рангової кореляції Спірмена було отримано результати, які за значеннями є більшими за числа, що отримані за методом Кендалла. Однак якихось нових кореляційних зв'язків в даному випадку немає. Як і в попередніх розрахунках захворюваність на психічні розлади корелює із алкогольними психозами (0,485; позитивна помітна кореляція), а стандартизований коефіцієнт смертності від самогубств та самоушкоджень має негативну кореляцію із алкогольними психозами та кількістю вживаного алкоголю у літрах (-0,645; -0,663; помірна негативна кореляція в обох випадках). Тут можна помітити досить нелогічний контраст між тим, що захворюваність на психічні розлади прямо впливає на показник захворюваності на алкогольні психози, а в той же час стандартизований коефіцієнт смертності по самогубствам та самоушкодженням вплинув на захворюваність на алкогольні психози обернено. Тобто якби ці результати

кореляції були сприйняті без теоретичної та статистичної перевірки і буквально, то виявилося б, що чим більше людей страждає на алкогольний психоз, тим менше самогубств, і навпаки. Однак знаючи контекст ситуації в Литві, можна стверджувати, що таку кореляційну картину сформували спеціальні програми, семінари та тренінги серед населення з метою зменшення кількості самогубств та самоушкоджень в країні.

Отримані результати, що навіть без додаткових перевірок виглядають нелогічними, потребують оцінки вірогідності рангових коефіцієнтів кореляції Спірмена. Для цього буде застосована формула: $t = \frac{p}{m}$, де p – ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, m – середня похибка рангового коефіцієнту кореляції. Похибка буде обчислюватися за іншою формулою: $m = \sqrt{\frac{1-p^2}{n-2}}$, де n – кількість порівнюваних пар. Враховуючи, що порівнюються дані за 28 років, то і $n = 28$. Представимо ці обчислення в табличному вигляді. Відповідно, в таблиці 2.11. представлені обчислені дані (зеленим кольором виділені статистично вірогідні цифри, а оранжевим – без статистичної значимості):

Таблиця 2.11.

Перевірка на статистичну значимість кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками по Литві

Змінні	Захворюваність на розлади психіки та поведінки	Кількість пацієнтів, стаціонар, 365+ днів	Кількість пацієнтів, алкогольні психози	Вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину	СКС по самогубствам та самоушкодженням
Захворюваність на розлади психіки та поведінки	—		0,485; m = 0,17; t = 2,85; t < 3		
Кількість пацієнтів, стаціонар, 365+ днів		—			

Кількість пацієнтів, алкогольні психози	0,485; m = 0,17; t = 2,85; t < 3		—		-0,645; m = 0,15; t = -4,3; t > 3
Вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину				—	-0,663; m = 0,15; t = -4,4; t > 3
СКС по самогубствам та самоушкодженням			-0,645; m = 0,15; t = -4,3; t > 3	-0,663; m = 0,15; t = -4,4; t > 3	—

Одразу слід зазначити, що кореляційний зв'язок між захворюваністю на психічні розлади та значенням захворюваності на алкогольні психози виявився невіргодним ($t < 3$). В певній мірі це може говорити і про те, що для появи алкогольного психозу не завжди потрібна наявність психіатричного діагнозу. З іншого боку ці дані показують, що в Литві розвиток захворюваності на алкогольні психози не залежить від захворюваності населення на психічні розлади (кореляція досліджена, але вона не вірогідна). Тобто психотичні стани під час алкогольного сп'яніння можуть пов'язуватися в даному випадку із іншими чинниками (не обов'язково клінічними), наприклад, передумовами може бути безробіття, соціальні негаразди, надмірні стреси, кліматичні умови із недостатньою інсоляцією, соціальна дезадаптація і т. д. Хоча сам по собі термін «алкогольний психоз» так чи інакше передбачає залежність від алкоголю, яка є хронічним психічним розладом, тому невіргодність цієї кореляції викликає низку гіпотез. Невіргодна кореляція (але зафіксована) між захворюваністю на психічні розлади та показником захворюваності на алкогольні психози може також вказувати на те, що діагностика проблем із психікою у населення, імовірно, фіксує не всі випадки депресій, біполярних і тривожних розладів, порушень особистості, алкогольних і наркотичних залежностей і інших психоасоційованих проблематик. Слід зацентувати увагу на тому, що

зв'язків стандартизованого коефіцієнту смертності від самогубств та самоушкоджень із захворюваністю на психічні розлади в Литві не досліджено.

В свою чергу, перевірка на вірогідність негативних помірних кореляцій «СКС по самогубствам та самоушкодженням – захворюваність на алкогольні психози» та «СКС по самогубствам та самоушкодженням – вживання алкоголю, літрів чистого спирту на людину» показала по модулю ($|t| > 3$) статистичну значимість цих кореляційних зв'язків. Основним твердженням, яке може стосуватися цих кореляцій є те, що в даному випадку йдеться не про фактичну, а саме про контекстну залежність. Тобто в контексті подій в Литві можна казати про ефективність державних програм по запобіганню суїцидам, і паралельну проблематику алкогольних залежностей і розладів (зростання кількості алкогольних психозів та вживання алкоголю), яка поки що не знайшла вирішення в цій країні.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ II.

В обох країнах, як в Україні, так і в Литві, не зафіксовано статистично значимої кореляції між захворюваністю на розлади психіки і поведінки та СКС по самогубствам та самоушкодженням. Зокрема, в Україні із стандартизованим коефіцієнтом смертності від суїцидів та самопошкоджень корелює захворюваність на алкогольні психози та кількість пацієнтів, які перебувають в психіатричних стаціонарах понад 365 днів (найбільша кореляція як раз для цього параметру). Це може означати, що найбільша увага щодо профілактики та уникнення суїцидів має приділятися саме в психіатричних стаціонарах із тривалим лікуванням, а також серед пацієнтів, які були виписані з цих закладів. Кореляція смертності від самогубств із захворюваністю на алкогольні психози підтверджує досить тривожну гіпотезу про те, що в Україні саме алкоголізм є одним із рушійним, а можливо і ключовим чинником ризику, який призводить до суїцидів та смертельних самоушкоджень. Причому профілактика алкоголізму має бути посилена саме серед людей із психічними розладами, депресіями, біполярними епізодами, порушеннями особистості і т. д. Аналіз кореляцій значимих чинників по Україні показав, що алкоголізм загрожує не тільки залежностями, але й суїцидальними й серйозними психотичними тенденціями.

На відміну від України в Литві через надвисокі показники СКС по самогубствам та самоушкодженням (49 осіб на 100 тис., в Україні найвищий показник за всі роки 29 осіб на 100 тис.) впроваджувалися державні програми з профілактики та уникнення суїцидів та самопошкоджень серед населення країни. Вивчення цього питання координував та спонсорував Інститут гігієни Литви. Наприклад, на момент 2023 р. міністром охорони здоров'я Литви був сформульований та поданий Національний план дій із запобігання самогубствам (2023–2026 рр.) [71]. Зазначалося, що на даний момент поки що немає національної стратегії із попередження суїцидів, тому профілактика самогубств часто є більш ефективною на регіональному рівні. Цей шлях профілактики реалізується, коли регіони впроваджують свої власні стратегії та алгоритми (наприклад, у місті Купишкіс) [71]. Слід зазначити, що в Україні немає національного плану дій щодо профілактики суїцидів або ж національної стратегії із цього питання. Через те, що Литва вжила низку локальних та централізованих державних заходів для зниження кількості самогубств СКС по суїцидам та самоушкодженням поступово знижується з 1993 р. Тобто ця тенденція, що була відображена і в динамічних рядах в базі «Здоров'я для всіх» відображає динаміку втручання зі сторони системи охорони здоров'я Литви. Тому негативні кореляції СКС по самогубствам та самоушкодженням із захворюваністю на алкогольні психози і кількістю спожитого алкоголю у літрах скоріше доводять те твердження, що якби Литва не вжила спеціальних заходів проти суїцидальної поведінки, то ці кореляційні зв'язки були б не негативними, а позитивними і статистично значимими. Отже, досліджується спільна проблема України та Литви, а це помітний зв'язок суїцидів в обох країнах із захворюваністю на алкогольні психози. Причому є підстави вважати, що ця проблематика в Литві обтяжена і високим загальним споживанням алкоголю в країні (в літрах чистого спирту, щорічне вживання алкоголю). Основною робочою гіпотезою є те, що стан алкогольного сп'яніння активізує латентні психічні розлади (в тому числі і суїцидальну поведінку) у низки осіб, які споживають алкоголь як у середніх, так і великих дозуваннях.

РОЗДІЛ 3. ПОТЕНЦІАЛ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Міжнародні рекомендації із профілактики та запобігання суїцидам

Національний інститут здоров'я та досконалості медичної допомоги в Англії (NICE) у 2019 р. видав стандарт якості «Запобігання суїциду» [72]. Насамперед, в документі вказується, що міжвідомчі партнерства із вищезазначеного питання реалізуються шляхом формування стратегічної групи із запобігання суїцидам, у якої має бути зрозуміле управління та структури підзвітності. Крім того у межах цього міжвідомчого партнерства та співробітництва формують локальні медіа-плани, що окреслюють порядок роботи із журналістами та редакторами, коли вони повідомляють спільноті про суїциди та суїцидальну поведінку. Дорослі особи із суїцидальними думками можуть повідомляти організаціям міжвідомчого співробітництва про те, чи бажають вони, щоб їх родина, опікуни, друзі були залучені до їх догляду і розуміють межі конфіденційності. Людям, які втратили близьких або самі постраждали від суїцидальної поведінки, надається необхідна інформація та пропонується спеціальна підтримка.

Стратегічна група із запобігання суїцидам може координувати свою роботу у більш широкій мережі своїх представників із спеціальних організацій або установ для впровадження локальної стратегії із запобігання самогубствам. Щоб сприяти розумінню проблематики міжвідомче партнерство може включати до співробітництва людей із особистим досвідом суїцидальних спроб, суїцидальними думками та емоційними станами, або ж тих осіб, що втратили рідних, близьких внаслідок самогубства.

NICE в стандарті якості «Запобігання суїциду» звертає особливу увагу на те, що організації, які залучені до міжвідомчого співробітництва, мають надавати докази того, що вони надають послуги або підтримку на належному рівні якості. Упродовж роботи із населенням збираються дані про кінцеві точки або результати дослідження (втручань), наприклад, про показники прийняття до стаціонару у зв'язку із навмисним

самоушкодженням. Тобто можуть враховуватися дані по відвідуваності стаціонарів, рівня самоушкоджень по спільнотам, різним закладам, школам, вищим навчальним закладам і т. д.

Стратегічна група із запобігання суїцидам може включати представників із різних відомств: клінічних спеціалістів, фахівців з громадського здоров'я локального рівня, надавачів медичних послуг, соціальних працівників, волонтерів, спеціалістів служби швидкої допомоги, представників кримінальної юстиції, поліцейських, роботодавців, освітян і т. д.

Важливим напрямком діяльності стратегічної групи є обмеження доступу до засобів та місць, які можуть бути використані для самогубства. Це досягається через низку заходів, таких як кризове втручання (надання часу особі для переосмислення намірів) ускладнення доступу (створення перешкод для здійснення суїцидальних дій), безпечне середовище (облаштування безпечних камер у місцях позбавлення волі та обмеження продажу небезпечних речовин), фізичні бар'єри (встановлення огорож на мостах та інших потенційно небезпечних об'єктах), співпраця з проектувальниками (врахування ризиків суїциду при плануванні інфраструктури), аналіз місцевих ризиків (вивчення поширених методів суїциду в регіоні для цілеспрямованих превентивних заходів). Висвітлення суїцидальних подій у ЗМІ потребує особливої відповідальності. Щоб уникнути стигматизації та запобігти наслідуванню, журналістам рекомендується: уникати сенсаційності та спекуляцій, не надавати детального опису методів самогубства, зосереджуватися на історіях надії та одужання, обов'язково інформувати про доступні ресурси підтримки та контактні дані кризових служб.

Також слід розуміти, що люди, близькі яких загинули від суїциду, також знаходяться у групі підвищено ризику здійснення суїцидальної поведінки. Тому надзвичайно важливим є виявлення цих осіб і реалізація адаптованої до їх потреб психологічної, медичної та соціальної допомоги [72] Організація Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide) у своїй настанові General Guidelines on Suicide Prevention (Загальні настанови для запобігання суїцидам) [73], визначає ключові цілі у сфері запобігання самогубствам, а саме ідентифікацію та

систематизацію успішних практик та стратегій із запобігання суїцидам на регіональному та місцевому рівнях. Увага також приділяється виявленню потреб зацікавлених сторін, розробкам та поширенню рекомендацій і інструментів для підвищення обізнаності про суїциди та їх профілактику. Особливу увагу настанова приділяє розвитку електронних інструментів, включаючи розробку технічних вимог для інтегрованої моделі електронної психіатричної допомоги, орієнтованої на запобігання суїцидам. Серед інших важливих ініціатив – створення онлайн-бібліотеки та впровадження програми "Оцінка потреб" для ключових зацікавлених сторін. Доведено, що онлайн-бібліотеки, інформаційні ресурси з самодопомоги, семінари, вебінари та тренінгові модулі є ефективними засобами для зниження суїцидальних тенденцій у суспільстві, надаючи необхідну інформацію та підтримку групам ризику.

Настанова Euregenas розглядає запобігання суїцидам через призму різних рівнів охоплення населення. Універсальна профілактика спрямована на все населення країни з метою підвищення загальної психологічної стійкості. Вибіркова профілактика орієнтована на групи підвищеного ризику. Прикладами таких заходів є додаткове навчання терапевтів або сімейних лікарів оперативно виявляти симптоматику депресивних розладів. Або це можуть бути семінари чи вебінари для освітян, коли вчителів або викладачів вищих навчальних закладів також будуть інформувати про різні способи виявлення у учнів/студентів депресивних епізодів. Відповідно, фрейм охоплення може бути як найбільшим (все населення), так і найменшим, коли профілактика здійснюється тільки для окремих рекомендованих осіб, які, наприклад, вже страждають від суїцидальних намірів, думок та поведінки. І в цьому разі основною стратегією запобігання суїциду буде покращення терапії осіб, у яких є минула історія суїцидальних спроб. Підходи із різним охопленням профілактикою також можна побачити в таблиці 3.1.:

Таблиця 3.1.

Різні рівні профілактичного охоплення

Універсальна профілактика	1. охоплення всієї популяції; 2. інформаційна кампанія з обізнаності щодо психічної стійкості;
Вибіркова профілактика	1. основними об'єктами профілактики є групи підвищеного ризику щодо розвитку суїцидальної поведінки; 2. навчання різного роду посередників, зацікавлених осіб та всіх причетних до спілкування та роботи з людьми щодо розпізнавання симптомів депресій;
Адресна, індивідуальна профілактика	1. основними об'єктами профілактики є люди, які вже залучені в суїцидальний процес; 2. покращення терапії та лікування для осіб із суїцидальними тенденціями;

Важливо враховувати організаційні аспекти при виборі стратегій запобігання суїцидам, оскільки не всі підходи є універсальними для різних рівнів охоплення. Наприклад, не всі стратегічні підходи можуть працювати на всіх рівнях охоплення. Відповідно, промоція психічного (ментального) здоров'я в цій настанові не рекомендована для індивідуального рівня профілактики (однак стратегія промоції психічного здоров'я може включати низку підстратегій, які дозволяють укріплювати психіку на індивідуальному рівні), а гарячі лінії допомоги та онлайнна підтримка не застосовується для суцільного охоплення всього населення. В той же час, настанова Euregenas рекомендує спеціальне навчання (тренінги) для медичних працівників, модераторів громад та журналістів на всіх рівнях профілактичної інтервенції.

Програми, призначені для вразливих груп населення, застосовуються тільки у вибірковій профілактиці, – тобто для всієї популяції та для індивідуального використання вони не підходять. Детальніше співвідношення між стратегіями та рівнями охоплення представлено в таблиці 3.2. [73]:

Таблиця 3.2.

Співвідношення між стратегіями подолання суїцидальної поведінки та рівнями профілактичного охоплення

СТРАТЕГІЇ	РІВНІ ВТРУЧАННЯ		
	УНІВЕРСАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА	ВИБІРКОВА ПРОФІЛАКТИКА	АДРЕСНА АБО ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА
Промоція ментального здоров'я	застосовується	застосовується	—
Впровадження гарячих ліній та онлайнової допомоги	—	застосовується	застосовується
Навчання для фахівців з громадського (психічного) здоров'я, координаторів та посередників різних соціальних груп, журналістів	застосовується	застосовується	застосовується
Програми, що створені для допомоги вразливим групам населення	—	застосовується	—
Програми, що створені для допомоги групам високого ризику	—	—	застосовується
Обмеження доступу до летальних методів здійснення самогубств	застосовується	застосовується	застосовується

Окрім рівнів охоплення різні стратегії запобігання суїцидам мають свої сильні та слабкі сторони. Часто вибір підходів залежить від контексту ситуації, а також наявних потенціалів системи громадського здоров'я. Наприклад, промоція психічного здоров'я може здійснюватися через профілактичні впливи на рівні громади, коли створюється спеціальне підтримуюче середовище (електронні та інші мережі самопідтримки). Важливо також врахувати загальну ефективність, яка може значно варіюватися залежно від умов застосування та цільової аудиторії. Так, згідно з даними Euregenas кампанії щодо підвищення загальної обізнаності про депресивні розлади мали помірний вплив на зміну ставлення до розладу, але не призвели до прямого зниження рівня самогубств, активізації пошуку допомоги чи збільшення використання антидепресантів [73]. Варто зазначити, що такі кампанії можуть мати різну спрямованість: на розвиток навичок самодопомоги (наприклад, через когнітивно-поведінкову терапію) або на заохочення звернення до фахівців (психіатрів, психотерапевтів) та медикаментозне лікування. У першому випадку можна навчити населення практичним інструментам подолання суїцидальних думок, тоді як у другому – змінити модель пошуку професійної допомоги.

Euregenas також виділяє гарячі лінії допомоги, як важливу стратегію. Хоча досліджень їхньої ефективності недостатньо, наявні дані свідчать про позитивний вплив на цільові групи. Електронна підтримка психічного здоров'я також сприяє налагодженню профілактичних заходів, що призначені для запобігання суїцидам. В тому числі, маються на увазі і спеціальні групи в соціальних мережах, які можуть створювати інформаційні ресурси для підтримки людей із суїцидальними думками. Отже, розуміння потреб конкретної соціальної групи або індивіда є ключем до ефективності будь-якої стратегії. Доведено високу ефективність нагляду за особами, які вже мали спроби суїциду, з використанням різних методів комунікації, таких як телефонні дзвінки, онлайн-контакти, поштові та електронні листи.

Аналізуючи рекомендації двох міжнародних настанов, стає очевидним, що значна просвітницька роль у питаннях суїцидів часто відводиться журналістам та іншим працівникам ЗМІ, які не є профільними фахівцями в цій сфері. Окрім цього журналісти можуть лише описово досліджувати проблематику, і в той же час люди

все рівно будуть сприймати їх відомості на основі власного досвіду, власної обізнаності, освіти, психологічної підготовки та загального розуміння ситуації. Той факт, що журналістам рекомендують писати про способи, як справлятися зі стресами постфактум після спроб суїциду, говорить про те, що стратегії підвищення обізнаності та надання самодопомоги при депресіях (або нав'язливих думках із суїцидальною тематикою, депресивних obsесивно-компульсивних розладах) організовані неефективно.

Настанова *Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. VA/DoD Evidence-Based Practice* (2024) [74] зазначає, що скринінгові програми щодо попередження суїцидальної поведінки на даний момент не мають оцінку «за» або «проти». Однак, виходячи з розуміння розладів, психологічні опитування населення можуть допомогти оцінити поширеність певних акцентуацій характеру (таких як імпульсивність, циклотимність, тривожність), які можуть бути факторами ризику. У будь-якому випадку, настанова *Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. VA/DoD Evidence-Based Practice* рекомендує використовувати для скринінгу валідовані опитувальники. Зокрема, для загальної популяції використовується *Columbia Suicide Severity Rating Scale Screener* [75], що включає наступні питання: 1. чи хотіли б ви, щоб ви були мертвими, або ж заснули та не проснулися?; 2. чи були у вас думки вбити себе?; 3. чи ви колись думали, як би ви це могли зробити?; 4. чи були у вас думки вбити себе та наміри це зробити?; 5. чи розглядали або планували ви в деталях, як би ви могли це зробити? Чи були у вас наміри здійснити цей план?; 6. Чи робили ви колись щось або розпочинали робити певні дії, або готувалися зробити щось, щоб закінчити своє життя? Позитивні відповіді на 4, 5 і 6 вказують на високий ризик щодо здійснення суїциду.

Важливо зазначити, що опитувальник *Columbia Suicide Severity Rating Scale Screener* зосереджується переважно на глибині та деталізації суїцидального мислення, а не на особистісних рисах, які можуть сприяти суїцидальним діям. Отже, при виникненні ризику реактивних суїцидів, спричинених раптовими стресовими подіями, цей скринінговий інструмент може бути недостатньо інформативним щодо ймовірності імпульсивних суїцидальних дій. З іншого боку, використання *Columbia*

Suicide Severity Rating Scale Screener для загальної популяції є цінним для оцінки поширеності осіб, які мають різний рівень ризику, пов'язаний саме з наявністю суїцидальних думок або намірів.

Як виглядає опитувальник, та як саме можна зорієнтуватися у відповідях на питання, можна побачити на рисунку 3.1 [75]:

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE
Screen Version - Recent

SUICIDE IDEATION DEFINITIONS AND PROMPTS		Past month	
		YES	NO
Ask questions that are bolded and <u>underlined</u>.			
Ask Questions 1 and 2			
1) <u>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?</u>			
2) <u>Have you actually had any thoughts of killing yourself?</u>			
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5, and 6. If NO to 2, go directly to question 6.			
3) <u>Have you been thinking about how you might do this?</u> E.g. "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when where or how I would actually do it....and I would never go through with it."			
4) <u>Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?</u> As opposed to "I have the thoughts but I definitely will not do anything about them."			
5) <u>Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?</u>			
6) <u>Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?</u> Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc. If YES, ask: <u>Was this within the past three months?</u>		YES	NO

■ Low Risk
■ Moderate Risk
■ High Risk

Рис. 3.1. Опитувальник Columbia Suicide Severity Rating Scale

Згідно з настановою Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. VA/DoD Evidence-Based Practice також рекомендує використовувати для скринінгу загальної популяції опитувальник Suicide Cognition Scale – Revised (SCS-R) [76]. Скорочений варіант методики складається з 9 тверджень, на які можна відповісти наступним чином: «зовсім не згоден», «не згоден», «відношення до твердження нейтральне», «згоден», «повністю згоден». Розглянемо більш детально ці 9 повідомлень, серед них: 1. «ніхто не зможе допомогти вирішити мої проблеми»; 2. «я повністю недостойний любові або не заслуговую на любов»; 3. «ніщо не зможе

допомогти мені вирішити мої проблеми»; 4. «неможливо описати, як погано я себе відчуваю»; 5. «я більше не можу справлятися із своїми проблемами»; 6. «я не можу собі уявити, щоб хто-небудь міг витримувати такого роду біль»; 7. «немає нічого рятівного для мене»; 8. «я не заслуговує на те, щоб прожити ще»; 9. «нікого немає огиднішого за мене». Приклад бланку методики можна побачити на рисунку 3.2 [76]:

Client ID: _____	Date: _____
Therapist: _____	Appointment: _____

Suicide Cognitions Scale-Short Form (SCS-S)

The following statements are intended to assess your beliefs about your current problems. Please read each statement carefully and circle the number that best describes how you feel right now. Remember to rate each item and circle only one number for each item.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. No one can help solve my problems.	1	2	3	4	5
2. I am completely unworthy of love.	1	2	3	4	5
3. Nothing can help solve my problems.	1	2	3	4	5
4. It is impossible to describe how badly I feel.	1	2	3	4	5
5. I can't cope with my problems any longer.	1	2	3	4	5
6. I can't imagine anyone being able to withstand this kind of pain.	1	2	3	4	5
7. There is nothing redeeming about me.	1	2	3	4	5
8. I don't deserve to live another moment.	1	2	3	4	5
9. No one is as loathsome as me.	1	2	3	4	5

Scoring for use by therapist only:

ADD COLUMNS: + - + -

TOTAL =

Рис. 3.2. Опитувальник Suicide Cognitions Scale – Short Form

На відміну від Columbia Suicide Severity Rating Scale Screener, який зосереджується на оцінці серйозності суїцидального мислення та намірів, опитувальник Suicide Cognition Scale – Revised (SCS-R) має іншу структуру. Він певною мірою ґрунтується на когнітивній тріаді Бека, що включає негативне сприйняття себе, світу та майбутнього. При цьому в деяких твердженнях відбувається виявлення зв'язку депресивних думок із суїцидальними. Зазначений опитувальник може бути корисним для скринінгу загальної популяції, коли присутні відомості про

підвищення захворюваності на депресії, однак достеменно невідомо, наскільки важкою є симптоматика (і чи може вона трансформуватися в суїцидальне мислення та поведінку).

Рекомендації Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. VA/DoD Evidence-Based Practice також включають використання опитувальника Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [77], який складається з 9 тверджень, на які можна відповісти наступним чином: «ні»; «спостерігаю небажані явища декілька днів»; «більше ніж половину всіх днів спостерігаю небажані явища»; «спостерігаю небажані явища майже кожен день». Опитувальник пропонує оцінити 9 тверджень, серед них: 1. «спостерігається малий інтерес або задоволення від виконання будь-якої діяльності»; 2. «є відчуття засмученості, депресивності, безнадійності»; 3. «проблеми із засинанням чи сном, або ж спостерігається надмірний сон»; 4. «спостерігається відчуття втомленості або відсутності енергії»; 5. «відмічається поганий апетит або ж переїдання»; 6. «відмічається негативне сприйняття власного «я», ви відчуваєте себе невдахою, або ж вважаєте, що ви призвели себе або родину до невдач»; 7. «проблеми із концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети або перегляду телебачення»; 8. «повільні рухи або мовлення, які помітні для оточуючих; або ж навпаки збуджений стан, непосидючість, більша рухливість аніж зазвичай»; 9. «є думки, що було б краще померти або заподіяти собі самоушкодження». Слід зазначити, що і є фінальне – 10 твердження (запитання), яке сформульоване таким чином: «якщо ви відслідкували у себе певні вищезазначені проблеми, наскільки вони будуть ускладнювати для вас виконання роботи, догляд за домівкою або вміння ладнати з іншими людьми?». Бланк для методики Patient Health Questionnaire (PHQ-9) представлений на рисунку 3.3 [77]:

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

ID #: _____ DATE: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns + +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card). TOTAL:

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	Not difficult at all _____ Somewhat difficult _____
--	--

Рис. 3.3. Методика Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

З позиції психологічних та клінічних методів, Patient Health Questionnaire (PHQ-9) є опитувальник, що акцентує увагу на клінічних проявах депресії, таких як відсутність енергії, знижена концентрація уваги, зменшення та уповільнення рухливості. Крім того, методика прагне виявити не тільки депресивні прояви, але й ступінь їх важкості та суїцидальної небезпеки. Отже, як було зазначено вище, міжнародні настанови та рекомендації наголошують на певних правилах профілактики, відпрацюваннях та виборі стратегій реагування на суїцидальне мислення, наміри і поведінку, а також на можливостях проведення скринінгу.

Однак застосування опитувальників не завжди є ефективним засобом для профілактики суїцидальної поведінки. Наприклад, CDC⁶ рекомендує низку стратегій, які дозволяють попереджувати суїцидальне мислення, думки, наміри, планування та

⁶ <https://www.cdc.gov/suicide/prevention/index.html>

реалізацію скоєння суїцидів. В Таблиці 3.3. можна побачити ті стратегії, які були рекомендовані CDC:

Таблиця 3.3.

Стратегії подолання суїцидальної поведінки, рекомендовані CDC

СТРАТЕГІЯ	ВПЛИВ НА ДЕТЕРМІНАНТУ
посилення економічної підтримки для громадян, посилення економічної безпеки громадян;	економічна, соціальна детермінанта
створення захисних, безпечних середовищ (зменшення доступу до летальних засобів здійснення суїцидів);	соціальна
покращення доступу до послуг із профілактики та терапії суїцидальної поведінки;	медична, психіатрична, соціальна, економічна
пропагувати здорові зв'язки (здоровий спосіб життя, здорові норми для однолітків);	соціальна
навчання навичкам, які допомагають справлятися із проблемами і вирішувати проблеми;	психологічна, соціальна
адекватна ідентифікація та підтримка людей у групах ризику;	соціальна, медична

запобігання майбутнім ризикам (поственції).	психіатрична, психологічна, соціальна

Звернемо увагу на те, що для перевірки ефективності будь-якої програми (стратегії) профілактики суїцидальної поведінки необхідно враховувати її тривалість (нетривалі програми неможливо оцінити з епідеміологічної точки зору). Наприклад, однією із стратегій профілактики самогубств є програма Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program⁷, модель якої можна побачити на рисунку 3.4.:

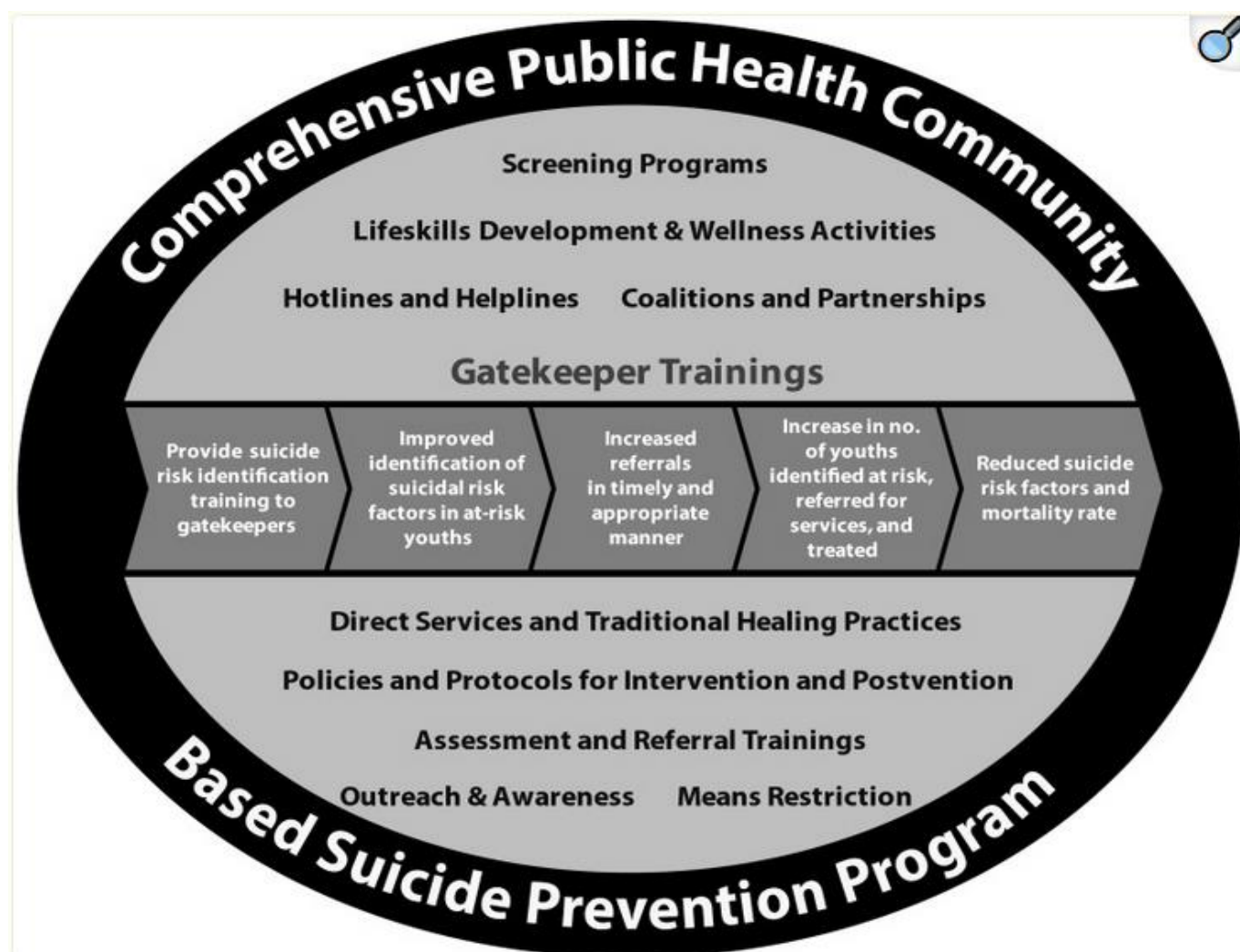


Рис. 3.4. Програма Garrett Lee Smith

⁷ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4386522/>

Програма Garrett Lee Smith створена на основі всеосяжних підходів, що стосуються всієї спільноти громадського здоров'я, і підтримує в першу чергу молодь. Гранти програми Garrett Lee Smith фінансуються за рахунок Адміністрації з питань наркоманії та послуг ментального здоров'я (SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Administration), яка є підрозділом Департаменту охорони здоров'я і соціальних служб США⁸. Робота програми розрахована на профілактику суїцидів в університетських містечках, громадах штатів та в племінних соціальних групах. Як можна побачити на рисунку 3.4. стратегічні підходи Garrett Lee Smith Program є комбінованими. Відповідно, головна профілактична інтервенція здійснюється за допомогою скринінгових програм, впровадження заходів із формування життєвих навичок та благополуччя, гарячих ліній та ліній допомоги, партнерства між різними установами, організаціями та відомствами тощо. Важливим аспектом є те, що низка аспектів цієї програми стосується саме підготовки освітніх кураторів.

Отже, для освітнього куратора організовують тренінги із ідентифікації суїцидальних ризиків, тренування із покращеного розпізнавання факторів суїцидального ризику у молоді з групи ризику. Освітні куратори вчаться організовувати збільшену кількість звернень щодо суїцидальних ризиків вчасно та в адекватному форматі. Відповідно, завданням такого роду посадовців стає робота з молоддю, яка є в групі ризику, і направлена на проходження спеціальних заходів та терапії. Освітній куратор є відповідальним за зменшення чинників ризику суїцидальної поведінки та рівня смертності.

Програма Garrett Lee Smith гарантувала доступ до традиційних терапевтичних практик та прямих безпосередніх послуг з профілактики суїцидальної поведінки. До задач розробників та послідовників проекту входило створення політик та протоколів з інтервенції та поственції суїцидальної поведінки. Крім того значна увага приділялася оцінюючим та реферальним тренінгам. Також застосовувалися і класичні підходи такі як інформування та обмеження доступу до засобів здійснення самогубства⁹. Відповідно, в Національній стратегії США з профілактики суїцидів у

⁸ <https://sprc.org/grantees>

⁹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4386522/>

2024 р. була здійснена епідеміологічна оцінка діяльності програми Garrett Lee Smith та організацій, які отримали гранти у межах цього проекту¹⁰. Зазначимо, що вперше проект було започатковано у 2004 р. На рисунку 3.5. можна побачити епідеміологічні тренди впровадження програми Garrett Lee Smith:

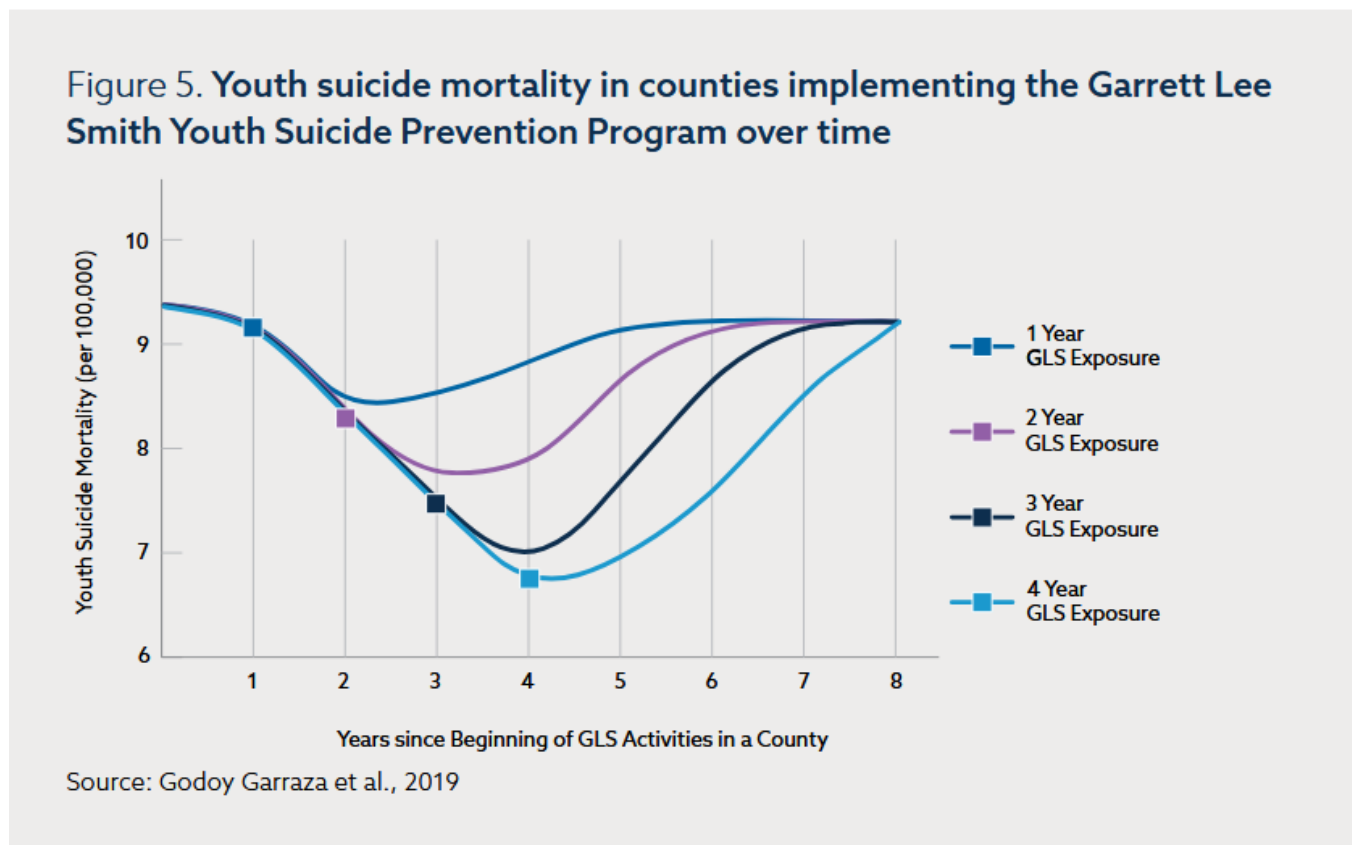


Рис. 3.5. Епідеміологічний вплив програми Garrett Lee Smith

Слід звернути увагу, що програма Garrett Lee Smith кожного року переоцінювалася для пошуку найефективніших та найкращих методик впливу на суїцидальні розлади серед молоді. Як правило, через рік позитивний вплив програми починав зменшуватися. Однак після переоцінки визначалося, що зменшення смертності від суїцидів продовжувалося у середньому упродовж 2 років. Такий підхід дозволив зберегти життя 882 особам молодого віку між 2007 та 2015 рр. Додатковий вплив на зменшення смертності пов'язувався з роками безперервного фінансування проекту, що безпосередньо вказує на необхідність формування сталих ресурсів в штатах та громадах для профілактики суїцидальної поведінки. Як видно з рисунку

¹⁰ <https://www.hhs.gov/sites/default/files/national-strategy-suicide-prevention.pdf>

вплив програми на смертність дійсно був помітним, однак упродовж наступних 4 років зменшувався. Фактично можна зробити висновок, що при наданні регулятора відомостей про різні програми з профілактики суїцидальної поведінки, експертиза проектів повинна проводитися із залученням як мінімум двох основних документів: структури стратегії (програми) та епідеміологічного графіка, який демонструє і доводить зменшення смертності із застосуванням цих стратегічних складових.

3.2. Стратегії подолання суїцидальної поведінки в Україні

У «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року», що була прийнята розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р [78], відсутні згадки про ризики суїциду або спеціалізовані програми його профілактики. Це зумовлює щорічну втрату близько 6000 життів [79] внаслідок самогубств та серйозних самоушкоджень. З огляду на гендерний розподіл (87 % чоловіків / 13 % жінок), найбільших втрат зазнаватиме чоловіче населення. Аналіз зв'язку між самогубством і захворюваністю на алкогольні психози та кількістю осіб, що перебувають в психіатричних стаціонарах понад 365 днів вказує на несприятливі тенденції в епідеміологічних прогнозах. Це, насамперед, свідчить про недостатню ефективність терапії та профілактики алкоголізму. Одночасно, зростання кількості осіб з тривалим перебуванням у психіатричних стаціонарах відображає збільшення поширеності тяжких психічних розладів в Україні. Важливо також врахувати, що, згідно з кореляційним аналізом, тривале перебування в психіатричному стаціонарі може бути фактором ризику самогубств та самоушкоджень, як під час перебування в закладі, так і після виписки.

Обґрунтованим є припущення про існування специфічних особливостей суїцидальних загроз у кожній країні. Отже, стратегії захисту психічного здоров'я від суїцидальності мають базуватися насамперед на аналізі місцевої ситуації, включаючи рівень самогубств і самоушкоджень, типові способи суїцидальної поведінки та фактори, що провокують або передують суїциду [80]. Не зважаючи на те, що за даними 2017 р. СКС по самогубствам та самоушкодженням в Україні дорівнює 13,6

осіб на 100 тис. населення, середній показник стандартизованого коефіцієнта смертності з 1993 р. є 20,5 осіб на 100 тис. населення. Проблема суїцидів в Україні, як зазначалось вище, спричиняють близько 6000 смертей щороку, характеризується різноманітністю та не завжди очевидністю способів суїцидальної поведінки. Проведене кореляційне дослідження ряду епідеміологічних показників виявило статистично незначущий зв'язок між захворюваністю на розлади психіки та поведінки та стандартизованим коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень (СКС) в Україні. Здавалося б, це твердження мало б поставити крапку в різного роду інтерпретаціях взємозв'язків між розладами психіки та поведінки і суїцидами. Однак непрямий аналіз інших факторів дає підстави для песимістичних прогнозів щодо ефективності майбутніх заходів профілактики самогубств та самоушкоджень в Україні. Попри відсутність прямого зв'язка між самогубствами і розладами психіки та поведінки, інші епідеміологічні показники в певній мірі спростовують цю концепцію. Зокрема, в таблиці 2.5. представлені дані про вірогідність зв'язків між захворюваністю на розлади психіки та поведінки і захворюваністю на алкогольні психози (0,871). Крім того, виявлено зв'язок між кількістю випадків алкогольних психозів та стандартизованим коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень (СКС) (0,772). Зазначимо, що алкогольні психози розглядаються як один із різновидів розладів психіки та поведінки, причому ускладнений залежністю. Отже, простежується не прямий, а опосередкований зв'язок між розладами психіки та поведінки і алкогольними психозами. Отже, збільшення кількості осіб з психічними розладами супроводжується зростанням числа випадків алкогольного делірію або галюцинозів. У свою чергу, зростання захворюваності на алкогольний психоз корелює з підвищенням показників СКС від самогубств та самоушкоджень.

Проблема також полягає у тому, що сам по собі алкогольний психоз є наслідком затяжного алкоголізму чи гострих алкогольних інтоксикацій (або ж і не діагностованих психічних розладів) . У наркологічній практиці відомі випадки, коли детоксикація не завжди запобігає розвитку психозу або його полегшенню. Отже, особи з тривалим анамнезом вживання алкоголю мають підвищений ризик не лише

розвитку алкогольного психозу, але й суїцидальної поведінки. Більш того, значна кількість психотичних епізодів виникає не після безпосереднього вживання алкоголю, а під час абстиненції. Не дивлячись на те, що СКС по самогубствам складає 13,6 осіб на 100 тис. (дані 2017 р., фактично зараз через бойові дії та підвищений стресовий фон ці цифри будуть значно більші), захворюваність на розлади психіки та поведінки становить 424 випадки на 100 тис. населення. Це свідчить про наявність епідеміологічного потенціалу для зростання смертності від суїцидів. Причому захворюваність на алкогольні психози, що корелює зі смертністю від самогубств, є "перехідною ланкою" між захворюваністю на психічні розлади та стандартизованим коефіцієнтом смертності від самогубств. Існує гіпотеза, що аналіз особливостей алкогольного абстинентного синдрому [81] може допомогти розробити стратегії профілактики суїцидів серед цієї групи пацієнтів. Оскільки найбільшу загрозу для залежних осіб становить саме відмова від алкоголю під час лікування, цей період пов'язаний з підвищеним ризиком суїцидальних спроб та самоушкоджень.

З точки зору розробки стратегії із запобігання суїцидам ефективне лікування алкоголізму та профілактика алкогольних психозів можуть не лише знизити смертність від суїцидів, але й позитивно вплинути на захворюваність на психічні розлади. При грамотній профілактичній роботі непрямі кореляції можуть сприяти зменшенню епідеміологічних показників.

Потребують додаткового вивчення різні форми алкогольних психозів, так як алкогольний делірій та гострі алкогольні галюцинози можуть по-різному вплинути на реактивно-маячні наміри здійснити суїцид. Таким чином, профілактика алкоголізму та алкогольних психозів має бути одним з ключових елементів стратегії запобігання суїцидам в Україні. Це підтверджується виявленими значущими зв'язками між відповідними епідеміологічними показниками. Необхідно також звернути увагу на особливу небезпечність одночасної наявності психіатричного діагнозу та зловживання алкоголем.

Важливим фактором, що пов'язаний із смертністю від суїцидів є кількість психічно хворих, із перебуванням в умовах стаціонару понад 365 днів (позитивна кореляція: 0,864). Проблема ізоляції викликала значну кількість занепокоєння як під

час пандемії COVID-19, так і після стабілізації епідеміологічної ситуації. Тимчасова ізолюваність в домашніх умовах не є критичною, якщо людина може підтримувати стабільну фізичну, емоційну та психологічну активність. Ізолювання на терміни часу більше 1 місяця навіть в умовно комфортному закритому середовищі може у подальшому впливати на розвиток фобій, зокрема, соціофобії і т. д. Однак перебування в умовах психіатричного стаціонару більше 365 днів не тільки вважається специфічною ізоляцією, але й суттєвим чином впливає на психологічний стан пацієнта. Як вже згадувалося вище у розділі 1, у хоспісах, домах для людей літнього віку є ризик вчинення суїцидів, оскільки низка паліативних програм не враховує згубних впливів ізоляції. Психіатричні стаціонари також не є винятком з точки зору суїцидальних ризиків, оскільки пацієнти не лише ізолювані від суспільства, але й змушені проходити тривале, а іноді й примусове лікування через свій діагноз. В окремих випадках ізоляція може бути одним із видів попереджувального втручання, наприклад, у закладах позбавлення волі, де особам, які вважаються під загрозою суїциду чи самоушкодження пропонується переміщення в ізолювану камеру або ДІЗО (дисциплінарний ізолятор). Ці приміщення, як правило, добре проглядаються та контролюються, до моменту, коли у засудженого мине криза. Ці ізолятори перебувають під контролем кожні 30 хвилин [82]. Аналіз ситуації показує, що найбільш вразливою категорією є особи, які тривалий час перебували в умовах ізоляції та готуються до реінтеграції в суспільство. Між тим, зазначений зв'язок може також демонструвати ситуацію, коли одна частина людей із суїцидальними намірами здійснює самогубство, а інша потрапляє на довготривале лікування до психіатричних стаціонарів через важкі діагнози. Вищезгадана кореляція також непрямо вказує на особливу важкість психіатричних діагнозів, що призводять до суїцидальних випадків.

Є і інші пояснення цієї виявленої закономірності. Виявлений вірогідний зв'язок між кількістю пацієнтів із довготривалим перебуванням у психіатричних стаціонарах і стандартизованим коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень має певну логічну основу. Можна припустити, що люди, схильні до самогубства, або ж які вже здійснили спробу суїциду, будуть досить довго проходити курс лікування в

стаціонарі. Однак так як терапія не може тривати усе життя, а також із гуманістичних міркувань, цих пацієнтів виписують із лікарні без достатніх гарантій того, що вони є безпечними для самих себе. Відповідно, після виписки вони під дією алкоголю чи за інших обставин здійснюють самогубство. Перебування в психіатричному стаціонарі понад 365 днів має зв'язок не тільки із смертністю від суїцидів, але й з алкогольними психозами. Тому існує ймовірність, що після виписки у пацієнта поновлюється алкогольна залежність, потім він припиняє вживання алкоголю – і під час абстинентного синдрому, який ініціює алкогольний психоз, відбувається спроба суїциду. Не виключно, що і саме алкогольне сп'яніння може викликати психотичні стани. Тут є і більш просте пояснення, що вживання алкоголю як психічний розлад призводить до важких психіатричних діагнозів, і згодом довготривалого лікування в стаціонарі. Отже, ці зв'язки опосередковано свідчать про недостатню ефективність лікування алкоголізму як до потрапляння до психіатричної лікарні, так і під час тривалого перебування у психіатричних стаціонарах.

Зв'язок смертності від суїцидів із кількістю пацієнтів, що перебувають в психіатричних стаціонарах понад 365 днів може бути зумовлений збільшенням числа тяжких психічних розладів. Випадки суїцидальних думок або станів, що не піддаються лікуванню, фіксуються в стаціонарах, тоді як недіагностовані випадки відображаються у статистиці смертності від суїцидів. Існує також альтернативне пояснення цієї кореляції, пов'язане з впливом ізоляції та стаціонарного режиму на психіку пацієнта, що може спровокувати суїцидальну спробу після виписки. Таким чином, важливим елементом стратегії запобігання суїцидам в Україні має стати ретельний перегляд ролі ізоляції в психіатричних стаціонарах, поліпшення умов утримання пацієнтів, забезпечення обов'язкового лікування від алкогольної та інших залежностей, вивчення можливостей амбулаторного спостереження, а також реорганізація житлового простору в стаціонарах для пацієнтів, яким не показана виписка. Звертаємо увагу на необхідність раннього виявлення важких психіатричних діагнозів, так як кількість важких психічних розладів збільшується і відповідно, одна частина вищевказаної популяції здійснить спробу суїциду, інша – звернеться до психіатричного стаціонару або ж буде примусово туди направлена.

Якщо в Україні спостерігається зв'язок між алкогольними психозами і захворюваністю на розлади психіки та поведінки, кількістю пацієнтів із довготривалим перебуванням в стаціонарі та смертністю від самогубств, то в Литві психози алкогольного генезу та споживання алкоголю мають негативний зв'язок із самогубствами. Як вже згадувалося в розділі 2, цей зв'язок не є позитивним.

В Литві цей показник свідчить про те, що, незважаючи на значні зусилля регіональних та державних програм, спрямованих на зменшення кількості суїцидів (і їх кількість зменшується), одночасно зростають показники алкогольних психозів та споживання алкоголю. А от в Україні суїцидальні тенденції можна називати ізоляційно-алкогольними оскільки кореляційний аналіз виявляє значний вплив алкоголю та небезпеку довгого перебування в психіатричних стаціонарах. При цьому зв'язок кількості пацієнтів з перебуванням в психіатричних лікарнях понад 365 днів із самогубствами може означати збільшення важких психічних розладів, які з одного боку призводять до суїцидів, а з іншого – до тривалої госпіталізації пацієнтів (причому госпіталізація в значенні ізоляції теж є чинником ризику для розвитку суїцидальності). Важливо, що ці тенденції розвиваються без значного впливу державних та регіональних програм в Україні. На відміну від цього, у Литві суїцидальні тенденції мають переважно "алкогольний" характер, але при цьому зазнають значного впливу спеціальних програм та стратегій (антисуїцидальні регіональні програми та програми державного рівня).

Безумовно, алкоголь та алкогольні психози не є єдиними причинами суїцидів та суїцидальної поведінки як в Україні, так і в Литві. Часто серед стратегій протидії самогубствам, в тому числі і в Литві, де проводилися спеціальні тренінги із населенням для протидії суїцидальним тенденціям, не враховуються підходи малої психіатрії та психології. Зокрема, недостатньо уваги приділяється профілактиці неврастенії, що характеризується хворобливою вразливістю та інтенсивними емоційними реакціями на життєві труднощі. Люди з неврастенією відчують значний дискомфорт та емоційний біль навіть від незначних подразників [83]. Сама по собі неврастенія може бути передумовою для розвитку помірних та важких депресій, циклотимічної акцентуації характеру (особливо її депресивної фази),

нав'язливих думок, біполярного розладу тощо. Неврастенія як підвищена чутливість нервової системи до будь-яких (не тільки стресових) навантажень, безумовно, є значним ризиком для розвитку суїцидальних тенденцій та мислення. Тобто самогубства та самоушкодження можуть вчинятися не тільки в стані так званих «психопатологічних суїцидів», але й афективно-невротичних. Імовірно, психологічні переписи населення, спеціальні скринінги на виявлення акцентуацій характеру (циклотимічна, тривожна, епілептоїдна – що пов'язана із імпульсивністю) – могли б бути суттєвим та важливим кроком для формування та реалізації стратегії із подолання суїцидів. Підключення порівняно не важких методик, наприклад, тесту Леонгарда, тесту Бека змогли б допомогти при виявленні груп підвищеного ризику серед населення.

Якщо реактивні самогубства можна передбачати за допомогою виявлення акцентуацій характеру, то меланхолічні та депресивні суїцидальні тенденції, особливо із тривалою симптоматикою, це вплив значного масиву депресивних розладів, часто із нав'язливими думками про смерть та прагнення закінчити життя самогубством (депресивні obsесивно-компульсивні розлади – депресивні ОКР-и). Тому при формуванні стратегій уникнення суїцидів в Україні необхідно зважати на комбінацію чинників ризику: депресії, ускладнені депресивними ОКР-ами, розлади із змінами депресивних та маніакальних фаз (біполярні розлади), алкогольні психози, трансформація психічних розладів під впливом вживання алкоголю та психоактивних речовин, розлади соціалізації та адаптації після довгої ізоляції, неврастенії.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ III.

Ефективність системи громадського здоров'я щодо подолання суїцидів та суїцидальної поведінки ґрунтується на різних підходах, що визначаються як стратегії. Стратегічне планування, розробка проєктів, вибір методів та методик базуються на контексті поточної ситуації в країні, аналізі епідеміологічних показників та оцінці потреб населення, особливо його вразливих груп, які належать до групи ризику суїцидальної поведінки.

Серед найбільш відомих стратегій, що часто реалізуються або впроваджуються в різних країнах є: формування міждисциплінарних, міжвідомчих робочих груп із запобігання самогубствам та самоушкодженням, підвищення обізнаності щодо депресій та способів їх подолання, гарячі телефонні та онлайн-лінії психологічної та психіатричної допомоги, проведення лекцій, семінарів та тренінгів серед населення, ізоляція людей із минулою історією суїцидальних спроб в спеціальних лікувальних закладах із підвищеним наглядом щодо їх безпеки, впровадження реформ соціального захисту населення і т. д.

В Україні щороку близько 6000 людей гинуть через відсутність комплексної системної стратегії та уніфікованих клінічних протоколів, які б детально описували проблему суїцидальної поведінки та пропонували клінічні, психологічні та психіатричні методи втручання. Існуючі уніфіковані клінічні протоколи та галузеві настанови, такі як "Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)", виданий у 2014 році, є застарілими, хоча протокол з депресії досі вважається чинним.

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» [87] більшу увагу звертає на контрольні огляди пацієнтів із ризиком суїциду, на клінічні стратегії виписування ліків людям із суїцидальними ризиками (медикаменти не можна виписувати єдиним рецептом на тривалий період через ризик отруєнь). Протокол також містить рекомендації щодо призначення антидепресантів для осіб із різних вікових груп (у пацієнтів, молодших 30-ти років є високий ризик суїциду після призначення АД-ів.). Однак слід зазначити, що цей документ не призначено для профілактики, діагностики чи терапії суїцидальної поведінки, і він стосується, в основному, посттравматичних стресових розладів. В Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, що була прийнята розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р [88] також особливої уваги суїцидальним загрозам не приділяється. Все це говорить про те, що в Україні на відміну, наприклад, від

Литви суїцидальне мислення або наміри виявляються (і то не системно) лише під час діагностики депресій, посттравматичних стресових розладів та інших порушень депресивного спектру.

Враховуючи кореляційні зв'язки між СКС по самогубствам та самоушкодженням і такими показниками як захворюваність на алкогольні психози та кількість людей із перебуванням в психіатричному стаціонарі понад 365 днів пропонується наступна стратегія подолання суїцидальних загроз. По-перше необхідно розробити матеріали та методики з підвищення обізнаності населення щодо суїцидальної поведінки, встановити у громадських місцях, зупинках громадського транспорту та метро інформаційні монітори із інструкціями щодо використання когнітивно-поведінкової терапії для самодопомоги. Хоча ці рекомендації можуть здаватися простими у реалізації, на даний момент вони не впроваджені. Існує також ризик, що матеріали з психологічної чи психіатричної підтримки в громадських місцях будуть підготовлені формально, без належного змісту та креативності. Це може призвести до ситуації, коли учасники курсів (занять) із запобігання суїцидам відзначають низький рівень зацікавленості у представленому матеріалі [89].

Окрім підвищення загальної та спеціальної обізнаності із профілактики депресій та суїцидальної поведінки необхідно враховувати епідеміологічні дані та їх кореляції між собою. Спільною проблемою як України, так і Литви є недостатня робота системи охорони здоров'я із терапії алкогольних залежностей. Для України встановлено, що алкогольні психози мають позитивний зв'язок із захворюваністю на розлади психіки та поведінки (що є логічним, оскільки алкогольні психози є психічними розладами), кількістю пацієнтів, що перебувають в умовах психіатричних стаціонарів понад 365 днів і смертністю від самогубств та самоушкоджень. Це означає, що першочерговим завданням є профілактика суїцидів серед осіб, які вживають значні дози алкоголю протягом тривалого часу, відчувають метаболічний ацидоз через гострі алкогольні стани, мають проблеми із ферментами алкогольдегідрогеназа та ацетальдегіддегідрогеназа. Отже, необхідно розробити

стратегію, спрямовану на надання інформації, знань та допомоги саме цій категорії населення.

Поєднання суїцидів, важких психічних розладів та алкоголізму становить значну загрозу для населення України як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі. Необхідно створити спеціальну моніторингову систему, що зможе здійснювати нагляд та попереджати самогубства серед людей, що знаходяться в стадії довготривалого запою, або ж перебувають під дією абстинентного синдрому. Тому що саме ці два стани можуть бути найнебезпечнішими з точки зору ризику суїцидальної поведінки. Важливо пам'ятати, що навіть звичайне алкогольне сп'яніння може викликати психотичні реакції (алкоголь впливає на рН крові, через що значна кількість ферментів перестає правильно працювати в організмі; якщо неправильна робота ферментів починає впливати на мозкові тканини, може виникнути психоз).

Іншим важливим компонентом стратегії попередження суїцидів в Україні має бути дослідження ключових факторів та природи кореляції між кількістю пацієнтів, які перебувають у психіатричних стаціонарах понад 365 днів, та смертністю від суїцидів і самоушкоджень. Збільшення кількості осіб із довготривалим перебуванням в психіатричних стаціонарах свідчить про зростання числа випадків тяжких психічних розладів. Непрямо можна казати про те, що кількість суїцидів залежить від збільшення числа людей із важкими психіатричними діагнозами. Особи з такими розладами можуть становити небезпеку як для себе, так і для оточення. Їх виписка може означати поновлені спроби самогубств або ж агресивні дії по відношенню до соціуму. Тобто первинна проблематика важких психічних розладів поступово переходить у вторинну, що також має відношення до суїцидальної поведінки. Це може свідчити, що умови стаціонарів часто є ізолюючими та не сприяють оздоровленню, важкі психотичні та депресивні стани лікуються недостатньо ефективно, без залучення найновіших методів та препаратів, значна кількість випадків важких психотичних станів не відслідковується, що можливо, і є причиною здійснення суїцидів. Крім того є можливість ознайомитися із досвідом Литви, де

обізнаність про запобігання суїцидам значно підвищилася завдяки регіональним та державним програмам.

Адаптація деяких стратегій, застосованих у Литві, з урахуванням специфіки ситуації в Україні (алкогольні психози, тривале перебування пацієнтів у психіатричних стаціонарах, збільшення кількості важких психіатричних діагнозів) може сприяти покращенню лікування депресії, біполярних розладів, запобіганню алкогольним психозам, впровадженню інноваційних методів лікування алкогольної залежності та профілактиці суїцидів.

ВИСНОВКИ

1. Під час дослідження різних джерел, присвячених вивченню суїцидів, було помічено, що еволюційність поступового ускладнення психічних розладів, які не були адекватно пролікованими, багатьма дослідниками не враховується.

Судячи з відомостей різних наукових та дослідницьких джерел досі немає уніфікованого списку тих епідеміологічних параметрів, кореляції між якими могли б свідчити про зміну епідеміологічної ситуації щодо самогубств та самоушкоджень.

2. На прикладі порівняння епідеміологічних показників України та Литви можна казати про штучні та природні кореляції між різними чинниками, що пов'язані із розвитком суїцидальної поведінки.

В Україні кореляційні зв'язки між епідеміологічними показниками, які впливають на смертність від суїцидів є природними, в Литві – вони демонструють низку штучних процесів та втручань, які були покликані зменшити число самогубств та самоушкоджень.

Слід звернути увагу, що Україну та Литву в плані кореляцій між епідеміологічними показниками, пов'язаними із смертністю від суїцидів, об'єднує один із важливих чинників: захворюваність на алкогольні психози.

Кореляційна картина між епідеміологічними показниками в Україні та Литві має і низку відмінностей. В Литві також досліджена кореляція між вживанням кількості алкоголю (літрів чистого спирту) та смертністю від суїцидів (в Україні такої тенденції прямо не досліджено, однак є проблеми із алкогольними психозами). Відповідно, в Україні є кореляція між кількістю пацієнтів із довготривалим перебуванням в психіатричних стаціонарах і смертністю від самогубств (в Литві таких кореляційних закономірностей немає).

3. Відповідно до даних проведених кореляційних розрахунків суїцидальні тенденції в Україні тісно пов'язані із проблемами алкоголізму.

Не дивлячись на те, що захворюваність на психічні розлади не має прямих вірогідних кореляцій із коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень, відмічено непрямі кореляційні зв'язки між цими показниками (елементом-посередником є алкогольні психози, які корелюють як із захворюваністю на психічні

розлади, так і коефіцієнтом смертності від суїцидів). Також слід відмітити непряме свідчення того, що між низкою психічних розладів та смертністю від суїцидів є кореляційні зв'язки. Це твердження можна довести тим фактом, що захворюваність на алкогольні психози (які є психічними розладами) корелює із коефіцієнтом смертності від суїцидів.

В Україні досліджені особливі зв'язки між трьома чинниками ризику розвитку суїцидів: захворюваністю на психічні розлади (непрямо корелюють із суїцидальною поведінкою), захворюваністю на алкогольні психози (є однією із центральних проблематик і фактично психічним розладом із одним із найвищих ризиків розвитку суїцидальної поведінки) і кількістю людей, що довготривало перебувають в психіатричних стаціонарах (365+ днів) (чинник непрямо вказує на зв'язок між важкими психіатричними діагнозами та суїцидами).

Між вищезгаданими показниками є помітна логічна ланка. При підвищенні захворюваності на психічні розлади в Україні підвищується і захворюваність на алкогольні психози (фактор алкоголю та психозів). При підвищеннях цифр випадків алкогольних психозів також підвищуються показники кількості пацієнтів із довгим перебування в психіатричних стаціонарах (фактор госпіталізації, ізоляції та важких психічних розладів). І відповідно, після підвищення цифр по кількості пацієнтів в стаціонарах та захворюваності на алкогольні психози – іде зростання коефіцієнту смертності від самогубств та самоушкоджень (фактор непрямого впливу). Тобто на суїцидальну поведінку впливає комбінація факторів.

Виявлено три фактори, які впливають на зростання коефіцієнту смертності від самогубств та самоушкоджень в Україні: фактор алкоголю та алкогольних психозів, фактор госпіталізації, ізоляції та важких психічних розладів і непрямий фактор впливу (потенціювання вищезазначених чинників із непрямим впливом на зростання кількості самогубств).

Фактично одержані розрахунки продемонстрували, що початкова гіпотеза про виключно безперечну кореляцію між кількістю розладів психіки та поведінки на 100000 населення та смертністю від суїцидів/самоушкоджень не підтверджується. З практичної точки зору тут можна прийняти рішення щодо подальшої перевірки вже

інших дослідницьких гіпотез. А саме перевірок на незалежних вибірках або в рандомізованих контрольованих дослідженнях тверджень, що алкогольні психози та перебування в стаціонарі більше 365 днів на рік корелює із смертністю через самогубства та самоушкодження.

Відповідно, з точки зору громадського здоров'я з'явилися нові гіпотези щодо небезпеки не самого розладу психіки та поведінки, а того хворобливого стану психіки, яке суттєво хронізується або потребує госпіталізації до психіатричного стаціонару. Важливим аспектом є те, що визначення кореляцій між різними епідеміологічними показниками, пов'язаними із психічним здоров'ям людини, дозволило гіпотетично стверджувати щодо різних рівнів небезпеки алкоголю. Отже, до проведення досліджень на незалежних вибірках ми можемо попередньо констатувати, що дійсно існують певні зв'язки між алкогольними психозами та суїцидами.

З практичної точки зору це означає, що профілактика алкоголізму можливо організована не раціонально, оскільки вона має проводитися в групах підвищеного ризику (а це популяції психічно хворих, що лікуються амбулаторно, психіатричних стаціонарів, закладів для примусового лікування, установ позбавлення волі, амбулаторій, поліклінік та диспансерів, які мають відношення до лікування та профілактики розладів психіки та поведінки) більш фахово. Тобто визначення кореляції між епідеміологічними показниками попередньо свідчить про те, що алкоголізм та зниження соціалізації у психічно хворих набагато небезпечніше явище аніж побутовий алкоголізм серед відносно здорового населення. Відповідно, ці гіпотези можуть практично вплинути на прийняття рішень в системі громадського здоров'я щодо профілактики алкоголізму серед психічно хворих осіб.

Крім того може бути і ще один практичний аспект: ефективне рішення проблем щодо профілактики алкоголізму серед психічно хворих та здорових осіб може позитивно позначитися на зменшенні кількості суїцидів/самоушкоджень серед цих соціальних груп. Слід також зазначити, що дослідження кореляцій дозволяє прогнозувати і наявність інших практичних проблем. Дослідження зв'язків між суїцидами та кількістю осіб, що перебувають в психіатричних лікарнях 365+ днів на

рік, демонструє проблематику збільшення числа важких психічних розладів, які потім розвиваються по двом основним сценаріям: спроби суїциду або звернення до лікувального закладу із довготерміновим лікуванням. Причому у другому варіанті десоціалізація та ізоляція може бути причиною як подальших суїцидів/самоушкоджень, так і ризику вбивств (оскільки агресія може бути не тільки направленою на себе, але й на інших).

4. Гіпотеза щодо вірогідної кореляції між стандартизованим коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень і захворюваністю та психічні розлади не була підтверджена. Вірогідних кореляційних зв'язків досліджено не було. Однак було досліджено, що захворюваність на алкогольні психози (що також вважаються психічними розладами) кореляційно пов'язана із коефіцієнтом смертності від самогубств та самоушкоджень.

Було помічено, що відсутність вірогідності кореляції між СКС по самогубствам та самоушкодженням і захворюваністю на психічні розлади може бути пояснена неоднорідною структурою самого стандартизованого коефіцієнта смертності, оскільки достеменно не відомо, яка частка в ньому осіб із психічними розладами, а яка доля здорових. Це говорить про те, що подана в базі даних «Здоров'я для всіх» статистика смертності від самогубств та самоушкоджень потребує зміни методичних підходів (необхідно розраховувати два коефіцієнта: для психічно хворих та здорових осіб).

5. Система психологічних та психіатричних чинників, що можуть впливати на підвищення смертності від самогубств та самоушкоджень, включає в себе ускладнення депресій нав'язливими суїцидальними думками, зміни біполярних фаз (депресивної та маніакальної), алкогольні психози, акцентуації характеру (циклотимія, епілептоїдність, тривожність), видозмінені прояви психічних розладів під час алкогольного сп'яніння, порушення соціалізації та адаптації через довгу ізоляцію в психіатричних стаціонарах, важкі психічні розлади (шизофренія, синдром Кандинського-Клерамбо, маячні психози, важкі форми депресії і т. д.).

Визначено, що фактична присутність у людей психічних розладів обумовлює лише помітну (близьку до слабкої) кореляцію із суїцидальною поведінкою. Тобто сам

факт наявності розладу психіки та поведінки не може бути вирішальним чинником для прогнозування суїциду. Однак помічено, що психічні розлади помірно корелюють із алкогольними психозами. А от вже алкогольні психози, в свою чергу, помірно зв'язані із смертями від суїцидів та самоушкоджень. Це означає, що розлади психіки та поведінки, поступово прогресуючи, за певних умов призводять до залежностей від алкоголю. Враховуючи, що мова іде про алкогольні психози, алкогольна залежність має бути хронічна, довготривала та пов'язана із надмірними зловживаннями алкоголем.

Окрім алкогольних психозів смертність від суїцидів/самоушкоджень помірно корелює із перебуванням в психіатричному стаціонарі 365+ днів. Тобто після дебюту психічного захворювання основними чинниками ризику смерті від суїциду можуть стати хронічні та важкі психічні стани із важкими психіатричними діагнозами, які або призводять до самогубства, або до госпіталізації із довготривалим перебуванням в стаціонарі. Не виключно, що найбільш важкими варіантами такого розвитку подій з найвищими суїцидальними ризиками є наявність в людини одночасно важкого психічного захворювання та алкоголізму. Досі вважалося, що для ризику розвитку суїциду достатньо було захворіти, наприклад, на депресію, тривожні розлади, шизофренію і т. д. Однак як можна побачити із кореляційного аналізу, особливу небезпеку представляють психічні психотичні розлади із помітною та хронічною алкогольною залежністю.

6. Основа інформаційної «воронки» цього наукового питання складається з чотирьох основних фундаментальних дисциплін: «великої» психіатрії (психічні розлади типу шизофренії, біполярний розлад, психози, важкі депресії, депресії із маячними фазами), «малої» психіатрії (неврози, неврастенії, порушення особистості, ПТСР, ОКР) та медичної психології (психологія суїциду, психологія самоушкоджуючої поведінки, психологія депресії), біостатистики (розрахунки кореляції, кореляційно-регресивні аналізи), епідеміології (використання епідеміологічних баз даних для вирішення низки наукових завдань з громадського здоров'я). Підключення саме такого наукового інструментарію дозволяє намітити та осмислити нові зв'язки між різними епідеміологічними параметрами. Слід звернути

особливу увагу, що навіть дуже детальні біостатистичні бази не можуть розкрити всі потреби медицини, тому додаткова робота з цифровими даними дозволяє отримати, якщо не нове знання, то хоча б певні оновлення у розумінні низки явищ громадського здоров'я.

Наразі серед основних стратегій профілактики суїцидальної поведінки є: гарячі лінії, промоція здоров'я, збільшення обізнаності населення щодо депресій та суїцидальних розладів, плакати та постери, інформаційні кампанії в соціальних мережах, державні та регіональні програми, популяризація безкоштовної психологічної допомоги тощо.

7. Враховуючи, що число психічно хворих із тривалістю перебування в психіатричному стаціонарі більше 365 днів корелює із смертністю від суїцидів/самоушкоджень, можна зробити висновок, що одна популяція людей із важкими психічними розладами здійснює суїцид, а інша – направляється (часто примусово) на довготривалу госпіталізацію. При будь-яких обставинах, тут мова іде про осіб, які або мають важкі психіатричні діагнози, або ж спочатку пройшли через хронізацію та ускладнення менш небезпечних розладів психіки та поведінки. Отже, хронізація розладів психіки та поведінки є важливим аспектом, що впливає на частотність та динаміку суїцидів.

Сьогоднішні підходи до профілактики суїцидів полягають у розгляді різних «перехідних фаз» між незначним самоушкодженням без суїцидальних мотивів та суїцидом [91]. Безумовно, всі ці тенденції гіпотетично можуть розпочинатися саме з психологічних самоушкоджуючих, самопринижуючих та аутоагресивних установок, які через деякий час реалізуються у пошкодження фізичні. Відслідковувати подібні «переходи» досить важко без щоденного психологічного моніторингу (чи самомоніторингу), який наразі технологічно не є доступним. Іншою проблемою можуть бути організаційні питання. Часто дослідження суїцидальних тенденцій ґрунтуються на дизайнах типу «випадок-контроль» [92], однак зрозуміло, що для епідеміологічних досліджень потрібні не тільки кейси, когорти, але рандомізовані контрольовані дослідження. Причому зібрати значні за чисельністю групи у межах клінічних чи рандомізованих контрольованих досліджень особливо важко, оскільки

не всі депресивні люди або суїциденти схильні довіряти психологічним або психіатричним службам. У деяких випадках вищезазначена епідеміологічна складова просто губиться серед порівняльних оглядів препаратів (антидепресантів), латентної статистики, узагальнень суїцидальної поведінки до рівня звичайних депресій і т. д.

Суїцидальні та загалом психічні захворювання також аналізуються з точки зору впливу на здоров'я психіки різних інфекцій, а бо й просто впливів інформаційного фону пандемій на когнітивні та поведінкові складові [93]. Крім того сьогодні значна чисельність епідеміологічних параметрів поки не дозволяє дослідити всі кореляції між елементами, особливо на рівні масштабних когорт (місто, область, країна, континент і т. д.).

8. Виходячи з відомостей Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, що була прийнята розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р суїцидальна поведінка не є пріоритетною проблемою для України. Відповідно, всі ініціативи, гранти, суспільні, клінічні та епідеміологічні програми, пов'язані із суїцидами будуть розглядатися як другорядні. Однак є побажання та рекомендації щодо перегляду такого стану речей та надання проблемі профілактики суїцидальної поведінки пріоритетного статусу на рівні Стратегії.

Уніфіковані клінічні протоколи, що системно розглядають суїцидальну поведінку як окрему проблематику в Україні відсутні. Протоколи, що присвячені профілактиці, діагностичним та клінічним аспектам депресій (що можуть ускладнюватися до суїцидальної поведінки) – застрілі. Отже, необхідно актуалізувати та оновити застарілу документацію та розробити уніфікований клінічний протокол «Суїцидальна поведінка: профілактика, діагностика, терапія».

Україна може запозичити певний досвід Литви щодо програм профілактики суїцидальної поведінки. Зокрема, пріоритетом у стратегії охорони здоров'я Литви на 2014–2025 рр. (редакція 2019 р.) є превенція суїцидів. У 2019 р. було виділено фінансування на інформаційну кампанію з інформування громадськості про безкоштовну психологічну допомогу в Литві. 0,5 % від продажу товарів, що викликають залежність, іде саме на потреби психіатричної служби. Ця ініціатива законодавчо закріплена вже чотири роки [90].

Для покращення стратегії профілактики суїцидів в Україні рекомендовано підвищувати обізнаність населення про загрозу алкоголізму та алкогольних психозів. Також є необхідність встановлення інформаційних моніторів в громадських місцях, на зупинках громадського транспорту та метро, де можна буде переглянути відомості про самодопомогу при депресіях, суїцидальних думках і т. д.

Для покращення стратегії профілактики суїцидів в Україні рекомендовано звернути увагу на лікування алкоголізму в психіатричних стаціонарах, де пацієнти перебувають довготривало (365+ днів). Також необхідно зосередитися на питаннях вчасного виявлення, профілактики, діагностики та лікування важких психічних розладів.

Виходячи із аналізу кореляційних зв'язків між епідеміологічними показниками по Україні, рекомендовано звернути увагу на розробку уніфікованих клінічних протоколів по алкоголізму та алкогольних психозів, яких зараз немає.

Необхідно покращити обслуговування та терапію пацієнтів із довготривалим перебуванням у психіатричному стаціонарі, спрогнозувати їх поведінку після виписки, створити умови для проведення антисуїцидальної терапії в умовах закритих психіатричних стаціонарів.

Рекомендовано впроваджувати програми підвищення кваліфікації з психології та психіатрії для лікарів всіх спеціалізацій без виключення задля можливості ідентифікації розладів психіки та поведінки на прийомах у вузьких спеціалістів [94].

Пропонується покращити лікування депресій та біполярних розладів, розробити низку концепцій, які розглядають низку депресивних епізодів, особливо суїцидальних, як поєднання тріади Бека та нав'язливих думок депресивного регістру (депресивні obsесивно-компульсивні розлади).

Пропонується розробити стратегію із профілактики суїцидальної поведінки, де особливу увагу слід звернути на зменшення кількості алкогольних психозів, переформатування режиму ізоляції в закритих психіатричних стаціонарах, покращенні лікування депресії та важких психічних розладів.

Ситуація в Україні, що пов'язана із розладами психіки та поведінки і загрозами суїцидів потребує впровадження контролюючих та виконавчих закладів по типу

Центру громадського здоров'я та центрів контролю та профілактики хвороб тільки психолого-психіатричного призначення (наприклад, Центр громадського психічного здоров'я, центри контролю та профілактики психічних хвороб) [94].

Серед основних прогалин (gaps in knowledge) в сфері профілактики суїцидів слід відмітити: відсутність кореляційного інструментарію в епідеміологічних базах даних, неможливість охоплення всіх наявних біостатистичних параметрів, проблеми з якістю низки ретроспективних відомостей (пропущені цифри для деяких років, місяців і т. д.), відсутнє формування mind-map-ів або інших логічних патернів для побудови складних кореляційних систем. З огляду на це, запропоноване дослідження «Кореляція захворюваності на психічні хвороби з епідеміологічними показниками самогубств та самоушкоджень» може принести користь для розвитку громадського здоров'я як наукової та практичної дисципліни.

Для покращення профілактики суїцидів пропонується залучити до вирішення цього питання Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінета міністрів України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Mental disorders [Електронний ресурс] // World Health Organization. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 8.12.2024.
2. База даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.
3. Захворюваність на психічні розлади, на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_387-2390-incidence-of-mental-disorders-per-100-000/#id=19318&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.
4. Число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_384-2381-number-of-mental-patients-staying-in-hospitals-365plus-days/#id=19315&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.
5. Захворюваність на алкогольні психози на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_389-2400-incidence-of-alcoholic-psychosis-per-100-000/#id=19320&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.
6. Щорічне вживання алкоголю, літри чистого спирту на людину, населення віком 15+ років [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumpti

on-litres-per-capita-age-15plus/#id=19443&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

7. СКС, самогубства та самоушкодження, 0–64 років, на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_173-1770-sdr-suicide-and-self-inflicted-injury-0-64-per-100-000/#id=19104&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

8. Кожні 40 секунд у світі від самогубства гине одна людина [Електронний ресурс] // Центр громадського здоров'я МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/kozhni-40-sekund-u-sviti-vid-samogubstva-gine-odna-lyudina>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 14.12.2024.

9. Захворюваність на психічні розлади, на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_387-2390-incidence-of-mental-disorders-per-100-000/#id=19318&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

10. СКС, самогубства та самоушкодження, 0–64 років, на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_173-1770-sdr-suicide-and-self-inflicted-injury-0-64-per-100-000/#id=19104&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

11. Liu R. T., Walsh R. F. L., Sheehan A. E., Cheek S. M., Sanzari C. M. Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis / Richard T. Liu, Rachel F. L. Walsh, Ana E. Sheehan, Shayna M. Cheek, Christina M. Sanzari // JAMA Psychiatry. – 2022. – Vol. 79 (7). – P. 718–726.

12. Jabbi M., Arasappan D., Eickhoff S. B., Strakowski S. M., Nemeroff C. B., Hofmann H. A. Neuro-transcriptomic signatures for mood disorder morbidity and suicide mortality / Mbemba Jabbi, Dhivya Arasappan, Simon B. Eickhoff, Stephen M. Strakowski, Charles B.

Nemeroff, Hans A. Hofmann // *Journal of psychiatric research*. – 2020. – Vol. 127. – P. 62–74.

13. Docherty A. R., Mullins N., Ashley-Koch A. E., Qin X., et al. GWAS Meta-Analysis of Suicide Attempt: Identification of 12 Genome-Wide Significant Loci and Implication of Genetic Risks for Specific Health Factors / Anna R. Docherty, Niamh Mullins, Allison E. Ashley-Koch, Xuejun Qin // *The American journal of psychiatry*. – 2023. – Vol. 180 (10). – P. 723–738.

14. Wang X., Cheng S., Xu H. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression / Xiaofen Wang, Sixiang Cheng, Huilan Xu // *BMC Psychiatry*. – 2019. – Vol. 19 (1). – P. 1–13.

15. Lu L., Dong M., Zhang L., Zhu X.-M., Ungvari G. S., Ng C. H., et al. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a meta-analysis of observational studies / Li Lu, Min Dong, Ling Zhang, Xiao-Min Zhu, Gabor S. Ungvari, Chee H. Ng // *Epidemiology and psychiatric sciences*. – 2019. – Vol. 29. – P. 1–10.

16. База даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

17. PubMed [Електронний ресурс] // National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 15.12.2024.

18. Захворюваність на психічні розлади, на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_387-2390-incidence-of-mental-disorders-per-100-000/#id=19318&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

19. Число психічно хворих з тривалістю перебування в стаціонарі 365+ днів [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу:

https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_384-2381-number-of-mental-patients-staying-in-hospitals-365plus-days/#id=19315&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

20. Захворюваність на алкогольні психози на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_389-2400-incidence-of-alcoholic-psychosis-per-100-000/#id=19320&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

21. Щорічне вживання алкоголю, літри чистого спирту на людину, населення віком 15+ років [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/#id=19443&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

22. СКС, самогубства та самоушкодження, 0–64 років, на 100000 населення [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_173-1770-sdr-suicide-and-self-inflicted-injury-0-64-per-100-000/#id=19104&fullGraph=true. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

23. База даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

24. Про систему громадського здоров'я [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. Законодавство України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 8.12.2024.

25. Як поводитися, якщо близька людина має психічні розлади, – поради експерта [Електронний ресурс] // Центр громадського здоров'я МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/yak-povoditisya-yakscho-blizka-lyudina-mae-psikhichni-rozladi-poradi-eksperta>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 8.12.2024.
26. Why public health matters [Електронний ресурс] // Faculty of Public Health. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.fph.org.uk/policy-advocacy/special-interest-groups/public-mental-health-special-interest-group/better-mental-health-for-all/why-public-mental-health-matters/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 8.12.2024.
27. Комплексний план заходів у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр. [Електронний ресурс] // World Health Organization. European Region. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373791/WHO-EURO-2023-2618-42374-71262-ukr.pdf?sequence=5>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 8.12.2024.
28. Global burden of diseases compare. Global, both sexes, all ages, 2021, DALYs [Електронний ресурс] // Institute for Health Metrics and Evaluation. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 8.12.2024.
29. База даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.
30. Liu R. T., Walsh R. F. L., Sheehan A. E., Cheek S. M., Sanzari C. M. Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis / Richard T. Liu, Rachel F. L. Walsh, Ana E. Sheehan, Shayna M. Cheek, Christina M. Sanzari // JAMA Psychiatry. – 2022. – Vol. 79 (7). – P. 718–726.
31. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.
32. Bhate, K., & Williams, H. C. (2013). Epidemiology of acne vulgaris. *The British journal of dermatology*, 168(3), 474–485. <https://doi.org/10.1111/bjd.12149>.

33. Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(4), 282–297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>.
34. Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180–206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>.
35. Wolford-Clevenger, C., Frantell, K., Smith, P. N., Flores, L. Y., & Stuart, G. L. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clinical psychology review*, 63, 93–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.009>.
36. Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *The clinical teacher*, 10(4), 242–245. <https://doi.org/10.1111/tct.12014>.
37. Wang, X., Beltran, S., Burns, R., Hamel, M., Gray, S., & Gryglewicz, K. (2023). Suicide Risk Help-Seeking Among Middle- to Old-Age Adults: A Systematic Review. *Innovation in aging*, 7(1), igac079. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac079>.
38. Hauser, M., Gallinger, B., & Correll, C. U. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar disorders*, 15(5), 507–523. <https://doi.org/10.1111/bdi.12094>.
39. Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(12), 1198–1211. <https://doi.org/10.1002/gps.4142>.
40. Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., H. Moreno, D., Turecki, G., Reis, C., Cassidy, F., Sinyor, M., Azorin, J. M., Kessing, L. V., Ha, K., Goldstein, T., Weizman, A., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Jr, Rihmer, Z., & Yatham, L. N. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/bdi.12271>.

41. Суїцидальна поведінка: як її помітити та допомогти близьким [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/%E2%80%98suicidalna-povedinka-jak-ii-pomititi-ta-dopomogti-blizkim>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.12.2024.
42. Fazio, N., Neri, M., Cipolloni, L., & Baldari, B. (2022). Suicide and Neurotrophin Factors: A Systematic Review of the Correlation between BDNF and GDNF and Self-Killing. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(1), 78. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010078>.
43. Механізм дії церебролізіну [Електронний ресурс] // cerebrolysin.com.ua. – Електрон. дані. – Режим доступу. – https://cerebrolysin.com.ua/fileadmin/user_upload/about/action/cerebrolysin-action-2018-ua.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.12.2024.
44. Fazio, N., Neri, M., Cipolloni, L., & Baldari, B. (2022). Suicide and Neurotrophin Factors: A Systematic Review of the Correlation between BDNF and GDNF and Self-Killing. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(1), 78. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010078>.
45. Rimkeviciene, J., O'Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of affective disorders*, 171, 93–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.044>.
46. Еміль Дюркгейм. Самогубство: соціологічний етюд [Електронний ресурс] // Gacbe. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.gacbe.ac.in/images/Ebooks/Durkheim - Suicide - A study in sociology.pdf>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.12.2024.
47. Еміль Дюркгейм. Самогубство: соціологічний етюд [Електронний ресурс] // Internet Archive. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://dn720006.ca.archive.org/0/items/english-collections-k-z/Suicide_A_Study_in_Sociology_-_Emile_Durkheim.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.12.2024.
48. Моніторинг випадків суїцидів серед дітей [Електронний ресурс] // Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради з прав людини. – Електрон. дані. – Режим доступу:

- https://www.ombudsman.gov.ua/news_details/monitoring-vipadkiv-suyicidiv-sered-ditej.
– Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.03.2025.
49. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р [Електронний ресурс] // Законодавство України. Верховна Рада України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.
– Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.03.2025.
50. Галузеві стандарти та клінічні настанови [Електронний ресурс] // Державний експертний центр МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/page/14/.
– Назва з екрана. – Дата перегляду: 2.02.2025.
51. Моніторинг випадків суїцидів серед дітей [Електронний ресурс] // Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради з прав людини. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.ombudsman.gov.ua/news_details/monitoring-vipadkiv-suyicidiv-sered-ditej.
– Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.03.2025.
52. Lifeline Ukraine. Подзвони 7333, ми тут для тебе [Електронний ресурс] // Lifeline Ukraine. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://lifelineukraine.com/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.
53. Курс підвищення кваліфікації для освітян «Перша психологічна допомога учасникам освітнього процесу під час та після завершення воєнних дій» [Електронний ресурс] // Міністерство освіти та науки України. Український інститут розвитку освіти. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://hryoutest.in.ua/courses/programa-pidvishchennya-kvalifikaciji-psihologichnoji-pidtrimki-dlya-osvityan-ta-batkiv>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.
54. Ювенальна поліція України. В Україні працює тренажер для психологічної підтримки підлітків [Електронний ресурс] // Facebook. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=708340444665097&id=100064674433139&_rdr. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.
55. В Україні запрацював психологічний онлайн-тренажер для підлітків: навіщо це рішення? [Електронний ресурс] // Рубрика. – Електрон. дані. – Режим доступу:

<https://rubryka.com/2023/12/07/v-ukrayini-zapratsyuvav-psychologichnyj-onlajn-trenazher-dlya-pidlitkiv-navishho-tse-rishennya/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

56. Про створення онлайн-тренажера «Психологічний тренажер для підлітків». Інструкція щодо використання онлайн-тренажера [Електронний ресурс] // Бедевлянська громада. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://bedevlyanska-gromada.gov.ua/news/1697695057/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

57. До всесвітнього дня запобігання самогубствам. Інфографіка [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. Головне управління статистики у Львівській області. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://lv.ukrstat.gov.ua/ukr/sr/announce.php?12934>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

58. Публікація Центру громадського здоров'я МОЗ України [Електронний ресурс] // Facebook. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.facebook.com/phc.org.ua/posts/pfbid0SEKVPXqBBs7YWdQkWmiYAPQw1sG1ya8kW7JmAweHWinxojQyEvaB7PV2hML6BKeRl>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

59. Терапевтичне оцінювання дітей та підлітків із самоушкодженнями [Електронний ресурс] // Youtube. Центр громадського здоров'я МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=px4Wu00pMRo>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

60. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» [Електронний ресурс] // Ти як?. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://howareu.com/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

61. Регіональний проект «Посилення спроможності закладів охорони здоров'я та формування стійкості працівників медичної сфери» [Електронний ресурс] // Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://zokdl.zp.ua/ty-yak/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.03.2025.

62. Послуга з ментального здоров'я у кабінеті сімейного лікаря [Електронний ресурс] // Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». – Електрон. дані. – Режим

доступу: <https://howareu.com/materials/posluha-z-mentalnoho-zdorovia>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.03.2025.

63. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 р. Постанова КМУ від 24 грудня 2024 р. № 1503 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. Законодавство України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.03.2025.

64. Характеристика когнітивних порушень і нейрофізіологічних змін у постраждалих в результаті аварії на Чорнобильській АЕС із посттравматичним стресовим розладом [Електронний ресурс] // Український медичний часопис. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-13458-karakteristika-kognitivnix-porushen-i-nejrofiziologichnix-zmin-u-postrazhdalix-v-rezultati-avarii-na-chornobilskij-aes-iz-posttravmatichnim-stresovim-rozladom>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.03.2025.

65. Суїцидологія : конспект лекцій / укладач І. Г. Мудренко. – Суми : Сумський державний університет, 2022. – 76 с.

66. База даних «Здоров'я для всіх» (HFA-DB) [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський портал інформації з охорони здоров'я. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 24.12.2023.

67. PubMed [Електронний ресурс] // National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 15.12.2024.

68. Еміль Дюркгейм. Самогубство: соціологічний етюд [Електронний ресурс] // Stanford University. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://web.stanford.edu/class/polisci100a/durkheim.pdf>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.12.2024.

69. Suicide rates. Suicide rates are deaths deliberately initiated and performed by a person in the full knowledge or expectation of its fatal outcome [Електронний ресурс] // OECD. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/suicide-rates.html>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 19.01.2025.

70. The persistently high rate of suicide in Lithuania [Електронний ресурс] // CEPR. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://cepr.org/voxeu/columns/persistently-high-rate-suicide-lithuania>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 19.01.2025.
71. Feasibility study on the accessibility and development of suicide prevention training for the public and professionals in Lithuania. Summary [Електронний ресурс] // Higienos Institutas. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.hi.lt/uploads/Psichikos_sveikatos_centras/Feasibility_study_on_the_accessibility_and_development_of_suicide_prevention_training_for_the_public_and_professionals_in_Lithuania.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 26.01.2025.
72. Suicide prevention. Quality standard [Електронний ресурс] // NICE. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs189/resources/suicide-prevention-pdf-75545729771461>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.01.2025.
73. General Guidelines on Suicide Prevention [Електронний ресурс] // euregenas. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/01/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention-F.pdf>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.01.2025.
74. Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. VA/DoD Evidence-Based Practice [Електронний ресурс] // U.S. Department of Veteran Affairs. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoD-CPG-Suicide-Risk-Provider-Summary-2024_Final_508.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.01.2025.
75. C-SSRS Screen Version. Columbia Suicide Severity Rating Scale [Електронний ресурс] // Centers for Medicare & Medicaid Services. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.cms.gov/files/document/cssrs-screen-version-instrument.pdf>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.01.2025.
76. Suicide Cognitions Scale-Short Form (SCS-S) [Електронний ресурс] // Strong Star Training Initiative. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://strongstartraining.org/wp-content/uploads/sites/72/2022/11/Suicide-Cognitions-Scale-Short-Form-SCS-S-1.pdf>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.01.2025.

77. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [Електронний ресурс] // Stanford Medicine. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://med.stanford.edu/fastlab/research/imapp/msrs/_jcr_content/main/accordion/accordion_content3/download_256324296/file.res/PHQ9%20id%20date%2008.03.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.01.2025.
78. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [Електронний ресурс] // Урядовий портал. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-na-period-do-2030-roku-ta-zatverdzhennia-operatsiinoho-planu-zakhodiv-z-ii-realizatsii-u-20252027-rokakh-34r-170125>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.01.2025.
79. Суїцидальна поведінка: як її помітити та допомогти близьким [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/%E2%80%98suicidalna-povedinka-jak-ii-pomititi-ta-dopomogti-blizkim>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.12.2024.
80. Запобігання самогубствам: пріоритетність на найвищому рівні [Електронний ресурс] // Нейронews. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/5-6%28135%29/pages-5-6/zapobigannya-samogubstvam-prioritetnist-na-nayvishchomu-rivni#gsc.tab=0>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 01.02.2025.
81. Алкогольний абстинентний синдром [Електронний ресурс] // Empendium. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://empendium.com/ua/chapter/B27.II.20.32..> – Назва з екрана. – Дата перегляду: 01.02.2025.
82. Інструкції щодо реалізації політики з запобігання суїцидальної поведінки в установах виконання покарань України [Електронний ресурс] // Council of Europe. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://rm.coe.int/final-action-guidelines-prevention-of-suicidal-behaviour-ukraine-s/16809ebe7c>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 01.02.2025.
83. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. – 260 с.

84. Суїцидальна поведінка: як її помітити та допомогти близьким [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/%E2%80%98suicidalna-povedinka-jak-ii-pomititi-ta-dopomogti-blizkim>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 29.12.2024.
85. Галузеві стандарти та клінічні настанови [Електронний ресурс] // Державний експертний центр МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/page/14/. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 2.02.2025.
86. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) [Електронний ресурс] // Державний експертний центр МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 2.02.2025.
87. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» [Електронний ресурс] // Державний експертний центр МОЗ України. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 2.02.2025.
88. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [Електронний ресурс] // Урядовий портал. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-na-period-do-2030-roku-ta-zatverdzhennia-operatsiinoho-planu-zakhodiv-z-ii-realizatsii-u-20252027-rokakh-34r-170125>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 31.01.2025.
89. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Герасименко М. В., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу

з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. – 156 с.

90. Реформування системи психіатричної допомоги: досвід Литви [Електронний ресурс] // Нейронews. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/4%28115%29/pages-6-9/reformuvannya-sistemi-psihiatrichnoyi-dopomogi-dosvid-litvi#gsc.tab=0>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 3.02.2025.

91. Liu R. T., Walsh R. F. L., Sheehan A. E., Cheek S. M., Sanzari C. M. Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis / Richard T. Liu, Rachel F. L. Walsh, Ana E. Sheehan, Shayna M. Cheek, Christina M. Sanzari // JAMA Psychiatry. – 2022. – Vol. 79 (7). – P. 718–726.

92. Sutar R., Kumar A., Yadav V. Suicide and prevalence of mental disorders: A systematic review and meta-analysis of world data on case-control psychological autopsy studies [Електронний ресурс] / Roshan Sutar, Akash Kumar, Vikas Yadav // Psychiatry Research. – 2023. – Vol. 329. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178123004420?via%3Dihub>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 25.12.2023.

93. Peng P., Hao Y., Liu Y., Chen S., Wang Y., Yang Q., Wang X., et al. The prevalence and risk factors of mental problems in medical students during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / Pu Peng, Yuzhu Hao, Yueheng Liu, Shubao Chen, Yunfei Wang, Qian Yang, Xin Wang, et al. // Journal of affective disorders. – 2023. – Vol. 321. – P. 167–181.

94. Стрес та тривожність стали частиною нашого життя – як зберегти спокій? Чабан Олег Созонтович [Електронний ресурс] // Youtube. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=Obl0UIM3Urk>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 23.05.2025.

95. Suicide as an indicator of the public mental health in Ukraine (including period of COVID-19) [Електронний ресурс] // Wiadomości Lekarskie. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2020/WLek202012208.pdf>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.05.2025.

96. Втрати, спричинені смертністю в результаті самогубств по Україні [Електронний ресурс] // Researchgate. – Електрон. дані. – Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/328575115_Losses_Caused_by_Suicide_Mortality_in_Ukraine/fulltext/63d16d48e922c50e99c2a560/Losses-Caused-by-Suicide-Mortality-in-Ukraine.pdf. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 30.05.2025.
97. Suicide Prevention [Електронний ресурс] // CDC. – Електрон. дані. – Режим доступу: <https://www.cdc.gov/suicide/prevention/index.html>. – Назва з екрана. – Дата перегляду: 1.06.2025.

ДОДАТКИ

Додаток А

Епідеміологія суїцидів (навмисних самоушкоджень) по Україні з 2015-2019 рр.
[95]

Table II. Cases of intentional self-harm were registered in Ukraine in 2015-2019 [14]

Years	Number of reported cases of intentional self-harm that caused the death of a person (suicide)			The level of intentional self-harm that caused the death of a person (suicide) per 100 thousand population of Ukraine			Dynamics of intentional self-harm that caused the death of a person (suicide) (%)		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female
2015	7575	6149	1426	17,72	14,38	3,34	-	-	-
2016	6898	5619	1279	16,19	13,19	3,00	-8,94	-8,62	10,31
2017	6488	5327	1161	15,30	12,56	2,74	-5,94	-5,20	-9,15
2018	6279	5172	1107	14,87	12,25	2,62	-3,22	-2,91	-4,65
2019	6190	5112	1078	14,75	12,18	2,57	-1,42	-1,16	-2,62
Total	33430	27379	6051	—	—	—	—	—	—
Average value (abs,%)	6686 -	5476 (81,9%)	1210 (18,1%)	13,77	12,91	2,85	-4,88	-4,47	-5,68

Додаток Б

Смертність від суїцидів за віковими групами в Україні в 2015 р. [96]

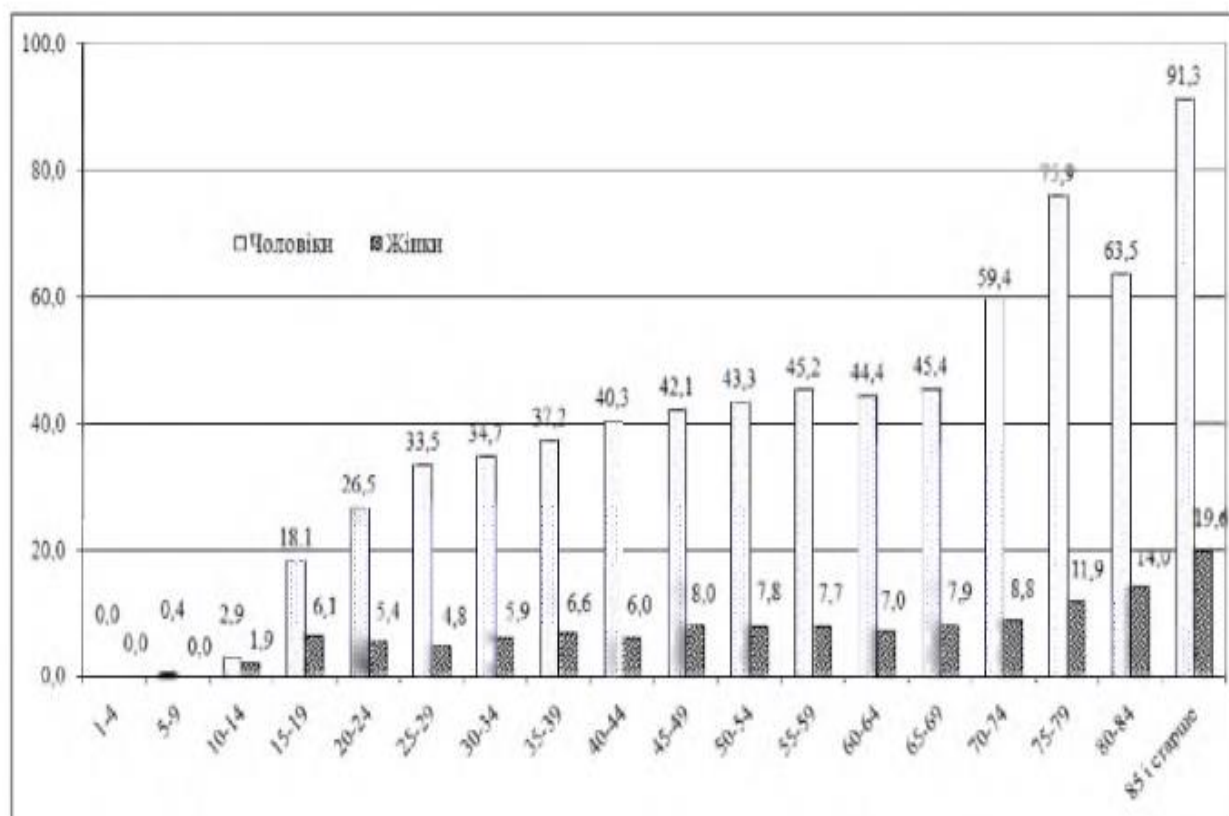


Рис. 1. Смертність унаслідок навмисних самоушкоджень (включаючи самогубства) за статтю та п'ятирічними віковими групами, Україна, 2015 р., на 100 тис. населення