

ОБУСТРОИТЬ ГОРОД ТАК, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ДЕПРЕССИЮ: К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ В ЯПОНИИ

Наоки Ватанабэ

Психиатрическая больница Камакура-яма,
медицинский факультет Университета Святой Марианны, Токио

В статье освещается одна из программ по предотвращению суицидов в префектуре Аомори, на севере Японии.*

Ключевые слова: депрессия, суициды, программы профилактики, префектура Аомори, Япония.

Предисловие

Меня зовут Наоки Ватанабэ. Всю свою профессиональную жизнь я посвятил психиатрии. В настоящее время являюсь почетным директором психиатрической больницы Камакура-яма и приглашенным профессором медицинского факультета Университета Святой Марианны (Канагава, Япония). С Россией меня связывает многолетнее профессиональное сотрудничество с Натальей Дмитриевной Семеновой, мы оба являемся Международными консультантами International Committee for Morita Therapy (ICMT) <http://moritatherapy.org/icmt-member-list/>. Я дважды был в России. Первый раз, в 2012 году по приглашению Юлии Сергеевны Шойгу — директора Центра экстренной психологической помощи МЧС РФ, я выступал с докладом на Международной научно-практической конференции «Проблемы психологических последствий, связанных с радиационными авариями и другими чрезвычайными ситуациями». Второй мой визит состоялся уже через год — я выступал на проходившем в Москве 8-м Международном конгрессе по Морита-терапии.

В данной статье мне бы хотелось представить российскому читателю очень важный и значимый для меня фрагмент моей профессиональной деятельности, связанный с программой предотвращения суицидов в префектуре Аомори, на севере Японии.

Введение

Клиническое сообщество Японии (например, выступления **Оно Ютака**, профессора Университета Кэйю) давно призывает развернуть широкоую профилактическую деятельность



Наоки Ватанабэ



Наоки Ватанабэ с сотрудниками

по предотвращению депрессии в тех регионах страны, где наблюдаются высокие ее показатели. Профилактическая деятельность при этом должна быть всеобъемлющей — реализовываться в виде первичной, вторичной и третичной ее форм. Особенностью префектуры Аомори, куда я был направлен в качестве начальника Центра охраны психического здоровья, было то, что, как показали исследования, именно здесь с каждым годом количество самоубийств нарастало и в 2003 г. их насчитывалось 576 (39,5 на 100 тысяч населения). Тенденции были таковы, что данный регион мог бы превзойти по числу самоубийств печально известную префектуру Акита.

* Перевод с японского и подготовка к печати Ририко Ватанабэ и Н.Д. Семеновой

В 2001 г. в Аомори был запущен проект под названием «Предприятие по укреплению здоровья души» (*Kokoronoherusuuppujigyou*). Деятельность, развернутая в рамках данного проекта, опиралась на теоретический багаж в виде исследований, проведенных группой под руководством **Ояма Хироси**, профессора Университета здравоохранения данной префектуры. Были выделены 9 населённых пунктов, отмеченных наибольшим количеством самоубийств, и на них было сосредоточено особое внимание. В 2003 г. эти населённые пункты вошли в зону контроля таких авторитетных инстанций как Центр охраны психического здоровья и Центр общественного здравоохранения, и началась совместная работа.

Деятельность по предотвращению самоубийств в большинстве населённых пунктов префектуры велась в рамках первичной профилактики; вторичная профилактика с 1999 г. проводилась в посёлке Нагава, а с конца 2004 г. распространилась на посёлок Рокунохэ (район Каная). Первичная профилактика осуществлялась в 15 населённых пунктах, и при этом постоянно расширялась. Даже при первичной профилактике были отмечены хорошие результаты в плане предотвращения самоубийств, и это было подтверждено исследованиями профессора **Ояма Хироси**. Эти исследования проводились в префектуре Акита, где в качестве примеров так называемых «регионов-моделей», были взяты 4 посёлка.

Далее в статье мне хотелось бы остановиться на освещении деятельности по первичной профилактике в посёлке Рокунохэ, который послужил «регионом-моделью» для разворачивания деятельности в рамках другого проекта — «Обучение медперсонала, заботящегося о душе» (*Kokoronokeanasuyoseijigyou*). Действия, осуществлявшиеся в рамках проекта, позволили изменить прежние, во многом отжившие, представления людей о депрессии и самоубийствах. Наш основной тезис был таков: мы обустроиваем город, создавая в нём лучшие условия для здоровья души.

Меры первичной профилактики

Первичная профилактика, или превенция, направлена на укрепление психического здоровья населения в целом. Её объектом являются люди, не имеющие депрессии и/или суицидальных мыслей и намерений, её цель — минимизация возможного риска возникновения депрессии и суицидальных намерений в будущем. Вторичная профилактика — это поддержка лиц, находящихся в кризисной ситуации, лиц с высоким риском развития депрессии и суицидальных тенденций. Основная её цель — помочь человеку стабилизировать свое психическое состояние. Главная роль здесь отводится специалистам узкого профиля, имеющим соответствующую квалификацию.

Говоря о первичной профилактике, добавим, что сознание населения меняется, если важные в плане поддержания психического здоровья вещи растолковываются людям в доступной и приемлемой для них форме.

Предложение о деятельности по профилактике самоубийств в населённых пунктах префектуры

Прежде всего, нами была составлена карта, где разными цветами были обозначены населённые пункты с уровнем суицидов выше усредненного уровня в префектурах Японии с 2001 г. за 5 лет. Карта была составлена на основе анализа, сделанного профессором **Ояма Хироси**. Так, мы смогли, что называется, «визуально» оценить положение дел. Далее, Центр охраны психического здоровья префектуры Аомори совместно с местным Департаментом здравоохранения начал работу по профилактике самоубийств именно в этих населённых пунктах. Для сотрудников были организованы регулярные семинары, на которых им разъясняли смысл предстоящей деятельности по профилактике самоубийств. Затем, оценив результаты предпринятых ранее мер первичной профилактики, мы разъясняли, что первичные меры по профилактике депрессий эффективны также и в плане профилактики самоубийств. Специалистам подведомственных Департаменту здравоохранения служб было указано, что деятельность по профилактике депрессий весьма важна и, в сущности, является одной из ключевых в работе специалистов этих служб.

В качестве доказательства эффективности деятельности по профилактике депрессий мы привели данные по динамике самоубийств в посёлке Юри, где, начиная с 1997 г., мы сравнили восьмилетние периоды до и после введения в посёлке профилактических мер. В качестве контрольной группы были взяты жители посёлка Тёкай префектуры Акита с сопоставимым по количеству населением и столь же представленной долей стареющего населения. Количество самоубийств в обоих посёлках было практически одинаковым. Однако более детальный анализ показал: среди мужчин пожилого возраста значимых различий не прослеживалось, тогда как среди женщин пожилого возраста посёлка Юри количество самоубийств снизилось значительно — по сравнению с периодом до введения профилактических мер. Принимая во внимание эти статистические данные, можно утверждать, что специалисты всё-таки смогли с помощью профилактических мер повлиять на ситуацию в отношении депрессий. До этого, признаемся, нам было сложно непосредственно подойти к проблеме депрессий и самоубийств в регионе. Теперь нам стало ясно, что даже если не фокусироваться непосредственно на самоубийствах, профилактическая деятельность в их отношении вполне возможна.

Организация собраний, посвященных охране здоровья души

Не во всех интересующих нас населённых пунктах существовала так называемая «культурная жизнь» — отсутствовали соответствующие общественные организации, отмечались праздники, проводились собрания и т.п. Такая общественная жизнь очень важна. Мы ее обнаружили лишь в ряде мест, где были, например, Комитеты по благосостоянию населения, Собрания женщин (по типу «женсоветов»), встречи Клуба престарелых, Собрания активистов по общественному благосостоянию, мероприятия в рамках Департамента образования и Департамента полиции. Важно, чтобы в любые общественные организации входили люди из Департаментов здравоохранения и специалисты по здравоохранению данного населённого пункта. Эти специалисты владеют информацией, касающейся ситуации с самоубийствами в регионе, отвечают за профилактику самоубийств и могут указать на то, что должна делать организация и какие следует предпринять шаги.

Первичная проверка

Первичная проверка показала, что собрания в населённых пунктах проходили. Они объединяли специалистов Центров по общественному благосостоянию и охране психического здоровья, Департаментов здравоохранения, специалистов по здравоохранению. На собрания мы вынесли ряд важных вопросов, требующих обсуждения: составление опросных бланков, их раздача и сбор, вопросы статистической обработки данных и т.п. Далее был разработан план действий, рассчитанный на 3 года и на 7 лет. В результате совещаний и конференций, проведённых также с участием жителей населённых пунктов, было определено, какой возраст брать в качестве фокуса исследований (брать средний возраст или сфокусироваться только на стареющем населении), какое количество объектов (населённых пунктов) необходимо, как их выбрать (брать все объекты или делать определенную выборку). В решении всех этих вопросов нам помогала команда во главе с **Такидзава Тору**, доцентом Университета Хатинохэ, а также сотрудники Центра по общественному благосостоянию и охране психического здоровья. Мы получили техническую поддержку: были изготовлены бланки для исследования, привлечены ресурсы для обработки статистических данных и т.п.

Была проведена первичная оценка реальной ситуации через опрос населения на предмет того, как людьми осознаются вопросы здоровья и каковы их воззрения на проблему самоубийств. Помимо данных, вносимых в стандартную историю болезни (карточку больного), например, социо-демографических и иных данных, в бланках вопросов для исследования содержались следующие пункты: наличие дистресса и умение справ-

ляться с ним; наличие социальной поддержки и ее характер; степень выраженности депрессии и наличие мыслей о смерти; были также вопросы о хобби (как человек проводит и чем заполняет свое свободное время), экономическом статусе и общей ситуации в регионе. При составлении вопросов учитывались и пожелания конкретных населённых пунктов, поэтому пункты исследования не всегда совпадали.

Мы также собрали представителей ряда организаций: комитета по благосостоянию населения, комитета по общественному питанию, а также ответственных за здравоохранение в населённых пунктах. Всем им разъяснили смысл проводимого исследования, и исследование получило поддержку на местах. В пяти населённых пунктах были собраны данные (70 % заполненных бланков); особо выделялся такой населённый пункт как Тэммабаяси (8700 жителей), там мы смогли собрать 91 % заполненных бланков.

Результаты исследований

При первичном исследовании в пяти населённых пунктах объектом исследования были лица в возрасте от 40 до 69 лет. От 7,7 % до 12,2 % респондентов согласились со следующим утверждением: «Когда настроение падает, у меня появляются мысли о самоубийстве»; эти же респонденты отметили, что для снятия стресса они используют алкоголь, терпят ситуацию, и им трудно расслабиться. Более того, многие респонденты ответили, что им «непонятно, где и с кем можно посоветоваться» в таких случаях. Результаты показали, что людям нужны советы и консультации, нужны некие «места для душевных разговоров», дающие возможность поговорить и попросить дружеского совета, и таких мест должно быть достаточно.

Различными методами, доводя до жителей результаты нашего исследования, мы повысили информированность населения о психическом здоровье. Мы форсировали продвижение мер во всём регионе через работу в организациях и объединениях, условно обозначенных нами как «собрания по продвижению и обеспечению душевного здоровья жителей». Мы просвещали население, используя приемы, понятные людям, посредством публичных лекций, небольших драматических зарисовок (спектаклей, ролевых игр) и представлений с иллюстрациями. Все это проводили волонтеры и члены региональных сообществ по охране здоровья; все это также получало информационную поддержку через рекламу в посёлках.

Так, в посёлке Саннохэ (население 13 тысяч человек), префектура Аомори, жителям разъясняли результаты исследования через интересную презентацию. Ее провел **Танака Наоз**, специалист по охране здоровья посёлка, разработавший 7-летний план по профилактике самоубийств, в одиночку объехавший множество районов

префектуры, где проводил беседы с людьми. После 2004 г. подобные доклады по результатам исследований делались в каждом регионе: в клубах престарелых, в различных общественных объединениях. В марте 2005 г. были проведены разъяснительные собрания, охватившие 579 человек. Можно заключить, что активная позиция специалистов по охране здоровья в целом имела положительное воздействие на сознание населения.

В упомянутом выше посёлке Юри, префектура Акита, **Тагути Манабу**, клинический психолог медицинского факультета Университета Святой Марианны, с группой помощников провели ряд представлений с иллюстрациями. Эта же группа специалистов работала и в префектуре Аомори, в городах Товада и Цугару, в посёлке Кидзукури, префектура Иватэ, в городе Кудзи. Различные представления с иллюстрациями делали не только специалисты по охране здоровья, но и местные активисты. Вместо лекции участники просматривали картинки, вспоминали прошлое, и, наслаждаясь веселым представлением, попутно получали информацию о том, что такое депрессия и как ей противостоять.

Так, в посёлке Юри состоялось представление под названием «Всё слышащая шапка». Речь шла о молодом человеке, который однажды, прогуливаясь по лесу, увидел лежащую на пне шапку. Надев шапку, он вдруг, волшебным образом, стал понимать язык животных. Молодой человек услышал, как разговаривают между собой птицы и еноты, как проявляют беспокойство, обсуждая живущих по соседству с ними людей: «Вот, ведь, старуха, что живет в доме у горы, что-то давно не появляется на встрече старейшин. Интересно, что с ней случилось?», «Дед, живущий рядом, и ее невестка дают ей советы: *Держись, не раскисай*. Но разве это поможет?! Скорее, наоборот...». Старый енот поясняет: «Нельзя человека просто подбадривать, нельзя против воли насильно вести страдающего человека, находящегося в депрессии, купаться в горячий источник. Лучше спросить эту старуху о том, как она себя чувствует, и выслушать, что она сама скажет». Молодой человек решает передать все эти разговоры людям. Он выходит из лесу и шапка чудесным образом слетает с его головы.

К числу подобных мероприятий можно отнести и выступление труппы *Цурукамэдза* в посёлке Цурута. Специалист по охране здоровья посёлка написал сценарий, а его помощники распределили между собой роли пьесы. Суть пьесы такова: хозяин дома по имени Камэтаро впал в депрессию и стал каждый день выпивать после того, как из-за тайфуна опали все яблоки в его саду. Беспокоящиеся жена и мать, а также соседи, медицинские работники поочередно и вместе заходили к Камэтаро, уговаривали его хоть раз обратиться к врачу, на что Камэтаро всегда отвечал отказом: «В этом нет необходимости.

Мне ничего не поможет». Окружение, однако, проявило настойчивость, и, в конце концов, Камэтаро согласился: «Что ж, попробую сходить», и далее — поход в больницу и постепенное разрешение проблемы. Задача медицинского просвещения населения решается: смеясь над пьесой, зрители попутно усваивают, как вести себя и что делать, если близкий человек погружается в состояние депрессии. Обучаться тому, как обращаться с пациентами с депрессией, понимать, что такое депрессия, должны не только врачи-психиатры, но и другие врачи-специалисты больницы. Содействие врачей общего профиля здесь особенно важно и лечение состоит не в том, чтобы отпустить больного восвояси, лишь выписав ему рецепт. В посёлке Тэммабаяси была сформирована специальная труппа, состоящая из молодых медицинских работников и был поставлен ряд коротких пьес на тему «депрессия», что имело большой успех.

Вторичное исследование

На основе первичного исследования было проведено подробное исследование с ограничением районов с высокими показателями депрессии. В посёлке Цурута было зафиксировано большое количество самоубийств среди мужского населения среднего и пожилого возраста. По сравнению с женским населением, у мужчин среднего возраста показатели депрессии оказались выше, и количество мыслей о самоубийстве также было больше. Получив такие результаты, мы начали соответствующую работу, параллельно обратившись в школы посёлка, где провели цикл бесед с детьми младших классов (по японской системе — это первые шесть лет обучения) о том, как важно «делиться с друг другом своими чувствами» и почему плохо, когда такой возможности нет. Затем, в рамках проекта «Обеспечение душевного здоровья с детского возраста», мы провели занятия со старшими школьниками с привлечением приемов музыкотерапии: школьники учились передавать друг другу свое настроение посредством разных музыкальных фрагментов. Далее был проведен скрининг по вторичной профилактике в посёлке Рокунохэ, о чем будет сказано ниже.

Создание организаций самопомощи среди населения

Пока мы самыми разными способами разъясняли жителям результаты исследований, люди, в свою очередь, обращались к нам с предложениями по улучшению ситуации: «Давайте мы сами своими руками сделаем наши посёлки и деревни лучше». На 7-й год профилактической деятельности в посёлке Юри появилась организация самопомощи под названием «Горячее сердце Юри». Встречи организации проходили каждые два месяца, люди говорили о наболевшем, делились своими переживаниями и т.п. Далее, были

составлены так называемые «Карты здоровья души», именные, которые раздавались жителям посёлка. В посёлке Айкава, префектура Акита, жители уже сами стали выступать в роли «советников по душевным делам», выслушивая жалобы других жителей и давая советы.

Организация младшего медицинского персонала сферы охраны психического здоровья

В посёлке Рокунохэ (население 11 тысяч человек) возникла необходимость в обеспечении содействия медицинским организациям в обслуживании лиц пожилого возраста. С 1990 г. здесь стала развиваться деятельность по организации совместных собраний, на которых встречались врачи и весь медицинский персонал. Такие собрания устраивались 1–2 раза в год. В 1997 г., в связи с проведением иных, близких по содержанию мероприятий: церемонии «Премии в области здравоохранения», мероприятия по повышению благоустройства в сфере здравоохранения в регионах — такие собрания стали проводиться чаще, уже 4 раза в год. На них рассматривались вопросы организации здравоохранения, приводились конкретные положительные примеры, происходил обмен информацией по вопросам медицины — предоставлялась новейшая информация в этой области, и, благодаря таким собраниям, было достигнуто взаимопонимание в работе людей, имеющих отношение к благоустройству в сфере здравоохранения, и такое взаимодействие стало проходить легче.

Что было раньше

В 2003 г. в посёлке Рокунохэ проводилось первичное исследование со следующими результатами: 370 жителей (12,5 % респондентов) согласились с утверждением: «Настроение снижено, хочется умереть»; среди этих же респондентов 51 человек (14,8 %) отметил, что «Хочется с кем-то посоветоваться по поводу неудовлетворённости и переживаний, однако непонятно, где это сделать, и с кем посоветоваться»; далее, жители отметили, что в случае стресса они обратятся за советом (в убывающем порядке) к «семье», «друзьям-знакомым». В сравнении с данными по стране, удельный вес тех, кто выразил желание обратиться к врачам больниц или диагностических центров, в данном посёлке оказался наименьшим. Из этого был сделан вывод о том, что в регионе следует создать специальные «центры, где жители могут посоветоваться», сделать своего рода «приёмные», и нанимать для этих целей специалистов в сфере консультирования. У жителей посёлка не оказалось поблизости никаких психиатрических служб, и немногие решаются посетить психиатра, до которого следует еще добратся, и чувствуют при этом дискомфорт. Большинство жителей посещают врача общего профиля, чтобы обсу-

дить с ним своё душевное состояние и получить совет. Исходя из всего этого, было решено, что эффективнее будет разместить консультантов по душевному здоровью в ближайших для жителей посёлка службах (больницах и поликлиниках). Это решение получило поддержку медицинских организаций и информация была направлена в «Совет по лечебным делам региона».

Обучение младшего медицинского персонала посёлка Рокунохэ заботе о душе

Посёлок Рокунохэ, в котором была развернута деятельность по первичной профилактике, послужил «регионом-моделью» для проекта «Обучение медперсонала, заботящегося о душе» (*Kokoronokeanasuyoseijigyou*). В обычных медицинских учреждениях (с согласия лечащего врача) персонал, «проявляющий заботу о душе», выслушивает жалобы людей, проясняет ситуацию с беспокойством, тревогой и депрессией, вызывает озабоченность психическим состоянием обратившегося за помощью человека.

Деятельность в рамках проекта можно представить в виде следующих составляющих: 1) специальное продвижение и поощрение медперсонала, проявляющего заботу о душе пациентов; 2) организация семинаров по обучению такого медперсонала (проявляющего заботу о душе); 3) раздача пациентам именных «Карт здоровья души»; 4) консультативная деятельность медперсонала, проявляющего заботу о душе; 5) организация собраний, на которых разбираются конкретные примеры (по типу клинических разборов).

Процедура реализации данной деятельности такова: в обычной медицинской организации (поликлинике, медицинском пункте и т.п.) пациент, предъявив в регистратуре «Карту здоровья души», сразу же получает бесплатную консультацию от медперсонала, проявляющего заботу о душе; если возникает подозрение на наличие депрессии, медперсонал доводит эту информацию до врача, и уже врач принимает решение о направлении пациента в психиатрическую службу (амбулаторную или стационарную).

Медперсонал, проявляющий заботу о душе, проходит обучение (регулярные семинары). В этом виде деятельности и в такой роли обычно выступает младший медперсонал, вплоть до ассистентов стоматолога. В тех ситуациях, когда такой медперсонал оказывается не в силах справиться с конкретным случаем, следует обратиться за помощью к советникам — это обычно 3 человека: руководитель Центра здравоохранения, специалист по здравоохранению посёлка и лечащий врач. Такой вид деятельности начался с февраля 2005 г., в состав медперсонала, заботящегося о душе, вошло 15 человек из Центра по поддержке обслуживания пациентов на дому и из трех других медицинских организаций. Эти люди принимают жалобы от населения и дают

обоснованные советы. Отметим, что на первых порах жители поселка мало обращались к данной системе помощи, однако сам факт того, что рядом с твоим домом есть место, где можно быстро и беспрепятственно связаться со специалистом, даёт чувство успокоения и снижает стресс.

Меры по вторичной профилактике

Посёлок Рокунохэ расположен между городами Товада и Мисава, в этом регионе по всей префектуре фиксируется много самоубийств среди лиц среднего возраста, и здесь были развернуты меры по профилактике самоубийств. В сентябре 2003 г. было обследовано все население посёлка в возрасте от 40 до 69 лет с целью прояснить ситуацию, были детально проверены районы посёлка и стала понятна разница между этими районами. В посёлке Рокунохэ в районе Сеё по сравнению с другими районами отмечалось следующее: 1) больше всего респондентов заявили, что часто думают о смерти; 2) респонденты имели самые высокие показатели депрессии; 3) район оказался самым отсталым в плане культурной жизни. В связи этим был принят ряд мер. В марте 2004 г. здесь было решено осуществить обследование (скрининг) на депрессию, и Департамент по развитию благоустройства и здравоохранения в посёлке включил этот скрининг в свою программу, запланировав обследование на тот месяц в году (ноябрь), когда нет сельскохозяйственных работ (основой экономики района является именно сельское хозяйство).

Обследование на предмет депрессии

В отличие от обследований на предмет депрессии, сделанных в районе Идзюин (префектура Кагосима) и в посёлке Нагава (префектура Аомори), в посёлке Рокунохэ в районе Сеё все было иначе. Обследования на депрессию здесь (в Рокунохэ) не были связаны с периодическими медицинскими обследованиями, проводимыми органами самоуправления, и это можно расценивать как вмешательство в деятельность региона. В плане содержания обследования здесь тоже были отличия: объектом стало население в возрасте от 40 до 69 лет, а задачами обследования на предварительном этапе были: 1) раздача первичных тестов и их сбор; 2) отказ от проведения упрощённой версии обследования для престарелых; 3) налаживание взаимодействия с регионами.

Далее, после вторичного обследования, респонденту следовало посетить психотерапевта, и психотерапевты должны были стимулировать такие обследования; однако, из-за того, что сам метод расценивался как вмешательство в деятельность региона, необходимо было призвать на помощь докторов, которые осуществили бы обход пациентов на дому. К счастью, одобрение было получено, и получена помощь докторов, заинтересованных в профилактике депрессий;

посёлок также выделил дополнительные средства из бюджета.

Результаты исследования

Из-за значительных различий внутри района Сеё, масштаб исследования был ограничен одним из районов, районом Каная, входящим в Сеё. В 2004 г. начальником Центра префектуры по благоустройству и психическому здоровью, а также специалистами по охране здоровья для населения района Каная была проведена установочная лекция просветительского характера по теме поддержания здоровья души и по теме тестирования; в этот же день 193 человека в возрасте от 40 до 69 лет получили именные бланки для тестирования, которое проводилось руководителями групп, членами комитета по народному благосостоянию и ассистентами в сфере здравоохранения.

Показатели депрессии в бланках для тестирования оценивались по шкалам Self-Rating Depression Scale (SDS) [1, 4] и Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) [3]. В бланках также содержались вопросы, касающиеся мыслей о смерти, вопросы об употреблении алкоголя. Форма информированного согласия, а также бланки с вопросами были составлены нами в содружестве с госпожой **Танака Наоэ**, специалистом по здравоохранению посёлка Саннохэ, префектура Аомори (помогавшей нам и далее, в работе с жителями посёлков Нагава и Идзюин), а также в содружестве с **Оно Ютака**, профессором Университета Кэйо.

Был собран 171 бланк (процент сбора 88,6%), и, если исключить случаи отказа, которых было 69, а также частично заполненные бланки, которых было 19, то получается, что в итоге полноценное обследование прошли 78 человек. Результат первоначального тестирования был таков: 37 человек получили положительный диагноз — согласно изначально установленным критериям: 1) SDS > 50 баллов; 2) CES-D > 16 баллов; 3) присутствуют повторяющиеся мысли или размышления о смерти.

Вторичное обследование

С этими 37 пациентами было решено провести вторичное обследование уже с помощью World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [2]. Такое интервьюирование должны были проводить специалисты по здравоохранению, обходя дома пациентов. Однако было решено организовать специальное место для проведения интервью, принимая во внимание психологическую нагрузку на пациентов, и сделать так, чтобы пациенты пришли сами. В декабре в доме для общественных собраний района Каная состоялось было интервьюирование, на которое пришло всего 10 человек, так как время проведения интервью совпало с сезоном сбора батата, основного местного сельскохозяйственного

продукта. Специалисты по здравоохранению решили продолжить обследования этих пациентов, было назначено повторное обследование, уже в январе. Мы также смогли организовать место для проведения интервью, и при вторичном обследовании один из пациентов был отправлен на консультацию и лечение к психотерапевту.

Анализ и будущие перспективы

Обследование на предмет депрессии, проведённое в этот раз в посёлке Рокунохэ, отличалось от предыдущих тем, что: 1) базировалось на межгрупповом сравнении без фиксации имён и фамилий; 2) обследование проводилось независимо от периодического медицинского обследования в районах, и воспринималось как способ вмешательства. Тот факт, что специалисты по охране здоровья из администрации посёлка проводили исследования автономно, получил хорошую оценку. Однако, нам пришлось сожалеть о том, что были жители поселка, отказавшиеся от первоначального обследования, и что вторичное обследование не пошло так, как хотелось бы: период завершения сельскохозяйственных работ по рису совпал с активным периодом сбора батата. Обход пациентов был обременителен как для них самих, так и для специалистов и в результате пациенты сами должны были приходить в места, где проводилось обследование; нам не удалось довести обследование до этапа, когда врач интервьюирует пациента на дому, и в этом было расхождение с первоначальным планом.

Учитывая нагрузку на пациентов, а также систему двойного обследования — первичного и вторичного, мы решили впредь не обременять пациентов, сберечь время и сразу на рабочем месте проводить и первичное и вторичное обследование в населённых пунктах префектуры Аомори как обследование на предмет депрессии и вторичной профилактики самоубийств.

Подводя итоги

Я познакомил Вас с деятельностью по первичной и вторичной профилактике, которую мы предприняли в префектуре Аомори, а также с деятельностью в рамках проекта «Обучение

медперсонала, заботящегося о душе». Наши основными задачами были: 1) организация среды, где население регионов сможет беспрепятственно рассказать о своих проблемах и получить надлежащий совет; 2) распространение знаний о депрессии и ее лечении; 3) активность по подготовке медперсонала, заботящегося о душе, как создание системы, предотвращающей депрессию на ранних этапах; а также 4) меры по укреплению здоровья, начиная с детского возраста. При осуществлении этой программы, нам удалось довести проблему до осознания её населением — и все это стало началом обустройства городов и населенных пунктов за счет создания в них лучших условий для здоровья души.

Литература

1. Jokelainen, J., Timonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Härkönen, P., Jurvelin, H., & Suija, K. (2019). Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults. *Scandinavian journal of primary healthcare*, 37 (3), 353-357.
2. Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93-121.
3. Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
4. Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

Designing a City to Prevent Depression: Towards Suicide Prevention in Japan

Naoki Watanabe

The article highlights one of the suicide prevention programs in Aomori Prefecture, northern Japan.

Keywords: depression, suicide, prevention programs, Aomori Prefecture, Japan