

## **ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

***И.Г. Мудренко***

*Сумский государственный университет, г. Сумы*

*Суицидальные действия часто встречаются в клинике психических расстройств. Они являются наиболее частой причиной смерти психически больных. Мотивы и причины суицидальных действий разнообразны. Именно изучению факторов риска суицидального поведения при психической патологии, по современным данным литературы, посвящена данная статья.*

### **ВВЕДЕНИЕ**

В клинике психических расстройств довольно часто встречаются различные суицидальные действия, являющиеся одним из самых социально–опасных явлений. Как причина смерти самоубийство стало одной из актуальных проблем мирового общества. Актуальность изучаемой нами темы обусловлена значительным ростом самоубийств во второй половине 20–го столетия. По данным ВОЗ, в 2000 году около 1 000 000 человек погибли вследствие суицида, Украина с показателем 11000 самоубийств за 1 год заняла восьмое место в мире по количеству суицидов[1]. Министерство здравоохранения Украины отмечает, что современный этап развития страны характеризуется чрезвычайно высоким уровнем психоэмоционального напряжения, и обращает внимание на высокий уровень завершенных самоубийств [2]. Смертность вследствие суицидов занимает четвертое место среди причин смерти после сердечно–сосудистых, онкологических заболеваний и несчастных случаев в результате дорожно–транспортных происшествий. Вместе с тем ежегодный рост количества суицидов в мире присущ лицам трудоспособного возраста и наблюдается преимущественно в экономически развитых странах. Например, в возрастной группе от 15 до 44 лет самоубийство стало второй причиной смерти в Японии, третьей – в Германии, Дании, Швеции и Швейцарии, четвертой – в Канаде, Австрии, США [3].

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

С учетом вышеизложенного цель данной работы – ознакомить широкий круг практических врачей общесоматического профиля, психиатров, психологов с современными данными о факторах риска суицидального поведения.

### **АНАЛИЗ ПОСЛЕДНИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПУБЛИКАЦИЙ**

Большинство современных ученых рассматривают суицидальное поведение как многофакторное явление, учитывая в его генезе как психопатологические, так и социально–психологические параметры [4,5,6]. Суицид –добровольное лишение себя жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых собственная жизнь теряет для человека значение. Ученые считают, что суицид является следствием индивидуального выбора личностью собственной модели поведения в кризисной ситуации. Суицидальной принято считать любую внешнюю или внутреннюю активность, которая направлена на лишение себя жизни [7 – 13].

Принято различать внутренние и внешние формы суицидального поведения. Внутренние формы суицидального поведения включают: суицидальные мысли; фантазии на тему смерти («заснуть и не проснуться», «если бы со мной что–либо случилось и я бы умер»); суицидальные замыслы: продумывание времени и выбор средств самоубийства; суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, человек настраивает себя на действие.

К внешним формам суицидального поведения относятся: суицидальные попытки – целеустремленное поведение, направленное на лишение себя жизни, которое не закончилось смертью; завершённый суицид: действия заканчиваются летально.

Под аутоагрессивным поведением принято понимать нанесение человеком вреда какой-либо сфере своей жизнедеятельности (социальной, духовной, физической). Аутоагрессивное поведение включает в себя ряд поведенческих феноменов (нанесение татуировок, самоповреждений, различные варианты гетероагрессивного поведения, алкоголизацию и другие), целью которых не является лишение себя жизни, поэтому аутоагрессивное поведение – это понятие более широкое, чем суицидальное поведение.

Комплексное изучение суицидов началось в 70-е годы прошлого столетия в СССР коллективом под руководством А.Г. Амбрумовой. В 1974г. ею была сформулирована концепция суицидального поведения, согласно которой самоубийство является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта или результатом взаимодействия средовых (ситуационных) и личностных факторов [13]. В дальнейшем была подтверждена универсальность выдвинутой теоретической концепции А.Г. Амбрумовой для трех категорий суицидентов:

- 1) душевнобольных;
- 2) страдающих пограничными психическими расстройствами;
- 3) практически здоровых людей.

В соответствии с этой теорией самоубийство является вариантом поведения человека в экстремальной ситуации. Суицидогенный конфликт и аутоагрессия могут быть вызваны реальными причинами (у психически здоровых лиц), базироваться на патологических чертах характера и являться следствием психического заболевания. Все суициденты, несмотря на их нозологическую принадлежность, обнаруживают признаки социально-психологической дезадаптации личности [14].

Таким образом, из вышеизложенного вытекает, что любой суицидогенный конфликт возникает на фоне социально-психологической дезадаптации, которая в одних случаях обусловлена реально существующими психогенными факторами и адекватной реакцией на них, а в других – в связи с гипертрофированным отношением к ситуации и ее парадоксальной интерпретацией и очень редко психопатологической симптоматикой [15]. При субъективном ощущении неразрешимости конфликта обычным способом избирается самоубийство. Вне зависимости от мотива (истинное желание умереть, избежание тяжести своего состояния, привлечение к себе внимания, манипулирование ситуацией и т.д.) аутоагрессивное поведение выполняет задачу по разрешению психотравмирующей ситуации путем «самоустранения» человека из нее. Вышеизложенное позволяет понять, что аутоагрессия несет внутриличностную целесообразность, несмотря на ее патологичность с точки зрения обыденного «здорового смысла» [16].

По мнению многих авторов, психические расстройства играют ведущую роль в развитии суицидального поведения. Наличие психического заболевания способствует развитию суицидального поведения и создает трудности адаптации к социальной среде. По данным разных авторов, от 15 % до 100 % суицидентов страдали психической патологией. По данным А.Г. Амбрумовой, В.А.Тихоненко, из числа лиц, совершивших аутоагрессивную попытку, 15 % страдали психотическими формами психической патологии; у 45 % больных диагностирована пограничная патология; примерно 40 % были психически здоровыми. Большинство современных ученых не рассматривают суицидальное поведение как болезнь и отмечают, что самоубийства совершаются в основном в непсихотическом состоянии, в то время как процент психозов составляет от 9 % до 40 % [14, 17, 18].

Существуют 4 группы риска совершения самоубийств [19, 20]: страдающие депрессивными расстройствами (каждый шестой из этой группы осуществляет самоубийство); страдающие другими психическими заболеваниями (в частности,

шизофренией); совершившие суицидальную попытку (1 % повторяет суицидальные действия в течение года, 10 % – позднее); страдающие хроническим алкоголизмом, каким-либо видом токсикомании или лекарственной зависимости.

W. Poldinger, N. Kreitman, J. Foster (1993) среди предикторов осуществления и рецидивирования суицидального поведения перечисляют наличие алкоголизма, наркомании; асоциального поведения, безработицу, отсутствие профессии (неквалифицированные рабочие); наличие психического заболевания с предшествующим амбулаторным или стационарным лечением; различные депрессивные расстройства; преклонный возраст; предшествующие суицидальные попытки [21].

Мотивы суицидальных поступков различны, но чаще всего встречаются межличностные разрывы, «тяжкие утраты», семейные конфликты, финансовые трудности, потеря работы, судебная ответственность. К социальным факторам роста уровня самоубийств относятся резкое снижение уровня жизни, повышение уровня безработицы, разводов, употребление наркотиков и алкоголя, увеличение количества различных псевдорелигиозных образований, тенденции к социальной изоляции [16]. Согласно данным С.В. Бородина и А. С. Михлина, в ряду обширной группы мотивов, связанных с личностно-семейными конфликтами, семейные конфликты и развод занимают первое место и составляют 37 % от общего числа. Другие мотивы той же рубрики – это болезнь и смерть близких (11,4 %), одиночество (6,5%), неудачная любовь, несправедливые отношения со стороны окружающих, половая несостоятельность, ревность, супружеская измена, потеря «значимого другого», недостаток внимания и др. [22, 23]. Наивысший показатель самоубийств отмечается среди вдовствующих, разведенных и одиноких людей. Согласно результатам нашего исследования к социально-статусным предикторам суицидального риска у пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью, относятся женский пол, возраст 20–29 лет, наличие высшего или среднего образования, отсутствие собственной семьи. Напротив, после 40 лет вероятность суицида снижается, к антисуицидальным факторам также относится наличие собственной семьи.

Неправильное воспитание, тяжелые условия жизни семьи играют в формировании суицидального поведения большую роль, чем наследственные и др. факторы, включая экологические. Многие авторы считают, что основой развития патологических черт личности, играющих важную роль в возникновении суицидального поведения, являются условия развития в детстве и пубертатном периоде. Более 60% суицидентов воспитывались в неполной семье, распавшейся до рождения ребенка в возрасте, когда ребенку еще не было 8 лет. Сохранившиеся родительские семьи характеризовались сложными эмоциональными отношениями, периодическими конфликтами, занятостью собственными, чаще личными переживаниями, формальной заинтересованностью судьбой детей. Для суицидентов было характерно постоянное чувство отсутствия заботы о них в детстве и пубертатном периоде [24].

Динамика уровня смертности вследствие суицидального поведения среди различных регионов страны свидетельствует, что количество суицидов существенно выше в развитых промышленных районах и в областях, подвергшихся последствиям Чернобыльской катастрофы и отличающихся остротой различных экологических и социально-экономических проблем. К этим областям относятся восточные, юго-восточные и северо-восточные регионы страны, в некоторых областях (Луганская, Донецкая, Запорожская) уровень самоубийств в последние годы достигал 39,9 на 100 тыс. населения. Одной из групп высокого суицидального риска являются ликвидаторы последствий на ЧАЭС. Общая смертность среди них в три раза выше, чем в аналогичных возрастных группах, при этом самоубийства составляют десятую часть всех случаев смерти среди ликвидаторов [25, 26, 27].

Высокий уровень суицидальной активности отмечается в настоящее время среди всего сельского населения страны, он в 1,52 раза выше, чем среди городского

населения. Во многом это связано с резким повышением уровня алкоголизации сельского населения. Наивысший уровень количества самоубийств (свыше 35 на 100 тыс. населения) наблюдается в традиционно сельскохозяйственных областях (Сумской, Херсонской, Николаевской). В Сумской области уровень суицидов высок и в 2007 году составил 35,5 на 100 000 населения, но отмечается позитивная динамика: за период с 2002 по 2007 год количество завершенных самоубийств уменьшилось с 41 до 35,5 на 100 000 населения.

Существуют гендерные различия по количеству суицидов. Так, мужчины чаще оканчивают жизнь самоубийством, чем женщины (6,7:1), тогда как суицидальные попытки чаще совершают женщины (3:1). Мужчины Украины добровольно уходят из жизни в 2,5 раза чаще, чем в странах Европейского Союза, в 1,6 раза чаще, чем в мире. Частота суицидов у женщин Украины меньше, чем в странах СНГ и мире. Суицидальная активность, по данным ВОЗ, минимальна в возрастной группе до 14 лет и достигает пика в возрастной категории 45–59 лет. Частота самоубийств среди мужчин в возрасте от 20 до 59 лет значительно выше, чем среди женщин того же возраста. У женщин суицидальная активность с возрастом увеличивается (среди мужского населения такой тенденции не наблюдается) и достигает максимума у лиц старше 60 лет. Суицидальные попытки чаще всего совершают молодые люди в возрасте от 18 до 29 лет, что повышает риск рецидивирования суицидальных действий. Необходимо помнить, что уровень суицидальных попыток в среднем соотносится с количеством самоубийств как 100:1, а фиксируется из них только десятая часть [25–29].

Одним из самых значимых предикторов аутоагрессивного поведения и факторов суицидального риска является наличие различных психопатологических нарушений [14, 19, 25, 30, 31]. Среди причин самоубийств у взрослых в 90% случаев отмечается наличие психического заболевания, в основном депрессивных расстройств или шизофрении. Нозологически очерченными предикторами суицидального поведения являются аффективные расстройства (различные виды депрессий), алкоголизм, шизофрения, неврозы, личностные расстройства. При этом уровень завершенных суицидов колеблется при депрессиях от 40 до 57%, а при шизофрении – от 35 до 80% случаев [14, 19, 32, 33]. Разные авторы к наиболее суицидоопасным относят разнообразные проявления депрессий, такие, как: тревога, ипохондрический, апатический синдром, чувство безнадежности, вины, беспомощности, самоуничижение, ангедонию, раздражительность, напряженность, агитацию; трудность концентрации внимания, нерешительность; соматовегетативную симптоматику; различные виды психической тревоги, панические атаки; психалгии; страх потерять контроль над ситуацией и собой, ненависть к себе и окружающим; длительную бессонницу, кошмарные сновидения; злоупотребление алкоголем под воздействием аффективных расстройств; настоящий эпизод циклического аффективного расстройства, конец периода депрессии с сохранением плохого настроения. При глубоких депрессиях суицидогенными являются бредовые идеи самообвинения, унижения, малоценности, бред Котара [34–37].

Уровень аутоагрессивного поведения повышается пропорционально нарастанию глубины психопатологических расстройств от невротического регистра к психотическому [14, 19, 38, 39]. У больных шизофренией мотивами аутоагрессивного поведения являются параноидные и депрессивно-параноидные переживания, в редких случаях к ним присоединяются ситуационные. На поздних стадиях аутоагрессивность, как правило, не реализуется и проявляется в форме высказываний, опасений [40].

Считается, что самый угрожающий фактор риска суицида среди больных шизофренией – серия суицидальных попыток в прошлом [42]. Среди относительных предикторов суицидального поведения в группе больных шизофренией – высокая степень критичности к болезни, низкий уровень дефицитарной симптоматики, напряженность аффектов тревоги и страха, вербальные галлюцинации

императивного характера, депрессивная симптоматика, высокая интенсивность продуктивной симптоматики, количество госпитализаций до трех, длительность заболевания шизофренией до одного года, проживание в крупном городе, модели суицидального поведения, гипертрофированное чувство вины и бредовые идеи виновности, несоблюдение курса поддерживающего амбулаторного лечения, отсутствие инвалидности по психическому заболеванию, отсутствие работы на момент парасуицида, смерть близких родственников после 15-летнего возраста пациента, проживание в одиночестве [41]. Существуют следующие поводы суицидальных актов в зависимости от обстоятельств, предшествующих суицидальной попытке: 1) только продуктивная симптоматика (псевдореальный психотический конфликт) – 46,5%; 2) сочетание продуктивной симптоматики и реальных псевдосоциальных проблем – 38%; 3) только реальные «психосоциальные проблемы» – 15,5% [41].

Наибольшей суицидогенностью среди различных видов психотических симптомокомплексов при шизофрении обладают синдром Кандинского–Клерамбо и депрессивно–параноидный синдром [19, 38]. Синдром Кандинского–Клерамбо суицидоопасен в связи с непереносимыми императивными псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами, а также по частоте возникновения аутоагрессивного поведения и по тяжести. Аутоагрессивные действия часто осуществляются импульсивно под воздействием императивных вербальных псевдогаллюцинаций, когда больному "подсказывается" способ избавления от мук. При депрессивно–параноидном синдроме крайне жизнеопасные аутоагрессивные действия реализуются вследствие непереносимых болезненных переживаний (мегаломанических идей самообвинения, ущербности).

S.J. Bartels, R.E. Drake, G.J. McNHugo определили, что в 80% случаев суицидальные действия осуществляется при сочетании шизофрении с депрессивной симптоматикой или с депрессией как самостоятельным заболеванием [43]. Алкоголизм или сочетание депрессии и алкоголизма при отсутствии шизофрении в меньшей степени коррелирует с суицидальным поведением.

Для больных шизофренией суицидальное поведение характерно в начальном периоде заболевания, когда они тяжело переживают чувство катастрофы в связи с болезнью, а также в связи с нарастающей социальной беспомощностью и неспособностью решать психосоциальные проблемы [44].

К коррелятам аутоагрессивного поведения при шизофрении относятся частота госпитализаций в психиатрическую больницу, длительность заболевания и ухудшение работоспособности [45, 46]. Очень часто аутоагрессивные действия у больных шизофренией носят непредсказуемый характер, когда аутоагрессивное поведение возникает после начала психофармакологического лечения.

Больные шизофренией используют наиболее жизнеопасные способы реализации аутоагрессивных действий: падение с высоты или под движущимся транспорт, самопорезы жизненно важных зон, тяжелые самоотравления, специфические методы аутоагрессивных действий (глотание камней и других предметов, вбивание гвоздей в голову, самокастрация и т.д.) [38, 44]. R.E. Drake, J. Ehrlich описали два случая больных шизофренией, которые совершили импульсивные аутоагрессивные действия под влиянием внезапно возникших суицидальных тенденций, появившихся с развитием нейролептической акатизии [47].

Что касается психологических особенностей больных с суицидальными тенденциями, то важно отметить, что экспериментально–психологическое исследование позволяет выявить особенности структуры личности, оценить систему значимых отношений пациента, чего нельзя изучить простым клиническим методом. Потенциально опасными, по А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко, являются следующие личностные особенности, приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые авторами как predispositional суицидогенные факторы. Среди них: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;

своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений); недостаточность механизмов планирования будущего; неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем; неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка; слабость личностной психологической защиты; снижение или утрата ценности жизни [48, 49].

Психологические особенности личности суицидента могут рассматриваться как predispositional суицидогенные факторы в рамках комплексной диагностики суицидального поведения [50].

Для суицидентов наиболее характерны следующие личностные черты: склонность к тревоге, психастеничность, подозрительность, чувство вины, агрессивности, зависимости, безынициативности, подчиняемости, недостаточная фрустрационная выносливость, дефицит целенаправленности [51]. В работах Ц.П. Короленко и его соавторов у суицидентов отмечены следующие психологические особенности: инфантильность; незрелость эмоций, преобладание формально-логического мышления с усилением аффективной сферы и недостаточным воображением; высокий уровень потребностей; низкая способность к образованию защитных компенсаторных механизмов [51].

К непосредственным психологическим причинам суицидального поведения относятся ссоры между супругами или партнерами. Наиболее суицидогенными являются конфликты, происшедшие за двое суток до совершения попытки самоубийства. Кроме того, важными психологическими причинами суицидальных действий являются «хронические» проблемы (длящиеся больше двух недель), чаще всего связанные с семьей или со значимым окружением. Существенно влияет на уровень самоубийств наличие или отсутствие семьи, особенно у женщин. Потеря супруга (развод, вдовство) также является одним из важнейших предикторов суицидогенеза.

Необходимо отметить еще один приобретающий все большую значимость психологический фактор суицидогенеза – феномен психологической депривации. В литературе он описан как синдром потери, когда основой психотравмы является потеря близкого человека (смерть, разрыв отношений) или резкое изменение образа жизни, связанное с разрушением сложившихся социальных стереотипов (потеря работы, миграция). Однако сейчас можно говорить о расширении рамок данного психологического феномена. Психологическая депривация, кроме разрушения внутриличностной картины мира, обусловленного реальными событиями жизни, включает в себя состояние отсутствия самореализации и самопроявления. Непосредственным разрешением данного состояния в таком случае является самоубийство [52].

Среди молодежи встречаются так называемые «кластерные самоубийства», когда суицидальные случаи обусловлены частыми публикациями или фильмами с сюжетами о самоубийствах. Подростки воспринимают эти публикации как модель разрешения психотравмирующей ситуации, используя их как основу для имитационного поведения [53].

Таким образом, существуют достаточно стойкие индивидуальные факторы как содействующие, так и препятствующие осуществлению самоубийства. К суицидогенным факторам относятся, например, суицидальные и агрессивные проявления в анамнезе, наличие суицидального поведения у родственников, отягощенная наследственность психическими заболеваниями, воспитание в условиях «разбитой семьи», судимости в прошлом, злоупотребление алкоголем или наркотиками, наличие психического заболевания, его длительность до трех лет, проживание в юго-восточной части страны, возраст до 40 лет, одиночество, соматическая патология или дефекты внешности, а также такие особенности личности, как сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам, грубость, вспыльчивость, импульсивность в сочетании с нарушением коммуникативных функций (неловкость при общении с людьми, зависимость от мнения окружающих,

подозрительность, неумение формировать доверительные отношения, отказ от сотрудничества), недостаточность прогнозирования, неадекватная самооценка (завышенная или заниженная), незрелость механизмов психологической защиты, снижение и потеря представлений о ценности жизни. Напротив, антисуицидальными факторами являются: выраженная эмоциональная привязанность к близким, сильное чувство долга, в частности, в сфере родительских обязанностей; фиксированность на состоянии собственного здоровья; значительная зависимость от общественного мнения и желания избежать осуждения со стороны окружающих; представление о греховности самоубийства, о неиспользованных жизненных возможностях; наличие творческих (и вообще жизненных) планов, стойких эстетичных критериев в мышлении (нежелание выглядеть непривлекательно, уродливо даже после смерти); проживание в западном регионе страны; отсутствие психических и соматических болезней; наличие собственной семьи [54, 55].

## ВЫВОДЫ

1 По данным литературы, наибольший риск суицида у больных шизофренией и депрессивными расстройствами.

2 Наиболее высокий риск осуществления аутоагрессивных действий в начальном периоде эндогенного заболевания.

3 Наличие алкоголизма, тяжелых соматических болезней, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, наличие суицидальных попыток в прошлом увеличивают риск суицидального поведения.

4 Среди психогенных факторов у суицидентов преобладают конфликты в личностной и профессиональной сферах.

5 Недостаточно изучены факторы, влияющие на рецидивирование аутоагрессивного поведения у пациентов с психическими расстройствами.

Учитывая большой риск осуществления повторных аутоагрессивных действий у психически больных, нам представляется перспективным поиск предикторов рецидивирования суицидального поведения у данного контингента пациентов.

## SUMMARY

*Suicidal actions are often met in the clinic of psychiatric disorders. They are the main reason of psychiatric patients' death. The motives of suicidal actions are different. Most of them are bound with personal – family and professional conflicts. The highest level of suicidal activity is seen among schizophrenic and depressive patients.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Barrero S.P. Suicide. An avoidable tragedy. Advances in psychiatry / Ed: Christodoulov G. N. – Beta Medical Publisher, 2002. – P.205–209.
2. Волошин П.В., Бачериков А.Н. и др. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999–2002годы) // Український вісник психоневрології. – 2004. – Том 12. – Вып.–4(41).– С.5–7.
3. Антонин Ю.М. Жестокость в нашей жизни. – М.: Инфам., 1995. – 182 с.
4. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия.– Киев: Здоровье, 1989.– 490с.
5. Hendin H. Suicide: A Review of new directions in research // Hosp. Commun. Psychiat.–1986.–V.37, №2.– P.148–154.
6. Brown J.N. Suicide in Britain // Arch gen Psychiat. – 1979. – V. 36, №9. – P. 1119–1124.
7. Потапов С.А., Якубова А.В. Агрессивность, аутоагрессивность и виктимность при некоторых психических расстройствах и их психоаналитическая трактовка // Российский психоаналитический вестник. – 1993.– №45–46. –С.64–66.
8. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицид. хрестоматия по суицидологии.– К.: А.Л.Д., 1996.– С. 104–148.
9. Лапичкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение. – Смоленск: Смоленская мед. академия, 2000. – 156 с.
10. Суицид. хрестоматия по суицидологии / Под ред. А.Н. Моховикова.– К.: А.Л.Д., 1996.– 216с.
11. Клубова Е.Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб. – 1994. – С. 77–82.
12. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидология. Основные термины и понятия: Метод. пособие. – К., 1999. – 60 с.

13. Суицидология. Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Под ред. А.Н. Моховикова. – М.: Когито–Центр, 2001. – 569 с.
14. Тиунов С.В. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы: Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. – 18с.
15. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Метод. рекомендации МЗ РСФСР. – Моск. НИИ психиатрии, 1980. –47с.
16. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – Москва: Медицина, 2000.
17. Пилягина Г.Я. Актуальные проблемы суицидологии в Украине и пути их решений // Журнал практического врача. – 1998. – №6. – С. 2–6.
18. Амбрумова А.Г. Теоретико–методологические и организационные проблемы суицидальной превенции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984. – С. 8–26.
19. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., Жезлова Н.Я. и др. Организация и методология работы с детьми и подростками, совершившими суицидальную попытку //Тр. Московского НИИ психиатрии. –1981. – Т. 82. – С. 105–114.
20. Suicide. An Unnecessary Death (Ed. D. Wasserman). – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
21. World Health Organization. Figures and Facts about Suicide // Doc. WHO/MNH/MBD/99.1. – WHO: Geneva, 1999. – 69 p.
22. Poldinger V.W., Hole C. Die selbstmordhandlung als symptom // Prax. Psychoter. – 1971.–Vol. 16, N 4.– P.185–194.
23. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб. : Издательство «Диалект», 2004. – 480с.: ил.
24. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 28–44.
25. Smith B.I., Mitchell A.M., Bruno A.A. et al. Exploring widows' experience after suicide of their spouse // J. Psychosoc. Nursing Mental Health Serv. – 1995. – Vol. 33. – P. 10–15.
26. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Табачников С.И. Оперативная обстановка и проблема предупреждения аутоагрессивной активности населения // Избранные материалы II республ. семинара «Школа практической суицидологии» (21–23.11.2000г., Киев). – К., 2000. – С. 2–7.
27. Пилягина Г.Я., Чуприков А.П., Балабаева Т.В., Кузнецов И.В., Чуприкова Е.Г. Суицидальная активность и насильственная смерть в Украине. Динамические тенденции последнего десятилетия // Материалы III Междунар. конф. “Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке” .
28. Cryzhanovskaya L., Pilyagina G. Suicidal Behavior in Ukraine, 1988–1998 // Crisis. – 1999. – № 4. – P. 1–7.
29. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: Монография. – Днепропетровск: Арт–Пресс, 1998. – 164 с.
30. Козидубова В.М., Чухраева А.В. К вопросу об изучении predispositional суицидогенных комплексов у больных с аутоагрессивными действиями // Укр. вісн. психоневрології. – 1996. – Т.4, Вип.4(11) – С. 107–108.
31. WHO. Changing patterns in suicidal behaviour. – Copenhagen: WHO/EURO Reports and Studies, 1974. – 87p.
32. Hawton K., Catalan J. Attempted suicide. – Oxford: Oxford Univer. Press, 1987. – 211 p.
33. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение. – Смоленск: Смоленская мед. академия, 2000. – 156 с.
34. Bradvik L., Mats Berglund M. Suicidal ideation in severe depression // Europ. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. – 2000. – Vol. 250, №3. – P. 139–143.
35. Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses / M. Krupinski, A.Fischer, R.Grohmann, R.Engel, M.Hollweg, H.J. Möller // Europ. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. – 1998. – Vol. 248, № 3. – P. 141–147.
36. Wulsin L.R., Vaillant G.E., Wells V.E. A systematic review of the mortality of depression // Psychisom. Med. – 1999. – Vol. 61. – P. 6–17.
37. Hopelessness, depression and suicidal intent / R.D. Wetzel, T. Margulies, R. Davis, E. Karam // J. Clin. Psychiatr. – 1980. – Vol. 41. – P. 159–160.
38. Пилягина Г.Я. Синдром юношеской астенической несостоятельности у суицидентов // Таврич. журн. психиатрии. – 2003. – Т.7, № 2 (23). – С. 81–86.
39. Пилягина Г.Я. К вопросу о клиничко–патогенетической типологии аутоагрессивного поведения // Таврич. журн. психиатрии. – 2000. – Т. 4, № 1(12). – С. 22–24.
40. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клиничко–психопатологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991, № 1. – С.26 – 38.
41. Коротенко А., Жабокрицкий С. К вопросу о структурной мотивации суицидального поведения // Психіатрична газета. – 2001. – №3. – С.12–14.
42. Ласый Е.В. Суицидальные попытки больных шизофренией и близкими к ней расстройствами // Медицинские новости. –2000.– №1. – С.57–58.
43. Breier A., Astrachan B. M. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide // Amer. J. Psychiatry. –1984. – V. 141. – P. 206–209.
44. Bartels S.J., Drake R.E., McHugo G.J. Alcohol Abuse, Depression, and Suicidal Behavior in Schizophrenia // Am. J. Psychiatr. – 1992. – Vol. 149, № 3. – P. 394–395.



45. Stefenson A., Cullberg J. Committed suicide in a total schizophrenic cohort: in search Of suicidal process // Nordic J. Psychiatr. – 1995. – Vol. 49. – P. 429–437.
46. Johns C.A., Stanley M., Stanley B. Suicide in Schizophrenia // Amer. NY Acad. Scien. – 1986. – Vol. 487. – P.294–300.
47. Landmark J., Cernovsky Z.Z., Merskey H. Correlates of Suicide Attempts and Ideation in Schizophrenia // Brit. J. Psychiatr. – 1987. – Vol. 151, № 7. – P. 18–20.
48. Drake R.E., Ehrlich J. Suicide Attempts Associated With Akathisia // Am. J. Psychiatr. – 1985. – Vol. 142, № 4. – P. 499–501.
49. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Тр. Московского НИИ психиатрии. – 1978. –Т. 82. – С. 44–59.
50. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. – М., 1980.– С.47–48.
51. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004.– 480с.: ил.
52. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 460 с.
53. Крыжановский А.В., Крыжановская Л.А. К вопросу о понятиях “психическая норма» и пограничные состояния // На грани нормы и патологии. – Стрелечье, 1994. – С. 62.
54. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Никифорчук Р.И. Проблема суицидов в Украине // Международный мед. журнал.– 1998.– № 4.– С.36–40.
55. Конончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – 1989. – Т.10, № 5.– С.27–32.
56. Influence of central noradrenergic systems on neuroendocrine response to stress involves corticosteroid receptor / S. Massari, M. Lee Moal, L. Angelucci, P. Mormede // Neuroendocrinology. — 1990. — V. 52. – Suppl. 11. — P. 62.

*Мудренко И.Г., ассистент*

*Поступила в редакцию 20 ноября 2008 г.*