

О ПРОБЛЕМЕ ПОВТОРНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ОСОБЕННОСТЯХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЕЕ ИЗУЧЕНИЮ НА МОДЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Представлена обзорная информация по проблеме повторяющегося суицидального поведения и особенностям методологического подхода к ее изучению. Подробно рассмотрены феноменологические характеристики первичных аутоагрессивных действий и освещены проблемные аспекты идентичности обстоятельств и условий суицидальности при первичных и повторных аутоагрессивных действиях. Указано на отсутствие достаточно надежных критериев прогноза повторных аутоагрессивных действий, в особенности касательно непсихотических форм суицидальной агрессивности, что обуславливает потребность проведения тематического научного изыскания в Республике Беларусь. Предложена разработанная автором методология исследования по изучению механизмов формирования непсихотического аутоагрессивного поведения среди населения Республики Беларусь и разработке диагностического алгоритма критериев риска рецидивирования суицидальной агрессии при ее непсихотических формах.

Ключевые слова: *суицидальная агрессия, непсихотическое аутоагрессивное поведение.*

A.P. Gelda

ABOUT THE PROBLEM OF REPEATED NON-PSYCHOTIC AUTOAGGRESSIVE ACTS AND SPECIFICS OF METHODOLOGICAL APPROACH TO ITS ASSESSMENT ON THE POPULATION MODEL OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Presents the basic information about the problem of repeated suicidal behaviour and specifics of methodological approach to its assessment. Gives detailed phenomenological characteristics of first-time autoaggressive acts and highlights the problematic aspects of the circumstances and conditions of suicidality identity in first-time and repeated autoaggressive acts. Points the absence of sufficiently reliable criteria for the prognosis of repeated autoaggressive acts, particularly in non-psychotic forms of suicidal aggression, which determines the need to carry out the scientific thematic research in the Republic of Belarus. Suggests worked out by the author research methodology for the study of the non-psychotic autoaggressive behaviour development mechanism in the Republic of Belarus and development of diagnostic algorithm for identification of the suicidal aggression risk in people without psychotic disorders.

Key words: *suicidal aggression, autoaggressive behaviour in people without psychotic disorders.*

Аутоагрессивное поведение — действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью, включающие варианты суицидального аутоагрессивного поведения (осознанного действия, направленного на добровольное лишение себя жизни) и несуицидального (неосознанные или осознанные действия, целью которых не является добровольное лишение себя жизни) [9]. Но следует учитывать, что несмертельные формы саморазрушающейся активности при рецидивировании высоко рискованные в контексте потенциально возможного фатального исхода вследствие недоучета реальных обстоятельств [5, 7] и по своей сути фактически эквивалентны суицидальному поведению.

Аутоагрессивное поведение в связи с неуклонным ростом его удельного веса в структуре причин смерти и инвалидности является одной из основных проблем общественного здравоохранения в развитых странах мира, в том числе в Беларуси [2-3, 8, 49 – 50 и др.]. Самоубийство в большинстве стран мира входит в первую десятку ведущих причин смерти и является ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности среди лиц мужского пола [14]. Ежегодно в результате самоубийств в мире погибает более 800 тысяч человек [44]. По подсчетам экспертов

ВОЗ, за последние 45 лет XX тысячелетия средний мировой показатель самоубийств возрос на 60%, а, учитывая современные тенденции роста самоубийств и покушений на собственную жизнь, прогностические модели на 2020 г. указывают на абсолютное число в 1,53 миллиона случаев самоубийств (1 самоубийство каждые 20 секунд) и в 10-20 раз превышающих их количество число случаев суицидальных попыток (1 попытка каждые 1-2 секунды) [14, 49]. Причем мировые экономические потери вследствие лечения и госпитализации после попыток самоубийства и вследствие утери дохода на протяжении жизни по причине инвалидности в результате попытки самоубийства и преждевременной смерти от самоубийства возрастут от 1,8% глобального бремени болезней в 1998 г. до 2,4% к 2020 г. [13]. Эти данные отражают масштаб проблемы аутоагрессивного поведения и ее социально-экономическую значимость для общества. Ежегодно только в Республике Беларусь добровольно гибнет более 3 тысяч человек [3].

Таким образом, предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий является центральной стратегией в политике психического здоровья во многих странах мира, включая и в Беларуси [43, 46, 50].

В настоящее время серьезной проблемой являются повторные (рецидивирующие) аутоагрессивные действия, характеризующиеся достаточно высоким показателем распрот-раненности в структуре аутоагрессивного поведения [47]. Исследования по проблеме повторных аутоагрессивных действий проводились на разных популяциях контингентов суициден-тов и нередко являлись промежуточным результатом при изучении других поставленных исследовательских задач, что, соответственно, и определяет разрозненность статистического материала касательно показателей встречаемости повторных аутоагрессивных действий. Так, D. Shaffer с соавт. (1988) указывают на повторность суицидальных аутоагрессивных действий у 20% мужчин и 30% женщин, а N. Kreitman с соавт. (1977) повторные случаи умышленного причинения себе вреда в течение последующего года после предыдущего аутоагрессивного акта отмечали у 15-25% суицидентов. Среди ранее госпитализировавшихся по поводу аутоагрессивных действий рецидивы аутоагрессии в течение года фиксировались у 15 – 23% пациентов [41, 47]. Отягощенный повторными аутоагрессивными действиями суицидологический анамнез имели 28,1% суицидентов в исследовании S.J. Gibb с соавт., (2005), около 30% в исследовании J. Naukka с соавт. (2004) и 42,2% в исследовании A. Mechri с соавт. (2005). Согласно материалам исследования, проведенного в семи европейских центрах, количество повторных умышленных аутоагрессивных действий составляло от 38% до 66% [12]. В систематическом обзоре D. Owens с соавт. (2002) подсчитали, что в течение 1 года 16% суицидентов повторяли суицидальную попытку [34].

Крайне высокой вероятностью повторения аутоагрессивных действий оценивается в по-пуляции лиц молодого возраста, в особенности среди лиц детского и подросткового возраста. По данным некоторых авторов [21, 27], половина суицидентов детского и подросткового возраста совершали повторный суицид. Согласно данным других авторов [17], повторяющее суицидальное поведение характерно для каждого третьего случая (около 30%) в выборке суицидентов до 20 лет.

То есть с учетом данных различных авторов относительный риск совершения повторных суицидальных аутоагрессивных действий с временным интервалом до 3 лет в странах Запада составляет от 20% до 60% [10], причем риск рецидива аутоагрессии наиболее высокий в первые 6 месяцев после совершения аутоагрессивных действий, в особенности в бли-жайшие недели [24].

Повторение индивидуумом аутоагрессивных действий свидетельствует о хронифика-ции суицидальных паттернов реагирования, что является весьма опасным в контексте совершения завершенного суицидального акта [41]. По данным одних авторов, около 1% тех, кто пытался покончить с собой, умирает в течение года при последующей попытке [25], других / 1-2% [34], третьих – 3,2% [22], а в течение 5-10 лет заканчивают жизнь самоубийством от 3% до 5% [23]. Среди лиц, ранее совершавших самоповреждающие действия, риск самоубийства минимум в 10-12 раз выше, чем в общей популяции населения [31], а для лиц с «суицидальной карьерой» (хроническим рецидивированием аутоагрессии)

– в 20-30 раз [24], причем для них же значительно выше вероятность умереть от других (естественных и неестественных) причин [45]. Если для психотических форм аутоагрессивного поведения риск смерти от самоубийств при хроническом рецидивировании аутоагрессии оценен, в частности, при хроническом страдании расстройствами настроения и при расстройствах шизофренического спектра как на 53-59% выше, чем среди пациентов с теми же психическими расстройствами при неотягощенном аутоагрессией анамнезе [11], то для непсихотических форм аутоагрессии такие расчеты фактически не проводились [42]. В то же время следует отметить, что хотя наличие в прошлом попытки самоповреждения повышает риск самоубийства, большинство из тех, кто его совершает, ранее не проявляли аутоагрессивных действий [38].

Природа аутоагрессивного поведения – полифакторная, и в силу этого нет единой теоретической модели механизмов его формирования и развития, что обуславливает применять разноплановые и разносторонние методологические подходы к изучению проблемных тематик в суицидологии, включая изучение феномена повторяющегося аутоагрессивного поведения [7].

Акт аутоагрессивного действия у индивидуума представляет собой сложный комплекс взаимодействия в переживаемой кризисной (конфликтной) ситуации и ее личностной переработки многочисленных «базовых» (социальных, демографических, психологических, семейных, биологических и иных) и «триггерных» (пусковых) факторов [1, 5, 39 – 40 и др.].

Факторы риска совершения аутоагрессивных действий достаточно подробно изучены. Среди них выделяют predisпозиционные факторы (гендерно-возрастные, образовательного ценза, семейного, общественно-профессионального, социально-бытового и материально-финансового положения, индивидуально-психологические, асоциально-поведенческие, суицидально-биографические и др.), позиционные («проигрышные» позиции личности в ситуации конфликта по формальным признакам соответствующие смысловым типам аутоагрессивного поведения – протеста, призыву, избегания, самонаказания и отказу) и статусные (факторы текущего состояния) [5]. Predisпозиционные факторы детерминируют специфичный для конкретного индивидуума механизм дезадаптивного реагирования в конфликтной ситуации, позиционные определяют субъективную переработку такой ситуации и ее значимость для него с последующим выбором иррационального поведенческого действия, а статусные характеризуют уровень готовности к аутоагрессии и вероятность ее реализации. Интеграция этих факторов формирует механизм и особенности аутоагрессивного поведения. Переживаемый индивидуумом психологический кризис, в том числе по причине страдания душевным расстройством или тяжелым соматическим заболеванием (физическим уродством), конфликтная ситуация выступают в качестве триггерного фона. Вся сложность такого интегративно-составляющего взаимодействия механизма формирования аутоагрессивного поведения, включая дифференциально-диагностическое описание оценок факториального риска и групп населения избыточного риска к ауто-

агрессии, описана в многочисленных литературных источниках [2, 5, 18, 47 и др.]. В то же время следует отметить, что среди конкретных событий и обстоятельств, коррелирующих с высоким риском аутоагрессивного поведения, ведущее место занимают различные психологические и социальные проблемы: психосоциальные стрессы, в том числе межличностные конфликты с вне семейным социумом [30], семейная дезинтеграция (внутрисемейные межличностные конфликты, распад семьи и не-полная семья) [22, 36] и характер семейного воспитания ребенка [19], определенный социальный статус (безработица, социальная неустроенность, низкий материальный уровень, одиночество) [15, 33] и низкий образовательный уровень [2, 34], расстройства личности [2, 16], зависимость от алкоголя (наркотиков) [4, 29] и в особенности страдание хронической депрессией и шизофренией [11].

По мнению ряда исследователей, изученные факторы риска относятся к фенологическим переменным характеристикам (биологическим, социальным, психологическим, клиническим и пр.) первичных аутоагрессивных действий или к аутоагрессивному поведению в целом, а достаточно надежных критериев прогноза повторных аутоагрессивных действий пока не выработано [6, 42]. С точки зрения Г.Я. Пилягиной (2004), систематизированные комплексные исследования по проблеме повторных аутоагрессивных действий как в западных странах, так и на постсоветском пространстве не проводились, и открытыми остаются вопросы: «Являются ли идентичными обстоятельства и условия при первичных и повторных аутоагрессивных действиях? В чём их отличия и есть ли они вообще?» [7]. Частичные ответы были получены на основании проведенных Г.Я. Пилягиной с соавт. (2004-2006) научных изысканий: изучены и систематизированы современные патогенетические закономерности формирования аутоагрессивного поведения и описаны клинико-феноменологические особенности его различных форм. Но материалы исследования в основном имеют отношение к психотическим формам аутоагрессии; научно-практическая проблема непсихотического аутоагрессивного поведения, включая его повторяющиеся действия, сохраняет свою актуальность. Изучения требуют такие аспекты проблемы, как статистическая характеристика лиц с повторяющимися непсихотическими аутоагрессивными действиями, психолого-феноменологические и клинико-феноменологические особенности непсихотических форм повторяющейся аутоагрессии, прогностический профиль лиц с высоким риском повторных непсихотических аутоагрессивных действий и ряд других. Следует также учитывать фактор национальных особенностей аутоагрессивного поведения [47], причинно обуславливающий своеобразие механизма возникновения и формирования повторных непсихотических форм аутоагрессии и их клинико-психологическую типизацию.

Также интересным для исследования представляется и такой аспект проблемы, как стереотипно-автоматизированный характер повторяющихся аутоагрессивных действий, изученный на выборках суицидентов без их дифференцирования по формам непсихотическая/психотическая аутоагрессия. Прослежена закономер-

ность: первое аутоагрессивное действие у индивидуума – высоко личностно значимый переживаемый кризис и крайне выражено патогенное влияние стресс-агента (развод, измена, смерть значимого другого, реакция на де-бют тяжелой болезни и пр.), повторяющиеся аутоагрессивные акты – абортивная провокация стресс-агента во внешне и личностно малозначимых конфликтных ситуациях [32]. То есть по мере становления «суицидальной карьеры» роль и место объективных стрессовых событий и обстоятельств в аутоагрессивном поведении снижается. Увеличение числа пережитых кризисных состояний (конфликтных ситуаций) повышает чувствительность индивидуума к действию стресс-факторов и формирует стереотипно-автоматизированную модель аутоагрессивного поведения как ответную реакцию на стрессовое воздействие [28]. Безусловно, механизм формирования такой стереотипно-автоматизированной модели аутоагрессивного поведения в конфликтных ситуациях и ее феноменологические особенности имеют различия при непсихотической и психотической формах аутоагрессии, что и подлежит предмету изучения [35].

Изучение патогенетических механизмов формирования непсихотического аутоагрессивного поведения и разработка диагностического алгоритма критериев риска рецидивирования непсихотических аутоагрессивных действий позволят вычленять лиц с первичным актом аутоагрессии, склонных к хронификации суицидального и самоповреждающего поведения, и своевременно включать их в программы долгосрочных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью превенции аутоагрессивных действий, что и обуславливает актуальность выполняемого на базах ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Минска» в рамках ГПНИ «Фундаментальная и прикладная медицина и фармация» (срок выполнения задания: 2011 – 2013 гг.) научного изыскания со следующими поставленными для достижения цели исследовательскими задачами: а) изучить характерные особенности психолого-феноменологического механизма формирования аутоагрессивного поведения у формально психически здоровых людей, выделить и систематизировать патогенетически значимые психолого-типологические профили аутоагрессивного поведения; б) изучить характерные особенности клинико-феноменологического механизма формирования аутоагрессивного поведения при его коморбидности с непсихотической психической патологией, выделить и систематизировать патогенетически значимые клинико-типологические профили аутоагрессивного поведения у лиц с непсихотическими психическими расстройствами; в) изучить характерные особенности психолого-феноменологического механизма защиты в кризисной ситуации у лиц без аутоагрессивных проявлений, выделить и систематизировать защитные от аутоагрессии психолого-типологические профили; г) систематизировать материалы исследования, изучить статистическую, психолого-феноменологическую и клинико-феноменологическую характеристики лиц с повторяющимся непсихотическим аутоагрессивным поведением и разра-

ботать прогностический профиль лиц с высоким риском повторных непсихотических аутоагрессивных действий; д) разработать диагностический алгоритм критериев риска рецидивирования непсихотических аутоагрессивных действий для последующего его применения в практическом здравоохранении.

Выбранный методологический подход для проведения научного изыскания базируется на основных принципах социально-демографического и клинико-психологического исследования болезненных состояний с ориентацией на унифицированный международный стандарт проведения исследований в области психиатрии и суицидологии [20, 48].

Объект исследования — психологический кризис, непсихотическое аутоагрессивное поведение и патогенетические механизмы его развития.

Предмет исследования — процесс аутоагрессии как дезадаптивная стратегия выхода из психологического кризиса, психологические и клинические предикторы развития непсихотической аутоагрессивной активности, психолого-феноменологические и клинико-феноменологические особенности формирования повторяющегося саморазрушающего поведения, а также прогностическая модель оценки риска рецидивирования непсихотического аутоагрессивного поведения.

Дизайн исследования — открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами (основная выборка исследования – контингент лиц с непсихотическим аутоагрессивным поведением и контрольная – контингент лиц без аутоагрессивных проявлений в кризисные периоды жизни).

Критерии включения контингента лиц в исследование (стратифицированная рандомизация с последующей блочной рандомизацией для каждой страты): возраст старше 14 лет, переживаемый психологический кризис, саморазрушающее поведение (для основной выборки исследования) или отсутствие такового (для контрольной выборки исследования), непсихотические формы психической дезадаптации (стрессо-не стрессозависимые), добровольное согласие на участие в исследовании.

Планируемые выборки исследования: а) лица с аутоагрессивным поведением, не коморбидном с непсихотической психической патологией (формально психически здоровые лица), б) лица с аутоагрессивным поведением, коморбидном с непсихотической психической патологией (обнаруживающие специфические личностные расстройства, страдающие зависимостью от психоактивных веществ, непсихотическими органическими психическими расстройствами и др.) и в) лица без аутоагрессивных проявлений в кризисные периоды жизни (пациенты с невротическими, связанными со стрессом расстройствами). Объем выборок рассчитывается в соответствии с требованиями решаемых задач исследования.

Контингенты лиц основной и контрольной выборок исследования обследуются однократно в первую неделю поступления в клинику. На всех лиц, включенных в исследование, заполняется однотипный блок батареи исследовательского инструментария, с последующей выкопировкой требуемого набора социально-демогра-

фических, наследственных, психологических, клинико-патопсихологических, клинико-соматоневрологических, параклинических и суицидологических характеристик в специально разработанную исследовательскую карту, приспособленную для компьютерной статистической обработки полученных результатов исследования. Зафиксированные требуемые для исследования признаки градуируются в зависимости от качественных и количественных различий по стандартной 4-х балльной системе. Также проводится аналитическое сопоставление качественных описательных характеристик ряда исследуемых признаков, в основном психологического, клинического и суицидологического регистра.

Методология исследования: стандартное комплексное клиническое (психиатрическое, неврологическое, соматическое), экспериментально-психологическое, клинико-патопсихологическое, параклиническое и суицидологическое обследование контингента лиц, включенных в исследование.

Верификация болезненного состояния (нозологическая диагностика) проводится в соответствии с унифицированными стандартными методами клинического, патопсихологического и параклинического исследования с постановкой диагноза по МКБ-10.

Планируемые методы исследования: а) клинико-патопсихологический для оценки психического состояния пациентов и диагностики психопатологических расстройств – стандартное структурированное клиническое психиатрическое интервью, включая применение опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений; б) экспериментально-психологический для диагностики индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности – методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (N=187), для диагностики состояний адаптации (дезадаптации) и стрессоустойчивости – опросник ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина и методика Холмса и Раге, а также для диагностики доминирующих стратегий психологических защит и особенностей межличностных отношений – индекс жизненного стиля (ИЖС), опросник копинг-механизмов Э. Хайма и в) суицидологический (суицидологическая история) в соответствии с протоколом ВОЗ/ЕВРО Мульти-центрового исследования парасуицидов («Схема интервью Европейского исследования парасуицидов»; EPSIS 5.1) [20].

Суицидологическая история исследуется в дифференциации по блокам: социально-демографический (методика «Sociodemographic information»), биографический (модифицированная нами для целевого исследования методика «Life Events and History, KLEHS» - «Со-бытия жизни и истории»), медицинский (методика «Physical and Mental health» - «Состояние физического и психического здоровья») как дополнение к клиническому методу исследования, блок изучения обстоятельств и мотивов совершения парасуицида (методики «Circumstances of present parasuicide» - «Обстоятельства парасуицида» и «Motives for present parasuicide» - «Мотивы для совершения парасуицида») и особенностей суицидального

мышления за последнюю неделю до совершения парасуицида (методика «Suicide Intent Scale; SIS» - «Шкала суицидального мышления»), блок суицидального поведения посредством модели (методика «Suicidal behavior by models» - «Суицидальное поведение вследствие подражания») и последствия суицидальной попытки (методика «Consequences of last previous parasuicide» - «Последствия последней из предыдущих суицидальных попыток»), блок наличия/отсутствия алкогольных/токсических проблем (методика «Use of alcohol, drugs and medicines» - «Употребление алкоголя, наркотиков и медикаментов»), а также блок изучения межличностных и внутриспсихических аспектов суицидогенной направленности с применением специальных методик: «Beck Depression Inventory, BDI-21» («Шкала депрессии Бека»), «State-Trait Anger Scale; STAS» («Шкала основных черт чувства гнева»), «Social Support Scale; SSS» («Шкала социальной поддержки»), «Rosenberg Self-esteem Scale; SES» («Шкала самооценки Розенберга»).

Все запланированные в исследовании методики валидизированы для применения на постсоветском пространстве, а алгоритм работы по методикам представлен во многих практических руководствах и пособиях.

Для обработки материалов исследования используются общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики.

Достижение поставленной исследовательской цели решаются поэтапно в соответствии с определенными задачами.

Таким образом, проблема повторяющегося неспихотического аутоагрессивного поведения среди населения актуальна во многих странах мира и является неизученной в Респ-ублике Беларусь. Изучение проблемы требует комплексного подхода с учетом национальных особенностей. Выбранная нами методология научного изыскания наиболее удовлетворяет требованиям для получения объективной научной информации, расширяющей теоретические знания в области суицидологии и кризисной психологии, и разработки новой информационной технологии диагностико-прогностической оценки риска совершения повторных неспихотических аутоагрессивных действий среди населения республики.

Литература

1. Бачериков, Н. Е. Клинические аспекты суицидологии / Н. Е. Бачериков, П. Т. Згонников // Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков [и др.]; под ред. Н. Е. Бачерикова. Киев: Здоровья, 1989. С. 456-465.

2. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. М.: Миклоша, 2008. 280 с.

3. Гелда, Т. С. Распространенность самоубийств в Республике Беларусь в 1990 – 2004 гг.: региональные различия / Т. С. Гелда // Медицинский журнал. 2009. № 3. С.47 – 52.

4. Говорин, Н. В. Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, А. С. Гаймоленко // Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. Чита: Изд-во «Иван Федоров, 2009. С. 112 – 143.

5. Диагностика суицидального поведения: метод, рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР, [Моск. НИИ психиатрии; сост. А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко]. М.: Б. и., 1980 (вып. дан. 1981). 48 с.

6. Лапин, И. А. Факторы риса повторного суицидального

поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / И. А. Лапин. М., 2005. 28 с.

7. Пилягина, Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Г. Я. Пилягина. Киев, 2004. 32 с.

8. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2008 (Стат. сб.) / Минстат. Респ-ублики Беларусь. Минск, 2008. С. 81.

9. Чуприков, А. П. Суицидология. Основные термины и понятия: метод. пособие / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина, В. Ф. Войцех. Киев, 1999. 60 с.

10. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства / под ред. Р. Шейдера // Психиатрия. М.: Практика, 1998. С. 212 – 221.

11. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide / I. Colman [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. 2004. Vol. 109. P. 306-312.

12. A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide / U. Bille-Brahe [et al.] // Crisis. 1996. Vol. 17, № 1. P. 22 – 31.

13. Bertolote, J. M. F. A global perspective in the epidemiology of suicide / J. M. F. Bertolote, A. Fleischmann // Suicidology. 2002. Vol. 7, № 2. P. 6 – 8.

14. Bertolote, J. M. F. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research / J. M. F. Bertolote, A. Fleischmann // Am. J. Med. Genet. 2005. Vol. 133. P. 8 – 12.

15. Blakely, T. A. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? / T. A. Blakely, S.C.D. Collings, J. Atkinson // J. Epidemiol. Communit. Health. 2003. Vol. 57. № 8. P. 594 – 601.

16. Cheng, A. T. A. Personality disorder and suicide: case – control study / A.T.A. Cheng, A.H. Mann, K.A. Chan // Brit. J. Psychiatr. 1997. Vol. 170, № 5. P. 441 – 446.

17. Davidson, F. Epidemiological study of youth suicide: comparison between primary suicidal and repeaters / F. Davidson, M. Choquet // Rev. Epidemiol. Med. Soc. Sante Publique. 1976. Vol. 24, № 1. P. 11 – 26.

18. De Leo, D. Cultural issues in suicide and old age / D. De Leo // Crisis. 1999. Vol. 20. P. 53 – 55.

19. Deykin, E. Y. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behaviour / E. Y. Deykin, J. J. Alpert., J. J. McNamara // Am. J. Psychiatr. 1985. Vol. 142. P. 1299 – 1303.

20. EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview / A. J. F. M. Kerkhof [et al.]. Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. 64 p.

21. Fergusson, D. M. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders / D. M. Fergusson, M. T. Lynskey // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1995. Vol. 34. P. 1308 – 1317.

22. Garfinkel, B. Suicide attempts in children and adolescents / B. Garfinkel, A. Froese, J. Hood // Am. J. Psychiatr. 1982. Vol. 139. P. 1257 – 1261.

23. Gibb, S. J. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10-year study / S. J. Gibb, A. L. Beautrais, D. M. Fergusson // Austral. And. N.Z.J. Psych. 2005. Vol. 39. № 1 – 2. P. 95.

24. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D. Gunnell, S. Frankel // Brit. Med. J. 1994. Vol. 308. P. 1227 – 1233.

25. Hawton, K. Attempted suicide: a practical guide to its nature and management, 2nd ed. Oxford / K. Hawton, J. Catalan. Oxford University Press, 1987.

26. Hawton, K. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records / K. Hawton, K. Houston, R. Shepperd // Brit. J. Psychiatr. 1999. Vol. 175. P. 271 – 276.

27. Ivarsson, T. A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric

inpatients / T. Ivarsson, B. Larsson, C. Gillberg // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1998. Vol. 7. P. 96 – 104.

28. *Lau, M. A.* Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour / M. A. Lau, Z. V. Segal, J. M. G. Williams // *Behav. Res. Therap.* 2004. № 42. P. 1001 – 1017.

29. *Lunetta, P.* The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. / P. Lunetta, A. Penttila, S. Sarna // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2001. P. 1654 – 1661.

30. *McClure, M.* Suicide in children and adolescents in England and Wales 1960-1990 / M. McClure // *Brit. J. Psychiatr.* 1994. Vol. 165. P. 510 – 514.

31. *Neeleman, J. A.* continuum of premature death. Met-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable / J. Neeleman // *In. J. Epidemiol.* 2001. Vol. 30. P. 154 – 162.

32. *Neeleman, J.* The suicidal process; prospective comparison between early and later stages / J. Neeleman, R. de Graaf, W. Voollebers // *J. Affect. Disord.* 2004. № 82. P. 43 – 52.

33. *Neumayer, E.* Are socioeconomic factors valid determinants of suicide? Controlling for national cultures of suicide with fixed-effects estimation / E. Neumayer // *Cross-Cultural Research.* 2003. Vol. 37, № 3. P. 307 – 329.

34. *Owens, D.* Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review / D. Owens, J. Horrocks, A. House // *Br. J. Psychiatr.* 2002. Vol. 181. P. 193 – 199.

35. *Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation / J. M. G. Williams [et al.] // I. Abnor. Psychok.* 2005. Vol. 114. P. 421 – 431.

36. *Psychopathology, family functioning and cognitive style in urban adolescents with suicide attempts / M. Summerville [et al.] // J. Abnorm. Child. Psychol.* 1994. Vol. 22, № 2. P. 221 – 235.

37. *Repeat suicide attempts: characteristics of repeaters versus first-time attempters admitted in the emergency of a Tunisian general*

hospital / A. Mechri [et al.] // Encephale. 2005. Vol. 31, № 1, Pt 1. P. 65 – 71.

38. *Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper / A. Graham [et al.] // Austral. Psychol.* 2000. Vol. 35. P. 1 – 28.

39. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients / eds. S.J. Blumenthal, D. J. Kupfer.* Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1990. 799 p.

40. *Suicide among subjects with personality disorders / E. T. Isometsa [et al.] // Am. J. Psychiatr.* 1996. Vol. 153, № 5. P. 667 – 673.

41. *Suicide. An Unnecessary Death / eds. D. Wasserman.* UK: Martin Dunitz, 2001. 286 p.

42. *Tanney, B.* Suicide prevention in Canada: A national perspective highlighting progress and problems / B. Tanney // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1995. Vol. 1. P. 105 – 122.

43. *Taylor, S. J.* How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies / S. J. Taylor, D. Kingdom, R. Jenkins // *Acta Psychiatr. Scand.* 1997. Vol. 95. P. 457 – 463.

44. *The world health report 2004. Changing history.* Geneva, World Health Organization, 2004.

45. *The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study / N. Kapur [et al.] // J. Clin. Psychiatr.* 2006. Vol. 67. P. 1599 – 1609.

46. *United Kingdom Department of Health. National suicide prevention strategy for England.* London, United Kingdom: United Kingdom Department of Health, 2002.

47. *WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Facts and Figures / eds. U. Bille-Brahe.* Denmark: WHO, 1993. 194 p.

48. *WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / eds. U. Bille-Brache. – World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen,* 1999. 99 p.

49. *World Health Organization. Figures and Facts about Suicide / Doc. WHO/MNH/MBD/99.1.* WHO: Geneva, 1999. 69 p.

50. *World Report on Violence and Health / eds. E. G. Krug.* Geneva: World Health Organization, 2002. 346 p.

Поступила 14.06.2011 г.