

Заключение. При обследовании пациентов с несложненными переломами нижней челюсти поражение нервного волокна выявлено в 100% случаев (59,5% — гиперестетические расстройства, 40,5% — гипестетические расстройства чувствительности на различные виды раздражителей). Следовательно, уходя на второй план, неврологическая симптоматика влияет на течение и заживление переломов нижней челюсти. Сенсорно-парестетические расстройства в виде гиперестезии после проводимой терапии нивелируются либо переходят в более выраженную форму — гипестетические нарушения. Несложненные переломы нижней челюсти, сопровождающиеся гипестетическими нарушениями чувствительности, в большинстве случаев осложняются. В нашем исследовании сенсорно-парестетические расстройства при осложненном течении переломов обнаружены у 77,8% больных. Несомненно заинтересованность тройничного нерва в развитии осложнений переломов, что подтверждено в нашей работе. Таким образом, проведенное исследование позволит практикующему врачу без проведения дополнительных методов достоверно предположить возможную неврологическую симптоматику, скорость восстановления тройничного нерва и провести коррекцию терапии у больных с переломами нижней челюсти.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках НИР кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Спонсоров нет. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Наличия в рукописи описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского) нет.

Библиографический список

1. Особенности проявления вегетативных реакций у больных с переломами нижней челюсти / А.В. Лепилин, Н.Л. Ерокина, О.В. Прокофьева, Г.Р. Бахтеева, Т.В. Рогатина, О.В. Жилкина // Российский стоматологический журнал. 2011. № 5. С. 25–27.

2. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period / F. P. de Matos, M. F. Arnez, C. E. Sverzut, A. E. Trivellato // J. Oral. Maxillofac. Surg. 2009. Vol. 13. P. 106–108.

3. Выбор метода иммобилизации отломков нижней челюсти у больных с хроническим генерализованным пародонтитом / Н.Л. Ерокина, А.В. Лепилин, Я.А. Ляпина, О.В. Прокофьева // Новые технологии в стоматологии и имплантологии: сб. тр. 10-й Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Саратов: Изд-во СГМУ, 2010. С. 60–62.

4. Нейрофизиологическая оценка состояния тройничного нерва у больных с переломами нижней челюсти / А.В. Лепилин, Г.Р. Бахтеева, Т.В. Рогатина, С.С. Савельева // Новые технологии в стоматологии и имплантологии: сб. тр. 10-й Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Саратов: Изд-во СГМУ, 2010. С. 90–91.

5. Ланцев Е.А., Смирнов А.А. Использование чрескожной электронейростимуляции для послеоперационной анальгезии у родильниц, перенесших кесарево сечение // Анестезиология и реаниматология. 1990. № 6. С. 66–69.

Translit

1. Osobennosti projavlenija vegetativnyh reakcij u bol'nyh s perelomami nizhnej cheljusti / A.V. Lepilin, N.L. Erokina, O.V. Prokof'eva, G.R. Bahteeva, T.V. Rogatina, O.V. Zhilkina // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2011. № 5. S. 25–27.

2. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period / F. P. de Matos, M. F. Arnez, C. E. Sverzut, A. E. Trivellato // J. Oral. Maxillofac. Surg. 2009. Vol. 13. P. 106–108.

3. Vybora metoda immobilizacii otlomkov nizhnej cheljusti u bol'nyh s hronicheskim generalizovannym parodontitom / N.L. Erokina, A.V. Lepilin, Ja.A. Ljapina, O.V. Prokof'eva // Novye tehnologii v stomatologii i implantologii: sb. tr. 10-j Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem. Saratov: Izd-vo SGMU, 2010. S. 60–62.

4. Nejrofiziologicheskaja ocenka sostojanija trojnichnogo nerva u bol'nyh s perelomami nizhnej cheljusti / A.V. Lepilin, G.R. Bahteeva, T.V. Rogatina, S.S. Savel'eva // Novye tehnologii v stomatologii i implantologii: sb. tr. 10-j Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem. Saratov: Izd-vo SGMU, 2010. S. 90–91.

5. Lancev E.A., Smirnov A.A. Ispol'zovanie chreskoznohnoj jelektronejrostimuljacii dlja posleoperacionnoj analgezii u rodil'nic, perenessih kesarevo sechenie // Anesteziologija i reanimatologija. 1990. № 6. S. 66–69.

УДК 616.89–008.441.44-02-056 (048.8)

Обзор

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР)

Е. В. Бачило — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, врач-ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии; **Ю. Б. Барыльник** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, доктор медицинских наук; **А. А. Антонова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, врач-ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии.

RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR (REVIEW)

E. V. Bachilo — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, post-graduate; **J. B. Baryl'nik** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Doctor of Medical Science ce; **A. A. Antonova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, post-graduate.

Дата поступления — 14.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 403–409.

Представлены данные о факторах риска, которые способствуют развитию суицидального поведения. На развитие суицидального поведения влияет целый ряд факторов: пол, возраст, место проживания, профессия, семейное положение, состояние здоровья и т.д. Отмечается влияние экономических и социальных факторов на уровень суицидальной активности населения. Наблюдаются взаимосвязи между психическими расстройствами, наркологическими заболеваниями (особенно алкоголизм) и суицидом. При наличии многочисленных исследований в области суицидологии целый ряд проблем остаётся неразрешённым. Необходимо их дальнейшее изучение. Особо следует отметить значимость «региональных» факторов риска, которые оказывают наибольшее влияние на формирование суицидального поведения в отдельно взятом регионе.

Ключевые слова: фактор риска, влияние, суицид, суицидальное поведение.

Bachilo E. V., Barylnik J. B., Antonova A. A. Risk factors for suicidal behavior (review) // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 403–409.

The article presents data on risk factors that contribute to the development of suicidal behavior. The development of suicidal behavior is influenced by a number of factors. These include — gender, age, residence, occupation, marital status, health status, etc. A number of studies indicated the impact of economic and social factors on the level of suicidal activity of the population. Observed relationship between mental disorders, substance abuse (particularly alcohol) and suicide. In this case, the presence of numerous investigations in the field of Suicidology, a number of problems still remains unsolved. Further study of issues relating to risk factors that influence the development of suicidal behavior. Of particular note is the importance of “regional” risk factors that most influence on the formation of suicidal behavior in a particular region.

Key words: risk factors, influence, suicide, suicidal behavior.

Для структурного рассмотрения факторов, способствующих развитию суицидального поведения, их можно разделить на две большие группы: групповые факторы риска и индивидуальные факторы риска. Уровень суицидов и суицидальных попыток есть интенсивный показатель частоты данных явлений, который рассчитывается обычно на 100 000 населения. Числовые выражения этих коэффициентов неодинаковы для различных групп, выделяемых по тем или иным основаниям (факторам): полу, возрасту, месту жительства, профессии, семейному положению, состоянию здоровья и др. Таким образом, одни контингенты населения оказываются статистически более суицидоопасными, чем другие, характеризуются более высоким суицидальным риском, т.е. большей вероятностью появления в них случаев суицидального поведения [1].

Один из факторов, являющийся достаточно общим для разных районов мира, — распределение суицидентов по полу. Распределение уровня самоубийств среди мужчин и женщин, соотношение этих показателей, равно как количество завершённых и незавершённых суицидов по гендерным признакам, неодинаковы в различных странах мира. Например, в Таиланде соотношение уровня самоубийств между мужчинами и женщинами составляет 5,9:5,3, при этом в Сальвадоре данное соотношение равно 15,3:2,6 [2], причем указанные страны относятся к странам с низким уровнем самоубийств (до 10 на 100 000 населения), в группе же стран с высоким (более 20 на 100 000 населения) и средним уровнем (от 10 до 20 на 100 000 населения) самоубийств показатели несколько иные: соотношение уровня самоубийств у мужчин и женщин находится в пределах от 1,5:1 до 5:1 [3]. В России ситуация следующая: в начале двадцатых годов, при относительно низком уровне самоубийств, соотношение женских и мужских суицидов составляло 1:1,8, на сегодняшний же день ситуация несколько иная: 1:5,2 [4].

Важное значение имеет такой фактор, как возраст суицидента. В США и европейских странах имеются определённые пики частоты суицидов — в подростковом возрасте (15–19 лет) и пожилом возрасте (60–75 лет) [5]. Эти пики условно называют «пик молодости» и «пик инволюции» соответственно [6]. В России также выделяют два «пиковых» периода: для парасуицидов — подростковый и юношеский возраст, для завершённых суицидов — пожилой и старческий [7]. Доля самоубийств среди молодёжи в России значительно увеличилась в 2004 г. по сравнению с 1994 г. [4]. Ряд исследователей отмечает повышение уровня суицидальной активности среди лиц трудоспособного возраста [8]. Увеличение частоты суицидов среди мужчин молодого возраста наблю-

дается в развивающихся странах, хотя традиционно в развитых странах частота суицидов увеличивается с возрастом. Рост суицидов среди молодёжи оказался невозможным в полной мере объяснить социокультуральными, социально-экономическими и другими причинами [9]. Однако в ряде исследований удалось обнаружить признаки различных психических и наркологических расстройств у молодых лиц, пытавшихся реализовать суицидальную попытку (либо при посмертном исследовании): шизофрении, депрессии, расстройств личности, злоупотребления наркотическими и психоактивными веществами [10].

По мнению некоторых учёных, имеются определённые особенности личности, способствующие формированию суицидального поведения, такие, например, как возбудимость, сенситивность, эмоциональная неустойчивость, которые у некоторых индивидов достигают уровня акцентуации [11]. Наиболее важными представляются социально-психологические факторы, конфликты с семьей, повышенная самооценка и эгоизм, которые свойственны незрелой личности, входящие в противоречие с материальной зависимостью от родителей, а также сексуальные проблемы (неразделённая любовь, сексуальная несостоятельность). Кроме этого, Жезлова Л. Я. выделяет дополнительные (не характерные для взрослых) факторы риска развития суицидального поведения для детей и подростков: эндокринная перестройка организма, специфическая возрастная реакция на алкоголь, дисгармоничное развитие (акселерация, инфантилизм, асинхрония), неправильное воспитание, которое вырабатывает идеальные ригидные высоко нравственные установки, которые противоречат реальной жизни, приводят к завышенным требованиям к себе и окружающим, порождают депрессивные реакции, связанные с «потерей веры в людей», сопровождающиеся идеями самоубийства [12].

Среди молодых людей, обучающихся в колледжах и университетах, также наблюдаются высокие цифры уровня суицидов. По данным различных исследователей, многие из рассматриваемой группы имели суицидальные мысли либо имеют их сейчас, а приблизительно 8,4% решались совершить суицидальную попытку. Если провести сравнение, то в среднем возрасте отношение завершённых к незавершённым суицидам составляет от 1:7 до 1:10, тогда как в подростковом возрасте это соотношение доходит до 1:70–1:100 [4]. По данным опроса, который был проведен в г. Иванове, удельный вес молодых людей, пытавшихся покончить с собой, составляет 6%, при этом 65,6% из них признались только в одной попытке, 21,9% в двух и 12,5% в трех попытках и более [13].

Самым опасным с суицидологической точки зрения, по мнению ряда учёных, является пожилой возраст [14, 15]. При этом в инволюционном периоде психогенные реакции с высоким риском суицида

Ответственный автор — Бачило Егор Вячеславович.
Адрес: г. Саратов, ул. Куприянова, 11, кв. 193.
Тел.: +79172010891.
E-mail: bach.87@mail.ru

отличаются легкостью и быстротой возникновения. Наиболее частыми причинами возникновения суицидальных попыток можно назвать утрату близких, наличие тяжёлой физической боли, бедность, беспросветность существования, социальную изоляцию, психические нарушения позднего возраста [16].

Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. (1980) выделяют медицинские факторы суицидального риска: соматическую патологию и психическую патологию. Соматическая патология в форме острых хронических заболеваний обнаруживается у значительной части суицидентов; причём на первом месте — заболевания органов дыхания, затем пищеварительного тракта, опорно-двигательного аппарата и травмы. Обращает на себя внимание тот факт, что 28% лиц, совершивших покушение на свою жизнь, к моменту попытки имели листы нетрудоспособности по поводу соматических расстройств [1]. Что касается лиц с психическими расстройствами, то, по данным за 25 лет (1957-1981), распределение самоубийств у рассматриваемого контингента следующее: 32,2% — самоубийства больных шизофренией, 29,7% — алкоголизмом, 18,9% — депрессией, 5,6% — сосудистыми психозами, 3,9% — психопатией, 3,1% — эпилепсией, 2,7% — посттравматическими психозами, 2,5% — соматогенными психозами [17].

По данным ряда исследователей, самоубийство является одной из наиболее распространённых причин смерти у больных шизофренией [18].

Не менее значительную группу составляют пациенты с аффективными расстройствами, прежде всего с депрессивными состояниями [19]. По эпидемиологическим данным, суицидальные попытки предпринимают не менее чем 30–50% больных, страдающих депрессиями, а частота завершённых суицидов при «большой депрессии» составляет 15%. Этот показатель снижается до 4% среди больных с депрессиями амбулаторного, непсихотического уровня, не требующими госпитализации [20]. Суицидальные мысли рассматриваются в качестве облигатных симптомов депрессии и неотделимы от чувства вины, отчаяния, безнадежности, безысходности и/или тематически связанного с содержательным комплексом депрессии бреда греховности/самообвинения с приговором самому себе и стремлением к аутодеструкции [20]. Наиболее суицидоопасными состояниями являются тяжёлая психотическая депрессия, момент смены полюса аффекта и особенно при формировании смешанных состояний с психомоторным возбуждением (ажитированная депрессия) или гипоманией с двигательным беспокойством и импульсивностью на фоне чувства безнадежности. Распространённость депрессивных проявлений среди суицидентов различна. Так, в Испании среди суицидентов депрессивные проявления наблюдались до 47%, во Франции же они составляют 45–70% [21].

Особое внимание следует уделить самоубийствам больных алкоголизмом и наркоманией, а также суицидам, совершённым в момент алкоголизации или наркотизации. По современным представлениям, употребление психоактивных веществ может послужить причиной развития аффективных нарушений путём воздействия на опиатную систему. Некоторые авторы относят самоубийства к наиболее частым причинам смерти наркоманов [22]. У наркотических аддиктов предикторами аутоагрессивного поведения будут: длительность заболевания, снижение самооценки, сочетанный прием героина, каннабиоидов, алкоголя, снотворных и седативных средств. Имеет

значение и наследственная предрасположенность — алкогольная история их родителей.

По данным некоторых исследователей, приблизительно 7–15% самоубийств приходится на долю больных алкоголизмом [23]. По данным Гусевой М. В. (2005), 40–50% самоубийств совершаются в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести [24]. Амбрумова А. Г. с соавт. (1980) определили, что 60% умерших от самоубийства и почти 40% покушавшихся на него постоянно злоупотребляли алкоголем в течение, по крайней мере, последнего года, предшествовавшего суициду. Если обратиться к зарубежным авторам, то они отмечают частоту страдающих алкоголизмом среди суицидентов в пределах от 6 до 30%, а риск суицидальной смерти у больных алкоголизмом сравним с группой больных депрессиями и составляет 11–15% [25]. Фон, на котором формируется суицидальное поведение, различен у больных алкоголизмом в молодом и пожилом возрасте. У пациентов, страдающих алкоголизмом позднего возраста, суицидальное поведение достоверно чаще формируется на фоне депрессивных переживаний (64,3%), а в группе больных, страдающих алкогольной зависимостью с более молодого возраста, аутоагрессивные идеи обычно являются проявлениями эксплозивного (47,0%) и дисфорического (34,0%) синдромов [26]. Так, алкоголизацию можно рассматривать как своеобразную реакцию населения на социально-экономические кризисы, как своеобразный уход от действительности, чем, в сущности, и является суицид, а не как собственно прямую причину роста самоубийств. Алкоголизация, по мнению Амбрумовой А. Г., облегчает реализацию суицидального поведения [1]. Алкоголизация облегчает и провоцирует суицид благодаря своему растормаживающему эффекту и усилению депрессивных переживаний [27].

Существует ряд источников, указывающих на большой процент суицидов среди лиц, которые перенесли посттравматическое стрессовое расстройство, а также у лиц с различного рода личностными расстройствами [28, 29]. Кроме того, некоторые исследователи отмечают корреляционные взаимосвязи между суицидальным поведением и определёнными возрастными периодами психопатических личностей — пики в молодом и инволюционном возрастах [30].

Diehl L. (1986) отмечает увеличение частоты самоубийств среди лиц, больных эпилепсией, — почти в 5 раз по сравнению с данными в общей популяции [31].

Семья является самым важным социальным окружением и обеспечивает человеку основы эмоциональной безопасности (либо, наоборот, ее нехватки), социальную и в ряде случаев финансовую поддержку, поэтому отношения в семье становятся одним из факторов риска развития суицидального поведения. Кроме того, семья является главным институтом социализации и передачи последующим поколениям ценностей и стереотипов отношений. У семейных, как правило, наблюдается самый низкий уровень суицидальности, тогда как у разведённых и овдовевших уровень суицидов повышается в 2–3 раза. Выявляется и обратная зависимость между частотой суицидов, длительностью брака и количеством детей [4]. Некоторые исследователи отмечают рост числа суицидов среди молодых людей как следствие девиантного поведения в проблемных семьях [32]. В зарубежных источниках ряд авторов выделяют роль семейных утрат, недостатка близких отношений между членами семьи, неудавшегося брака, который

в конечном итоге привёл к распаду семьи, в генезе суицидальной предрасположенности [33]. Зарубежные исследователи указывают на то, что риск совершения суицидальной попытки выше в семьях, где кто-либо из родственников уже совершал самоубийство, при этом отмечается повышение риска, если это произошло на раннее детство исследуемого суицидента [34]. Таким образом, важны являются наличие семьи, наличие детей, а также отношения внутри семьи.

Постовалова Л.И. (1981) на основе коммуникативных функций членов семьи разработала семейную диагностику, которая способствует выявлению неблагополучных семей с большим риском развития суицида. Она выделила несколько типов семей: интегрированные и дезинтегрированные семьи (определяется степень включенности членов семьи с семейную группу), гармоничные и дисгармоничные (определяются по степени психологического, ценностно-ориентированного, а для супругов и физиологического соответствия между членами семьи), корпоративные и альтруистические семьи (в данном случае определяются взаимоотношения между членами семьи, построенные либо на договорных, корпоративных началах, либо на ответственности каждого членами семьи за благополучие остальных), гибкими и консервативными (по способности адаптироваться к изменяющимся условиям), а также открытые и закрытые (по количеству и характеру коммуникативных связей с внешним миром) [35]. Соответственно наибольший риск суицидальной активности наблюдается в дезинтегрированных, дисгармоничных, корпоративных, консервативных, закрытых семьях. Тщательное выяснение вопросов развития личности, становления личных отношений внутри и вне семьи, а также отношения внутри семьи способствовали выделению Самохиной Т.В. (1982) определённых типов родительских семей, которые приводят к формированию «девиантного поведенческого образца». Были выделены следующие типы: разрушающая семья; асоциальная семья; семья, где суицид или же попытку к самоубийству совершили родители; семья с патологической зависимостью родителей и детей; семья с психопатологическими нарушениями у членов семьи. Враждебность внутри семьи напрямую или же косвенным образом предрасполагает к совершению суицидальных попыток.

Рассматривая факторы риска развития суицидального поведения и распространённости суицидов вообще, следует обратить внимание на определённые группы лиц, которые несколько отличаются от общей совокупности. К таким группам, например, можно отнести военнослужащих, а также заключённых в тюрьмах. Самоубийства среди военнослужащих в 2000–2002 гг. составили более 25 случаев на 100 000 человек, и этот показатель превышает аналогичный в экономически развитых странах в 2–3 раза. При этом одной из основных причин направления солдат срочной службы на психиатрическое освидетельствование являются суицидальные попытки и членовредительство [36]. Чаще всего суицидальные попытки совершаются в наиболее трудный период военной службы — период адаптации, что связывают с резким изменением жизненного стереотипа, и это в целом согласуется с теоретической концепцией суицидов, которая была разработана Амбрумовой А.Г. Что касается заключённых в тюрьмах, то уровень суицидов в некоторых из них достигает 549 на 100 000 человек [37]. Среди возможных причин: нервное перенапряжение, психические заболевания,

а также болезни со смертельным исходом (например, заболевания крови) [38].

Требуют специального анализа социально-экономические факторы, влияющие на формирование суицидального поведения. По мнению Шнейдмана Э. (2001), самоубийство «демократично» и охватывает все возраста (за исключением раннего детства), оба пола, все слои общества, религии и т.д., хотя охват этот достаточно неравномерен. Если в некоторых странах, например в Индии, суицид обнаруживается довольно чёткую статистическую связь с низким уровнем жизни в различных регионах страны, то в развитых странах такой зависимости не обнаруживается [39]. Необходимо рассмотреть отдельно взаимоотношения между суицидальной активностью и экономическим развитием, экономическими кризисами, безработицей и т.д., хотя следует отметить, что все эти экономические понятия неразрывно связаны между собой. Так, корреляции между экономической нестабильностью и суицидальным поведением обнаруживались в целом ряде стран (в Мексике, в период кризиса 1995 г., а также в Японии во время «нефтяного кризиса» в 1973 г.) [40]. Вероятна некоторая взаимосвязь между уровнем суицидов и экономической нестабильностью отдельных слоев населения в странах с развивающейся экономикой (в Канаде у лиц с низкой социальной интеграцией, проживающих в бедности) [41]. По некоторым исследованиям, существуют устойчивые взаимосвязи между уровнем безработицы и суицидами. Например, такая взаимосвязь наблюдается в США среди бедных и безработных [42]. Кроме того, исследования Hong J. с соавт. (2011) в Южной Корее показали, что менее обеспеченные слои населения демонстрируют большую распространённость депрессий и суицидального поведения, а также выявили, что доходозависимые различия более резко выражены в сфере психического здоровья по сравнению с соматическим [43]. Platt S. (1984) установил более высокий уровень суицидов среди безработных [44]. Следует указать, что риск развития суицидального поведения зависит не только от потери работы, но и от ряда других факторов. Согласно исследованию безработных, проведенному Даниловой М.Б., Елисеевым М.Б., Постоваловой Л.И. (1978,) безработные являются категорией, которая существенно отличается по социально-демографическим показателям от населения района в целом. Явно преобладали мужчины, доминировал возраст 20–39 лет, преобладали лица с незаконченным средним образованием, удельный вес одиноких был выше, чем в целом по району. В среднем длительность без работы составляла от трех месяцев до полутора лет [45]. Neeleman J. и Wessely S. (1999) приводят данные о том, что особенности региона могут совместно с характеристиками индивида влиять на риск самоубийства. Например, после статистической коррекции с учетом влияния социально-экономических факторов риск самоубийства в различных этнических группах обратно пропорционален плотности населения той или иной этнической группы в изучаемом регионе [46]. С другой стороны, Whitley и коллеги (1999) показали, что повышенная частота суицидов в различных избирательных округах (около 633) по выборам в парламент Великобритании была связана с возрастанием степени социальной разобщенности и что эта корреляция не зависела от социально-экономических факторов. Кроме того, в регионах, в которых отмечалось наибольшее повышение степени

социальной разобщенности за годы исследования (1981-1991), зарегистрирован наибольший рост частоты самоубийств, что может свидетельствовать об этиологическом значении этого фактора [47].

По данным Makinen I., Wasserman D. (2001), существует своего рода «лестница» уровней суицида в зависимости от профессиональной деятельности. Самый низкий уровень самоубийств отмечается у лиц с высокими профессиональными позициями, при этом максимум достигается на более низких ступенях социализации — среди малоквалифицированных рабочих. У женщин же наблюдается другая закономерность — высокие уровни самоубийств отмечаются у женщин, занимающих высшие и низшие звенья, а низкий уровень суицидов — у женщин, занимающих средние позиции [48].

Определенное значение имеют этнокультуральные факторы, способствующие развитию суицидального поведения. По мнению ряда авторов, на распространённость самоубийств оказывают влияние различные культуры и этнические особенности [49, 50]. Культуральные и этнические особенности изучались в разных странах мира, а также среди различных групп населения (включая чернокожее и индейское население) [50]. Так, зарубежные авторы, при изучении распространённости суицидов среди афроамериканцев установили, что уровень их самоубийств в 3 раза ниже, чем у белых, при этом было замечено, что в последние годы уровень суицидов имеет тенденцию к росту [51]. При этом Gowitt G. (1986), изучая суицидальные тенденции у чернокожих жителей штата Джорджия, США, не отметил достоверного возрастания суицидов среди афроамериканцев, в отличие от такового у белых жителей [52]. Дубравин В. И. (2002) отмечает важность изучения этнокультуральных особенностей и приводит достоверные различия в особенностях суицидального поведения и характеристиках суицидентов финно-угорской и славянской национальностей [38].

Итак, удалось рассмотреть групповые факторы риска развития суицидального поведения. Однако понятие суицидального риска, как уже указывалось, применимо не только к отдельным группам населения, но и к отдельным индивидам.

По мнению Амбрумовой А. Г., при индивидуальной диагностике суицидального риска необходимо прежде всего учитывать влияние групповых факторов, в силу того что каждый конкретный человек является носителем определенного набора групповых признаков (имеет пол, возраст, профессию, семейное положение; характеризуется наличием или отсутствием заболеваний и т.д.). Однако совокупность групповых факторов риска, какому бы точному шкалированию они ни подвергались, еще не обуславливает суицидального поведения, а лишь создает определенную почву, повышающую его вероятность в ситуации конфликта. Для более точного предсказания суицидологического прогноза требуется тщательный анализ индивидуальных факторов. Системообразующими элементами суицидального поведения являются адаптация и дезадаптация, которые разворачиваются на уровне личности основных сфер социального взаимодействия, поэтому существует индивидуальные факторы личности, имеющие суицидальную направленность. Последние подразделяются (по мере их последовательного включения на пути от дезадаптации до суицидального поступка) на predispositional, positional, status и intention [1].

Рассматривая predispositional суицидогенные факторы, следует обратить внимание на потенциально опасную в отношении суицида, приводящую к срыву тех или иных звеньев деятельности, совокупность следующих условий: 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. Сочетания всех названных условий, приводящих к дезадаптации, могут быть названы predispositional суицидогенными комплексами.

Positional суицидогенные факторы — это «проигрышные», дезадаптирующие, суицидоопасные позиции, которые личность занимает в ситуации конфликта.

Statusными суицидогенными факторами являются те психические состояния и реакции, которые, возникая на основе соответствующих predispositional и positional, несут в себе потенциальную угрозу суицида [1].

Наряду с суицидогенными существует антисуицидальные факторы. Антисуицидальные факторы личности — это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Антисуицидальные факторы складываются в определенную систему, куда входят: интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким; родительские обязанности; выраженное чувство долга, обязательность; концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или ущерба; зависимость от общественного мнения и стремления избежать осуждения со стороны окружающих; представления о позорности, греховности суицида; представление о неиспользованных жизненных возможностях; наличие творческих планов, тенденции, замыслов; наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).

Так, при определении индивидуального суицидального риска необходимо рассматривать степень реализации двух видов факторов: суицидогенных индивидуальных и антисуицидальных факторов личности [1].

Следует заметить, что в подростковом возрасте весьма актуальным является определенный «суицидогенный» комплекс, который актуален и для взрослого населения. Данный комплекс включает в себя: сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам; своеобразие когнитивной сферы (постоянное или проявляющееся во время кризиса); неблагополучие коммуникативной сферы; неадекватную возможностям личности самооценку (заниженная, лабильная или завышенная); слабость личностной психологической защиты; снижение и утрату ценности жизни [53].

Анализируя имеющиеся литературные данные, необходимо отметить, что при наличии многочисленных исследований в области суицидологии, целый ряд проблем так и остаётся нерешёнными. Требуется дальнейшее изучение вопросов, касающихся факторов риска, влияющих на развитие суицидального поведения. Очевидно значимость «региональных» факторов риска, оказывающих наибольшее влияние на формирование суицидального поведения в отдельно взятом регионе.

Библиографический список

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации. М., 1980. С. 31–55.
2. Pritchard C. Suicide, unemployment and gender variations in the Western world 1964–1986: Are women in Anglo-phone countries protected from suicide? // Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol. 1990. Mar. № 25 (2). P. 73–80.
3. Lester D. Suicide and homicide rates: their relationship to latitude and longitude and to the weather // Suicide Life Threat Behav. 1986. Fall. № 16 (3). P. 356–359.
4. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
5. Christoffel KK, Anzinger NK, Merrill DA. Age-related patterns of violent death, Cook County, Illinois, 1997 through 1982 // Am. J. Dis. Child. 1989. Dec. № 143 (12). P. 1403–1409.
6. Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. 1992. № 6. С. 19–29.
7. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Соц. клин. психиатр. 1999. № 2. С. 75–90.
8. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. 1979. № 36 (9). P. 1119–1124.
9. Intentional injuries among children and adolescents in Massachusetts / B. Guyer, I. Lescohier, S. S. Gallagher [et al.] // N. Engl. J. Med. 1989. Dec. № 321 (23). P. 1584–1589.
10. Jay M.S., Graham C.J., Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility // Adolescence. 1989. Summer. № 24. (94). P. 467–472.
11. Султанов А.А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста // Тр. Моск. НИИ псих.: Науч. и орг. пробл. суицидолог. 1983. С. 94–97.
12. Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийстве детей и подростков // Актуальные проблемы суицидологии: тр. Моск. НИИ псих. 1978. Т. 82. С. 93–104.
13. Мягков А.Ю., Журавлева И.В., Журавлева С.Л. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социол. журн. 2003. № 1. С. 15–19.
14. Shamoian C.A. Psychogeriatrics // Neurol. Clin. 1984. Feb. № 2 (1). P. 155–172.
15. Dankwarth G., Puschel K. Suizide im Senium // Z. Gerontol. 1991. Jan.-Feb., № 24 (1). P. 12–16.
16. Casey DA. Suicide in the elderly // J. Ky. Med. Assoc. 1990. Jun. № 88 (6). P. 301.
17. Шульга А.И., Сонник Г.Т. О суицидальных действиях психически больных // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1986. № 8. С. 1216–1217.
18. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide // Schizophr. Bull. 1990. № 16 (4). P. 571–589.
19. Ringel E. Depression und Suizid // Wien. Klin. Wochenschr. 1985. Feb. № 15. 97 (4). P. 215–221.
20. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М: Мед. Информ. агентство. 2007. С. 191–204.
21. Sechter D., Bonin B., Bertchy G., Vandell S., Bizouard P. Prediction du risque suicidaire // Encephale. 1991. Dec. № 17. Спец. № 3. P. 361–364.
22. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): автореф. дис. ... док-ра мед. наук. М., 2001. 33 с.
23. Гольдштейн Р.И. Причины смертности больных алкоголизмом // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1985. № 85 (8). С. 1235–1238.
24. Гусева М.В. Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы): автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005. 20 с.
25. Epidemiology of attempted suicide / H. Henriksson [et al.] // Z. Gesamte Inn. Med. 2003. Vol. 46, № 17. P. 654–656.
26. Уманский М.С. Суицидальное поведение и характеристика больных алкоголизмом позднего возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2007. 22 с.
27. Немцов А.В., Нечаев А.К. Потребление алкоголя и насильственные смерти // Вопросы наркологии. 1991. № 1. С. 34–36.
28. Boman B. Post-traumatic stress disorder (traumatic war neurosis) and concurrent psychiatric illness among Australian Vietnam veterans: a controlled study // J.R. Army Med. Corps. 1985. Oct. № 131 (3). P. 128–131.
29. Hendin H., Haas A.P. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans (see comments) // Am. J. Psychiatry. 1991. May. № 148 (5). P. 586–591.
30. Скибина Г.А., Магурдумова Л.Г., Арнольд О.Р. Особенности кризисных суицидоопасных состояний у лиц, страдающих психопатией, в сравнительно-возрастном аспекте // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М. 1989. С. 87–97.
31. Diehl LW. Epilepsie und Suizid // Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. Leipz. 1986. Nov. № 38 (11). P. 625–633.
32. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики // Сб. Моск. НИИ псих.: Пробл. проф. и реабил. в суицидолог. 1984. С. 135–142.
33. Lester D, Yang B. The relationship between divorce, unemployment and female participation in the labor force and suicide rates in Australia and America // Aust. NZJ. Psychiatry. 1991. Dec. № 25 (4). P. 519–523.
34. Wienforth J. Suizidalität und Weitergabe von Todeserlebnissen in der Familie // Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 1985. № 31 (4). P. 365–379.
35. Поставалова Л.И. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1981. С. 103–124.
36. Лобов Г.А. Аутоагрессивное поведение юношей призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 29 с.
37. Hurley W. Suicides by prisoners // Med. J. Aust. 1989. Aug. № 151 (4). P. 188–90.
38. Дубравин В.И. Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 31 с.
39. Шнейдман Э. Дума самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.
40. Araki S., Murata K. Social life factors affecting suicide in Japanese men and women // Suicide Life Threat Behav. 1986. Winter. № 16 (4). P. 458–468.
41. Hasselback P., Lee K.I., Mao Y., Wagle D.T. The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions // Can. J. Psychiatry. 1991. Nov. № 36 (9). P. 655–659.
42. Suicide, stressors, and the life cycle (published erratum appears in Am. J. Psychiatry. 1991. Jul. № 148 (7). P. 960) / C.L. Rich, G.M. Warstadt, R.A. Nemiroff [et al.] // Am. J. Psychiatry. 1991. Apr. № 148 (4). P. 524–527.
43. Hong J., Knapp M., McGuire. Различия в распространённости депрессий и суицидального поведения в зависимости от уровня доходов: 10-летняя динамика последствий экономического кризиса // World Psych. 2011. Vol. 10, № 1. P. 43–48.
44. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. 1986. Oct. № 149. P. 401–405.
45. Данилова М.Б., Елисеев М.Б., Поставалова Л.И. Некоторые социально-клинические характеристики группы высокого суицидального риска // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 171–184.
46. Neeleman J., Wessely S. Ethnic minority suicide: a small-area geographical study in south London // Psychological Medicine. 1999. № 29. P. 429–436.
47. Whitley E., Gunnell D., Dorling D., Davey Smith, G. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide // British Medical Journal. 2000. № 319. P. 1034–1037.
48. Makinen I., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // In Suicide — An unnecessary death / ed. by D. Wasserman. London: Martin Duntz, 2001. P. 101–108.
49. Kreitman N. Subcultural aspects of attempted suicide // Hare E., Wing J. Psychiatric epidemiology. London: Oxford University Press, 1970. P. 38–42.
50. Tatai K. Suicide in the elderly: a report from Japan // Crisis. 1991. Sep. № 12 (2). P. 40–43.
51. Christian E. Black suicide // Hatton C. Suicide: assessment and prevention. New York, 1977. № 6. P. 143–159.
52. Gowitt GT, Hanzlick RL. Suicide in Fulton County, Georgia (1975–1984) // J. Forensic. Sci. 1986. Jul. № 31 (3). P. 1029–1038.
53. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 375 с.

Translit

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: metod. rekomendacii. M., 1980. S. 31–55.
2. Pritchard C. Suicide, unemployment and gender variations in the Western world 1964–1986: Are women in Anglo-phone countries pro-protected from suicide? // Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol. 1990. Mar. № 25 (2). P. 73–80.
3. Lester D. Suicide and homicide rates: their relationship to latitude and longitude and to the weather // Suicide Life Threat Behav. 1986. Fall. № 16 (3). P. 356–359.
4. Vojtech V.F. Klinicheskaja suigidologija. M.: Miklosh, 2008. 280 s.
5. Christoffel KK, Anzinger NK, Merrill DA. Age-related patterns of violent death, Cook County, Illinois, 1997 through 1982 // Am. J. Dis. Child. 1989. Dec. № 143 (12). P. 1403–1409.
6. Tihonenko V.A. Zhiznennyj smysl vybora smerti // Che-lovek. 1992. № 6. S. 19–29.
7. Kornetov A.N. Suicidal'noe povedenie v podrostkovo-junosheskom vozraste // Soc. klin. psihiatr. 1999. № 2. S. 75–90.
8. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiatr. 1979. № 36 (9). P. 1119–1124.
9. Intentional injuries among children and adolescents in Massachusetts / B. Guyer, I. Lescohier, S. S. Gallagher [et al.] // N. Engl. J. Med. 1989. Dec. № 321 (23). P. 1584–1589.
10. Jay M.S., Graham C.J., Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility // Adolescence. 1989. Summer. № 24. (94). P. 467–472.
11. Sultanov A.A. K voprosu o suicidal'nom povedenii prakticheski zdorovyh lic molodogo vozrasta // Tr. Mosk. NII psih.: Nauch. i org. probl. suigidol. 1983. S. 94–97.
12. Zhezlova L. Ja. K voprosu o samoubijstve detej i podrostkov // Aktual'nye problemy suigidologii: tr. Mosk. NII psih. 1978. T. 82. S. 93–104.
13. Mjagkov A. Ju., Zhuravleva I.V., Zhuravleva S. L. Suicidal'noe povedenie molodezhi: masshtaby, osnovnyye formy i faktory // Sociol. zhurn. 2003. № 1. S. 15–19.
14. Shamoian C.A. Psychogeriatrics // Neurol. Clin. 1984. Feb. № 2 (1). P. 155–172.
15. Dankwarth G., Puschel K. Suicide im Senium // Z. Gerontol. 1991. Jan.-Feb., № 24 (1). P. 12–16.
16. Casey DA. Suicide in the elderly // J. Ky. Med. Assoc. 1990. Jun. № 88 (6). P. 301.
17. Shul'ga A. I., Sonnik G. T. O suicidal'nyh dejstvijah psichicheski bol'nyh // Zhurn. nevropatologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 1986. № 8. S. 1216–1217.
18. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide // Schizophr. Bull. 1990. № 16 (4). P. 571–589.
19. Ringel E. Depression und Suizid // Wien. Klin. Wochenschr. 1985. Feb. № 15. 97 (4). P. 215–221.
20. Smulevich A. B. Depressii pri somaticheskikh i psichicheskikh zabolevanijah. M: Med. Inform. agentstvo. 2007. S. 191–204.
21. Sechter D., Bonin B., Bertchy G., Vandel S., Bizouard P. Prediction du risque suicidaire // Encephale. 1991. Dec. № 17. Spec. № 3. P. 361–364.
22. Chirko V.V. Zakonomernosti techenija i ishodov narkomanij i toksikomanij, nachavshihhsja v molodom vozraste (v svete otдалennogo katamneza): avtoref. dis. ... dok-ra med. nauk. M., 2001. 33 s.
23. Gol'dshtejn R.I. Prichiny smertnosti bol'nyh alkoholizmom // Zhurn. neurologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 1985. № 85 (8). S. 1235–1238.
24. Guseva M.V. Jepidemiologicheskij analiz i mediko-psihologicheskie osobennosti samoubijstv naselenija megapolisa (na primere Moskvy): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. SPb., 2005. 20 s.
25. Epidemiology of attempted suicide / H. Henriksson [et al.] // Z. Gesamte Inn. Med. 2003. Vol. 46, № 17. P. 654–656.
26. Umanskij M.S. Suicidal'noe povedenie i harakteristika bol'nyh alkoholizmom pozdnego vozrasta: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tomsk, 2007. 22 s.
27. Nemcov A.V., Nechaev A.K. Potreblenie alkogolja i nasil'stvennyye smerti // Voprosy narkologii. 1991. № 1. s. 34–36.
28. Boman B. Post-traumatic stress disorder (traumatic war neurosis) and concurrent psychiatric illness among Australian Vietnam veterans: a controlled study // J. R. Army Med. Corps. 1985. Oct. № 131 (3). P. 128–131.
29. Hendin H., Haas A.P. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans (see comments) // Am. J. Psychiatry. 1991. May. № 148 (5). P. 586–591.
30. Skibina G.A., Magurdumova L. G., Arnol'd O.R. Osobennosti krizisnyh suicidopasnyh sostojanij u lic, stradajuvih psihopatij, v sravnitel'no vozrastnom aspekte // Sravnitel'no-vozrastnye issledovanija v suigidologii. M. 1989. S. 87–97.
31. Diehl LW. Epilepsie und Suizid // Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. Leipz. 1986. Nov. № 38 (11). P. 625–633.
32. Vrono E.M. Osobennosti suicidal'nogo povedenija detej i podrostkov i mery ego profilaktiki // Sb. Mosk. NII psih.: Probl. prof. i reabil. v suigidol. 1984. S. 135–142.
33. Lester D, Yang B. The relationship between divorce, unemployment and female participation in the labor force and suicide rates in Australia and America // Aust. NZJ. Psychiatry. 1991. Dec. № 25 (4). P. 519–523.
34. Wienforth J. Suizidalitat und Weitergabe von Todeserlebnissen in der Familie // Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 1985. № 31 (4). P. 365–379.
35. Postovalova L.I. Social'no-psihologicheskie aspekty semejnoi diagnostiki suigidentov // Aktual'nye problemy suigidologii. M., 1981. S. 103–124.
36. Lobov G.A. Autoagressivnoe povedenie junoshej prizyvnoogo vozrasta: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2008. 29 s.
37. Hurley W. Suicides by prisoners // Med. J. Aust. 1989. Aug. № 151 (4). P. 188–90.
38. Dubravin V.I. Suicidy v Respublike Komi (kliniko-social'nyj i jetnokul'tural'nyj aspekty): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2002. 31 s.
39. Shnejdman Je. Duma samoubijcy. M.: Smysl, 2001. 315 s.
40. Araki S., Murata K. Social life factors affecting suicide in Japanese men and women // Suicide Life Threat Behav. 1986. Winter. № 16 (4). P. 458–468.
41. Hasselback P., Lee K.I., Mao Y., Wigle D.T. The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions // Can. J. Psychiatry. 1991. Nov. № 36 (9). P. 655–659.
42. Suicide, stressors, and the life cycle (published erratum appears in Am. J. Psychiatry. 1991. Jul. № 148 (7). P. 960) / C. L. Rich, G. M. Warstadt, R. A. Nemiroff [et al.] // Am. J. Psychiatry. 1991. Apr. № 148 (4). P. 524–527.
43. Hong J., Knapp M., McGuire. Razlichija v rasprostranjenosti depressij i suicidal'nogo povedenija v zavisimosti ot urovnja dohodov: 10-letnjaja dinamika posledstvij jekonomicheskogo krizisa // World Psyh. 2011. Vol. 10, № 1. P. 43–48.
44. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. 1986. Oct. № 149. P. 401–405.
45. Danilova M.B., Eliseev M.B., Postovalova L.I. Nekotorye social'no-klinicheskie harakteristiki gruppy vysokogo suicidal'nogo riska // Aktual'nye problemy suigidologii. M., 1978. S. 171–184.
46. Neeleman J., Wessely S. Ethnic minority suicide: a small-area geographical study in south London // Psychological Medicine. 1999. № 29. P. 429–436.
47. Whit1ey E., Gunnel1 D., Dorling D., Daveu Smith, G. Esologisal study of social fragmentation, poverty, and suicide // Brit- ish Medical Journal. 2000. № 319. P. 1034–1037.
48. Makinen I., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // In Suicide — An unnecessary death / ed. by D. Wasserman. London: Martin Duntiz, 2001. P. 101–108.
49. Kreitman N. Subcultural aspects of attempted suicide // Hare E., Wing J. Psychiatric epidemiology. London: Oxford University Press, 1970. P. 38–42.
50. Tatal K. Suicide in the elderly: a report from Japan // Crisis. 1991. Sep. № 12 (2). P. 40–43.
51. Christian E. Black suicide // Hatton C. Suicide: assessment and prevention. New York, 1977. № 6. P. 143–159.
52. Gowitt GT, Hanzlick RL. Suicide in Fulton County, Georgia (1975–1984) // J. Forensic. Sci. 1986. Jul. № 31 (3). P. 1029–1038.
53. Starshenbaum G.V. Suigidologija i krizisnaja psihoterapija. M.: Kogito-Centr, 2005. 375 s.