

Суїцид: сучасні підходи до профілактики

О.П. РОМАНІВ, О.О. ХАУСТОВА, д. мед. н., доцент

/Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ/

Резюме

Суїцид: современные подходы к профилактике

А.П. Романив, Е.А. Хаустова

В статье приведен анализ мировых и отечественных данных по распространенности суицидов, предоставлен ряд социально-демографических показателей по суицидальной активности. На модели «суицидального процесса» описаны типичные предикторы и превенторы суицидов. Были проанализированы также смертность населения и распределение умерших от внешних причин в быту, в том числе случаи завершенных суицидальных попыток в 2011 году в Украине. Причиной большинства так называемых «смертей от несчастного случая» (передозировка лекарственных препаратов, аварии на дорогах, падение с высоты и т.д.) на самом деле являются суициды. Такое перераспределение относительного количества суицидов среди причин смертности от внешних причин в быту подтверждает необходимость более детального анализа смертей от несчастных случаев, а также необходимости создания программ психолого-психиатрического сопровождения лиц, получающих медицинскую помощь после несчастных случаев. Для дальнейшего создания такой программы были проанализированы данные одного из регионов Украины, который не является маргинальным по статистическим данным, а именно Закарпатская область за 2008–2010 годы. Рейтинг суицидов в Закарпатье среди причин смертности от внешних причин в быту в 2011 году составил 19,8%, в первом полугодии 2012 года – 17,7%. Среди причин смерти уверенно преобладала механическая асфиксия через повешение, что является ведущим необратимым способом суицида в мире, особенно для стран с определенными ограничениями на огнестрельное оружие, в том числе в Украине.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, суицидальная активность, смерть от несчастного случая, суицид, профилактика, психолого-психиатрическое сопровождение

Summary

Suicide: Modern Approaches to Prevention

A. Romaniv, O.O. Khaustova

The paper analyzes the global and domestic data on the prevalence of suicide, providing a range of socio-demographic indicators for suicidal activity. The model of «suicidal process» describes typical suicide predictors and preventers. Also analyzed the mortality rate and the distribution of deaths from external causes in the home, including cases of completed suicide attempts in 2011 in Ukraine. The cause of the majority of so-called «accidental death» (an overdose of drugs, road crashes, falls from height etc.) are actually suicides. Such a redistribution of the relative number of suicides among the causes of mortality from external causes in life confirms the need for a more detailed analysis of deaths from accidents and the need to create programs for the psychological support of persons receiving medical assistance after an accident. Then create such a program, we have analyzed the data from one of the regions of Ukraine, which is not marginalized by the statistics, namely the Zakarpattia region in 2008–2010. Rating suicides in Zakarpattia leading cause of death from external causes in the home in 2011 amounted to 19,8% in the first half of 2012 – 17,7%. Among the causes of death with confidence prevailed mechanical asphyxia by hanging (which is the leading method of suicide in an irreversible world, especially in countries with restrictions on firearms (including Ukraine)).

Key words: auto-aggressive behavior, suicidal activity, accidental death, suicide, prevention, psychological and psychiatric support

Аутоагресивна поведінка (АГ) – суїцидальна поведінка, що проявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень чи дій, спрямованих на самоушкодження чи самознищення, і мотивуючих явних або прихованих намірів смерті, – є актуальною етичною, моральною, соціальною і медичною проблемою [1–3]. Щорічно самогубство здійснюють від 873 тис до 1 млн осіб у світі, у тому числі 163 тис – у європейському регіоні. За даними ВООЗ самогубство є 13-ю за питомою вагою причиною смертності у всьому світі, а у віковому діапазоні 15–35 років в Європі воно займає друге місце після дорожньо-транспортних пригод [3]. В Російській Федерації щорічно фіксується близько 40 тис суїцидів. Згідно з даними Росстату за 2009 рік на 100 тис населення припадає близько 26 самогубств. Варто зазначити, що за даними ВООЗ у світі більшість самогубств – чоловіки (в середньому – 53 смерті на 100 тис осіб) вікової категорії 25–35 років. Динаміка жіночої смертності більш позитивна: відмічено

зменшення з 10 до 9 жінок із завершеними суїцидами на 100 тис осіб. Взагалі, за прогнозами ВООЗ до 2020 року в світі будуть кінцати життя самогубством близько 1,5 млн осіб щорічно [3–6, 15, 38].

Приблизно в 10–20 разів більша кількість людей мають суїцидальні наміри, що виводить цю форму аутоагресії на 6-те місце серед причин втрати працездатності в світі [13, 17, 23, 24, 27, 50]. В офіційну статистику самогубств потрапляють тільки явні випадки суїциду, тому число реальних самогубств значно перевершує офіційні цифри – вважається, що щорічно у світі покінчують із собою понад 4 млн осіб. На думку судових експертів, причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти тощо) насправді є суїциди [7, 11–13, 23, 24, 27, 50].

ВООЗ ділить всі країни за показником рівня самогубств на 3 групи: низький рівень – до 10 осіб на рік на 100 тис населення;

середній рівень – від 10 до 20 осіб на 100 тис населення; високий і дуже високий рівень – понад 20 осіб на 100 тис населення. В Україні на цей час фіксується до 20 випадків суїциду на 100 тис населення (середній рівень).

Описані деякі характерні демографічні закономірності поширеності суїцидів у світі незалежно від географічних особливостей, які можуть виявляти групи ризику та стратегії профілактичних втручань. Так, рівень завершених суїцидів приблизно в 6 разів вищий у чоловічій популяції, ніж у жіночій; натомість кількість незавершених суїцидальних спроб вчетверо більша серед жінок. У більшості країн рівень самогубств в містах вище, ніж у сільській місцевості. Причинами зростання числа суїцидів вважають прискорення темпу життя сучасної людини, урбанізацію і появу нових джерел небезпеки для життя. В Росії серед сільського населення він майже у 2,6 разу вище, ніж у місті; що свідчить про вкрай низький рівень соціального благополуччя села. В Україні вплив проживання в певній місцевості як фактор ризику аутоагресивної поведінки дещо менший. Більш високий рівень суїцидів спостерігається в групах населення віком понад 50 років. Загрозливими в плані прогнозу є темпи приросту рівня суїцидів у віковій групі населення до 30 років [7, 10, 13].

Отже, профілактика аутоагресивної поведінки постає важливим соціальним завданням, здійснення якого можливе лише при інтеграції зусиль великої кількості установ в єдину превентивну стратегію. Провідними для АП є соціально-психологічні фактори ризику, але наявність психічного розладу у пацієнта значно збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів-психіатрів, психотерапевтів і психологів.

Сучасні підходи профілактики аутоагресивних дій базуються на моделі «суїцидального процесу». Аутоагресивні дії є одним із варіантів поведінкових реакцій людини в стані психологічної дезадаптації, яка проявляється широкою гамою хвилювань – як психологічно зрозумілих, так і патологічних [8, 9, 17–22, 30]. В науковій медичній літературі описана низка загальних закономірностей розвитку суїцидальної активності, що притаманна всім категоріям пацієнтів. Так, аутоагресивний факт розглядається як результат взаємодії численних «базових» факторів ризику (ФР) одне з одним і з «тригерними» (пусковими) факторами, що пов'язані з кризовою ситуацією та її суб'єктивною переробкою індивідумом, в значущості для пацієнта актуальної кризової ситуації.

Для формування програм профілактики АП важливим є визначення предикторів і превенторів суїциду. Це сталі характеристики, що мають тенденцію до регулярного повторного знаходження у дослідженнях на великих вибірках людей, схильних до аутоагресії. До базових ФР прийнято відносити соціально-демографічні, релігійні, етнічні, психологічні, біографічні, медичні, біологічні та інші чинники [37]. Відповідно до цих факторів ризику можна виділити групи ризику аутоагресії (наприклад, «чоловіки віком понад 45 років»; «пацієнти з біполярним афективним розладом» та ін.). Водночас, базові фактори мають лише вірогідний, а не облігатний характер. Отже, належність до групи ризику не означає обов'язкову маніфестацію суїцидальної поведінки. Її ризик значно посилюється при інтеграції кількох ФР (наприклад, «чоловік віком після 45 років,

який проживає на самоті, має рекурентний депресивний розлад та залежність від алкоголю») [10, 14, 16, 25–27, 29–37].

Важливу роль у формуванні суїцидальної поведінки відіграють соціально-демографічні предиктори аутоагресивного ризику. Так, рівень завершених суїцидів у популяціях збільшується з віком і сягає максимуму після 45 років. Максимум незавершених суїцидальних спроб відбувається у молодому віці – 20–29 років [6, 7, 11, 28]. Рівень суїцидів у чоловіків у 3–6 разів вище, ніж у жінок. Навпаки, кількість незавершених суїцидальних спроб переважає серед жінок [6, 11, 29]. Сімейне проживання постає запобіжником АП: рівень суїцидів вище серед осіб, які не були в шлюбі, розведених, вдів, бездітних і одинаків [23, 51]. Впливовим чинником профілактики АП є релігія. Так, рівень суїцидів вище серед атеїстів порівняно з віруючими. Серед основних конфесій максимальні рівні суїцидів реєструються у буддистів, мінімальні – у мусульман; християни та індуїсти займають проміжне становище. Стабільний професійний статус також має профілактичне значення. Порушення професійного стереотипу (втрата роботи, вихід на пенсію, статус безробітного) асоціюються зі збільшенням ризику аутоагресії [11, 21, 48].

Медичні предиктори аутоагресії поєднують психічну і соматичну патологію. Психічні розлади є найбільш серйозним фактором ризику суїциду. Найчастіші серед них – розлади настрою, розлади особистості, залежність від психоактивних речовин (ПАР), шизофренія. Ризик суїциду в групі пацієнтів з шизофренією становить 10–12%, а рівень суїцидів коливається в межах 147–752 на 100 тис пацієнтів на рік. Збільшення ризику корелює з такими клінічними особливостями: вік до 40 років, висока критика щодо хвороби; низький рівень негативної симптоматики; депресивна симптоматика; вербальні імперативи; інтенсивна тривога і страх, маячні ідеї провини; коморбідність з іншими психічними розладами (залежність та ін.); паркінсонізм і акатизія; часті і короткі госпіталізації протягом року; перші 7–10 днів після виписки зі стаціонару [35, 52].

Ризик суїциду значно підвищується при поєднанні низки психопатологічних синдромів (наприклад, депресія і залежність від ПАР) або поєднанні психічного розладу і соматичного захворювання [36]. За думкою дослідників, депресія найчастіше поєднується з АП: помірний або тяжкий депресивний епізод є передвісником 45–70% суїцидів. Взагалі, ризик суїциду у пацієнтів, що страждають на депресію, є дуже високим (8–30%) незалежно від характеру і перебігу захворювання. Окремі клінічні особливості депресії асоціюються з виключно високим ризиком самогубства, а саме: депресивний або змішаний епізод в клініці БАР, особливо II типу; часті зміни фаз (4 і більше фаз на рік); перехід від манії до депресії; поєднання депресії з тривогою; відновлення фізичної активності до покращення настрою в процесі лікування антидепресантами [27].

Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин тісно пов'язані з АП. Так, 10–22% осіб з завершеними суїцидами страждали на алкогольну залежність. Рівні суїцидів у вибірках залежних від алкоголю досягають 270 на 100 тис осіб, що майже в 20 разів перебільшує показник у загальній популяції (14–17 на 100 тис). Збільшення ризику пов'язане з належністю до чоловічої статі, віком після 40 років, агресивною та імпульсивною поведінкою, коморбідністю з іншими психічними розладами,

особливо з депресією [31]. Синдром залежності від опіатів має високий суїцидальний ризик: рівень суїцидів у групах героїнових наркоманів коливається в діапазоні 82–350 на 100 тис населення. Збільшення ризику при вживанні опіатів на відміну від алкогольної залежності не корелює зі статтю, але асоційоване з молодим віком до 40 років, коморбідністю з особистісними розладами і депресією, станом синдрому відміни [27].

Серед особистісних розладів максимальний ризик АП (3–9%) пов'язаний з емоційно нестійким розладом особистості, для якого характерна емоційна лабільність, напружені міжособистісні відносини, зміна ідеалів, імпульсивність, почуття «спустошеності» та «беззмістовності», дихотомічне мислення. В реальній клінічній практиці емоційно нестійкий розлад особистості часто поєднується з депресією та залежністю від ПАР. Поєднання цих 3 клінічних станів є найсильнішим предиктором АП [7, 11, 12, 19, 34].

Високий суїцидальний ризик може бути також асоційований з такими розладами, як нервова анорексія, панічний розлад, стресорний розлад тощо. Як правило, предиктор суїциду є не діагнозом, а клінічним станом пацієнта, психопатологічним синдромом, який реєструється на даний момент.

Низкою досліджень відмічено наявність зв'язку між соматичною патологією та АП. Так, приблизно 70% людей, які скоїли самогубство, мали гостре або хронічне соматичне захворювання на момент смерті. Отже, групу підвищеного суїцидального ризику складають особи з важкими хронічними захворюваннями. Окрім фізичних страждань або хронічного больового синдрому такі захворювання приносять велику кількість негативних соціально-психологічних наслідків для пацієнта. Саме тому соматичні захворювання часто поєднуються з депресією [31].

Найбільший ризик суїциду пов'язаний з такими хворобливими станами, як епілепсія, онкологічна патологія і захворювання органів кровотворення; серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця); захворювання органів дихання (bronхіальна астма, туберкульоз); вроджені та набуті аномалії; втрата фізіологічних функцій; ВІЛ-інфекція; стан після тяжких операцій та трансплантації донорських органів і тканин; штучна нирка. Постійний прийом певних лікарських препаратів може поглибити стан депресії у хворих з хронічними захворюваннями. До таких медикаментів відносять: препарати раувольфії та інші гіпотензивні препарати; блокатори адренергічних рецепторів, кортикостероїди, протипухлинні та антигістамінні препарати.

До анамнестичних предикторів аутоагресії, що не менш важливі в її реалізації, відносяться суїцидальні спроби в анамнезі, суїцидальна поведінка біологічних родичів та «значимих інших» та деякі інші ФР. Наявність суїцидальної спроби в анамнезі є одним із найбільш значущих факторів ризику суїциду та повторного парасуїциду. Близько 30–40% осіб, які скоювали суїцидальні спроби, намагаються їх повторити. Ризик повтору суїцидальної спроби найбільше високий протягом 3 місяців після першої [3, 5, 12, 26, 30].

Серед біологічних родичів людей, які скоювали аутоагресивні спроби, рівень суїцидів вищий, ніж у загальній популяції. Це пов'язано з закономірностями спадковості психічних розладів, а також певних поведінкових особливостей особистості (імпульсивність) [26]. У деяких випадках велике значення має копіювання поведінки емоційно значимих індивідуумів (рідних, партнерів,

кумирів масової культури тощо). Така поведінка характерна для дітей, підлітків, членів релігійних сект [6]. Серед інших біографічних факторів ризику часто виділяють наявність психічної патології у близьких родичів, смерть близьких родичів у віці пацієнта до 13 років, систематичне насильство з боку рідних і близьких у віці до 13 років і т.д.

Індивідуально-психологічні предиктори ризику відображають не стільки ризик АП, скільки ймовірність зниження толерантності до емоційних навантажень. До них відносять такі особливості: емоційна нестійкість, особливо в період вікових криз (пубертатної, інволюційної); імпульсивність; емоційна залежність; занижена або завищена самооцінка; максималізм і категоричність; сильно виражене бажання досягнення мрії; низька здатність до витіснення психотравмуючого фактора; тривога і гіпертрофічне почуття провини.

Втім, для «запуску» аутоагресивних дій необхідний тригерний фактор, яким, як правило, є конфлікт чи криза. Зазвичай внутрішньою складовою цієї кризи є втрата чи можливість втрати значимого об'єкта [25]. До таких ситуацій віднесені: смерть близької людини, розлучення або його перспектива, втрата роботи чи соціального статусу; втрата здоров'я (встановлення діагнозу тяжкого соматичного чи психічного розладу, соціальна чи фізична безпорадність в результаті захворювання та ін.); втрата безпеки (реальні погрози чи маячня переслідування) та інше [13].

Ступінь дезадаптації у кожного пацієнта є різною та залежить від взаємодіючих базових ФР та сили тригера. Пускові фактори мають певну ступінь специфічності для конкретного індивідууму, що залежить від низки його характеристик (особисті ознаки, особливості соціальної ситуації, вік). Плинні ситуації міжособистісних конфліктів є джерелами дезадаптуючих емоцій страху, провини і ганьби, симптомокомплексу депресії, які, як правило, стають підґрунтям аутоагресивної мотивації. На суб'єктивному рівні «пресуїцидальний» стан сприймається через призму безпорадності, безнадійності і неможливості альтернативного виходу. Когнітивна складова аутоагресивного сприйняття ситуації характеризується також когнітивним звуженням («іншого виходу немає») і дихотомічним мисленням («все або нічого»). Таким чином, АП є дезадаптивним способом співіснування з кризовою ситуацією в суб'єктивному сприйнятті індивіда [5, 12, 41–48, 52, 54].

Матеріали та методи дослідження

Було проаналізовано смертність населення та розподіл померлих від зовнішніх причин у побуті, в тому числі випадки завершених суїцидальних спроб за останні 5 років в Україні. Вивчено та проаналізовано дані щодо завершених суїцидів в Закарпатській області за 2008–2010 роки.

Результати та їх обговорення

За даними ВООЗ найбільший пік самогубств в Україні припадав на 1996–2000 роки; тоді на 100 тис населення припадало щорічно близько 30 самогубств. Починаючи з 2000 року, суїцидальний настрій серед українців став йти на спад. В результаті за останнє десятиліття кількість таких смертей скоротилася у пів-

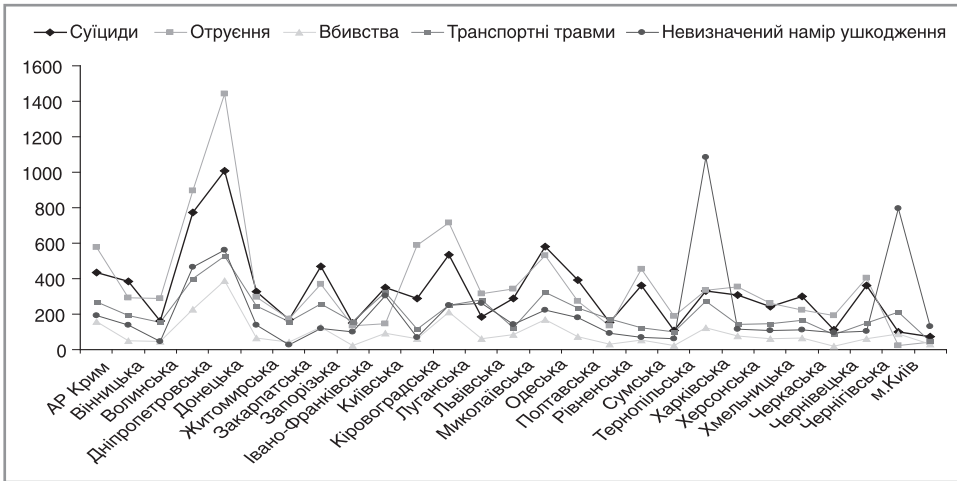


Рис. 1. Смертність від зовнішніх причин в Україні за 2011 рік

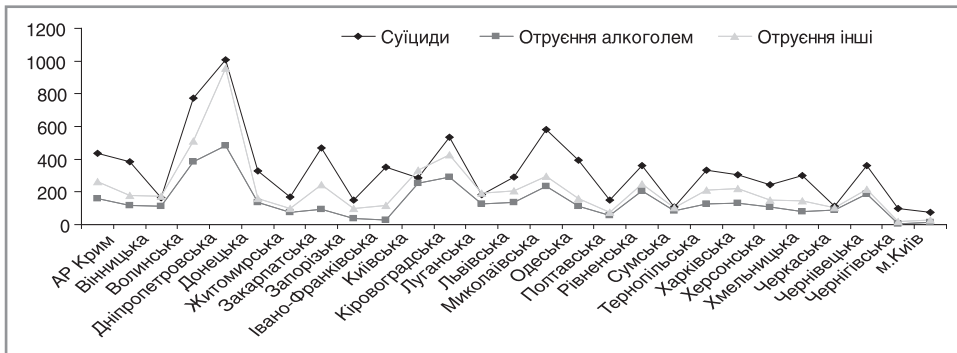


Рис. 2. Смертність від суїциду та отруєнь в Україні за 2011 рік [45]

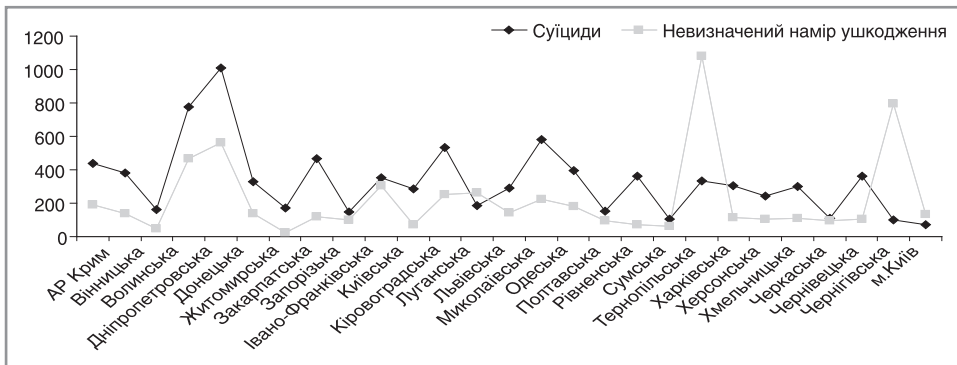


Рис. 3. Смертність від суїциду та невизначеного наміру в Україні за 2011 рік

тора рази. У 2009 році в Україні порівняно з 2008 роком було відзначено збільшення кількості самогубств на 2,7%, або на 259 випадків (до 9717 випадків); в перерахунку на 100 тис населення – на 5%. В 2010 році кількість самогубств знизилась до 9,5 тисяч.

За даними Головного управління статистики України за 2011 рік було скоєно 8952 самогубства (що становить 19,6 на 100 тис населення), але до цього показника варто додати певний відсоток осіб, що пішли з життя внаслідок дорожньо-транспортних пригод (5791 випадок), випадкових отруєнь алкоголем (3882 випадки)

та іншими речовинами (2070 випадків), утоплення (2597 випадків) та пожеж (1759 випадків).

В середньому по Україні за 2011 рік суїциди становили 21,7% смертності населення від загальних причин у побуті, за перше півріччя 2012 року питома вага завершених суїцидальних спроб зросла до 23%. Смертність на 100 тис населення від навмисного самоушкодження за перше півріччя 2012 року збільшилась порівняно з відповідним періодом 2011 року з 19,9 до 20,2. Суїциди серед міського населення в 2011 році становили 55,3% від загального показника в абсолютних цифрах. Втім, в сільській місцевості спостерігався в 1,7 рази вищий рівень суїцидів на 100 тис населення як у 2011 році, так і в першому півріччі 2012 року.

Найбільший рівень смертності в результаті завершених суїцидів фіксувався у промислових регіонах Східної України і в районах, постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (Г.Я. Пилягіна, 1998) [13]. За 2011 рік найбільше самогубств було скоєно у Донецькій (1009 випадків), Дніпропетровській (775), Луганській (534) та Одеській (581) областях. Найменший рівень завершених суїцидів у 2011 році був у Тернопільській (107 випадків), Чернівецькій (111), Івано-Франківській (149), Рівненській (152), Волинській (163) областях та у Закарпатті (171).

Враховуючи те, що причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти тощо) насправді є суїциди, автори проаналізували їх регіональний розподіл у структурі смертності від зовнішніх причин у побуті за 2011 рік. За питоною вагою суїцидів регіони було розподілено на 3 групи з відповідно високими, середніми та низькими

показниками. Відносно великі показники суїцидів були в Сумській (29,3%), Чернігівській (28,7%), Вінницькій (27,6) та Запорізькій (27,4%) областях; причому ці області не є «лідерами» за кількістю суїцидів в абсолютних цифрах. Натомість, низькі показники були відмічені в Харківській (13,0%), Івано-Франківській (17,4%), Тернопільській (17,5%) та Рівненській (17,8%) областях.

Відомо, що найбільш поширеним способом суїциду є отруєння, причому зі значною питоною вагою (понад 70%) незавершених таких суїцидальних спроб. У цивілізованих країнах отруєння меди-

каменами становлять основну причину (65–70%) госпіталізацій хворих у токсикологічні відділення. Потерпілі вживають снодійні, наркотики, антидепресанти, антигістамінні, гіпотензивні засоби та ін. Причини отруєнь – суїцидальні спроби, наркоманії, токсикоманії та передозування ліків у зв'язку з все більш напруженим ритмом сучасного життя. Рівень смертності від гострих отруєнь в Україні, за оцінкою головного токсиколога МОЗ України Б. Шеймана, займає 5-те місце, випереджаючи суїцида та туберкульоз. Причому з понад 9 тисяч померлих осіб з діагнозом гостре отруєння від підтвердженого отруєння етанолом, тобто горілкою, померло 5 тис осіб. Для порівняння – серед осіб, які загинули від гострих отруєнь, отруєння ядохімікатами становило 120 випадків.

Варто зауважити, що почасти повторні суїциди скоюються тим самим способом, що й попередні (іноді за механізмом стереотипії) [5]. Отже, значна питома вага смертності від отруєнь в Україні є прихованими суїцидами, про що додатково свідчить типовість їх розподілу (рис. 2).

На думку авторів, на особливу увагу заслуговує аналіз категорії «смерть від невизначеного наміру», тобто коли на момент заповнення лікарського свідоцтва про смерть (форма N 106/о) була відсутня достатня інформація щодо верифікації інциденту як нещасний випадок, самоушкодження або насильство з метою ушкодження/убивства (рис. 3).

Отже, до цієї категорії включені самоушкодження за умови відсутності визначення випадковості чи навмисності наміру ушкодження (коди Y10-Y34 за МКХ-10). За 2011 рік в Україні цей показник дуже різниться в окремих регіонах: від зникаюче малою в Закарпатській області – до перевищення річної кількості суїцидів у Львівській області та м. Севастополь і до пікових показників у Харківській області та м. Києві.

Такий перерозподіл відносної кількості суїцидів серед причин смертності від зовнішніх причин у побуті підтверджує необхідність більш детального аналізу смертей від нещасних випадків, а також нагальність створення програм психолого-психіатричного супроводу осіб, що отримують медичну допомогу після нещасних випадків.

Задля подальшого створення такої програми авторами було проаналізовано дані одного з регіонів України, що не є маргінальним за статистичними даними, а саме Закарпатської області. Рейтинг суїцидів в Закарпатті серед причин смертності від зовнішніх причин у побуті у 2011 році становив 19,8%, в першому півріччі 2012 року – 17,7%. При аналізі загальної кількості завершених суїцидальних спроб з 2008 до 2010 рр. автори відмітили певне їх зменшення у віковій категорії 40–50 років, але зростання в усіх інших вікових групах (рис. 4). Причому тенденція до зростання показника суїцидів для молодших вікових категорій (до 40 років) є найбільш сталою.

У розподілі скоєння суїциду за статтю достовірно переважають чоловіки, що також відповідає світовим тенденціям (рис. 5).

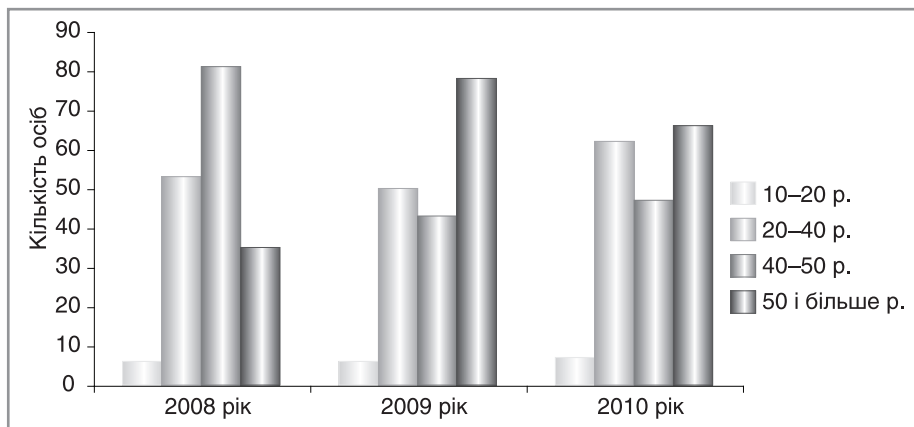


Рис. 4. Розподіл осіб, що скоїли завершені суїцидальні спроби, за віком

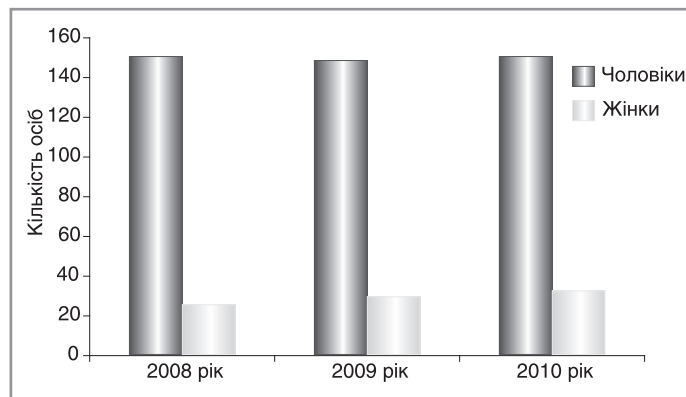


Рис. 5. Розподіл осіб, що скоїли завершені суїцидальні спроби, за статтю

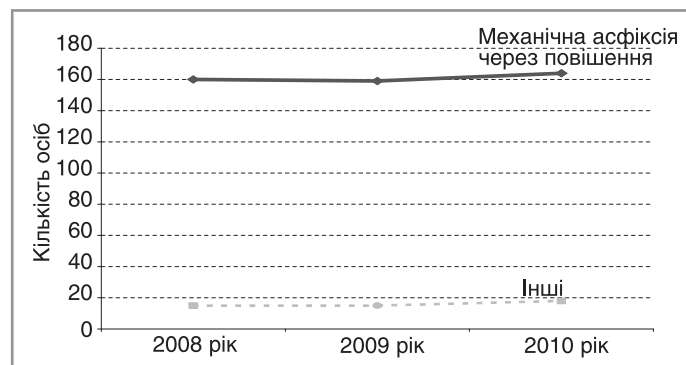


Рис. 6. Розподіл осіб, що скоїли завершені суїцидальні спроби, за способом суїциду

Серед причин смерті впевнено переважає механічна асфіксія через повішення (рис. 6), що є провідним безповоротним способом суїциду у світі, особливо для країн з певними обмеженнями на вогнепальну зброю (в тому числі в Україні).

Висновки

Саморуїнна (аутоагресивна) поведінка є актуальною морально-етичною та медико-соціальною проблемою. Проте в офіційну статистику самогубств потрапляють лише явні випадки суїциду, тому число реальних самогубств значно перевершує офіційні цифри. Причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти тощо) насправді є суїциди. Серед чотирьох різновидів суїцидів (егоїстичний, альтруїстичний, аномічний і фаталістичний) переважають аномічні самогубства, що є наслідками неспроможності особистості пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства.

Україна відноситься до країн із середнім рівнем суїцидальної активності. Загрозливими в плані прогнозу є темпи приросту рівня

суїцидів у підгрупі населення віком до 40 років. Існує нерівномірний регіональний розподіл за рівнем суїцидів та інших причин смертності у побуті.

Профілактика аутоагресивної поведінки постає важливим соціальним завданням, здійснення якого можливе лише при інтеграції зусиль великої кількості установ в єдину превентивну стратегію. Провідними для аутоагресивної поведінки є соціально-психологічні фактори ризику, але наявність психічного розладу у пацієнта значно збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів-психіатрів, психотерапевтів і психологів.

Література

1. Акоюн К.З. Самоубийство: проблема мотивации (размышления в связи с психологическим этюдом Н.А. Бердяева «О самоубийстве») // Психолог. журн. – 1996. – Т. 17, №3. – С. 12–13.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М.: Ё/и, 1980. – 48с.
3. Бочериков А.Н., Денисенко М.М. Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями // Укр. вісн. психоневрол. – 2010. – Т. 18, вип. 4 (65). – С. 56–60.
4. Вороткина Ж.Л. Самоубийство как социальная патология // Экология человека. – 2000. – №4. – С. 82–83.
5. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения. Метод. рекоменд. – Самара, 2000. – 72 с.
6. Кожина А.М., Зеленская Е.А. Современные подходы к психотерапии депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением // Медицинская психология. – 2012. – №3. – С. 68–71.
7. Марута Н.О., Явдок І.О. Предикторы суїцидальної поведінки при невротичних розладах // Укр. вісн. психоневрол. – 2006. – Т. 14, вип. 1 (47). – С. 59–63.
8. Суїцид. Хрестоматія по суїцидології // Сост. Моховиков А.Н. – К., 1996.
9. Суїцидологія. Прошлоє і нинішнє // Под ред. А.Н. Моховикова. – М., 2001.
10. Шустов Д.І. Аутоагресія, суїцид і алкоголізм. – М.: Когніто-Центр, 2005. – 214с.
11. Юрєва Л.Н. Кризисные состояния. – Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. – 164 с.
12. Юрєва Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск, 2006. – 742 с.
13. Юрєва Л.Н. Суїцидологічна ситуація в Україні: реалії і перспективи // Укр. вісн. психоневрол. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 34–36.
14. Barr V., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis // BMJ. – 2012. – Vol. 345. – e5142.
15. Bennet O., Nowers M., Gunnell D. Effects of barriers on the Clifton Suspension Bridge, England, on local patterns of suicide: implications for prevention // Br. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 190. – P. 266–267.
16. Bergen H., Hawton K., Kapur N. et al. Shared characteristics of suicides and other unnatural deaths without non-fatal self-harm? A multicentre study of risk factors // J. Affect. Disord. – 2012. – Vol. 42 (4). – P. 727–741.
17. Bergen H., Hawton K., Waters K. et al. How do methods of non-fatal self-harm relate to eventual suicide? // J. Affect. Disord. – 2012. – Vol. 136 (3). – P. 526–533.
18. Biddle L., Donovan J., Owen-Smith A. et al. Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: qualitative study // Br. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 197 (4). – P. 320–325.
19. Brendel R.W., Lagomasino I.T., Perlis R.H., Stern T.A. The suicidal patient. In: Stern T.A., Rosenbaum J.F., Fava M., Biederman J., Rauch S.L. eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. – Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier, 2008. – Ch. 53.
20. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G. et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour // Br. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 197 (1). – P. 20–27.
21. Bureau J.S., Mageau G.A., Vallerand R.J. et al. Self-Determination: A Buffer Against Suicide Ideation. Suicide Life // Threat Behav. – 2012, May 14. – doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00097.x.
22. Coine E.D. Self-harm behaviour: rethinking physical and mental health // Lancet. – 2012. – Vol. 380 (9853). – P. 1536–1538.
23. Carlsten A., Waern M., Ekedahl A. et al. Antidepressant medication and suicide in Sweden // Pharmacoeconomics and Drug Safety. – 2001. – Vol. 10. – P. 525–530.
24. Chen Y.-Y., Gunnell D., Lu T.-H. Descriptive epidemiological study of sites of suicide jumps in Taipei, Taiwan // Inj. Prev. – 2009. – Vol. 15. – P. 41–44.
25. Cole J.C.M., Walter H.J., DeMaso D.R. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman R.M., Behrman R.E., Jenson H.B., Stanton B.F. eds. Nelson Textbook of Pediatrics. – Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2011. – Ch. 25.
26. Dyregrov K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective // Crisis. – 2011. – Vol. 32 (6). – P. 310–318.
27. Fergusson D., Doucette S., Cranley Glass K. et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials // BMJ. – 2005. – P. 330; 396–399.
28. Garcy A.M., Vagero D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession // Soc. Sci. Med. – 2012. – Vol. 74 (12). – P. 1911–1920.
29. Grunebaum M.F., Ellis S.P., Li S. et al. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985–1999 // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65. – P. 1456–1462.
30. Gunnell D., Ashby D. Antidepressants and suicide: what is the balance of benefit and harm // BMJ – 2004. – Vol. 329. – P. 34–38.
31. Gunnell D., Middleton N., Whitley E. et al. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? A time-series analysis of trends in England and Wales, 1950–1998 // Social Science and Medicine. – 2003. – Vol. 57. – P. 595–611.
32. Gunnell D., Saperia J., Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: a meta-analysis of drug company data from placebo-controlled randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 385–388.
33. Hall W.D., Mant A., Mitchell P.B. et al. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991–2000: trend analysis // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 1008–1011.
34. Haw C., Hawton K., Niedzwiedz C., Platt S. Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. Suicide Life // Threat. Behav. – 2012 Nov 5. – doi: 10.1111/j.1943-278x.2012.00130.x.
35. Healy D. Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2003. – Vol. 62. – P. 71–79.
36. Helgason T., Tomasson H., Zoega T. Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data // Br. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 134. – P. 157–162.
37. Isacson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – Vol. 102. – P. 113–117.
38. Khan A., Leventhal R.M., Khan S. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database // J. Affect. Disord. – 2002. – Vol. 68 (2–3). – P. 183–190.
39. Khan A., Leventhal R.M., Khan S., Brown W.A. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database // J. Affect. Disord. – 2002. – Vol. 68 (2–3). – P. 183–190.
40. Kim H.J., Fay M.P., Feuer E.J. et al. Permutation tests for joint regression with applications to cancer rates // Statistics in Medicine. – 2000. – Vol. 19. – P. 335–351.
41. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review // JAMA. – 2005. – Vol. 294. – P. 2064–2074.
42. Martinez C., Riebrock S., Wise L. et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and nonfatal self-harm in first-episode episode depression – a nested case-control study // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 389–393.
43. Miller M., Azrael D., Hemenway D. Belief in the inevitability of suicide: results from a national survey. Suicide Life // Threat Behav. – 2006. – Vol. 6. – P. 1–11.
44. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T. et al. Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition Predicts Suicidal Behavior // Psychological Science. – 2010. – Vol. 21 (4). – P. 511–517.
45. Olsson M., Shaffer D., Marcus S.C. et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents // Archives of General Psychiatry. – 2003 – Vol. 60. – P. 978–982.
46. Pelletier A.R. Preventing suicide by jumping: the effect of a bridge safety fence // Inj. Prev. – 2007. – Vol. 13. – P. 57–59.
47. Reisch T., Schuster U., Michel K. Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from a national survey in Switzerland. Suicide Life // Threat Behav. – 2007. – Vol. 37. – P. 681–687.
48. Rihmer Z., Belső N., Kalma S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2001. – Vol. 103. – P. 238–239.
49. Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality // Soc. Sci. Med. – 2011. – Vol. 72 (6). – P. 840–854.
50. Sadock B.J. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry // J. Psychiatr. Pract. – 2012. – Vol. 18 (3). – P. 221–224.
51. Steeg S., Kapur N., Webb R. et al. The development of a population-level clinical screening tool for self-harm repetition and suicide: the ReACT Self-Harm Rule // Psychol. Med. – 2012 Mar 7. – P. 1–12.
52. Trumbetta S.L., Seltzer B.K., Gottesman I.I., McIntyre K.M. Mortality Predictors in a 60-Year Follow-Up of Adolescent Males: Exploring Delinquency, Socioeconomic Status, IQ, High-School Drop-Out Status, and Personality // Psychosom Med. – 2010. – Vol. 72 (1). – P. 46–52.
53. Whittington C.J., Kendall T., Fonagy P. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data // Lancet. – 2004. – Vol. 363. – P. 1341–1345.
54. Yip P.S., Coine E., Yousof S. et al. Means restriction for suicide prevention // Lancet. – 2012. – Vol. 379 (9834). – P. 2393–2399.