

О. О. Хаустова

САМОГУБСТВА ТА ПОБУТОВА СМЕРТНІСТЬ В УКРАЇНІ: ПІДСУМКИ 2012 РОКУ

Е. А. Хаустова

САМОУБИЙСТВА И БЫТОВАЯ СМЕРТНОСТЬ В УКРАИНЕ: ИТОГИ 2012 ГОДА

О. О. Khaustova

SUICIDE AND HOUSEHOLD MORTALITY IN UKRAINE: RESULTS OF 2012

Нами було проаналізовано смертність населення та розподіл померлих від зовнішніх причин у побуті, в тому числі випадки завершених суїцидальних спроб в Україні. Було відмічено невиразну тенденцію до зростання загального рівня суїцидів з 2010 року. За 2012 рік загальний рівень суїцидів склав 19,8, причому показник в селах в 1,4 рази вище, чим в містах. Було відмічено нерівномірний регіональний розподіл за рівнем суїцидів та інших причин смертності у побуті. Проведений аналіз дає можливість подальшої розробки програм профілактики суїциду та інших видів саморуйнівної поведінки з урахуванням регіональної специфіки.

Ключові слова: самогубство, саморуйнівна поведінка, спосіб життя, смерть від нещасного випадку, профілактика

Нами были проанализированы смертность населения и распределение умерших от внешних причин в быту, в том числе случаи завершённых суицидальных попыток в Украине. Была отмечена некоторая тенденция к увеличению общего уровня суицидов с 2010 года. За 2012 год общий уровень суицидов составил 19,8, причём показатель в сельской местности в 1,4 раза выше, чем в городах. Было отмечено неравномерное региональное распределение как уровня суицидов, так и других причин смертности в быту. Проведённый анализ даёт возможность дальнейшей разработки программ профилактики самоубийств и других видов аутодеструктивного поведения с учётом региональной специфики.

Ключевые слова: самоубийство, аутодеструктивное поведение, образ жизни, смерть от несчастного случая, профилактика

We have analyzed the distribution of mortality and deaths from external causes in everyday life, including cases of completed suicide attempts in Ukraine. It was noted vague tendency to increase the overall level of suicides in 2010. In 2012 the overall level of suicides was 19.8, and the rate in rural areas is 1.4 times higher than in urban areas. It was noted the uneven regional distribution by level of suicides and other causes of death in the home. The analysis makes it possible to further develop programs of prophylaxis of suicide and other self-destructive behavior, taking into account regional specifics.

Keywords: suicide, self-destructive behavior, lifestyle, accidental death, prophylaxis

Едвін Шнейдман — провідний американський суїцидолог, засновник Американської Асоціації суїцидології чітко визначив загальні фундаментальні риси суїциду, які ми подамо в дещо незвичному порядку (табл. 1):

Таблиця 1

Загальні риси суїциду (модиф. Е. Шнейдман, 1993) [цит. за 15]

1/4	стресор	фрустровані психологічні потреби
2/5	емоції	безпорадність і безнадійність
3/3	стимул	нестерпний психічний (душевний) біль
4/2	завдання	припинення відчуття усвідомлення нестерпного болю
5/1	мета	пошук рішення
6/6	внутрішнє ставлення до суїциду	амбівалентність
7/7	стан психіки	звуження когнітивної сфери свідомості («тунельна» свідомість)
8/9	комунікативний акт	повідомлення про намір
9/8	дія	втеча (агресія)
10/10	закономірність	відповідність загальному стилю поведінки в житті

Отже, на наявність фрустрованих психологічних потреб людина може відреагувати емоціями безпорадності та безнадійності, що, в свою чергу, може привести до відчуття нестерпного психічного болю. Відчуття (усвідомлення) цього болю людина ладна припинити будь-якою ціною. Але пошук рішення відбу-

вається на тлі звуження когнітивної сфери свідомості (вади усвідомлення), коли суїцидальній дії (втечі від реальності) передують амбівалентне ставлення особи до ймовірної суїцидальної спроби та повідомлення про неї (комунікативні акти). Наприкінці, реальні дії особи в суїцидальній ситуації обов'язково відповідатимуть загальному стилю її поведінки у житті.

Самогубство є нині однією з серйозних проблем охорони здоров'я в усьому світі. Відповідно до Зведеної доповіді Європейського Регіонального бюро ВООЗ «У відношенні яких стратегій профілактики суїциду є фактичні дані, що підтверджують їхню ефективність? (липень 2012)», за останні 45 років показники поширеності суїциду збільшилися на 60 %, і сьогодні з причини суїциду щороку помирає майже один мільйон осіб. Це виражається загальним світовим показником 16 на 100 тисяч населення і ставить суїцид на десяте місце серед провідних причин смерті в усьому світі, а у віковій категорії від 15 до 44 років — це одна з трьох провідних причин смерті. Масштаби проблеми істотно збільшуються при врахуванні показників кількості спроб самогубства, яких у 20 разів більше, ніж випадків завершеного суїциду [6—9, 14, 18, 21]

Між країнами існують великі відмінності у показниках поширеності суїциду: найнижчі річні показники відзначаються в мусульманських і латиноамериканських країнах (менше 6,5 на 100 тис. населення), а найвищі — у Східній Європі: в таких країнах як Білорусь, Литва і Російська Федерація реєструється більше 30 випадків суїциду на 100 тисяч населення. Більшість суїцидів (73 %) відбувається в країнах, що розвиваються, причому приблизно 60 % усіх суїцидів припадає на Азію,

зокрема, на Індію, Китай і Японію. Це відображає як велику чисельність населення цих країн, так і досить високу поширеність суїциду в багатьох азіатських країнах (більше 15 на 100 тис. населення в Індії і понад 20 на 100 тис. в Китаї, Республіці Корея, Шрі-Ланці та Японії) [9—15].

ВООЗ поділяє всі країни за показником рівня самогубств на 3 групи: низький рівень — до 10 на рік на 100 тис. населення; середній рівень — від 10 до 20 на 100 тис. населення; високий і дуже високий рівень — понад 20 на 100 тис. населення. В Україні на цей час фіксується до 20 випадків суїциду на 100 тисяч населення (середній рівень) [13].

В цілому, в результаті суїциду в світі помирає більше людей, ніж від воєн і насильницьких вбивств, разом узятих. Фахівці вважають, що до 2020 року число самогубств може зрости ще в півтора рази. В офіційну статистику самогубств потрапляють тільки явні випадки суїциду, тому кількість реальних самогубств значно перевершує офіційні цифри — вважається, що щорічно в світі кінчають із собою більше 4 млн чоловік. На думку судових експертів, причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти і т. д.) насправді є суїциди [1—6].

Також описані деякі характерні демографічні закономірності розповсюдженості суїцидів в світі незалежно від географічних особливостей, які можуть виявляти групи ризику та стратегії профілактичних втручання. Рівень завершених суїцидів приблизно в 6 разів вищий в чоловічій популяції ніж в жіночій; натомість кількість незавершених суїцидальних спроб вчетверо більша серед жінок. В більшості країн рівень самогубств в містах вище, ніж у сільській місцевості. Причинами зростання кількості суїцидів вважають прискорення темпу життя сучасної людини, урбанізацію і появу нових джерел небезпеки для життя. У Росії серед сільського населення він майже у 2,6 рази 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 понад 50 років. Загрозливими в плані прогнозу є темпи приросту рівнів суїцидів в підгрупі населення до 30 років [8].

Для формування програм профілактики саморуйнівної поведінки важливим є визначення предикторів і превенторів її прояву (в т. ч. суїциду). Це стали характеристики, що мають тенденцію до регулярного повторного знаходження в дослідженнях на великих вибірках людей, схильних до аутоагресії. До базових факторів ризику прийнято відносити соціально-демографічні, релігійні, етнічні, психологічні, біографічні, медичні, біологічні та інші чинники [2—7, 16—21, 24, 27]. Відповідно цим факторам ризику можна виокремити групи ризику аутоагресії (наприклад, «чоловіки понад 45 років»; «пацієнти з біполярним афективним розладом» та ін.). Разом з тим, базові фактори мають лише вірогідний, а не облігатний характер. Отже, приналежність до групи ризику не означає обов'язкову маніфестацію суїцидальної поведінки. Її ризик значно посилюється при інтеграції декількох факторів ризику

(наприклад, «чоловік після 45 років, який проживає на самоті, страждає на рекурентний депресивний розлад та має залежність від алкоголю»).

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 [11]. До таких ситуацій віднесені: смерть близької людини, розлучення або його перспектива, втрата роботи чи соціального статусу; втрата здоров'я (встановлення діагнозу важкого соматичного чи психічного розладу, соціальна чи фізична безпорадність в результаті захворювання та ін.); втрата безпеки (реальні погрози чи маячня переслідування) та інше [13].

У самому широкому сенсі, самогубство — різновид саморуйнівної поведінки (поряд з пияцтвом, курінням, споживанням наркотиків, переїданням). За термінологією західної суїцидології, «непряме самогубство» (*indirect suicide*) включає зловживання алкоголем, наркотиками, обжерливість і «спорт високого ризику». Терміном «хронічний суїцид» визначається спосіб життя і стиль життя, пов'язані з ризикованою поведінкою, включаючи зловживання алкоголем, споживання наркотиків або ж систематичні замаху на своє життя в інший спосіб. В цьому сенсі підтверджується закономірність за Е. Шнейдманом щодо відповідності акту самогубства загальному стилю поведінки у житті.

Дуже показовим відображенням способу життя людей та їх загального стилю поведінки постає розподіл причин смерті. Так, за стандартизованим показником загальної смертності в країнах Європейського регіону в період 2006—2010 рр. Україна посідала четверту сходинку після лідерів — Казахстану, Росії та Молдови (рис. 1).

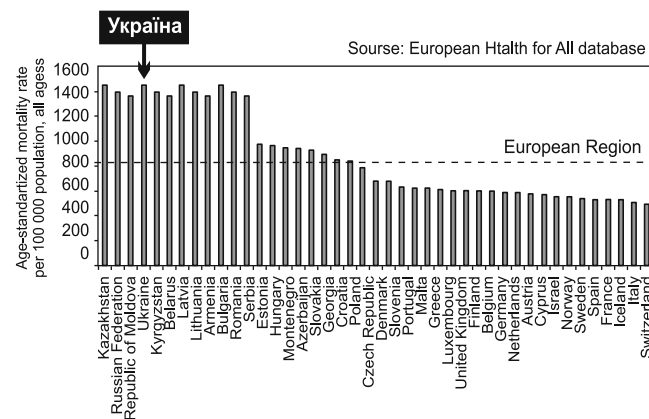


Рис. 1. Рейтинг загальної смертності в країнах Європи (2006—2010 рр.)

В структурі смертності населення у віці 0—64 роки в Україні та усереднених показниках по країнах ЄС існують певні відмінності. Провідними причинами смерті в ЄС виступають новоутворення, а в Україні — серцево-судинні захворювання (тобто хворобливий спосіб життя). В свою чергу, смерть від зовнішніх причин в Україні займає друге місце в рейтингу, а в країнах ЄС поступається серцево-судинним захворюванням (табл. 2).

Таблиця 2.

Структура смертності населення у віці 0—64 роки в Україні та країнах ЄС на 100 тис. населення, 2008 р.
Джерело: за даними European mortality database (HFA—MDB), для України подано дані 2006 р.

Причини	Україна		ЄС	
	k	%	k	%
Усі причини	629,3	100	216,7	100
В т. ч.:				
Хвороби системи кровообігу	224,0	35,6	48,8	22,5
Новоутворення	102,0	16,2	76,3	35,2
Зовнішні причини	129,3	20,5	31,0	14,3

Причому, за даними досліджень, рівень передчасної смертності від серцево-судинних захворювань має стійку зворотну кореляцію з рівнем валового внутрішнього продукту (ВВП) країни (рис. 2).

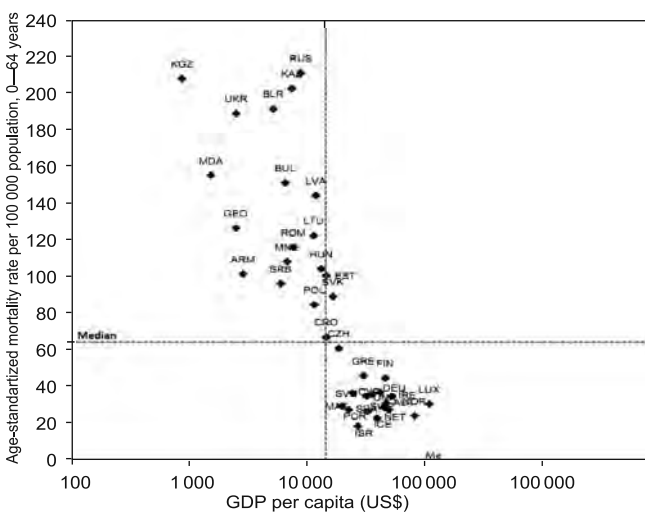


Рис. 2. Передчасна смертність від ССЗ відносно ВВП на душу населення в країнах Європейського регіону (2006—2009)

Аналіз причин смерті в Україні в залежності від впливу різних чинників підтвердив загальносвітову тенденцію щодо визначальної ролі способу життя на здоров'я людини (табл. 3). Для зменшення рівня передчасної смерті визначальними є зміни способу життя (48,5 %), у 15,8 % випадків — незадовільного стану зовнішнього середовища; у 24,9 % — коригування спадковості; у 10,8 % — ступінь повноти та якості медичної допомоги.

Таблиця 3

Причини смерті та вплив різних чинників на передчасну смертність внаслідок екзогенних і ендогенних причин, % [цит. за 7]

Причина смерті	Спосіб життя	Навколишнє середовище	Генетика	Охорона здоров'я
Серцево-судинні хвороби	54	9	25	12
Цереброваскулярна хвороба	50	22	21	7
Цироз печінки	70	9	18	3
Усі зовнішні причини	51	31	4	14
У середньому	48,5	15,8	24,9	10,8

Серед чинників нездорового способу життя завжди згадуються надмірне вживання алкогольних напоїв, куріння, малорухливість та нераціональне харчування. Втім, попри поширену думку щодо надмірної алкоголізації населення України, наша країна посідає досить низьку сходинку в такому рейтингу (рис. 3).

Вживання алкоголю в популяції понад 15 років в країнах Європейського регіону (кількість літрів на 1 людину), 2006—2011 рр.

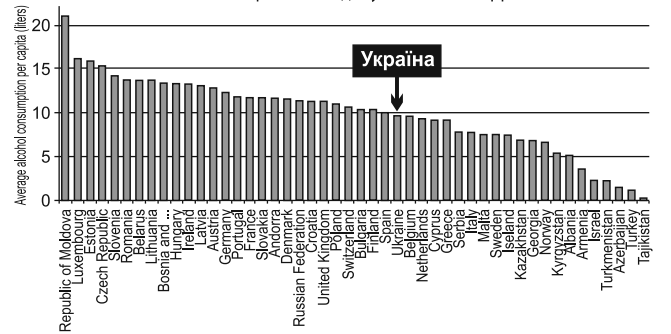


Рис. 3. Рейтинг України за рівнем алкоголізації серед країн Європи

Втім, за абсолютною кількістю осіб, що померли внаслідок навмисного самоушкодження, в 2010 році Україна була другою після Німеччини. З великим відставанням від лідерів в сумному рейтингу були Великобританія та Румунія. Інші країни мали більш сприятливі показники (рис. 4).

Кількість смертей — намеренное членовредительство, обоих полов, всех возрастов

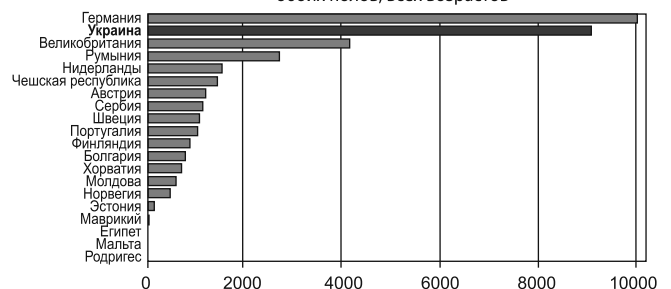


Рис. 4. Суїциди: база даних ВООЗ щодо смертності станом на березень 2012

Нами було проаналізовано смертність населення та розподіл померлих від зовнішніх причин у побуті, в тому числі випадки завершених суїцидальних спроб в Україні.

Найбільший пік самогубств в Україні припадає на 1996—2000 роки; тоді на 100 тис. населення припадало щороку близько 30 самогубств. Починаючи з 2000 року суїцидальні настрої серед українців стали йти на спад. В результаті за останнє десятиліття кількість таких смертей скоротилася в півтора 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 %. У 2010 році кількість самогубств зменшилась до 9,5 тисяч. За 2011 рік було скоєно 19,6 на 100 тис. населення), за 2012 рік загальний рівень суїцидів склав 19,8, в тому числі в містах — 16,0 та в селах — 28,4 (рис. 5). Смертність від зовнішніх причин, в тому числі самогубства, в селах в 1,4 рази вища, чим в містах.

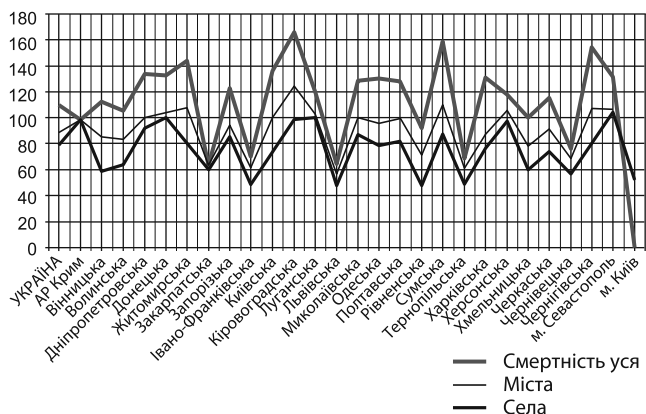


Рис. 5. Смертність у побуті в окремих регіонах України (2012)

Смертність у побуті в селах Кіровоградської та Сумської областей перевищує середній показник по Україні, а в селах Західного регіону смертність у побуті менша, чим в середньому у містах України. Серед міст України сумна першість належить м. Севастополь, а також містам Луганської, Донецької областей та АР Крим. На п'ятому місці — Кіровоградська область: в цьому регіоні підвищена смертність у побуті як в селах (1-ше місце), так і в містах (рис. 6).

Аналіз питомої ваги окремих причин смерті у побуті вказує на самогубства як провідну причину смерті. Другу сходинку поділяють такі категорії як дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), нещасні випадки та смерть з невизначеним наміром самоушкодження (рис. 7).

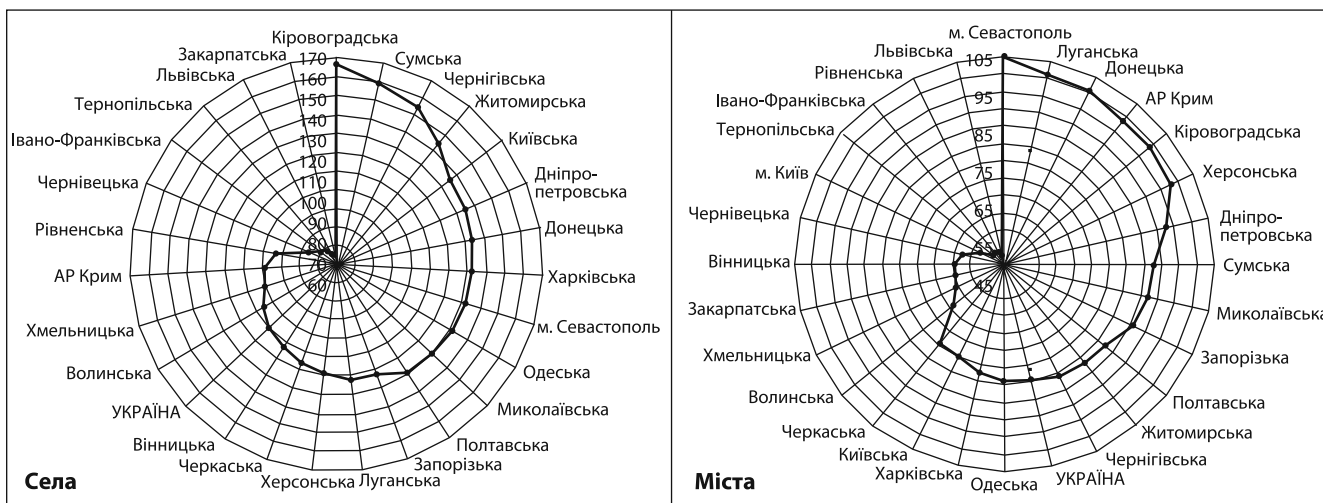


Рис. 6. Смертність у побуті в селах і містах (2012)



Рис. 7. Розподіл причин смертності у побуті (Україна, 2012)

Звертає на себе увагу той факт, що деякі категорії (падіння, механічні ушкодження, неалкогольні отруєння та вбивства) мають однаковий рівень серед сільського та міського населення. В той же час, рівень самогубств, нещасних випадків, алкогольних отруєнь та ДТП є вищим у селах. На особливу увагу, за нашою думкою, також заслуговує аналіз категорії «смерть від невизначеного наміру», тобто коли на момент заповнення лікарського свідоцтва про смерть

(форма № 106/о) була відсутня достатня інформація щодо верифікації інциденту як нещасний випадок, самоушкодження або насильство з метою ушкодження/убивства. Отже, до цієї категорії включені самоушкодження за умови відсутності визначення випадковості чи навмисності наміру ушкодження (коди Y10 — Y34 за МКХ-10). Показовим є факт, що ця категорія значно частіше застосовується щодо міського населення (рис. 8).

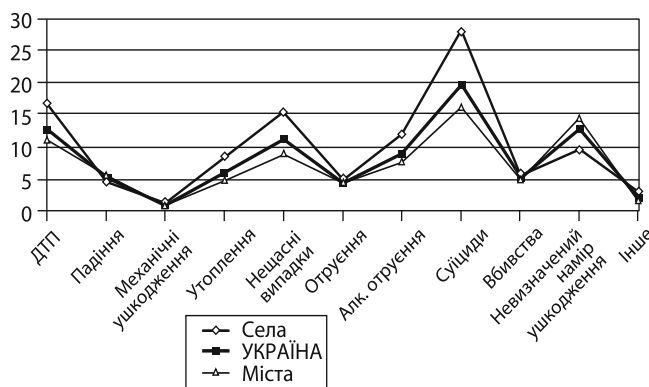


Рис. 8. Розподіл причин смертності у побуті з урахуванням місця проживання (2012)

Враховуючи на те, що сутністю значної кількості випадків «смерті в побуті» насправді є суїциди, ми проаналізували їх регіональний розподіл в загальній структурі смертності від зовнішніх причин у побуті за 2012 рік. Причому, ми виокремили тільки ті категорії, що виявили спільний з суїцидами тренд (алкогольні отруєння) або виразний регіональний розподіл (смерть з невизначеним наміром). Так, Кіровоградська, Сумська та Херсонська області мали найвищий показник суїцидів (в перерахунку на 100 тис. населення) навіть в порівнянні з селами України. Причому, в Кіровоградській області відносна кількість осіб, що до смерті отруїлися алкоголем, перевищує 35 на 100 тис. населення, що є вище рівня самогубств в цьому регіоні. Показник «смерть від невизначеного наміру» дуже різниться в окремих регіонах: від зникаюче малою в Закарпатській області, до перевищення річної кількості суїцидів у Львівській області та до пікових показників (самоушкодження за умови відсутності визначення випадковості чи навмисності наміру ушкодження) у Харківській області, м. Севастополі та м. Києві (рис. 9).

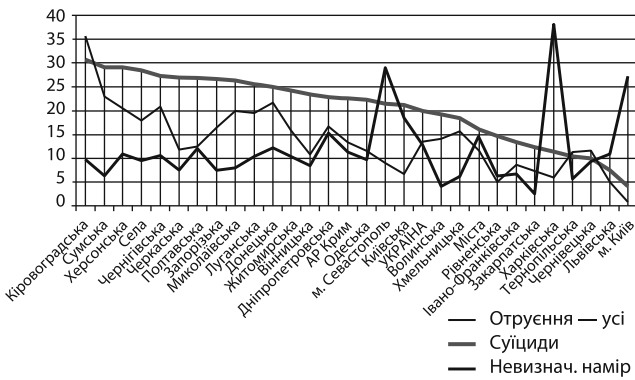


Рис. 9. Смертність від суїциду та отруєнь в Україні за 2012 рік [45]

Варто зауважити, що почасті повторні суїциди скоюють у той ж спосіб, що й попередні (іноді за механізмом стереотипії) [Ісаєв, 2000]. Отже, значна питома вага смертності від алкогольних отруєнь в Україні є прихованими та/або неусвідомленими суїцидами, про що додатково свідчить типовість їх розподілу.

При сукупному аналізі питомої ваги причин смерті в побуті «лідерів» та «аутсайдерів» серед регіонів України ми також звернули увагу на визначальну роль «невизначеного наміру самоушкодження» та «алкогольного отруєння» серед причин смерті в побуті.

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

Втім, за категорією місця проживання побудова таких програм суттєво не має відрізнятися, тому що питома вага більшості причин смерті в побуті подібна одна до одної за винятком «невизначеного наміру самоушкодження», який є вдвічі більшим у містах України за 2012 рік (рис. 10).

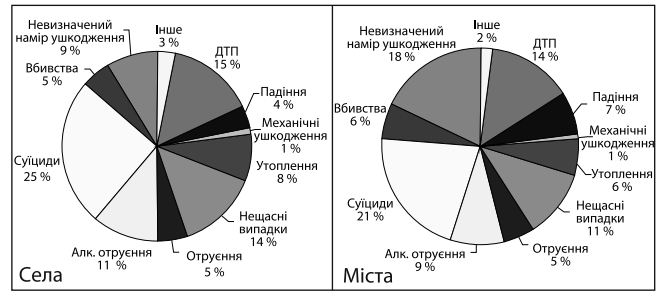


Рис. 10. Питома вага окремих причин смерті у побуті в селах і містах України (2012)

Як ми вже відмітили, найвищий рівень смерті у побуті відповідно в селах та містах належить Кіровоградській області та м. Севастополі (рис. 11). Але за рейтингом суїцидів ці регіони відрізняються значно менше (відповідно 25 % та 20 %); значні розходження стосуються алкогольних отруєнь та невизначеного наміру ушкодження (відповідно 22 % і 6 % та 8 % і 28 %).

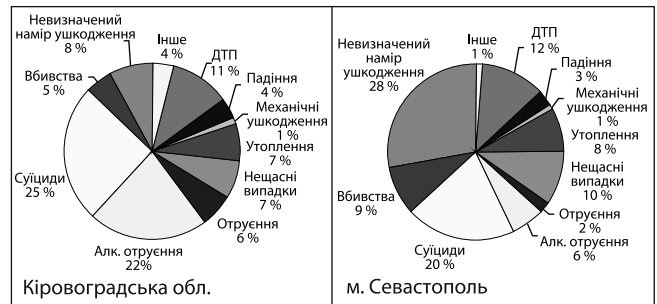


Рис. 11. Питома вага окремих причин смерті у побуті в регіонах України з найвищим її рейтингом в селах і містах (2012)

Дуже показовим є той факт, що у регіонах, де був найнижчий рівень смерті в побуті в селах і містах, низький показник алкогольних отруєнь (відповідно 7 % та 5 %). Рівень суїцидів склав 20 % в Закарпатській області та 13 % у Львівській області, але простежується певна можлива їх «міграція» відповідно в категорії «нещасні випадки» (17 %) щодо Закарпаття та «невизначений намір ушкодження» (21 %) щодо Львівщини (рис. 12).

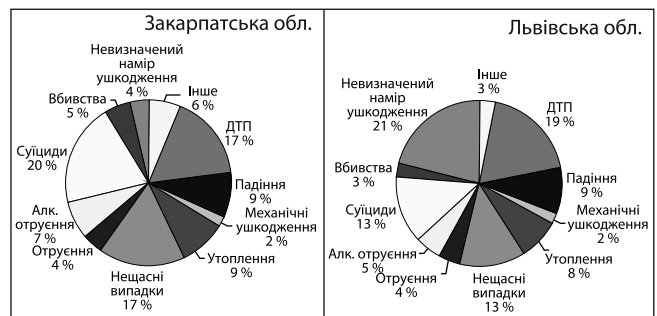


Рис. 12. Питома вага окремих причин смерті у побуті в регіонах України з найнижчим її рейтингом в селах і містах (2012)

При порівнянні окремих причин смерті у побуті в регіонах України з найвищим та найнижчим рівнем самогубств знову напрошується висновок щодо впливу способу життя на його тривалість (сумний рейтинг алкогольних отруєнь на Кіровоградщині), а також надмірного використання категорії «невизначений намір ушкодження» (своєрідна статистична комора без світла) (рис. 13).

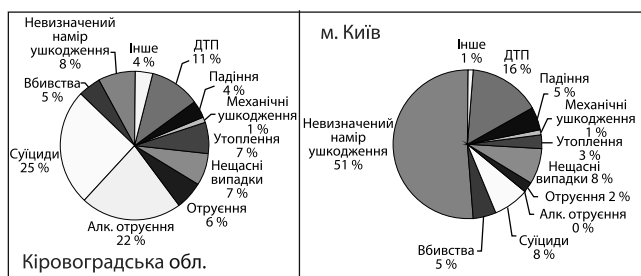


Рис. 13. Питова вага окремих причин смерті у побуті в регіонах України з найвищим та найнижчим рівнем самогубств (2012)

Отже, при аналізі смертності у побуті в окремих регіонах України на особливу увагу заслуговують не лише самогубства, але й деякі інші категорії прихованого суїциду на кшталт алкогольних отруєнь, невизначеного наміру ушкодження та нещасних випадків (рис. 14).

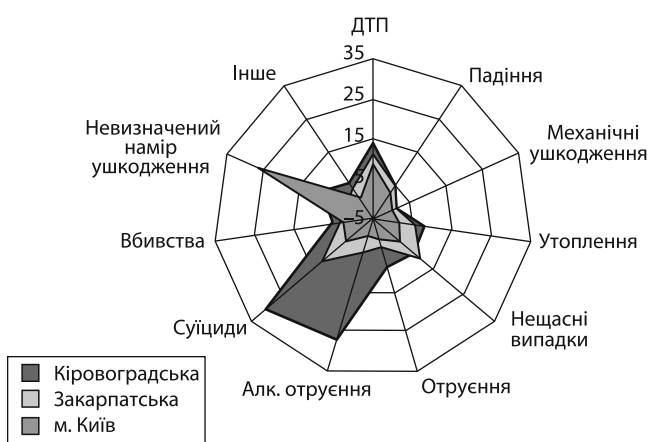


Рис. 14. Розподіл осіб, що скоїли завершені суїцидальні спроби, за способом явного суїциду або прихованої/неусвідомленої саморуйнівної поведінки

Таким чином, результати проведеного аналізу дозволяють сформулювати такі висновки.

Саморуйнівна (аутоагресивна) поведінка є актуальною морально-етичною та медико-соціальною проблемою. Але в офіційну статистику самогубств потрапляють тільки явні випадки суїциду, тому кількість реальних самогубств значно перевищує офіційні цифри. Причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти і т. д.) 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 належить до країн із середнім рівнем суїцидальної активності. Загрозливими в плані прогнозу є темпи приросту рівнів суїцидів в підгрупі населення 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 тільки 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 наляштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів-психіатрів, психотерапевтів і психологів. До завдань щодо планування програм і наукових досліджень у галузі профілактики суїциду належать уніфікація визначень термінів, що стосуються саморуйнівної поведінки, уніфікація протоколів оцінки з метою виявлення груп населення підвищеного ризику суїциду і використання заходів оцінки з перевіреною і встановленою валідністю і достовірністю.

Список літератури

1. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. — М.: 6/и, 1980. — 48 с.
2. Бачериков А. Н. Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями / А. Н. Бачериков, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 4 (65). — С. 56—60.
3. Вароткина Ж. Л. Самоубийства как социальная патология / Ж. Л. Вароткина // Экология человека. — 2000. — № 4. — С. 82—83.
4. Исаев Д. С. Психология суицидального поведения : методические рекомендации / Д. С. Исаев, К. В. Шерстнев. — Самара, 2000. — 72 с.
5. Кожина А. М. Современные подходы к психотерапии не-психотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Медична психологія. — 2012. — № 3. — С. 68—71.
6. Марута Н. О. Предикторы суицидальной поведінки при невротичних розладах / Н. О. Марута, І. О. Явдак // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 1 (47). — С. 59—63.
7. Найда А. Еволюція терміна «смерть», смертність внаслідок серцево-судинної патології (судово-медичне дослідження) / А. Найда, О. Малик // Вісник Львівського університету. Серія юридична. — 2012. — Вип. 55. — С. 303—315.
8. Суицидология. Прошлое и настоящее / под ред. А. Н. Моховикова. — М., 2001.
9. Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. О. Хаустова, О. П. Романів // Ліки України. — 2013. — № 1 (167). — С. 89—94.
10. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
11. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск : Арт-пресс, 1998. — 164 с.
12. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск, 2006. — 742 с.
13. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 34—39.
14. Wilson J. F. Finland pioneers international suicide prevention / J. F. Wilson // Annals of Internal Medicine. — 2004. — Vol. 140. — P. 853—856.
15. Antoon A. Leenaars, Edwin S. Shneidman on Suicide / Antoon A. Leenaars // Suicidology Online. — 2010. — Vol. 1. —

P. 5—18. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>

16. A Summary of National, State and Provincial Strategies for the Prevention of Suicide. — Calgary: Centre for Suicide Prevention, 2004. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/SummaryofNationalStateandProvStrategies.pdf>

17. Cantor, C. H. Suicide in the Western world / C. H. Cantor In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide (eds K. Hawton & K. van Heeringen). — Chichester: John Wiley & Sons, 2000. — P. 9—28.

18. Forbruget af Antidepressiva i Danmark i den Primære Sundhedssektor i Perioden 1994—2003. — Copenhagen : Danish Medicines Agency, 2005. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/forbrugsanalyser/antidepressiva/html/entire_publication.htm.

19. 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 / [Gunnell, D., Middleton, N., Whitley, E., et al.] // Social Science and Medicine. — 2003; 57, 595—611.

20. Isacson, G. Suicide prevention — a medical breakthrough? / G. Isacson // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2000; 102, 113—117.

21. Rihmer, Z. Antidepressants and suicide prevention in Hungary / Rihmer, Z., Belso, N. & Kalmar, S. // Ibid. — 2001; 103, 238—239.

22. Mikton C. Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help / C. Mikton // Inj Prev. — 2008; 14: 279.

23. Miller M. Belief in the inevitability of suicide: results from a national survey / Miller M., Azrael D., Hemenway D. // Suicide Life Threat Behav. — 2006; 36: 1—11.

24. Suicide prevention strategies: a systematic review / [Mann J. J., Apter A., Bertolote J., et al.] // JAMA. — 2005; 294:2064—74.

25. Reisch T. Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from a national survey in Switzerland / Reisch T., Schuster U., Michel K. // Suicide Life Threat Behav. — 2007; 37: 681—7.

26. Bennewith O. Effects of barriers on the Clifton Suspension Bridge, England, on local patterns of suicide: implications for prevention / Bennewith O., Nowers M., Gunnell D. // Br J Psychiatry. — 2007; 190: 266—7.

27. Pelletier A. R. Preventing suicide by jumping: the effect of a bridge safety fence / A. R. Pelletier // Inj Prev. — 2007; 13: 57—9.

Надійшла до редакції 05.09.2013 р.

ХАУСТОВА Олена Олександрівна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач відділу психічних розладів осіб похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, e-mail: 7974247@gmail.com

КХАУСТОВА Елена, Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, Head of Department of mental Disorders of the elderly, Ukrainian scientific-research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, e-mail: 7974247@gmail.com