

ПАРФЕНОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА

научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории психологического сопровождения подростков с девиантным поведением специального предприятия по работе с трудными подростками ООО «Новое поколение», г. Санкт-Петербург

PARFYONOVA A.

research laboratory of psychological studies of deviant teenagers Specialized enterprise directed to work with "difficult" teenagers "New Generation", Saint-Petersburg

**ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДООПАСНОГО ПАЦИЕНТА
PSYCHOLOGICAL-SOCIAL SUPPORT OF A PATIENT INCLINED TO SUICIDE
INSIDE A MEDICAL INSTITUTION**

АННОТАЦИЯ: В данной статье затронута тематика освещения типологических особенностей лиц, предпринявших попытку суицида. Приводятся критерии типологизации суицидального поведения с точки зрения психолого-патогенетических основ его развития. Обсуждаются вопросы разграничения суицидального, парасуицидального и псевдосуицидального поведения. Освещены современные подходы к определению суицидального риска.

ABSTRACT: The article deals with the social-psychological aspects of support of patients having made an attempt of suicide. It discusses the problems of euthanasia, their legislative regulation. It shows the modern variety of solution of the problems in the world practice and ideas of psychological-social support of patients having a risk of committing suicide.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аутоагрессия, суицид, суицидальное поведение, парасуицидальное поведение, псевдосуицидальное поведение, суицидальный риск.

KEY WORDS: autoaggression, suicide, suicide behavior, parasuicide behavior, pseudosuicide behavior, risk of suicide.

Актуальность проблемы роста количества самоубийств как крайней смертельной формы аутоагрессивного очевидна. За последние 50 лет число самоубийств в мире, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), возросло на 50%. Кроме того, на каждый совершённый суицид приходится 20 человек, пытавшихся покончить с собой. Количество самоубийств в России выросло за 100-лет в 10 раз, за последние 20 лет мы потеряли около 1 миллиона граждан. Тем не менее в России наметилась тенденция к снижению уровня самоубийств (1994 г. - 42,2 на 100 тыс. населения; 2007 г. - 34,6), хотя по этому показателю Россия продолжает занимать 2-е место в мире после Литвы [2,6,9,10,11].

В соответствии с прогнозом ВОЗ, в 2020 году приблизительно 1,53 млн. людей во всем мире покончат с собой, и в 10-20 раз большее их число совершит суицидальные попытки. Одна смерть будет происходить каждые 20 секунд, а одна попытка – каждые 1-2 секунды. Однако заслуживает внимания не только общее число совершаемых самоубийств и попыток самоубийства, но и тот негативный резонанс, которые оказывают случаи самоубийств на родственников, близких, сослуживцев, и который

трудно подвергнуть количественной оценке. Поэтому следует согласиться с американскими психологами, которые утверждают, что много самоубийств – это статистика, а одно самоубийство – это трагедия[9].

Общество, как правило, считает самоубийство нежелательным поступком, приводящим к трагическим последствиям действием и отклоняющимся от нормы. Однако самоубийство – это не симптом или синдром и даже не признак психической аномалии, а одна из форм поведения человека в экстремальной ситуации.

Несмотря на то, что на протяжении длительного времени изучения суицидального поведения, к этому феномену было приковано внимание различных специалистов (психологов, социологов, философов, психиатров, юристов, педагогов, судебных медиков, литераторов), существенных результатов достигнуто не было, особенно в вопросах диагностики аутоагрессивного риска и предупреждения аутоагрессивных действий. Не зря "Оксфордское руководство по психиатрии" (1999) констатирует, что связь между аутоагрессией и целым рядом разнообразных факторов, не позволяет обоснованно

считать, что этиология данного явления установлена [4].

Таким образом, до настоящего времени не существует достоверных признаков, по которым можно было бы выявить человека, готовящегося к самоубийству, как нет и лекарства, ликвидирующего суицидальный риск. По мнению основоположника суицидологии Э. Дюркгейма (1897), «нет такого переживания, которое не могло быть субъективным поводом для сведения счетов с жизнью». В одних случаях ситуация, ведущая к суициду, субъективно переживается, как тяжелая жизненная драма, в других поражает легковесность принятия решения о покушении на свою жизнь. Нужно иметь в виду, что «те, у кого есть даже несколько факторов риска самоубийства, далеко не всегда совершают его и, наоборот, самоубийство могут совершать люди, не имеющие к нему, казалось бы, никаких предпосылок» [4,5,9].

Трудность решения проблемы самоубийств связана и с тем, что ситуации, которые приводят человека к самоубийству имеют чрезвычайно широкий диапазон от обыденных и банальных до глубоко трагичных, а в ряде случаев, по мнению А.Г. Амбрумовой и О.Э. Калашниковой (1998), имеется явный умысел получить защиту или поддержку от окружения («крик о помощи») [10,15].

Проблема влияния самоубийства пациента на личность психолога широко не обсуждается, публикации на эту тему в научной литературе весьма малочисленны и даже клинические психологи слабо подготовлены к последствиям воздействия самоубийства. Как ни странно, но отсутствуют официальные организационно-методические указания по тактике психологического сопровождения суицидальных пациентов, хотя в 50-70% общей популяции населения, суицидальные тенденции обнаруживались, как минимум однократно. Самоубийство пациента может приводить к значительным последствиям для личной и профессиональной жизни психологов. К таким последствиям относятся сильный стресс, социальная изоляция, симптомы посттравматического стрессового расстройства и депрессии, а также мысли о смене специальности и выходе на пенсию.

Такое положение дел вызывает, подчас, чувство беспомощности и отчаяния у тех специалистов, осуществляющих помощь суицидентам, а также неудовлетворенность степенью эффективности диагностики и профилактики суицидальных действий.

Клинико-патогенетическая характеристика суицидального поведения, предполагает использование системного подхода в оценке предиспозиции в формировании суицида, базирующегося на адаптационной концептуальной основе патогенеза суицидального поведения, которая расценивает аутоагрессию как одну из форм (наряду с агрессией) биологически закономерного механизма приспособления, способа поведения человека в экстремальной ситуации (состоянии), представляющую собой результирующий вектор личностных психологических установок, потенцируемый определенными ситуационными (социальными) условиями. Данное определение учитывает то, что суицидаль-

ное поведение формируется как ответ-реакция психической деятельности (центральной нервной системы) на преимущественно психогенные стрессоры в процессе развёртывания адаптационного синдрома. Поэтому, определяя клинико-патогенетическую типологию аутоагрессивного поведения, целесообразно учитывать все – как патопсихологический, так и психопатологический, и патобиологический аспекты его формирования.

Исходя из этого, можно определить следующие критерии типологизации суицидального поведения с точки зрения психолого-патогенетических основ его развития:

1. Наличие («включение») или отсутствие программы на самоуничтожение как патобиологической основы аутоагрессивного поведения.

2. Взаимосвязь со стадиями развёртывания адаптационного синдрома (тревоги, резистентности, истощения).

3. Особенности ответной реакции: поведенческие, со стороны сферы психической деятельности (восприятия, эмоций, мышления, памяти и т.д.), нейрофизиологические и нейрохимические.

4. Наличие непсихотического (невротического) или психотического уровня психических расстройств, на фоне которых формируются аутоагрессивного поведения.

5. Особенности личностной патопсихологической мотивации.

6. Специфические особенности собственно аутоагрессивного поведения.

Учитывая эти критерии, можно выделить следующие типологические формы аутоагрессивного поведения и определённые патогенетические особенности их формирования:

1. Суицидальное поведение характеризуется:

- «включением» программы индивидуального самоуничтожения;

- формированием его на переходе со стадии резистентности к стадии истощения адаптационного синдрома;

- смертельными формами поведения (самоубийство, жизнеопасные способы осуществления суицидальных попыток);

- проявлением при непсихотических психических расстройствах, а также при психотических расстройствах в стадии разрешения психоза, ремиссии или интермиссии;

- направленностью на достижение добровольной смерти вследствие «отрицательного жизненного баланса»; проявления антисуицидального барьера вытеснены (смерть более привлекательна, чем жизнь), специфически проявляются временные децентрации [3,5,7,12] в проживании субъективного времени: фиксация на отрицаемом будущем при обесцененном прошлом и настоящем;

- тщательным планированием и подготовкой аутоагрессивных действий; выбором заведомо летальных способов их осуществления; длительным неаффектированным пресуицидальном периоде (так называемый «холодный пресуицид»).

Необходимо отметить, что среди всех форм аутоагрессивного поведения суицидальное поведение

встречается только в 10–15% случаев, часто заканчивается смертью и наиболее резистентно к проводимым коррекционным мероприятиям.

2. *Парасуицидальное поведение характеризуется:*

- отсутствием активации программы на индивидуализированное самоуничтожение «не включается»; патобиологическая основа — пониженная стрессоустойчивость организма;

- формированием на стадии тревоги адапционного синдрома (реже может формироваться на переходе от стадии резистентности к стадии истощения);

- формированием собственно аутоагрессивного поведения в случае нерешенности ситуации и затяжного стресса, что может происходить по механизму переадресации (при её фрустрационном подавлении) на самого себя; реакциями ажитированной тревоги, страха, избирательной дефицитарности, искажённостью фокуса внимания с восприятием и осознанием только субъективно значимой информации; активация эмоционально-когнитивного комплекса резко смещена в сторону эмоционального полюса (актуальная ситуация «чувствуется», а не продумывается); ориентировочно-исследовательское поведение подавлено;

- относительно частой встречаемостью при всех непсихотических психических нарушениях (преимущественно декомпенсации личностных расстройств и т.д.), расстройствах адаптации, а также при психотических расстройствах (включая аффективные) в стадии ремиссии, интермиссии на фоне дополнительных психотравмирующих ситуаций;

- желанием изменения актуальной ситуации, а не достижением добровольной смерти на фоне выраженной ситуации актуальных потребностей; возможна фиксация на «несправедливости» несбывшихся ожиданий;

- импульсивностью аутоагрессивных действия, выбором преимущественно нежизнеопасных способов их реализации и наличием острого аффективного пресуицидального периода.

Это наиболее часто встречаемая форма аутоагрессивного поведения, осуществляется преимущественно в виде суицидальных попыток. Наибольшей опасностью при её реализации является возможность инвалидизации человека, а также закрепление аутоагрессивных паттернов преодолевающего поведения с резким повышением вероятности рецидива аутоагрессивного поведения.

3. *Псевдосуицидальное поведение характеризуется:*

- демонстративно-шантажными формами аутоагрессивного поведения с выбором заведомо нежизнеопасных способов их осуществления (или при высокой вероятности предотвращения окружающими демонстративной суицидальной попытки); возможен летальный исход (как несчастный случай, а не самоубийство) при недоучёте опасности реализуемых аутоагрессивных действий;

- отсутствием программы на самоуничтожение;

- возможностью формирования на стадии тревоги общего адаптационного синдрома;

- манипулятивным, рентным поведением;

- наибольшей частотой встречаемости при истерическом (зависимом) расстройстве личности или при расстройствах адаптации у личности с выраженным истерическим радикалом;

- сосредоточением исключительно на желаемое изменение актуальной ситуации; наличием инфантильных психологических установок; планированием будущего исключительно в соответствии с «собственным сценарием».

В клинико-психологической практике встречается не так часто. Наибольшую опасность представляет закрепление дезадаптивных (регрессивных) форм преодолевающего поведения, высокий риск рецидивирования такой формы аутоагрессивного поведения с непредсказуемостью последствий.

D. Wasserman (1990) считает, что не существует простого объяснения данного феномена. Многие люди страдают от душевных заболеваний, имеют личностные расстройства или переживают тяжёлые жизненные ситуации, однако у них никогда не возникают мысли о самоубийстве и они никогда не предпринимают попыток свести счёты с жизнью [6].

Нужно иметь в виду, что даже те, у кого есть даже несколько факторов риска самоубийства, далеко не всегда совершают его, и наоборот, самоубийство могут совершить люди, не имеющие к нему, казалось бы, никаких предпосылок [3]. Общеизвестно, что 10% людей скрывают свои суицидальные намерения, и поэтому ни одна программа превенции самоубийств не может быть абсолютно эффективной.

Считается, что все люди хотя бы раз в жизни задумывались о суициде. Смысл желания смерти чаще всего проявляется в фантазиях, а физическая смерть не является целью суицидента. В действительности смерть - это конец, в чем и заключается самообман. В США 2 миллиона жителей совершали одну и более суицидальных попыток, при этом никто из этих людей не являлся абсолютно суицидальным. Желание умереть по своей психологической сути является амбивалентным, суицидальная настроенность является преходящей. Суицидальные мысли могут появляться и исчезать, возникать снова, но почти всегда они проходят. Испытывая к жизни амбивалентное отношение, большая часть людей в действительности умирать не хочет, меньшая часть людей рассчитывает умереть и выбирает способ, гарантирующий смерть. Ещё одна группа людей в вопросах смерти полагается на волю судьбы [2]. После неудачной суицидальной попытки эмоциональное напряжение, как правило, снижается. Однако ослабление переживаний непродолжительно и через какое-то время вновь могут последовать суицидальные действия. Угрозы и попытки самоубийства довольно часто бывают повторными. Причем повторные попытки совершаются в течение трех месяцев после первой и они чаще заканчиваются смертью. Бытующее мнение, что те, кто открыто говорят о самоубийстве, редко его совершают - это миф, неправильное представление [2,9,14,15].

Как правило, самоубийство не возникает внезапно, около 50% суицидентов за несколько недель или месяцев до совершения суицидального акта обращаются к врачам различного профиля с жалобами, преимущественно соматического характера. Они редко попадают в поле зрения профессионалов-психологов, занимающихся охраной психического здоровья. Только 25-30% суицидентов к моменту своей смерти находятся под наблюдением специалистов. Сообщение (прямое или косвенное, вербальное или поведенческое) о суицидальном намерении зачастую остается без внимания семьи, близких и друзей, что приводит к его реализации [4,12,15].

Подводя итог, можно утверждать, что суицидентами руководят амбивалентные чувства, они испытывают безнадежность, и в то же время надеются на спасение. Следует напомнить, что к любому суицидальному высказыванию необходимо относиться серьезно. Если своевременно обратить внимание на уведомление пациентов, то можно осуществить эффективное вмешательство. Риск самоубийства нужно рассматривать как неотложное состояние, требующее помощи и интенсивной работы психолога. Предсказать самоубийство сложно, но заподозрить его просто необходимо, что должно обязательно входить в компетенцию психолога и социального работника.

В зарубежной литературе постоянно дискутируется вопрос о необходимости постороннего вмешательства в жизнь суицидента и его решения. Высказываются мнения, что в свободном, демократическом обществе человек сам контролирует и распоряжается своей жизнью, и следовательно, за суицидальные формы поведения ответственность несет только он сам. Учитывается и то обстоятельство, что суицид не содержит состава преступления и осуществляется, как правило, без участия подстрекателей и сообщников. Типичными утверждениями сторонников этой точки зрения являются: 1) «Мы не несем ответственность за жизнь и смерть других, жизнь и смерть каждого человека принадлежит ему одному»; 2) «Никто, кроме самого человека, «уставшего от жизни», не может уберечь его от самоубийства» [1]. Ярким примером отражения этой точки зрения являются законодательные акты Германии, рассматривающие угрожающую ситуацию при суициде в качестве «несчастливого случая». Если врач из уважения к волеизъявлению суицидента воздерживается от медицинских мер, направленных на сохранение его жизни, он не подлежит наказанию. Это ситуация, при которой принятие врачом надлежащего решения зависит от прогностической оценки состояния больного и мужественно принятого им волеизъявления является «пограничной», тем не менее с целью предотвращения попыток самоубийства в стационаре необходимо оповестить медицинский персонал о том, что больной находится под угрозой совершения суицида, и назначить специальный надзор. Однако меры технического характера для предотвращения или затруднения осуществления самоубийства (отделение закрытых дверей, решетки на окнах) применяться не должны [1].

При оказании консультативной психологической помощи лицам перед угрозой суицида не существует психотерапии, которая гарантировала бы прекращение суицидальных намерений. Цель психологической помощи - разрешение проблем суицидента, обуславливающих суицидальность [3,5,12].

Последнее время наметилась тенденция к смягчению отношения общества и религии к феномену самоубийства. Все большее число граждан стало терпимее относиться к такой форме поведения в кризисной ситуации, допуская возможность такого поведенческого акта у психически здоровых лиц для разрешения трудных ситуаций. В связи с этим появилось мнение о необходимости оказания помощи тем суицидентам, которые просят об этом и обращаются к психологам, социальным работникам, психотерапевтам, психиатрам. И даже в тех случаях, когда тяжелобольные, одинокие, беспомощные просят помочь уйти им из жизни, то их «право на суицид» оказывается далеко не очевидным.

Известно, что уровень самоубийств в государстве зависит от качества суицидологической помощи. Особое значение при этом придается кризисной психотерапии, как начальному, но очень важному этапу помощи суицидентам. По мнению Р.М. Salkovskis, почти все пациенты, предпринимавшие суицидальные попытки или выявляющие суицидальные намерения, нуждаются в психологической поддержке.

Ранне L. Rappoport (1962) определил следующие цели кризисной терапии [11]:

- снятие симптомов;
- восстановление докризисного уровня функционирования;
- осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
- установление связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств; развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

М.Я. Соловейчик (2002) даёт следующие советы консультанту, работающему с суицидальным клиентом [11]:

- не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным;
- не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор;
- не стремитесь преуменьшить боль, переживаемую другим. Высказывания типа: «нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы его не понимаете;
- не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что вы это понимаете;
- не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оце-

нивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой;

- не говорите: «подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!». Эти слова не решают проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому они могут принести только вред;

- никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

При работе с суицидентом И.А. Акидинова (2001) описывает эмоциональные реакции, возникающие у психолога и снижающие эффективность оказываемой им помощи. К ним относятся [3]:

- 1) паника: «Я не в силах чем-либо помочь»;
- 2) страх: «Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?»;
- 3) усталость: «Опять длинный и тяжелый разговор»;
- 4) злость: «Неужели можно быть настолько слабавольным, чтобы решиться на такой поступок?»;
- 5) обида: «Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он ис-пользует меня?»;
- 6) внутренний конфликт: «Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе его остановить».
- 7) безвыходность: «Эта ситуация безнадежна, что я могу сделать?»;
- 8) отречение: «В такой ситуации я вел бы себя так же».

К. Derner, W. Ploh (1997) указывают на наиболее частые ошибки при проведении кризисной терапии [3]:

- недостаточное внимание к заявлениям пациента о его суицидальных намерениях, которое обычно связано со страхом терапевта перед смертью;
- навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх;
- бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию;
- взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента, активные профессиональные воздействия без учета их влияния на пациента, которому остается пассивная роль.

При конфликте с родственниками психолог обычно выполняет роль посредника, а не судьи, не принимая чьей-либо стороны в конфликте. В процессе бесед выявляются точки зрения конфликтующих сторон, проводится отреагирование негативных эмоций по отношению друг к другу. Следует отметить трудность смены директивной позиции родителей и самостоятельного освобождения суицидентов от постоянного гиперконтроля родителей [3,5,7,12].

D. Randall (2005) предлагает целую стратегию по защите суицидента и психолога, работающего с ним. Им сформулированы 5 основных задач по ведению острого суицидального больного [1]:

- защитите пациента от самого себя, пока кризисное состояние не пройдет. Суицидальные мысли всегда эпизодичны, и цель заключается в том, чтобы создать безопасные условия пациенту, пока вы помогаете ему разрешить кризис;

- выявите и разрешите, при возможности, острую проблему, ставшую непосредственной причиной суицидальной настроенности;

- диагностируйте и проводите коррекцию психических расстройств, лежащих в основе суицидального поведения;

- проводите коррекцию реакций горя членов семьи суицидального больного.

Ответственность за консультацию в разных странах понимается по-разному, в связи с чем представляется целесообразным разработать её универсальных международных критериев в этой сфере психологической деятельности [5]. Рабочая группа Объединенных Наций, занимающаяся вопросами охраны психического здоровья и совершенствованием методов психотерапевтической помощи, предложила ряд таких общих критериев. При этом особенно подчеркивается, что ответственность за психологическое консультирование подразумевает гуманность и уважение, иначе это нельзя считать ответственностью.

Нормы адекватного психотерапевтического лечения сформулированы в отчете Объединенных Наций следующим образом: «1. Каждый пациент имеет право получать медицинское и социальное обслуживание в соответствии с состоянием его здоровья...» и «2. Каждый пациент должен быть защищен от вреда, причиняемого неадекватным лечением, жестоким обращением других пациентов, медицинского персонала или какого-либо другого лица, а также из-за других актов, ведущих к психическим или физическим нарушениям» [9].

Самоубийство - наиболее частый повод для обвинения психиатров в преступной халатности. В случаях, когда не были использованы все имеющиеся меры предосторожности, и суицидент покончил с собой или получил увечья, семья погибшего может выдвинуть обвинение врачам в преступной небрежности.

Ряд основных принципов совместной работы суицидолога и суицидального пациента изложены Randall D. Buzan, Lester Butt (2005) [11, с. 257].

По их мнению, на необходимость неотложной госпитализации в психиатрический стационар указывают:

- совершение суицидальной попытки с высокой степенью решимости покончить с собой;
- сохраняющееся желание свести счеты с жизнью или наличие плана самоубийства;
- наличие симптомов серьезных психических расстройств, таких как депрессия, психотические состояния, связанные с употреблением алкоголя и другими психоактивными веществами;
- недостаточный контроль за побуждениями или слабость антисуицидальных факторов;
- недостаточность социальной поддержки;
- недавние социальные стрессы, утрата или эмоциональная травма.

В практической деятельности следует прибегать к советам T. Gutheil (1992), так как они, в некоторой степени, могут служить в качестве универсального принципа. Считается, что правильное психологическое заключение, оказание адекватной медицинской помощи, строгая документация и регулярные

консультации психолога являются факторами, освобождающими медиков от ответственности. Во всех странах преобладают разумные нормы ответственности, однако каждая страна при определении норм должна учитывать свою специфику.

Следует отметить, что, к сожалению, до сегодняшнего времени в отечественной литературе вопросы психологической работы, стратегии и тактики по отношению к суицидентам разработаны и освещены явно недостаточно и требуют дальнейшего изучения. Мероприятия по предупреждению суицидов необходимо проводить в течение длительного времени в сочетании с мерами охраны здоровья и предотвращения психических заболеваний. Необходимо подчеркнуть, что на современном этапе развития суицидологии считается, что суицидальные мысли как вероятный показатель особенностей психологического склада и механизмов защиты сами по себе изменениям не подвергаются, но с помощью образовательных и когнитивных методов можно видоизменять поведение суицидента [8]. Первичная профилактика суицидов значительно затруднена в силу того, что конфликтные ситуации и реакции короткого замыкания весьма часты и как правило трудно предсказуемы. Более эффективна вторичная (работа с лицами, обнаруживающими факторы суицидального риска) и третичная (предупреждение повторных суицидальных действий) формы профилактики. Следует акцентировать

внимание на том общепризнанном положении, что большую часть проявлений суицидального поведения можно предотвратить.

Система суицидальной помощи в нашей стране нуждается в дальнейшем совершенствовании с учетом социально-экономических условий регионов и этнокультуральных особенностей проживающего в них населения. Особое внимание необходимо обратить на постоянно увеличивающееся число общественных стрессов. Их перечень дан в докладе ВОЗ (2003): неблагоприятные жизненные события, перенаселенность, загрязнение окружающей среды, бедность, высокий уровень насилия, уменьшение социальной поддержки государства, локальные конфликты и войны, гражданские беспорядки. Установлено, что эти факторы отрицательно сказываются на состоянии психического здоровья людей и способствуют росту психических расстройств, суицидальному поведению.

Существующая мировая практика превенции самоубийств, заключающаяся в своевременном и адекватном психологическом сопровождении пациентов, предпринявших суицидальные попытки, в разработке национальных программ предупреждения суицидального поведения (на различных уровнях) и в улучшении экологических условий, качества жизни населения позволяет надеяться на позитивные сдвиги в решении данной актуальной проблемы.

1. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2007.
2. Голуб М. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидального поведения: Автореф. дис. канд. психолог. наук. - СПб, 2005.
3. Ермольева Е.А. Суицидальное поведение в дебюте эндогенного заболевания. Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2004.
4. Зайцев А.А. Клинико-психический анализ попыток на самоубийство у психопатических личностей: Тезисы к дис. Л., 2003.
5. Конончук Н.В. Психологическая характеристика лиц с острыми ситуационными суицидальными реакциями: Автореф. дис. ... канд. психолог. наук. - Л., 1980.
6. Корнетов А.Н. Распространенность и клинико-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Томск, 2004.
7. Менделевич Д.М., Гришкина М.Н. Пролонгированные депрессивные реакции с суицидными попытками у лиц с избыточной массой тела. Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб., 2003; с. 143.
8. Менделевич В.Д. и др. Аддиктивное поведение, креативность и самоактуализация. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб., 2001; с. 62.
9. Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте. Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. научн. трудов. СПб., 2005; с. 36–40.
10. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. М.: Новое литературное обозрение, 2001. 252 с.
11. Паршин А.Н. Суицид как развитие личности. Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2006.
12. Портнов В.А., Смирнов П.В. Антиципация возраста совершения повторных суицидальных попыток. Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2008.
13. Тимченко И.В. и др. Опыт работы многопрофильной бригады с подростками, совершившими суицидальные действия. Сибир. вестн. психиатр. и наркол. 2004; 3: 40.
14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001.
15. Яворский А.А. Клинические особенности суицидального поведения психопатических и акцентуированных личностей в период прохождения военной службы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб, 2005.