

УДК 616.89–008.441.44–07

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ)¹

В. А. Руженков, А. В. Боева, Г. А. Лобов

Белгородский государственный университет, кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии

Проблема суицидального поведения военнослужащих в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с широким распространением данного явления в Вооруженных силах – самоубийства среди военнослужащих составили в 2000–2002 году более 25 случаев на 100 тыс. человек, а суицидальные попытки и членовредительство является одной из основных причин направления солдат срочной службы на психиатрическое обследование (12).

Самоубийства у лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 19% от общего числа суицидов (6), а вероятность совершения суицидальных действий молодыми людьми более чем в три раза превышает аналогичный показатель у старших возрастных групп (2, 10). По нашим данным (3) попытки покушения на жизнь среди лиц подросткового возраста составили 26% от всех поступивших в реанимационное отделение после совершения суицидальной попытки.

Литературные данные в отношении удельного веса лиц с психическими расстройствами, совершивших суицидальные попытки противоречивые. Одни авторы считают, что удельный вес лиц с психической патологией среди суицидентов составляет от 20% (8) до 60–80% (14, 15) и даже 100% (9, 11). По данным А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко (1), среди лиц с завершенными суицидами соотношение больных психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровых составило 1,5:5:1 – то есть психически здоровые лица составляют 13,3%.

В условиях военной службы (13) выделяется ряд факторов, ведущих к нервно-психическим перегрузкам (перенапряжение, обусловленное значительной разницей с прежним жизненным укладом;

культуральные и национальные особенности военнослужащих; необходимость выполнения служебных обязанностей независимо от метеоусловий и времени суток, что нарушает биоритмы военнослужащего и ведет к нервно-психическому перенапряжению). Кроме того, особенности военной службы и длительный отрыв от семьи порождает чувство тревоги, беспокойства, тоски.

В связи с этим актуальным становится решение вопроса о пригодности к военной службе лиц, имеющих в анамнезе попытки покушения на жизнь, поскольку, по мнению Ю.И. Полищука (9), у суицидентов, отнесенных к числу психически здоровых, в действительности имеют место патологические формы дезадаптации личности в виде предболезненных состояний, которые на высоте дезадаптации в течение короткого времени переходят на клинический уровень.

Цель исследования: определение клинической структуры психических расстройств у юношей призывного возраста, совершивших суицидальные попытки для уточнения критериев годности к военной службе.

Материал и методы исследования

В течение 2004–2005 года в условиях стационара Белгородской областной клинической психоневрологической больницы обследовано 695 призывников, направленных на психиатрическое освидетельствование. В общей сложности в 95 (13,7%) случаях у призывников в анамнезе встречалось аутоагрессивное поведение, в том числе суицидальное – в 7,3% и самоповреждающее (аутодеструктивное) – в 6,4% случаев.

Рассматривая суицидальное поведение с позиции концепции А.Г.Амбрумовой, как результат социально-психологической дезадаптации в условиях переживаемого субъективно неразрешимого микросоциального конфликта и проявляющееся действиями, направленными на лишение себя жизни (истинное

¹ Работа выполнена в рамках проекта 06-06-55610а/Ц (регионально-федеральный грант РГНФ)

суицидальное поведение) или же демонстрацию подобного намерения (демонстративно-шантажное суицидальное поведение), из всей совокупности призывников с аутоагрессивным поведением мы выделили группу из 51 (53,7%) человека с суицидальным поведением, которая стала объектом дальнейшего исследования. В остальных 44 (46,3%) случаях аутоагрессивное поведение не имело цели лишения себя жизни (аутодеструктивное поведение).

Основными методами исследования были клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психологический (рисуночный фрустрационный тест Розенцвейга, тест Леонгарда-Шмишека, тест Люшера, личностный опросник Айзенка, Hand-тест), статистический (при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6) и катанестический (со сроком катанеза до 1 года). Для формализации результатов была разработана «Карта обследования подэкспертных», куда включались следующие блоки: биографический, психопатологический, психологический, конфликтологический и суицидологический. Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании отечественных концептуальных классификаций, принятых в подростковой психиатрии (4, 5, 7) и сопоставлялась с рубриками главы V (F) МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств».

Результаты и обсуждение

На период психиатрического освидетельствования все призывники были в возрасте от 17 до 23 (19,6±0,2) лет. До 18 лет включительно было 10 (19,6%) человек, остальные 41 (80,4%) – в возрасте 19–23 года. В большинстве случаев – 34 (66,7%) человека – обследуемые имели неполное среднее и среднее образование, 13 (25,5%) были учащиеся ПТУ и лишь 4 (7,8%) человека учились в ВУЗе. На период обследования 4 (7,8%) призывника имели собственную семью. Суицидальные попытки совершались в возрасте 14–22 (17,7±0,3) года (в большинстве случаев – 34 (66,7%) до достижения 18-летнего возраста) за 1–5 (2,2±0,2) лет до освидетельствования. В 48 (94,1%) случаях попытка покушения на жизнь была единичной и в 3 (5,9%) случаях наблюдались повторные суициды.

В подавляющем большинстве случаев – 46 (90,2%) способом покушения на жизнь избирались самопорезы предплечий (в 9 случаях – глубокие и в 37 – поверхностные), в 3 (5,9%) – самоотравление средствами бытовой химии и по 1 (2%) случаю предотвращенная попытка падения с высоты и попытка самоповешения. В большинстве случаев – 39 (76,5%) в момент совершения суицидальной попытки призывники находились в состоянии алкогольного опьянения. У 27 (52,9%) попытки покушения на жизнь были истинными и у 24 (47,1%) суицидальное поведение носило демонстративно-шантажный характер. При всех попытках покушения на жизнь медицинская помощь не оказывалась

и призывники попадали в поле зрения врача-психиатра только в период прохождения призывной комиссии, в связи с выявленными рубцами от самопорезов на предплечьях.

Распределение призывников по сферам суицидогенного конфликта представлено в табл. 1.

Как видно из представленной табл. 1, в большинстве случаев суицидогенный конфликт локализовался в интимно-личностной сфере, а содержание его сводилось к разрыву (или угрозе разрыва) значимых интимных отношений с лицом противоположного пола, что объясняется особой значимостью для данного возраста интимно-личностного общения. Конфликты в семейной сфере в 3 случаях сводились к утрате (или риску утраты) значимого близкого человека (матери или отца в силу тяжелого заболевания), в 3 – наблюдался конфликт с родителями по поводу злоупотребления алкоголем и уклонения от работы и в 2 – конфликт с женой и затруднения в трудоустройстве. Конфликты в социально-правовой сфере в 2 случаях определялись страхом перед военной службой (неуставные отношения, требования подчиняться режиму, удаленность от родных) и в 1 – намеренное нанесение самоповреждений с целью уклонения от воинской обязанности. Совершение суицидальных попыток по патологическим мотивам наблюдалось у 4 лиц – у 2 с расстройством личности в периоды фазных снижений настроения с пессимистической оценкой будущего и переживанием безысходности существования и у 2 – при циклотимии.

Клиническая структура психических расстройств, выявленных у исследуемого контингента на период психиатрического освидетельствования и ретроспективно – на период совершения попытки покушения на жизнь, представлена в табл. 2, 3.

Таблица 1

№ п/п	Сфера суицидогенного конфликта	Количество	%
1	Интимно-личностная	36	70,6
2	Семейная	8	15,7
3	Социально-правовая	3	5,9
4	Патологическая	4	7,8
Итого		51	100

Таблица 2

№ п/п	Диагноз	Шифр МКБ-10	Количество	%
1	Психически здоров		7	13,7
2	Расстройство личности	F6	39	76,5
3	Циклотимия		2	3,9
4	Отдаленные последствия ЧМТ с психопатоподобным синдромом	F06.8	3	5,9
Итого			51	100

Клиническая структура психических расстройств, установленных ретроспективно у призывников на период суицидальной попытки

№ п/п	Диагноз	Шифр МКБ-10	Количество	%
1	Кратковременная психогенная депрессивная реакция		7	13,7
2	Расстройство личности	F6	33	64,7
3	Психогенная депрессия на фоне расстройства личности		4	7,8
4	Легкий депрессивный эпизод (фаза) на фоне расстройства личности		2	3,9
5	Легкий депрессивный эпизод		2	3,9
6	Отдаленные последствия ЧМТ с психопатоподобным синдромом	F06.8	3	5,9
Итого			51	100

Как видно из табл. 2, 3, у подавляющего числа суицидентов – 39 (76,5%) диагностировалось расстройство личности (эмоционально-неустойчивое – у 28, зависимое – у 6, шизоидное – у 3 и истерическое – у 2), причем у 6 (11,8%) из них отмечались депрессивные расстройства (психогенного и фазного характера). Лишь у 7 призывников в анамнезе наблюдалась кратковременная психогенная депрессивная реакция, впоследствии они были признаны психически здоровыми.

При эмоционально-неустойчивом расстройстве личности у 6 (21,4%) призывников отмечался семейный алкоголизм (у отца), 5 (17,9%) были из многодетной семьи. В большинстве случаев – 17 (60,7%) – они воспитывались в условиях гипоопеки, рано стали вовлекаться в асоциальные компании, курили табак, употребляли алкогольные напитки. Физически росли крепкими, занимались в различных спортивных секциях, однако установка на спорт была кратковременной, они рано бросали занятия. В возрасте 14–15 лет они приобщались к неформальным дворовым группировкам, встречались с девушками, делали татуировки с их именами. В состоянии алкогольного опьянения часто вступали в драки, в результате которых получали черепно-мозговые травмы. В результате они становились более вспыльчивыми, раздражительными. 6 (21,4%) испытуемых в возрасте 15–16 лет делали татуировки (имя любимых девушек), с целью «доказательства любви» наносили самопорезы на предплечьях на виду у объекта любви. В последующем они пытались вывести татуировки химическим способом, в результате чего получали ожоги кожи с формированием обширных рубцов. У всех преобладало аффективное мышление: они то чрезмерно позитивно, то крайне негативно оценивали своих знакомых, в результате у них складывались противоречивые отношения. В 15 (53,6%) случаях в период ссоры с девушкой в состоянии алкогольного опьянения испытуемые импульсивно наносили неглубокие самопорезы предплечий. В период совершения данных действий, со слов испытуемых, было двойственное желание – с одной стороны, было желание умереть, с другой – напугать девушку возможной потерей сознания в результате кровопотери и тем самым добиться примирения. Поскольку самопорезы были неглубокие, за медицин-

ской помощью они не обращались. В 11 (39,3%) случаях суицидальные попытки демонстративно шантажного характера были совершены испытуемыми в период ссоры с родителями (по поводу злоупотребления алкоголем, прогулов на учебе и работе), которые совершались также импульсивно, подручными средствами (лезвия, нож, ножницы).

У 2 (7,1%) призывников наблюдались спонтанные снижения настроения, которые мы ретроспективно оценивали как фазные. На этом фоне возникали мысли о нежелании жить, в результате чего испытуемые также наносили себе самопорезы предплечий с целью лишения себя жизни. Эти суицидальные попытки расценивались нами как истинные.

При стационарном освидетельствовании все призывники плохо соблюдали режим отделения, конфликтовали со сверстниками, медицинским персоналом, становились зачинщиками драк. Психологическое обследование (тест Розенцвейга) выявило у них экстрапунитивный тип реагирования с фиксацией на препятствии и самозащите. Тест Леонгарда-Шмишека установил у них высокие показатели по шкалам гипертимность (22–24 балла), демонстративность (22–24 балла) и эмоциональная лабильность (21–24 балла). Метод цветочных выборов Люшера показал повышенную тревожность (10–12 баллов). Тест Айзенка выявил высокий уровень экстраверсии (18–20 баллов), а Hand-тест – высокие показатели по шкалам: «агрессия» (25–30%) и низкие по шкале «коммуникативность» (1–5%).

При зависимом расстройстве личности призывники воспитывались в условиях повышенной опеки со стороны матери, росли подчиняемыми, пассивными, неуверенными в собственных силах. Другим имели мало, трудно находили общий язык со сверстниками, не могли отстоять свои интересы. Они затруднялись в самостоятельном выборе будущей профессии, все серьезные вопросы за них решали родители. Особенно трудно им давались отношения со сверстницами. После переезда на учебу (профессионально-техническое училище) они скучали по дому, часто плакали, за что подвергались насмешкам со стороны сверстников. В ходе конфликтов у них снижалось настроение, они становились тревожными, не могли самостоятельно найти выход из сложившейся ситуации. В резуль-

тате в 3 случаях призывники принимали средства бытовой химии с целью самоубийства и в 3 – наносили самопорезы на предплечья.

Психологическое обследование (тест Розенцвейга) выявило у них импунитивный тип реагирования с фиксацией на удовлетворении потребности. Тест Леонгарда-Шмишека установил высокие показатели по шкалам тревожность (18–22 балла), дистимность (21–24 балла). Тест Люшера выявил высокую тревожность (8–9 баллов), тест Айзенка высокий уровень нейротизма (18–22 балла) и средний уровень интроверсии (8–12 баллов). Hand-тест обнаружил высокие показатели по шкале «зависимость» (3–8%), «страх» (4–6%).

При шизоидном расстройстве личности характерологические особенности в виде необщительности, предпочтении книг и рисования общению со сверстниками наблюдались с раннего детства. В подростковом возрасте они чувствовали себя в компании сверстников неуютно, не общались с девушками, так как «не знали, о чем с ними говорить». В школе характеризовались послушными, трудолюбивыми. Они были повышено чувствительными, ранимыми. После психотравмирующих ситуаций (смерть близких) у них снижалось настроение, они становились более замкнутыми, не выходили из дома, высказывали пессимистические мысли. В 2 случаях после конфликтов (угроза разрыва значимых отношений) подростки нанесли самопорезы предплечья, в одном – самопорез был нанесен с демонстративно-шантажной целью, и в 1 случае самопорезы наносились с реальной целью лишения себя жизни, «так как мать больная и могла умереть раньше».

Психологическое обследование (тест Розенцвейга) выявило у них интрапунитивный тип реакции с фиксацией на удовлетворении потребности. Тест Леонгарда-Шмишека – высокие показатели по шкале дистимность (16–18 баллов), педантичность (16–18 баллов) и тревожность (15–18 баллов). Тест Люшера выявил эмоциональную ригидность, тест Айзенка – высокий уровень нейротизма (18–21 балл) и интроверсии (16–22 балла). Hand-тест – повышенную социальную восприимчивость, чувствительность в межличностных отношениях.

При истерическом расстройстве личности призывники воспитывались в условиях гиперопеки. Рано выработалась привычка быть в центре внимания, получать желаемое без достаточных усилий. В поведении преобладали мотивы получения удовольствия, игры, общения со сверстниками, посещения диско-баров и т.п. С 14–15 лет они приобщались к употреблению вначале слабоалкогольных, а затем и крепких напитков. В состоянии алкогольного опьянения становились более демонстративными, с бахвальством провоцировали сверстников на драки. Настроение у них было неустойчивым, окружающих оценивали в зависимости от преобладающего на данный момент настроения. Демонстративно-шантажные суицидальные попытки (самопорезы

предплечий) они совершали на виду у подруг, с кем только что поссорились, чтобы «доказать свою любовь» или «вернуть добрые отношения».

Тест Розенцвейга выявил у них экстрапунитивный тип реагирования с фиксацией на удовлетворении потребности, что свидетельствует о низкой фрустрационной толерантности. Тест Леонгарда-Шмишека – высокие показатели по шкалам гипертимность (18–24 балла), демонстративность (22–24 балла) и эмоциональная лабильность (21–24 балла), тест Люшера – высокий уровень эмоциональной лабильности, тест Айзенка – высокий показатель экстраверсии (18–24 балла) и средний уровень нейротизма (10–16 баллов), Hand-тест – повышенную социальную восприимчивость, чувствительность в межличностных отношениях, а также высокие показатели по шкалам «коммуникативность» (18–24%), «директивность» (7–10%) и «экзгибиционизм» (12–15%).

При циклотимии призывники в преморбиде обнаруживали тревожно-мнительные черты характера. С подросткового возраста у них наблюдались легкие аффективные колебания настроения, преимущественно в сторону понижения, когда появлялась вялость, возникали затруднения в учебе. Такое состояние продолжалось от нескольких дней до 2 недель. Чаще колебания настроения наблюдались осенью и весной. В одном случае, на фоне подавленного настроения и конфликта с родными, призывник пытался совершить попытку самоповешения и в одном – падение с высоты. Поскольку данные попытки совершались в присутствии родных, то они были предотвращены. Кроме снижения настроения кратковременно возникали периоды повышенного настроения. Эти нарушения у них были выявлены при прохождении медицинской комиссии.

Тест Розенцвейга выявил у них импунитивный тип реагирования с фиксацией на препятствии и интрапунитивный тип реакции с фиксацией на удовлетворении потребности, тест Леонгарда-Шмишека – повышение по шкалам «циклотимия» (22–24 балла), «эмотивность» (22–24 балла), тест Люшера – средний уровень тревоги (5–7 баллов), тест Айзенка установил средние показатели по шкалам «экстраверсия» и «нейротизм».

При отдаленных последствиях ЧМТ (3 случая) в раннем возрасте (5–8 лет) обследуемые переносили бытовую черепно-мозговую травму с кратковременной потерей сознания и признаками сотрясения головного мозга. В дальнейшем изредка получали амбулаторное лечение в связи с периодическими головными болями и повышенной утомляемостью. В условиях гиперопеки у них формировались черты характера в виде эгоизма, эгоцентризма, вседозволенности. Они любили быть в центре внимания, были повышено обидчивыми, восприимчивыми. К подростковому возрасту эти черты утрировано заострялись и после конфликтов в состоянии легкого алкогольного опьянения с родными (2 случая) и

подругой (1 случай) призывники демонстративно наносили себе неглубокие самопорезы на предплечьях с целью достижения своей цели («отпустить погулять», разрешить конфликт).

Тест Розенцвейга выявил наличие экстрапунитивного типа реагирования с фиксацией на самозащите и препятствии, что свидетельствует о низкой фрустрационной толерантности. Тест Леонгарда-Шмишека обнаружил преобладание по шкалам «неуравновешенность» (22–24 балла), «дистимность» (18–20 баллов), тест Айзенка – высокие показатели по шкале «экстраверсия» (18–22 балла) и «нейротизм» (18–22 балла), тест Люшера – эмоциональную лабильность и снижение самоконтроля, Hand-тест – высокие показатели агрессивности (5–10%), повышенную социальную восприимчивость, чувствительность в межличностных отношениях.

Обращает на себя внимание немногочисленность группы, признанных в период психиатрического освидетельствования психически здоровыми – 7 (13,7%) человек. Во всех этих случаях отсутствовала наследственная отягощенность и семейный алкоголизм. Испытуемые воспитывались в полных семьях с повышенной заботой со стороны родителей. В школе учились успешно, занимались спортом, посещали кружки. Росли спокойными, ответственными, послушными, несколько робкими, повышено эмоциональными, восприимчивыми. К подростковому возрасту отмечалась некоторая задержка в формировании навыков интимно-личностного общения. На фоне пубертатного криза в возрасте 14–15 лет при разводе родителей при большой привязанности к ним в 5 случаях у подэкспертных возникали кратковременные депрессивные реакции с суицидальными намерениями, которые они реализовывали таким образом, чтобы родители об этом узнали и сохранилась семья. Со слов самих испытуемых, отношение к совершаемым суицидальным действиям (неглубокие самопорезы предплечий) было двойственное – с одной стороны, было желание чтобы сохранилась семья, с другой, были мысли о возможной смерти. После совершенного наступало раскаяние и критическое отношение. В 2 случаях имело место демонстративно-шантажное суицидальное поведение на фоне легкого алкогольного опьянения в период угрозы разрыва значимых интимных отношений. Самопорезы в этих случаях наносились импульсивно. Сразу же после вида крови наступало «протрезвление» и раскаяние с последующим критическим отношением к совершенному. В остальных двух случаях самопорезы предплечий имели место после конфликтов с подругами – «не было другого способа сохранить отношения». Ретроспективно психическое состояние испытуемых на период совершения суицидальных действий, не несущих реальной угрозы жизни, мы квалифицировали как «Кратковременная психогенная депрессивная реакция».

Последующая адаптация и социализация проходили гладко. Учеба в профессионально-технических

училищах, овладение профессией, расширение сферы межличностного взаимодействия к возрасту призыва в Вооруженные Силы полностью компенсировали явления легко выраженного гармоничного инфантилизма. В период стационарного психиатрического освидетельствования они хорошо адаптировались, помогали медицинскому персоналу. Отмечалась эмоциональная зрелость, способность планировать и прогнозировать свое поведение, в среде призывников занимали лидирующее положение и организовывали трудовые процессы, мышление их отличалось логичностью и последовательностью. Они критически относились к совершенным в прошлом самопорезам, стыдились, объясняли эти поступки «молодостью», «глупостью».

При психологическом исследовании (тест Розенцвейга) у них выявлено наличие интропунитивного типа реагирования с фиксацией на удовлетворении потребности. Тест Леонгарда-Шмишека показал преобладание по шкалам «гипертимность» (15–21 балла) и «эмотивность» (12–18 балла). Тест Айзенка выявил средние показатели по шкале «экстраверсия» (12–14 баллов) и низкие показатели по шкале «нейротизм» (4–8 баллов), Hand-тест – преобладание по шкалам «аффектация» (10%) и «коммуникация» (12%).

Таким образом, проведенное исследование показало, что аутоагрессивное поведение встречается среди лиц призывного возраста, направляемых из военных комиссариатов на психиатрическое освидетельствование в 13,7% случаев; при этом 7,3% составляет суицидальное поведение и 6,4% – самоповреждающее, не имеющее конечной целью лишения себя жизни. Более чем в половине случаев (53%) попытки покушения на жизнь истинные, в остальных 47% суицидальное поведение носило демонстративно-шантажный характер.

У суицидентов призывного возраста в подавляющем большинстве наблюдений выявлена личностная патология, составляющая более 76% от всех случаев. При этом более чем в 11% отмечались депрессивные нарушения в рамках фазных расстройств и кратковременных психогенных декомпенсаций. Психически здоровые лица составляют 14% случаев, причем в период совершения суицидальной попытки они обнаруживали кратковременные непсихотические психические расстройства на фоне резко выраженного гармоничного инфантилизма, в последующем компенсированного в результате благоприятного микросоциального окружения, адекватных воспитательных мероприятий и успешной социализации.

Критериями, позволившими рекомендовать годность к военной службе с незначительными ограничениями (около 14% от всех, имеющих в анамнезе суицидальные попытки), были: компенсация легко выраженного, гармоничного инфантилизма с суицидальной попыткой в прошлом с критическим отношением к ней, а также полная редукция психогенных психических расстройств; хорошая соци-

альная адаптация – работа, учеба и активная жизненная позиция; гармоничность межличностных взаимоотношений, отсутствие злоупотребления алкоголем; эмоционально-волевая устойчивость, от-

сутствие аффективного мышления и агрессивности, уверенность в межличностных отношениях; способность планировать и прогнозировать свое поведение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С. 29–36.
3. Боева А.В., Руженков В.А. Стратегия краткосрочной кризисной психотерапии суицидентов подростково-юношеского возраста // Социально-психологическая помощь подросткам и юношам в личностном развитии: теория, технологии, эксперимент. – Курск, 2001. – С. 171–173.
4. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. – М., 1999. – 266 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995. – 560 с.
6. Козлов А.Б., Прохоровская А.Г. О состоянии суицидологической службы Чувашской Республики и путях ее совершенствования // Первый съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. – Чебоксары, 1995. – С. 51–52.
7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985. – 516 с.
8. Морозова Н.М. Проблема суицидов и психические болезни // Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии. – Пенза, 1995. – С. 31.
9. Полищук Ю.И. О так называемых непатологических суицидоопасных ситуационных реакциях // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 156–158.
10. Положий Б.С., Посванская А.Д., Хруленко-Варницкий И.О. Социальные факторы в формировании психических расстройств, связанных со стрессом // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. – Хабаровск, 2000. – Вып. 2. – С. 176–181.
11. Понизовский А.М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессии // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – С. 150–167.
12. Фастовцев Г.А. Клинико-динамические особенности стресс-провоцированного суицидального поведения у военнослужащих. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 176 с.
13. Яворский А.А. Клинические особенности суицидального поведения психопатических и акцентуированных личностей в период прохождения военной службы. Дисс. ... канд. мед. наук. – Рига, 1991. – 199 с.
14. Haynes R.L., Marques J.K. Patterns of suicide among hospitalized mentally disordered offenders // Suicide Life Threat. Behav. – 1984. – Vol. 14, N 2. – P. 113–125.
15. Sundqvist-Stensman U.B. Suicide among 523 persons in a Swedish country with and without contact with psychiatric care // Acta Psychiatr. Scand. – 1987. – Vol. 76, N 1. – P. 8–14.