

Klitynska O.V., Mochalov Iu.O., Pupena N.V.
Uzhgorod National University

CURRENT OPINIONS ON THE MICROFLORA IMPACT IN THE DEVELOPMENT OF DENTAL DISEASES AND GASTROINTESTINAL LESIONS

Summary

Today dental diseases are the most common in Ukraine. Today gained some factual material that gives rise to the creation of new theories and concepts of interaction saprophytes, pathogenic and conditionally pathogenic microflora in the development of dental caries, inflammatory lesions of periodontal and oral mucosa and distal parts of the gastrointestinal tract.

Keywords: children, microflora, oral cavity, diseases, digestion.

УДК: 616.89-008.44/44.002.23

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ

Ришківська Н.О., Ришківський В.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Результати проведеного дослідження з порівнянням за 15 річний проміжок часу засвідчили зростання частоти суїцидів та незавершених суїцидальних спроб серед осіб чоловічої статі працездатного віку. Проведений аналіз ще раз доводить необхідність створення державної програми превенції суїцидів з залученням широкого кола фахівців охорони здоров'я, починаючи з первинної ланки сімейного лікаря та завершуючи професійною допомогою психологів, психотерапевтів, психіатрів.

Ключові слова: суїцидальні спроби, суїцидальна поведінка, динаміка суїцидальних спроб.

Актуальність теми. Суїцид є актуальною медико-соціальною проблемою в багатьох країнах світу, в тому числі й в Україні. За останні 10-15 років в Україні спостерігалось невпинне зростання рівня частоти суїцидів, і це лише згідно офіційних статистичних даних. Офіційних даних щодо кількості незавершених суїцидальних спроб в Україні немає, але відомо, що вони на порядок перевищують по кількості завершені суїциди. Зростання рівня суїцидів та суїцидальних спроб часто пов'язують з важкими соціально-економічними показниками. Проте, згідно даних світової статистики в економічно розвинених країнах на сьогоднішній день зберігається високий рівень суїцидів, а отже, існують інші, більш вагомні фактори суїцидального ризику. Згідно даних літератури відомо, що більше 90% осіб, що скоїли самогубство, страждали психічними розладами, з них більше 60% страждали на шизофренію. Треба також зазначити, що на один завершений суїцид при шизофренії припадає 8-10 незавершених суїцидальних спроб. Ризик скоєння суїциду зростає серед тих осіб, що мали в анамнезі суїцидальну спробу. Це ще раз підкреслює важливість вивчення факторів суїцидального ризику при проведенні порівняльного аналізу динаміки суїцидальних спроб з метою їх попередження.

Серед факторів підвищеного суїцидального ризику виділяють багато різноманітних факторів – таких, як соціально-економічні умови, порушення адаптаційних можливостей, психічне захворювання, успадкування паттернів суїцидальної поведінки та ін. Разом з тим, генеалогічні фактори ризику самогубств залишаються поза увагою, хоча найближче оточення – батьки- відіграє дуже важливу роль, а отже, пошук генеалогічних факторів суїцидального ризику стає одним з найактуальніших завдань.

Історичний аспект. Випадки, коли люди скоювали самогубства, відомі з давніх часів. Ще з єгипетської історії (від сьомої до десятої династії – 2000 р. до н. е.) відомий діалог людини зі своєю душею, в якому ведеться суперечка про те, чи можна вбивати себе, чи ні. В ньому людина говорить, що її існування сповнене непереносимим болем та стражданням і серйозно обдумує можливість позбавлення себе життя. У цьому діалозі не відчувається навіть натяку на стримуючий морально-релігійний страх – єгиптяни не вважали самогубство якимось порушенням духовних принципів чи юридичного кодексу [1].

Інші давні релігійні традиції завжди накладали на самогубство табу. Цей підхід є характерним для іудейської релігії, погляди якої відобразились пізніше в таких релігіях, як християнство та іслам [2]. На знак зневаги тіла самогубців віддавались на погалу; виник звичай поховання їх на роздоріжжях. Іудаїзм строго засуджував не лише спроби, але й наміри щодо самогубства. Для цього правила іудеї визнавали вийнятки, коли самогубство могло бути способом уникнення несправедливого або вимушеного страждання. Можна знайти три подібні згадки про суїцид в Книгах Маккавейських (165-37 рр. до н.е.) [10]. Кожна з них пов'язана з випадками мучеництва. Євреї також скоїли масове самогубство в фортеці Масада, коли загроза її захоплення римлянами стала неминучою. Сучасний іудаїзм намагається із розумінням та співчуттям ставитись до тих, хто намагається відняти чи віднімає у себе життя: суїцид не слід засуджувати – його треба розуміти і запобігати йому [2; 3].

Перші християни вважали суїцид можливим, коли гоніння за віру робили їхнє життя нестерпним. Так тривало до того часу, поки Августин Блаженний (354-450 рр. н.е.) не засудив самогубство як гріх. Згодом, однак, самогубці піддавались усе більшому

осуду, їм відмовляли у погребальних почестях. Суїцид вважався найбільш відразливим злочином.

В ісламі самогубство також є одним із найтяжчих гріхів. У Корані самогубство заборонено. Тим не менше, акти саморуїнації можуть здійснюватись в ім'я Бога та Батьківщини. Такі вчинки скоювались, головним чином, у стані екстази, – стані свідомості, що відрізняється від відчаю, у якому люди, скоюють „звичайне» самогубство [2].

Стоїки – філософська школа античної Греції, вважали, що людині слід жити у відповідності до природи. Тому, коли обставини роблять існування людини нестерпним, то можна добровільно піти з життя шляхом самогубства [2].

Епікурійці також вважали, що суїцид є цілком прийнятним вибором для людини. У відповідності до поглядів цієї школи, основною метою життя людини є досягнення задоволення для повного і цілковитого щастя. Коли життя вже більше не приносить щастя, то суїцид стає прийнятною альтернативою: смерть для нас – ніщо; коли ми є, смерті немає; коли смерть є, немає нас [1; 2].

Були також у Стародавній Греції і противники таких доктрин. Платон (427-347 рр. до н. е.) у діалозі «Держава» говорив, що функцією розуму є можливість дати особистості істинні принципи поведінки – забезпечити мужність в житті, навіть якщо воно сповнене горя і страждань. Хоча Платон був противником самогубства, однак, в діалозі «Апологія Сократа», він змушений був визнати, що заради збереження гідності, у ситуації несправедливого звинувачення, краще добровільно прийняти смерть (хоча це й не дорівнює самогубству), ніж піти на компроміс та угоду зі злочинцем.

Таким чином, стародавні культури, а також епоха дораннього середньовіччя розглядали самогубство радше як негідний з морально-релігійної точки зору вчинок, одночасно виправдовуючи суїцид в ім'я вищих «ідейних» або етичних цілей.

З розквітом середньовіччя суспільство почало ставитись до самогубства радше негативно. Фома Аквінський (1225-1274) доводив, що самогубство є пограбуванням, позбавленням суспільства однієї з важливих речей; він стверджував, що людина зобов'язана жити – навіть проти її власних бажань, через зобов'язання перед людьми [1]. Він застерігував самогубство на основі трьох постулатів:

1) воно суперечить природнім схильностям людини до збереження життя і милосердя до самої себе;

2) суїцид є злочином супроти суспільства;

3) суїцид є злочином проти Бога, який дав людині життя.

Надалі релігійні заборони відображались у кримінальних і цивільних кодексах деяких країн [4]. В Англії та багатьох інших країнах тогочасної континентальної Європи самогубство довгий час вважалося злочином, і тих, хто скоював спроби самогубства, чекало тюремне покарання. Впродовж останніх десятиліть XX сторіччя кримінальну відповідальність за скоєння самогубств у більшості країн було скасовано.

Філософські течії сімнадцятого сторіччя породили нові погляди на суїцид. В цей час авторитет релігії похитнувся. Джон Донн (1572-1631 рр.), настоятель Собору св. Павла в Лондоні і відомий англійський поет, першим почав боротьбу проти існуючого відношення церкви до самогубства. Юм, Монтезкє, Вольтер, Руссо виступали на захист самогубства при певних обставинах і відстоювали право людини на свободу особистості. Етико-релігійні підходи до проблем суїцидів все більш врівно-

важувались широкими перспективами соціальних наук [5-8]. Емануїл Кант (1788) вважав, що самогубство є зневажанням людства [9].

Інші традиції визначали відношення до суїциду в країнах Далекого Сходу. Найбільш характерним тут є приклад Японії. Самогубство у Японії було розповсюдженим і глибоко вкоріненим у релігійних та національних традиціях. Ситуація, в якій була принижена гідність вільної людини, означала неминучу саморуїнацію – без будь-якого особистого вибору. Особливо яскраво це відображалось в морально-етичному кодексі самураїв, для яких самогубство, тобто добровільне самогубство, було актом найвищої гідності в ситуації, коли самурай був позбавлений будь-якого особистого вибору.

В сучасну епоху суїцид розглядається як мультифакторіальне явище – медична, соціальна та біологічна проблема, яку можна і треба вирішувати.

Сьогодні визначення суїциду формулюється наступним чином: суїцид є саморуїнна дія, яку можна зрозуміти як реакцію на різноплановий патологічний стан людини з невирішальною проблемою та душевним болем і яка не бачить іншого виходу з ситуації. А, оскільки, факторів які можуть привести до такого стану є багато, і, для кожного вони є різними, стає зрозумілим, що підходи до кваліфікації суїциду та суїцидальної поведінки повинні бути комплексними і включати в себе як клінічні, психодинамічні підходи, так і психологічні та соціальні. Найважливішим, однак, в сучасному підході є факт визнання за більшістю із скоюваних суїцидів психопатологічного підґрунтя, тобто наявності хоча б мінімальних психічних розладів. Саме цей факт і виводить проблему самогубств з виключної прерогативи моральної сфери у сферу різнопланову, чільне місце у якій займає медико-соціальний підхід. Тому, за останні десятиліття зусилля науковців були скеровані на вивчення можливостей ранньої діагностики суїцидального ризику з метою своєчасної превенції суїциду [10; 11]. Створюється багато кризових центрів та служб допомоги в кризових станах, у деяких країнах створені державні програми превенції суїцидів [12].

Короткий нарис домінуючих поглядів на самогубство впродовж історії показує, що посягання на власне життя аж до останніх півтора століть було під доволі суворим, часто суперечливим, суспільно-моральним табу. Це «знімало» значною мірою потребу не лише у передбаченні суїциду, як таку, але й табуїзувало саму тематику самогубства, як наукову. Лише з інституалізацією психіатрії як окремої дисципліни (датованої з кінця XVIII століття) можна було вбачати потребу людства розглядати суїцид не лише як заборонену аутоагресію, але й у якості фіксованого патологічного душевного стану. А відтак – виникла можливість прагматичнішого і «оберігаючого» підходу до самогубства.

В історичному аспекті також слід би було зазначити, що, хоча питання предикції самогубств щораз ширше дискутуються (причому в останні 50 років не лише психіатрами, але й соціологами та психоаналітиками), однак здебільшого, – у так званому індивідуальному плані, тобто з позицій психопатології самого хворого. Якщо ж суїцид і розглядається у сімейному аспекті, то майже виключно із психодинамічних або системно-сімейних позицій [13; 14], коли клінічно – психопатологічні особливості сім'ї інтерпретуються обмежено, а суїцид розглядається як один із «симптомів» неправильного функціонування сім'ї [14].

Таким чином з короткого історичного огляду проблеми суїцидів, можна бачити, що:

а) у допсихіатричну епоху питання передбачення і запобігання самогубства практично не дискутувалось, оскільки будь-яке посягання на власне життя розцінювалось як порушення базових суспільно-моральних табу;

б) з розвитком психіатрії виявлення і запобігання суїцидальної поведінки, пов'язаної з психічним стражданням, набуло особливої ваги.

Фахова література, присвячена проблемі суїцидів, сьогодні настільки обширна, що таке специфічне питання як предикція самогубства слід розглядати лише у залежності від теоретичних підходів.

В цілому, при аналізі літератури, можна виділити три основні концептуальні блоки. Кожен з них, у свою чергу можна розділити на декілька груп (типологічних концепцій).

В основу такого поділу ми поклали традиційні уявлення, згідно яких суїцид розглядається в трьох методологічних підходах:

1) Психосоціального підхід:

– суїцид як результат конфлікту особистості із оточуючим середовищем.

2) Психодинамічний підхід:

– суїцид як боротьба двох базових потягів;
– суїцид як вираз прихованої агресії до оточуючих, внаслідок почуття власної неповновартості;

– парасуїцид (латентне бажання самогубства).

3) Медичний підхід:

– суїцид у соматично хворих;
– суїцид як результат психопатології особистісної дезадаптації;

– суїцид у психічно хворих.

До офіційної статистики самогубств потрапляють лише явні випадки суїцидів. Тому число реальних самогубств значно перевищує офіційні цифри – вважається, що кожного року скоюють самогубства більш як 4 млн. осіб. На думку судових експертів причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти та ін.) насправді є суїциди. Щорічно 19 млн. людей скоюють «невдалі» спроби самогубства. Тільки один з чотирьох (24%) тих, хто скоїв спробу самогубства і залишився живим, потрапляє в поле зору професійної системи охорони здоров'я [15].

Число завершених самогубств серед чоловіків в середньому у 4 рази більше, ніж у жінок – цей показник може сильно відрізнятись в різних країнах. З віком (65–85 років) це співвідношення збільшується до 6–9. З іншої сторони, жінки скоюють незавершені спроби самогубства – ті, що не приводять до смерті, – у 4 рази частіше ніж чоловіки [15].

На літо та весну припадає 60% всіх суїцидів. 70% депресивних пацієнтів виявляють суїцидальні тенденції, а 15% з них скоюють самогубства. Тому проблема самогубств – це також проблема депресій. Прослідковується зв'язок самогубств з віком [15].

Існують етнічні групи, схильні до суїциду. Наприклад, серед угро-фінської групи (мешканці Удмуртії, Угорщини чи Фінляндії) дуже високий рівень самогубств.

Суїцидальний ризик для різних професій (в балах від 1 до 10) виглядає так: на першому місці музикант (8,5 балів), далі – медсестра (8,2); стоматолог (8,2); фінансист (7,2); психіатр (7,2). Завершують список бібліотекар (3,2) та продавець (2,1) [15].

За даними статистики одружені скоюють самогубства значно рідше, ніж неодружені або розлучені. Ті, хто втратили партнера, скоюють самогубства у 3 рази частіше, ніж ті, хто живе у сім'ї.

Близько 80% самогубців попередньо дають знати про свої наміри оточуючим, хоча засоби пові-

домлення можуть бути завуальовані. В оточенні кожної особи, що покінчила життя самогубством, в середньому залишається 6 осіб, для котрих її самогубство є тяжкою душевною травмою.

Існує пряма залежність між суїцидом та втратою соціального статусу – те, що називають «комплексом короля Лира». Так, високий рівень самогубств серед демобілізованих офіцерів, молодих солдатів, людей, взятих під варту, недавніх пенсіонерів. Найбільш високі показники самогубств відмічені серед наркоманів, інвалідів, психічно хворих, а також серед хронічних алкоголіків. Особи з алкогольною залежністю скоюють близько третини всіх завершених самогубств та чверть всіх незавершених суїцидальних спроб.

Самогубства серед молоді. За останнє десятиліття число самогубств серед молоді виросло в 3 рази. Основними причинами є: нерозділене кохання, конфлікти з батьками та ровесниками, страх перед майбутнім, самотність. Щорічно кожний дванадцятий підліток у віці 15–19 років скоює спробу самогубства. За абсолютною кількістю підліткових самогубств перше місце займає Росія [15].

Динаміка суїцидальної кривої у бувшому Радянському Союзі. Всі цифри по самогубствам у Радянському Союзі були засекреченими – Держкомстат опублікував їх тільки у 1989 році. Якщо царську Росію можна було віднести до країн з невисоким рівнем самогубств, то після жовтневої революції і громадянської війни число суїцидів різко зросло. Так, у 1926 році у Москві та Петербурзі рівень самогубств на 100 тисяч населення складав 42 серед чоловіків та 20 серед жінок (і це тільки за офіційною статистикою). Наступний високий рівень самогубств був відмічений у 1937-му та у 1947-му роках. Потім наступив деякий спад лід час хрущовської «відлиги», з наступним зростанням до 1984 року (39 на 100 тисяч), коли країна займала за числом самогубств друге місце, поступаючись лише Угорщині. Під час перебудови рівень самогубств різко впав (до 23-х на 100 тис.). Проте, починаючи з 1988 року, цей показник знову став зростати, і у 1994 році кількість самогубств зростає майже вдвічі.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) поділяє всі країни за показником суїциду на три групи (2011) [15].

1. Високий та дуже високий рівень самогубств (більше 20 осіб на 100 тис. населення) (Табл. 1).

2. Середній рівень самогубств (від 10 до 20 осіб на 100 тисяч населення) (Табл. 2).

3. Низький рівень самогубств (до 10 осіб на 100 тисяч населення) (Табл. 3)

Таблиця 1

Рівень самогубств		Країна	Кількість
1. Високий та дуже високий рівень самогубств		Литва	31,5
		Казахстан	30
		Білорусія	25,3
		Угорщина	24,6
		Японія	23,8
		Латвія	22,9
		Китай	22,2
	Росія	21,4	
	Україна	21,2	

За цими даними Україна відноситься до країн з високим рівнем самогубств – 21,2 на 100 тисяч населення. Однак, слід зауважити, що Львів та Львівська область відносяться до регіону з низьким рівнем самогубств, а саме – 7-9 на 100 тисяч насе-

лення, що не знімає питання розроблення програми попередження суїцидальної поведінки та суїцидів.

Таблиця 2

	Рівень самогубств	Країна	Кількість
2.	Середній рівень самогубств	Фінляндія	19,3
		Естонія	18,1
		Молдова	17,4
		Франція	16,3
		Польща	14,9
		Куба	12,3
		США	11,8
	Канада	11,3	

Таблиця 3

	Рівень самогубств	Країна	Кількість
3.	Низький рівень самогубств	Австралія	9,7
		Німеччина	9,5
		Великобританія	6,9
		Італія	6,3
		Ізраїль	5,8
		Грузія	4,3
		Греція	3,5
		Вірменія	1,9
		Азербайджан	0,6

Головною метою нашої роботи було проведення порівняльного аналізу динаміки суїцидальних спроб по Львівській області за віковою та гендерною ознакою, порівнюючи дані 1995 року з даними 2010 року.

Для виконання поставленої мети за спеціально розробленими картами було проведено порівняльний аналіз завершених та незавершених суїцидальних спроб за 2010 рік (в порівнянні з 1995 роком) за матеріалами Головного управління статистики у Львівській області та реанімаційного відділення Комунального закладу Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня.

За даними проведеного аналізу встановлено, що загальна кількість завершених суїцидів за 2010 рік становила 200 випадків, що становить 7,9 на 100 тис. населення, з них: чоловіків – 174 (87%), жінок –

22 випадки (11%). У віковому аспекті кількість завершених суїцидів осіб працездатного віку становить 156 випадків (78%), осіб старшого віку – 40 (20%), дітей (до 15 років) – 4 випадки (2%). За даними реанімаційного відділення КЗ ЛОКПЛ за 2010 рік загальна кількість незавершених суїцидів становить 159 випадків. Серед них: чоловіків – 103 випадки (64,8%), жінок – 53 випадків (33,3%), 3 випадки суїцидальних спроб зафіксовано у дітей до 15 років (1,9%). Частота завершених суїцидів серед чоловіків у 2010 році була у 8,1 разів більша, ніж у жінок, що свідчить про зростання частоти завершених суїцидів серед чоловіків у порівнянні з 1995 роком (7 разів). Частота незавершених суїцидальних спроб за 2010 рік у чоловіків в 1,7 разів більша, ніж у жінок, на противагу 1995 року, коли частота незавершених суїцидальних спроб була більшою у жінок, ніж у чоловіків у 3 рази. Серед осіб працездатного віку незавершені суїцидальні спроби у чоловіків у 2,2 рази перевищують такий показник у жінок. У осіб старшого віку частота суїцидальних спроб серед жінок є вищою у 1,5 рази.

Висновки та пропозиції. Результати проведеного дослідження з порівнянням за 15 річний проміжок часу засвідчили зростання частоти суїцидів та незавершених суїцидальних спроб серед осіб чоловічої статі працездатного віку. Цей факт свідчить про те, що особливої уваги професіоналів, а саме – психологів, психотерапевтів, психіатрів, – потребує саме ця категорія населення. Чоловіки працездатного віку, що потрапили в ситуацію «життєвого краху», найбільш схильні до скоєння самогубства, частота яких у наш час зростає. Окрім цього, слід відзначити ріст у цієї категорії чоловіків суїцидальних тенденцій та зростання кількості незавершених суїцидальних спроб, які по кількості перевищують за даними проведеного дослідження незавершені суїцидальні спроби у жінок. Аналізуючи ці показники, можна говорити про зміну структури особистості та зміну способу реагування осіб чоловічої статі на масивні труднощі та виклики, що постають перед ними в сучасних умовах [16; 17; 18]. Проведений аналіз ще раз доводить необхідність створення державної програми превенції суїцидів з залученням широкого кола фахівців охорони здоров'я, починаючи з первинної ланки сімейного лікаря та завершуючи професійною допомогою психологів, психотерапевтів, психіатрів.

Список літератури:

1. Хрестоматія по суїцидології: Пер. с англ. – К.: А.Л.Д., 1996 – 216 с.
2. Суїцидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
3. Кривелев И.А. История религии. – М., 1975. – 350 с.
4. Каннабих Ю. История психиатрии. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
5. Юм Д. Сочинения в 2-х т.: Пер. с англ. / Под общ. ред. со вступ. стат. И.С. Нарского. – М.: Мысль, 1965. – Т. 1-2. – С. 5-64.
6. Монтескье М. Избранные произведения / Под общ. ред. проф. М.П. Баскина. – М.: Госполииздат, 1955. – 800 с.
7. Вольтер. Философские повести: Пер. с франц. / А. Михайлова. – М.: Правда, 1985. – 576 с.
8. Руссо Ж.-Ж. Избранные сочинения в 3-х т. / Пер. с франц. – М.: Гослитиздат, 1961. – 768 с.
9. Кант И. Сочинения в 6-ти т. / Под общей ред. В.Ф. Асмуса. – М.: Мысль, 1965. – Т. 4. – С. 123-145.
10. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств: Пер. с англ. / Под ред. А.Н. Моховикова. – М.: Смысл, 2002. – 127 с.
11. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide // Preventive strategies on suicide. – Leiden: Brill, 1995. – P. 1-34.
12. Consultation on strategies for reducing suicidal behavior in the European Region / World Health Organization. – Copenhagen, 1989. (Internet).
13. Schlippe A. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung / – Gottingen; Zurich, 1996. – S. 248-250.
14. Schlippe A., Fortmann J., Theiling St. Die Beweltigung chronischer Krankheit im Kontext sozialer Systeme. Gottingen. – Zurich, 1994. – S. 45-60.
15. <http://lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>
16. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 1993. – С. 5-200.
17. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Теория невроза. – СПб.: Лань, 1997. – 240 с.
18. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. – СПб.: Алтейя, 1998. – 178 с.

Рышковская Н.Ф., Рышковский В.А.

Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

Аннотация

В результате проведенного исследования было выявлено возрастание частоты суицидов и незавершенных суицидальных попыток среди мужчин работоспособного возраста за последних 15 лет. Проведенный анализ еще раз подтвердил необходимость создания государственных программ превенции суицидов с привлечением широкого круга специалистов охраны здоровья, начиная с первичного звена семейного врача и заканчивая профессиональной помощью психологов, психотерапевтов, психиатров.

Ключевые слова: суицидальные попытки, суицидальное поведение, динамика суицидальных попыток.

Ryshkovska N.A., Ryshkovskyy V.A.

Lviv Halytskyy D. National Medical University

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF SUICIDE ATTEMPTS

Summary

The results of the study comparing 15 years period showed increased incidence of suicides and unfinished suicide attempts among the group of the males working age. Conducted analysis proves once again the need to create a state program of suicide prevention that would involve a wide range of health care professionals from the family physicians to psychologists, psychotherapists, psychiatrists.

Keywords: suicide attempts, suicidal behavior, dynamics of suicide attempts.