

В статье представлен обзор современных представлений о суицидогенезе при психических расстройствах аффективного и психотического спектра. Рассмотрены феноменологические характеристики суицидальных действий при таких нозологических формах как шизофрения и расстройства настроения.

Ключевые слова: суицидальность, суицид, психические расстройства, психоз, аффективные расстройства.

A. P. Gelda, A. N. Nestsiarovich

SUICIDALITY AND MENTAL DISORDERS. Message 1

The paper provides an overview of the current concepts of suicides in psychotic and affective mental disorders. The phenomenological characteristics of suicidal acts in such nosologic forms as schizophrenia and mood disorders are described.

Key words: suicidality, suicide, mental disorders, psychosis, affective disorders.

Суицидальность (суицидальное поведение) включает «суицидальное мышление» (suicidal ideation), суицидальные попытки, завершённые суициды, самоповреждающие акты (членовредительство) и является тяжёлым бременем в жизни пациента, его семьи, более того, представляет значительный экономический груз для государства и вследствие этого признана одной из главных проблем общественного здоровья.

Широко известно, что в большинстве случаев суицидальное поведение соответствует критериям психического расстройства. Канадские исследователи провели литературный обзор 27 опубликованных работ, посвящённых изучению более 3000 случаев самоубийств, и обнаружили, что 87,3% совершивших самоубийство при жизни страдали психическими расстройствами [2]. Взаимосвязь психических расстройств и суицидов находилась в фокусе внимания многих исследователей последних десятилетий, и главным методом изучения такой взаимосвязи был и остаётся метод психологической аутопсии, предполагающий на основе опроса информированных людей и изучения соответствующей медицинской документации ретроспективную ко времени нескольких дней и недель перед смертью психологическую оценку состояния здоровья лица, совершившего самоубийство, моделирование его поведения в этот изучаемый период времени и жизненных обстоятельств, способствовавших возникновению и реализации суицидальных замыслов. Впервые метод психологической аутопсии применил L. N. Robins с соавт. в Северной Америке и В. Varraclough в Европе [цит. по 2], однако данные метода носили чисто описательный характер и применялись к малочисленным выборкам. Многочисленные последующие исследования позволили усовершенствовать метод, и обнаруживать с его помощью мощные статистически закономерности. Известно, что психопатология – важнейший предиктор завершенности суицида [29].

В исследовании G. Arsenault-Lapierre с соавт. (2004) наиболее частыми психическими заболеваниями, ассоциированными с суицидальным поведением, оказались аффективные

расстройства: депрессия и биполярное аффективное расстройство (БАР; 43,2%), злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) и особенно алкоголем (25,7%), расстройства личности (16,2%), психотические расстройства, главным образом расстройства шизофренического спектра (9,2%) [2]. Аффективные расстройства оказались более свойственны женщинам, в то время как злоупотребление ПАВ и расстройства личности чаще встречались у мужчин. Имеются данные о том, что лица, совершившие суициды, склонны иметь более одного психического диагноза [35].

J. J. Mann с соавт. (1999) на основе анализа большого количества литературных источников разработали и сформулировали диатез-стрессовую модель суицидального поведения у психически больных людей: диатез (агрессивные, импульсивные, пессимистические личностные черты) + стрессоры (психические заболевания) [46].

Шизофрения. Суициды – одна из главных причин преждевременной смерти лиц, страдающих шизофренией [12]. Проведённые исследования указывают, что 20–42% таких лиц в течение жизни совершают суицидальные попытки и 10–15% из них совершают завершённые суициды, в то время как популяционная распространённость шизофрении не превышает 1% [9]. Согласно данным Е. С. Harris с соавт., риск суицида у пациентов с шизофренией в 8 раз выше, чем в общей популяции [23]. При этом этот риск выше у пациентов с первичным эпизодом шизофрении и с ранним началом шизофрении [8].

Какие именно проявления шизофрении приводят пациентов к самоубийству? Имеются данные о том, что экзацербация галлюцинаций и бредовых идей коррелирует с суицидальным риском [38]. Однако общепринято, что наиболее сильными предикторами суицидального поведения у таких пациентов являются симптомы депрессии (в клинической структуре 60% аутоагрессии у пациентов с шизофренией), в особенности на фоне снижения интенсивности продуктивных проявлений обострения болезни [12], и, в частности, симптом безнадежности в структуре депрессии. Именно симптом безнадеж-

ности проявляет высокую корреляцию с риском суицида во многих исследованиях, причем при различных психических расстройствах [47]. Но у пациентов с шизофренией симптом имеет отличительные психологические характеристики с более выраженными переживаемыми ощущениями безнадежности, утрат перспектив на будущее, ожидания предстоящего в скором времени социального падения и душевного постоянного переживания чувства беспомощности перед хронически прогрессирующим заболеванием, неуклонно разрушающим устоявшую и хорошо налаженную жизнь [42].

Среди факторов риска суицидального поведения у пациентов с шизофренией традиционно выделяют: молодой возраст (около 80% самопокушений, в т. ч. с летальным исходом, в возрасте до 30 лет), мужской пол (в соотношении 3:2), белый цвет кожи, социальная изоляция, отсутствие работы и состояние вне брака, хорошее преморбидное функционирование, предшествующие симптомы депрессии, тяжелые психотравмирующие события реальной жизни, недостаточность внешней поддержки, злоупотребление ПАВ [40].

Продуктивные психотические симптомы обычно реже называются в качестве предикторов суицидального поведения, однако ряд исследований относят к таковым параноидные бредовые идеи [4], идеаторные автоматизмы («вкладывание» и «трансляция» мыслей) [27] и императивные галлюцинации [14]. В то же время некоторые исследователи не нашли связи между императивными галлюцинациями и суицидом [36].

Нейробиологический подход предлагает новые данные для понимания самодеструктивного поведения у лиц, страдающих шизофренией. Так, предполагается связь с нарушением обмена серотонина, в частности, с его низким уровнем содержания в мозговом стволе и гипоталамусе и со снижением концентрации его метаболитов в ликворе [15], с повышением активности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы [33], а также с перераспределением фаз быстрого и медленного сна вследствие увеличения скорости движения глазных яблок [7].

Имеются данные о том, что экстрапирамидные симптомы, в частности, акатизия, могут также служить предикторами суицидального поведения у пациентов с шизофренией [22]. Отмечается особая роль коморбидности психоза с паническими атаками и тревогой в структуре постшизофренической депрессии [21].

Некоторые авторы сходятся во мнении, что важнейшими факторами риска суицидального поведения у пациентов, страдающих шизофренией, являются признаки враждебности, агрессивности, импульсивности, нонкомплаенс [20]. Такие субъекты чаще подвергаются принудительной госпитализации, в стационаре ведут себя вызывающе, сбегают из больницы, выписываются по собственному настоянию против врачебного совета [18]. Состояние, предшествующее окончательному принятию решения о суициде, характеризуется чувством страха и психической дезинтеграции пациента, тягостного страдания и беспомощности [48]. Классическое деление шизофрении на типы (простая, параноидная, гебефреническая, кататоническая, недифференцированная) не выявило различий в отношении суицидов, однако деление ее на субтипы выявляло ассоциацию «дефицитарной» ее формы (по Crow) и суицидального поведения [20, 42].

Интересны исследования, выявившие взаимосвязь негативных симптомов шизофрении и суицида при шизоаффективном расстройстве (ШАР), а также нарушения когнитивных функций и депрессии [25]. При этом отмечено, что суцидогенный эффект шизофрении практически полностью опосредован уровнем функционирования пациента, в то время, как эффект ШАР оказывает непосредственное влияние, независимо от уровня функционирования.

Отмечено 2 пика повышенного риска суицида при шизофренических психозах: при поступлении в стационар в течение первой недели и сразу после выписки из него [41].

Интересно проследить изменение частоты суицидов в эпидемиологическом контексте: введение хлорпромазина в 1950-е годы привело к повсеместному возрастанию частоты суицидов, что может объясняться как побочными эффектами препарата с одной стороны, так и возрастанием инсайта пациента с другой. 60-е годы прошлого века характеризовались распространением процесса деинституализации психиатрии в Европе и Америке – этот процесс продолжается и в последние десятилетия; изначально его целью являлось улучшение качества жизни пациентов и уменьшение стигматизации, однако конечный эффект сокращения психиатрических коек на частоту суицидов весьма неоднозначен [16]. В 90-е годы вводятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и атипичные нейролептики, чей антисуицидальный эффект объяснялся соответственно, меньшим токсическим действием и способностью устранять импульсивность и агрессивность. Клозапин – первый известный нейролептик, достоверно снижающий частоту суицида, что подтверждено в многочисленных исследованиях [30]. Некоторые данные указывают на аналогичный эффект оланзапина и кветиапина [19].

До сих пор неоднозначна роль инсайта в предрасположенности к суициду. С одной стороны, низкий инсайт ассоциирован с более тяжелым течением психоза, высокой частотой госпитализаций (в том числе и принудительной), числом обострений [3] – все они – известные факторы риска суицида [26]. Осознание болезненных процессов, происходящих в собственной психике, способствует лучшему комплаенсу пациента, лучшей приверженности лечению после выписки из психиатрического стационара. С другой стороны, инсайт «сталкивает» пациента с неприятной для него реальностью, открывает безрадостные перспективы его будущего, снижает самооценку, вызывает озабоченность дальнейшим ухудшением состояния, чувство обреченности и беспомощности, особенно при высоком уровне предшествующего социального и психического функционирования. В многочисленных исследованиях показано, что инсайт ассоциирован с высокой частотой депрессии (в том числе постпсихотической) и высоким риском суицида [37].

Фактор лечения и риск суицида при расстройствах шизофренического спектра. В контексте предотвращения суицидальных действий у пациентов с шизофренией и схожими с ней расстройствами общепринятым считается совместное применение фармакологических и психосоциальных методов, приверженность пациента лечению после выписки из стационара (противорецидивная амбулаторная терапия психотропными препаратами), квалифицированная и регулярная оценка степени выраженности суицидального риска с уделением особого внимания пациентам групп риска [20].

Лекарственное лечение нацелено на купирование острой продуктивной симптоматики, нивелирование клинических проявлений хронической и резидуальной симптоматики, а также вторичных симптомов, таких как депрессия. С учетом тесной корреляционной связи аффективных расстройств и суицидальной агрессии важным является эффективная диагностика и лечение пациентов с депрессией при квалифицированном подходе к дифференциальному ограничению депрессивных состояний от побочных эффектов нейролептиков [21]. Также следует учитывать, что под «маской» негативной симптоматики и дефицитарных симптомов нередко может скрываться клинически не выраженный депрессивный синдром, в особенности при диагностируемом симптоме безнадежности, в свою очередь наличие которого служит показанием для назначения активного антидепрессивного лечения [20, 21, 25].

Среди психосоциальных вмешательств для профилактики суицидальных действий у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в первую очередь при страдании шизофренией, показанными являются развитие социальных и сохранение (восстановление) профессиональных навыков (социальная и профессиональная реабилитация), а также модифицированные техники психотерапии для формирования

и выработки у пациента реальных взглядов на жизнь, позитивных ожиданий от будущего и положительного отношения к лечению, в том числе особое внимание отводится техникам психотерапевтической интервенции, включающим вовлечение в лечебный процесс семейное окружение пациента для обеспечения эмпатической поддержки и налаживания постоянного контакта врача с пациентом, предупреждения социальной изоляции и создания стабильной окружающей обстановки с исключением из нее микросоциальных дистрессоров [31].

Распространено мнение о том, что среди профессионалов в сфере психического здоровья часто имеет место игнорирование суицидального риска, а соответствующая осторожность может быть подавлена или отрицаться у опытных врачей [11]. В связи с этим важно, чтобы тема суицида обсуждалась регулярно на протяжении всего курса лечения пациента как с ним самим для осознания своих суицидальных желаний и своевременного сообщения о них лечащему врачу, так и с членами его семьи и другими близкими родственниками, предоставив им необходимую информацию о предвестниках и признаках суицидальной агрессии, предшествующих суицидальным актам [29].

Депрессия и БАР. Имеются данные о том, что риск суицида при аффективных расстройствах достигает 25–64% [5]. В исследовании А. Т. А. Cheng (1995) до 87% случаев суицидального поведения, включая 35,8% случаев самоубийства, оказалось ассоциировано с депрессией [13]. Согласно исследованию М. А. Oquendo с соавт. (2006) более половины лиц, страдающих депрессией, имеют суицидальное мышление [32].

Риск завершённого суицида, по сравнению с общей популяцией, в 20 раз выше у пациентов с депрессией и в 15 раз выше у пациентов с БАР, а также в 2–4 раза превышает таковой при других психических расстройствах, как зависимость от алкоголя, шизофрения, обсессивно-компульсивное или паническое расстройство [23, 44]. Продольное исследование показало, что совершили суицид в течение 40 лет 14,5% пациентов, страдавших депрессией, и 8,2% с БАР [39]. Суицидальное поведение и мышление появляется чаще всего в депрессивные фазы БАР, а также в период смены аффективных эпизодов и дисфоричной мании и очень редки при эйфоричной мании и гипомании [34]. Многочисленные исследования указывают на то, что частота предыдущих попыток самоубийства практически в 2 раза больше у лиц, страдающих БАР, чем у лиц, страдающих депрессией [34, 45].

Известно, что существенно повышают риск суицида т. н. смешанные депрессивные эпизоды (депрессия + 3 и более сопутствующих интра-депрессивных симптома гипомании) [34], часто соответствующие категории «ажитированной депрессии», составляющие 60% всех БАР [1]. Это объясняет т. н. «антидепрессант-индуцированное» суицидальное поведение: монотерапия антидепрессантами без «прикрытия» нормотимиками может вызвать инверсию фазы и усугубить «смешанное» состояние [6]. Замечено, что при БАР уровень импульсивности и частота суицидальных попыток возрастают с возрастанием числа интрадепрессивных гипоманиакальных симптомов [28]. Кроме того, при БАР чаще, чем при депрессии встречается раздражительность и приступы гнева. Таким образом, важным суицидогенным фактором при БАР является аффективная нестабильность.

БАР II типа сопряжен с большим риском суицида, чем БАР I типа, и объяснение этому феномену в следующем: при БАР II типа половина всего времени от общей длительности расстройства у пациента приходится на депрессивные состояния разной степени тяжести (от дистимии до тяжёлого депрессивного эпизода), в то же время как при БАР I типа – треть времени и преимущественно легкой или умеренно выраженной депрессии [24, 34].

Факторы риска суицида при расстройствах настроения (преимущественно при БАР) – молодой возраст начала расстройства (до 30 лет) и первые 2–3 года клинического проявле-

ния расстройства, суицидальные попытки ранее, предыдущие эпизоды тяжелой депрессии или текущий тяжелый депрессивный эпизод и в особенности с ажитацией или с дисфорией, тяжёлые жизненные события и чувство безнадежности, вины, возбуждение, бессонница или психотические проявления в клинической структуре депрессии, коморбидная расстройству настроения зависимость от психоактивных веществ и в особенности при коморбидности с алкогольной зависимостью, быстрая отмена терапии или неадекватная схема лечения, что на треть увеличивает потенциальный риск суицида в процессе лечения обострений аффективных расстройств [1, 24, 28, 34, 45]. Также к таковым относят агрессивные и импульсивные личностные черты [28], и циклотимию [17].

Фактор лечения и риск суицида при аффективных расстройствах. Несмотря на то, что антидепрессанты – средство выбора при депрессивных симптомах, имеются наблюдения, что их употребление, и особенно СИОЗС, связано с повышением риска суицидов в первый месяц приема препарата и преимущественно у пациентов младше 18 лет [43] – это объясняется тем, что данная группа препаратов может вызывать в начале лечения симптомы возбуждения, ажитации, тревоги, панических атак, а также бессонницу и акатизию [10], то есть проявление стимулирующего эффекта антидепрессанта в первые недели лечения депрессии способствует появлению в структуре депрессии «новых» симптомов кластера «импульсивности», тесно коррелирующих с избыточным риском суицида [1].

Многочисленные исследования подтверждают, что применение в терапии стабилизаторов настроения как для редукации и профилактики маниакальных состояний, так и для профилактики депрессии приводит к снижению риска завершённых суицидов [44–45].

Электросудорожная терапия (ЭСТ) используется для лечения суицидальности у пациентов с тяжелой депрессией, резистентной к лекарственным препаратам, что также способствует снижению риска суицидального поведения в дальнейшем [34].

Следует учитывать, что не мало важное значение в лечебной тактике ведения пациентов с расстройствами настроения и высоким уровнем суицидальной готовности отводится психотерапевтическому воздействию, включая разные формы семейной психотерапии [10].

В контексте предупреждения суицидальных действий у пациентов с расстройствами настроения общепринятыми принципами являются следующие: своевременная диагностика расстройства и подбор лечения, соответствующего диагнозу, в том числе с учетом диагнозов коморбидных расстройств, или синдрому; подбор антидепрессанта (нормотимика) со сбалансированным действием и с низким уровнем токсичности с целью снижения риска летального исхода при умышленной передозировке им; включение в курс лечения нейролептических препаратов (антипсихотиков) при сочетанности аффективной и психотической симптоматики; в процессе лечения методом титрования постепенное увеличение и снижение суточных дозировок препарата (резкая отмена препарата увеличивает риск суицида); на всех этапах терапии диагностика и мониторинг суицидального риска (регулярная клиническая и психометрическая оценка уровня депрессии и суицидальной готовности) и соблюдение технологического регламента превенции суицидальных действий (в стационаре постоянное наблюдение за пациентом и ограничение доступа к средствам вероятного самоповреждения, амбулаторная выписка препарата в небольших количествах и обеспечение контроля над его хранением и приемом); комплаенс с пациентом и его родственниками (эмпатическая поддержка пациента, позитивные коммуникации с его близким родственным окружением и пр.)

Таким образом, социально-психологические и психопатологические факторы являются основными детерминантами суицидального поведения при психических расстройствах. Но, следует учитывать, что в суицидогенезе при расстройствах

шизофренического спектра и расстройствах настроения наиболее значительное влияние отводится психопатологическим факторам. Во многих странах мира, в том числе в Республике Беларусь, имеются национальные программы по профилактике суицидов и незавершенных суицидальных актов, ключевыми моментами которых являются своевременное выявление психических расстройств и их лечение. В то же время приоритетным в лечении суицидальных состояний у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и расстройствами настроения является комбинированный подход, включающий фармакологический и психосоциальный методы. Лекарственная терапия направлена на лечение острой и хронической резидуальной симптоматики, психосоциальная терапия своей целью определяет не только выработку у пациента реальных взглядов на жизнь и позитивных ожиданий от будущего, но и включение в лечебный процесс семейного окружения пациента для способствования формирования у него положительного отношения к лечению, его социальной и профессиональной реабилитации.

Литература

1. *Agitated «unipolar» depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy* / H. S. Akiskal [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2005. – Vol. 85. – P. 245–258.
2. *Arsenault-Lapierre, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis* / G. Arsenault-Lapierre, C. Kim, G. Turecki // *BMC Psychiatry.* – 2004. – Vol. 4. – P. 37.
3. *Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia* / M. Olfson [et al.] // *Psychiatr. Serv.* – 2006. – Vol. 57. – P. 205–211.
4. *Axelsson, R. Factors predicting suicide in psychotic patients* / R. Axelsson, M. Lagerkvist-Briggs // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* – 1992. – Vol. 241. – P. 259–266.
5. *Axis, I disorders and personality disorders as risk factors for suicide* / B. Schneider [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* – 2006. – Vol. 256. – P. 17–27.
6. *Benazzi, F. Suicidal ideation and depressive mixed states* / F. Benazzi // *Psychother. Psychosom.* – 2005. – Vol. 74. – P. 107–108.
7. *Biological predictors of suicidality in schizophrenia* / C. F. Lewis [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1996. – Vol. 94. – P. 416–420.
8. *Brown, S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis* / S. Brown // *Brit. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 171. – P. 502–508.
9. *Caldwell, G. B. Gottesman II: Schizophrenia kill themselves too: A review of risk factors for suicide* / G. B. Caldwell // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16. – P. 571–589.
10. *Can We Really Prevent Suicide?* / M. Schwartz-Lifshitz [et al.] // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2012. – Vol. 14. – P. 624–633.
11. *Change in suicide rates for patients with schizophrenia from 1981 to 1997. A nested case-control study* / M. Nordentoft [et al.] // *Ugeskr. Laeger.* – 2004. – Vol. 166. – P. 4602–4606.
12. *Characteristics of suicide attempters and nonattempters with schizophrenia in a rural community* / M. S. Ran [et al.] // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2005. – Vol. 35. – P. 694–701.
13. *Cheng, A. T. A. Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan* / A. T. A. Cheng // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 52. – P. 594–603.
14. *Command hallucinations in outpatients with schizophrenia* / S. Zisook [et al.] // *J. Clin. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 56. – P. 462–465.
15. *Cooper, S. J. 5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behavior in schizophrenia* / S. J. Cooper, C. B. Kelly, D. J. King // *Lancet.* – 1992. – Vol. 340. – P. 940–941.
16. *Currier, G. W. Psychiatric bed reductions and mortality among persons with mental disorders* / G. W. Currier // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 851.
17. *Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder* / F. J. Kochman [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2005. – Vol. 85. – P. 181–189.
18. *De Hert, M. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study* / M. De Hert, K. McKenzie, J. Peuskens // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 47. – P. 127–134.
19. *Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders* / P. V. Tran [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1997. – Vol. 17. – P. 407–418.
20. *Fenton, W. S. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia* / W. S. Fenton // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2000. – Vol. 30. – P. 34–49.
21. *Goodwin, R. Panic attacks in schizophrenia* / R. Goodwin, J. S. Lyons, R. J. McNally // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 58. – P. 213–220.
22. *Hansen, L. No association between akathisia or Parkinsonism and suicidality in treatment-resistant Schizophrenia* / L. Hansen, R. M. Jones, D. Kingdon // *J. Psychopharmacol.* – 2004. – Vol. 18. – P. 384–387.
23. *Harris, E. C. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis* / E. C. Harris, B. Barraclough // *Brit. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
24. *Irritable psychomotor elation in depressed inpatients: A factor validation of mixed depression* / T. Sato [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2005. – Vol. 84. – P. 187–196.
25. *Kaplan, K. J. Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenics versus depressives* / K. J. Kaplan, M. Harrow // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1996. – Vol. 26. – P. 105–121.
26. *Kemp, R. A. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology* / R. A. Kemp, T. J. R. Lambert // *Schizophr. Res.* – 1995. – Vol. 18. – P. 21–28.
27. *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death* / D. L. Kelly [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2004. – Vol. 38. – P. 531–536.
28. *Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episode* / A. C. Swann [et al.] // *Bipolar Disord.* – 2007. – Vol. 9. – P. 206–212.
29. *Mental disorders and suicide prevention* / J. K. Lonnqvist [et al.] // *Psychiatr. Clin. Neurosci.* – 1995. – Vol. 49 (Suppl. 1). – S. 111–116.
30. *Modestijn, J. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records* / J. Modestijn, D. D. Pian, P. Agarwalla // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 534–538.
31. *Mueser, K. T. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?* / K. T. Mueser, H. Berenbaum // *Psychol. Med.* – 1990. – Vol. 20. – P. 253–262.
32. *Oquendo, M. A. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?* / M. A. Oquendo, D. Currier, J. J. Mann // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 114. – P. 151–158.
33. *Plocka-Lewandowska, M. Dexamethasone suppression test and suicide attempts in schizophrenic patients* / M. Plocka-Lewandowska, A. Araszkievicz, J. K. Rybakowski // *Eur. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 16. – P. 428–431.
34. *Rihmer, Z. Prediction and prevention of suicide in bipolar disorder* / Z. Rihmer // *Clin. Neuropsychiatry.* – 2005. – Vol. 2. – P. 48–54.
35. *Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland* / T. Foster [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 175. – P. 175–179.
36. *Rudnick, A. Relation between command hallucinations and dangerous behavior* / A. Rudnick // *J. Am. Acad. Psychiatr. Law.* – 1999. – Vol. 27. – P. 253–257.
37. *Schwartz, R. C. Suicidality and psychosis: The predictive potential of symptomatology and insight into illness* / R. C. Schwartz, S. D. Smith // *J. Psychiatr. Res.* – 2004. – Vol. 38. – P. 185–191.
38. *Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide* / J. M. Harkavy-Friedman [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 256. – P. 1276–1278.
39. *Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: A 40 to 44 years' follow-up* / J. Angst [et al.] // *Arch. Suicide Res.* – 2005. – Vol. 9. – P. 279–300.
40. *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future* / M. Pompili [et al.] // *Ann. Gen. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6. – P. 10.
41. *Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey* / L. Appleby [et al.] // *BMJ.* – 1999. – Vol. 318. – P. 1235–1239.
42. *Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders* / W. S. Fenton [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154. – P. 199–204.
43. *The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide* / R. D. Gibbons [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 65. – P. 165–172.
44. *Tondo, L. Suicidal behavior in bipolar disorder: risk and prevention* / L. Tondo, G. Isacsson, R. J. Baldessarini // *CNS Drugs.* – 2003. – Vol. 17. – P. 491–511.
45. *Tondo, L. Suicidal risk among 2826 Sardinian major affective disorder patients* / L. Tondo, B. Lepri, R. Baldessarini // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2007. – Vol. 116. – P. 419–428.
46. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients* / J. J. Mann [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 181–189.
47. *Westermeyer, J. F. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders* / J. F. Westermeyer, M. Harrow, J. T. Marengo // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1991. – Vol. 170. – P. 259–266.
48. *Wolfersdorf, M. Schizophrenia and suicide – results of a control group comparison of schizophrenic suicides with schizophrenic inpatients without suicide* / M. Wolfersdorf, F. Neher // *Psychiatr. Prax.* – 2003. – Vol. 30. – P. 222–227.

Поступила 18.03.2014 г.