

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК. Сообщение 2

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

В статье рассмотрены клинико-суицидологические особенности суицидальной активности у психически здоровых людей в зависимости от типа суицидального поведения (первичное или повторное самопокушение). Показано, что у психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации, ассоциированными с хронизацией суицидального поведения (избыточный против первичного самопокушения 1,3–2,0-кратный суицидальный риск), являются способ покушения посредством самоповреждения острыми предметами (63,4% к 40,3% случаев), расстройства адаптации с превалирующими нарушениями поведения (70,7% к 57,4%), более высокий уровень депрессии (преимущественно умеренно выраженной депрессии: 37,8% к 25,1%), алкогольное опьянение, предшествующее суицидальному акту (80,5% к 62,6%), личностная алкоголизация (28,0% к 14,1%) и наследственная отягощенность бытовым пьянством (23,2% к 11,5%).

Ключевые слова: клинические факторы, суицидальная попытка, повторяющееся суицидальное поведение, здоровые субъекты.

A. P. Gelda

**AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN MENTALLY HEALTHY SUBJECTS:
EXPLORING THE CLINICAL AND SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS. Report 2**

The article describes the clinical and suicidological peculiarities of suicidal activity in mentally healthy persons depending on the type of their suicidal behavior (primary parasuicide or repetitive suicide attempts). Certain traits are found to have more strong association (1,3–2 times higher) with chronic suicide behavior than with primary suicide attempt in mentally healthy persons experiencing crisis situation: self-harm with sharp objects (63,4% to 40,3% cases), adjustment disorder with dominant behavior abnormalities (70,7% to 57,4%), higher severity of depression (predominantly moderate depression: 37,8% to 25,1%), alcohol intoxication prior to suicide attempt (80,5% to 62,6%), inebriety (28,0% to 14,1%) and familial burden of inebriety (23,2 to 11,5%).

Key words: clinical factors, suicide attempt, repetitive suicide attempt, healthy subjects.

Психопатология суицидального акта включает предшествующую суицидальному акту психическую патологию у пациентов с хроническими психическими расстройствами, а также непосредственно возникающий в ситуации переживаемого психотравмирующего кризиса широкий спектр психических дисфункций у психически здоровых людей, в значительной части случаев имеющий нозологические границы (т. е. в момент совершения самопокушения на собственную жизнь признаки психической дезадаптации клинически «очерчивают» диагноз определенного транзиторного психического расстройства, связанного со стрессом) [9]. Поэтому в большинстве случаев суицидальное поведение соответствует критериям психического расстройства [7]. Исследования, проведенные с использованием метода психологической аутопсии ретроспективно ко времени нескольких дней и недель перед смертью, свидетельствуют, что от 70% до 99% всех лиц, совершивших самоубийство, при жизни страдали психическим расстройством [4, 6, 8]. По литературным данным, наиболее мощная статистическая закономерность, ассоциированная с суицидальным поведением, характерна для аффективных расстройств (43–45%), на порядок ниже для алкогольной зависимости (25–27%) и связанных со стрессом невротических расстройств (20–23%), последние ранговые положения отводятся расстройствам личности (16–18%) и психотическим психическим расстройствам, преимущественно шизофренического спектра (9–10%) [1, 3, 4]. В то же время следует учитывать, что 2/3 лиц с первичными суицидальными актами до их совершения не обращались за психиатрической (психологической, психотерапевтической) помощью и по формальным признакам являлись психически здоровыми людьми [2].

Цель исследования – изучение клинико-суицидологических особенностей формирования суицидального поведения у психически здоровых людей при первичном и повторном самопокушении.

Материал и методы

Исследование, открытое сравнительное проспективное с параллельными группами со стратифицированной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) с последующей блочной рандомизацией для каждой страты, в соответствии с унифицированным международным исследовательским стандартом в области суицидологии и протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов [5] выполнено при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. на базе психоневроло-

гических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отделений УЗ «БСМП г. Минска» на модельной когорте формально психически здоровых лиц (не состоявших на психиатрическом и наркологическом учете), жителей г. Минска и области, совершивших суицидальную попытку.

Изучались клинико-суицидологические образцы суицидальности (способ самопокушения и уровни суицидальной готовности по шкалам суицидальных намерений и безнадёжности, включая оценку угрозы жизни, наличие/отсутствие алкогольного опьянения при совершении суицидальной попытки, уровень депрессивности по шкале Бека, наследственная психопатологическая отягощенность и сопутствующие хронические соматические и неврологические заболевания) [5].

Критериями включения в исследование являлись верифицированные случаи суицидальных попыток у психически здоровых людей в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или настроения (F32.0-F32.1).

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием стандартного пакета описательной математической статистики в программно-аналитическом комплексе MS Excel 2003 при выбранном уровне доверия 95% по t-тесту Стьюдента для проверки нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака в независимых выборках и по хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта.

Всего в исследование при добровольном согласии было включено 472 человека: 390 (средний возраст $30,7 \pm 0,6$ лет) – лица (парасуициденты), совершившие впервые в жизни суицидальную попытку, и 82 ($28,6 \pm 1,1$ лет) – лица с повторными суицидальными попытками. В выборке парасуицидентов с первичным самопокушением лица мужского пола были представлены 252/64,4% от общего числа выборки и женского – 138/35,4% (соответственно, в выборке с повторным самопокушением 58/70,7% и 24/29,3%) ($P > 0,05$).

Результаты и обсуждение

Анализ клинико-суицидологических образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом различий экстенсивных показателей в выборках парасуицидентов с первичным и повторным (хронизацией) суицидальным поведением (таблицы 1–2).

Таблица 1. Клиническая характеристика суицидальности у психически здоровых людей (на модели суицидальных попыток)

	А (N = 390)	Б (N = 82)	t
Способ самопокушения:			
X60-X69	122 (31,3)	14 (17,1)**	2,977
X70	76 (19,5)	9 (11,0)*	2,132
X78	157 (40,3)	52 (63,4)***	3,945
X80	19 (4,9)	2 (2,4)	1,203
другие	6 (1,5)	2 (2,4)	0,496
комбинированные	10 (2,6)	3 (3,7)	0,492
$\chi^2=17,199; P = 0,004$			
Уровень суицидальной готовности (шкала суицидальных намерений; SIS):			
средний балл	7,6±0,29	7,5±0,62	0,073
низкий (0–10 баллов)	277 (71,0)	60 (73,2)	0,397
средний (11–20 баллов)	101 (25,9)	20 (24,4)	0,288
высокий (21–30 баллов)	12 (3,1)	2 (2,4)	0,333
$\chi^2 = 0,197; P = 0,906$			
Уровень суицидальной готовности (шкала безнадежности):			
средний балл	4,0±0,18	4,4±0,47	0,854
низкий (0–6 баллов)	316 (81,0)	65 (79,3)	0,359
средний (7–13 баллов)	62 (15,9)	12 (14,6)	0,292
высокий (14–20 баллов)	12 (3,1)	5 (6,1)	1,085
$\chi^2 = 1,881; P = 0,404$			
Угроза жизни:			
нет	82 (21,0)	22 (26,8)	1,093
сомнительная	165 (42,3)	36 (43,9)	0,265
реальная	143 (36,7)	24 (29,3)	1,325
$\chi^2 = 2,124; P = 0,346$			
Алкогольное опьянение			
Алкоголь как проблема; субъективная оценка:	244 (62,6)	66 (80,5)***	3,573
... алкоголь представляет для Вас проблему	55 (14,1)	23 (28,0)**	2,649
... пытались уменьшить употребление алкоголя	89 (22,8)	21 (25,6)	0,529
... указания на Ваши выпивки	69 (17,2)	23 (28,0)*	2,045
... чувство вины по поводу Ваших выпивок	146 (37,4)	40 (48,8)	1,878
... день с выпивки	93 (23,8)	19 (23,2)	0,132
Диагноз:			
F43.20-F43.23	162 (41,5)	23 (28,0)*	2,429
F43.24-F43.25	224 (57,4)	58 (70,7)*	2,368
Другой	4 (1,0)	1 (1,2)	0,147
$\chi^2 = 5,174; P = 0,075$			
Шкала депрессии Бека:			
средний балл	8,1±0,34	9,6±0,76	1,888
норма (0–9 баллов)	256 (65,6)	44 (53,7)*	1,994
умеренно выраженная депрессия (10–18 баллов)	98 (25,1)	31 (37,8)*	2,190
критический уровень депрессии (19–29 баллов)	36 (9,2)	7 (8,5)	0,203
$\chi^2 = 5,550; P = 0,052$			

Примечания. 1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в выборке с первичным (А) и повторяющимся суицидальным поведением (Б).

2 – по тексту статьи пояснения X60-X80 и F43.20-F43.25.

Таблица 2. Наследственная психопатологическая отягощенность и сопутствующие соматоневрологические заболевания в выборках психически здоровых парасуицидентов

	А (N = 390)	Б (N = 82)	t
Наследственная психопатологическая отягощенность			
Число лиц	105 (26,9)	31 (37,8)	1,874
Отягощенность:			
шизофрения	2 (0,5)	1 (1,2)	0,559
бытовое пьянство	45 (11,5)	19 (23,2)*	2,358
алкоголизм	20 (5,1)	2 (2,4)	1,320

Продолжение табл. 2

	A (N = 390)	B (N = 82)	t
неврозы	6 (1,5)	0 (0,0)*	2,469
суицидальные попытки	17 (4,4)	8 (9,8)	1,571
депрессии	4 (1,0)	1 (1,2)	0,147
злость, конфликтность, агрессивность	6 (1,5)	3 (3,7)	0,979
другая уточненная форма психопатологической отягощенности	14 (3,6)	0 (0,0)***	3,811
не уточненная форма психопатологической отягощенности	18 (4,6)	6 (7,3)	0,881
сочетанная психопатологическая отягощенность	22 (5,6)	8 (9,8)	1,183
Сопутствующие хронические соматические и неврологические заболевания			
Число лиц	158 (40,5)	32 (39,0)	0,251
Болезни:			
эндокринной системы	13 (3,3)	1 (1,2)	1,395
системы кровообращения	52 (13,3)	9 (11,0)	0,611
органов дыхания	18 (4,6)	7 (8,5)	1,202
органов пищеварения	79 (20,3)	19 (23,2)	0,573
мочеполовой системы	17 (4,4)	1 (1,2)*	1,971
кожи и подкожной клетчатки	5 (1,3)	0 (0,0)*	2,251
костно-мышечной системы	20 (5,1)	3 (3,7)	0,624
врожденные аномалии (пороки развития)	5 (1,3)	1 (1,2)	0,047
неврологические	38 (9,7)	4 (4,9)	1,730
другие уточненные заболевания	9 (2,3)	2 (2,4)	0,070
сочетанная органная патология	67 (17,2)	9 (11,0)	0,892

Примечание: см. таблицу 1.

Способ самопокушения, уровень суицидальной готовности и угроза жизни. По материалам исследования при не случайности распределения ($P = 0,004$ и $\chi^2 = 17,199$; таблица 1) в выборках парасуицидентов, психически здоровых людей, преобладающим способом покушения являлся посредством самотравматизации острыми предметами (X78; или в 1,6 раза чаще при повторном самопокушении: 63,4% к 40,3% случаев; $P < 0,001$ и $t = 3,945$), второе-третье ранговые положения отводились самоотравлениям медицинскими и токсическими препаратами агрохимии или бытовыми (X60-X69) и попыткам самоповешения (X70) (в 1,8 раза чаще при первичном самопокушении, соответственно: 31,3% к 17,1% при $P < 0,01$ и $t = 2,977$ и 19,5% к 11,0% при $P < 0,05$ и $t = 2,132$). Другие способы самопокушений, включая комбинированные, встречались значительно реже (в пределах 1,5–4,9%; $P > 0,05$).

По данным обработки шкалы суицидальных интенций (SIS) и шкалы безнадежности существенных межвыборочных различий не выявлено (случайность распределений при $P = 0,40$ – $0,91$ и при $P > 0,05$ в сопоставлении по конкретным позициям уровней суицидальной готовности). Средние уровни суицидального риска были невысоким и выявлялись в пределах 7,5–7,6 балла по шкале SIS и 4,0–4,4 балла по шкале безнадежности. Наиболее высокой в обеих выборках парасуицидентов являлось представительство показателя низкого суицидального риска: по шкале SIS в пределах 0–10 баллов – 71,0% и 73,2% случаев и по шкале безнадежности в пределах 0–6 баллов – 81,0% и 79,3% случаев, соответственно, при первичном и повторном самопокушении.

В то же время, несмотря на случайность распределения ($P = 0,35$), реальная угроза последствий для здоровья парасуицидента, включая высокий риск летального исхода, более значимой определялась при первичном самопокушении (1,3-кратный риск: 36,7% к 29,3% случаев; $P > 0,05$).

То есть у психически здоровых людей в переживаемой суицидоопасной кризисной ситуации способ самопокушения в определенной степени и не случайно ($P = 0,004$) детерминировался типом суицидального поведения: при хронизации суицидального процесса чаще (в 1,6 раза) отмечались суицидальные попытки самотравматизации острыми предметами (63,4% к 40,3% случаев; $P < 0,001$) и реже (в 1,8 раза) попытки самоотравлений лекарственными или агрохимии (бытовыми) средствами (17,1% к 31,3%; $P < 0,01$) и самоповешений (11,0% к 19,5%; $P < 0,05$).

Уровни высокого суицидального риска по шкалам суицидальных интенций и безнадежности в суицидогенной травмирующей ситуации выявлялись в незначительном проценте случаев (соответственно, у 2,4–3,1% и у 3,1–6,1% парасуицидентов). Но при этом реальная угроза для жизни от совершения самопокушения фиксировалась в 1/3 части случаев (в 1,3 раза чаще при первичном самопокушении: 36,7% к 29,3%; $P > 0,05$).

Клиническое статусное положение. Нозологическая группа психических и поведенческих расстройств и «депрессивность» как фактор психической дезадаптации. У лиц, формально психически здоровых людей, в переживаемой психогенно стрессовой суицидоопасной ситуации верифицировались невротические расстройства и преимущественно нарушения адаптации (F43.20-F43.25: в 98–99% случаев как случайное явление при $P = 0,075$ по оценке частотного распределения по нозологическим подгруппам адаптационных расстройств; таблица 1). Следует указать на различия соотношений в выборках парасуицидентов долей лиц с преобладанием нарушений эмоций (F43.20-F43.23; в 1,5 раза выше доля таких лиц при первичном самопокушении: 41,5% к 28,0% при повторном; $P < 0,05$ и $t = 2,429$) или с преобладанием нарушений поведения (F43.24-F43.25; в 1,2 раза выше доля таких лиц при повторном самопокушении: 70,7% к 57,4% при первичном; $P < 0,05$ и $t = 2,368$).

Оценочная интерпретация «депрессивности» по шкале депрессии Бека свидетельствовала о несколько более высоком среднем балле депрессии в выборке парасуицидентов при повторном самопокушении ($9,6 \pm 0,76$ балла против $8,1 \pm 0,77$ балла; $P > 0,05$) и о не случайности частотного распределения в выборках парасуицидентов лиц с разными уровнями депрессии ($P = 0,05$ и $\chi^2 = 5,550$). Так, в частности, в выборках парасуицидентов не отмечено случаев с явно выраженной депрессией и фиксированы единичные случаи с критическим уровнем депрессии (в $8,5-9,2\%$), но выявлены различия встречаемости случаев умеренно выраженной депрессии (1,5-кратное различие: $37,8\%$ к $25,1\%$ при первичном самопокушении; $P < 0,05$ и $t = 2,190$) и случаев без депрессии (нормированный уровень) (1,2-кратное различие: $65,6\%$ к $53,7\%$ при повторном самопокушении; $P < 0,05$ и $t = 1,994$).

То есть у психически здоровых людей в переживаемой суицидоопасной кризисной ситуации расстройства адаптации с преимущественными нарушениями эмоций в большей степени ассоциируются с первичным самопокушением (в 1,5 раза выше уровень ассоциации при $41,5\%$ к $28,0\%$ случаям; $P < 0,05$), а с преимущественными нарушениями поведения – с повторным (в 1,2 раза выше уровень ассоциации при $70,7\%$ к $57,4\%$; $P < 0,05$). При этом выраженность «депрессивности» как оценочного фактора психической дезадаптации выше отмечается при склонности к хронизации суицидальных действий (на 1,6 балла выше уровень среднего показателя депрессии и в основном за счет большей встречаемости случаев с «умеренно выраженной депрессией» – в 1,5 раза при $37,8\%$ к $25,1\%$; $P < 0,05$).

Бытовая алкоголизация. Использован метод субъективной оценки парасуицидентом наличия (или отсутствия) у него алкогольной проблемы как модератора суицидальной готовности (таблица 1). Выявлено: более чем в половине случаев психически здоровые люди совершили суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения (в 1,3 раза чаще при повторном самопокушении: $80,5\%$ к $62,6\%$; $P < 0,001$ и $t = 3,573$). Причем $14,1\%$ респондентов при первичном самопокушении и в 2 раза чаще при повторном ($28,0\%$; $P < 0,01$ и $t = 2,649$) в настоящее время оценили свое отношение к употреблению алкоголя как личную проблему. В течение последнего года пытались уменьшить употребление алкоголя $22,8\%$ респондентов при первичном и $25,6\%$ при повторном самопокушении ($P > 0,05$). Указания со стороны других людей на злоупотребление алкоголем, в первую очередь со стороны членов семьи и родственников, отметили $17,2\%$ респондентов при первичном самопокушении и $28,0\%$ при повторном (1,6-кратное различие соотношений показателя; $P < 0,05$ и $t = 2,045$). В течение последнего года чувство вины по поводу злоупотребления алкоголем испытывали $37,4\%$ респондентов при первичном и $48,8\%$ при повторном самопокушении ($P > 0,05$). Но, тем не менее, день с выпивки в течение данного года эпизодически начинал каждый пятый парасуицидент ($23,2-23,8\%$).

То есть у психически здоровых людей выявлен высокий уровень ассоциации суицидального поведения с алкогольным опьянением и с субъективной оценкой личностной алкоголизации как проблемы (при хронизации суицидального процесса выше, соответственно, в 1,3 раза: $80,5\%$ к $62,6\%$ и в 2 раза: $28,0\%$ к $14,1\%$; $P < 0,01-0,001$). Причем личностная алкоголизация с явно вредными последствиями, что подтверждается фактом указания на нее со

стороны других людей, чаще (в 1,6 раза) имела место при хронизации суицидальных действий (в $28,0\%$ к $17,2\%$ случаям; $P < 0,05$).

Фактор наследственной психопатологической отягощенности. Распределение в исследуемых выборках парасуицидентов, психически здоровых людей, частотности изучаемых факторов психопатологической отягощенности (таблица 2) указывало на статистически значимое межвыборочное различие долевого представительства по факторам «бытовое пьянство» (2-кратное превышение относительной величины фактора в выборке парасуицидентов при повторяющемся суицидальном поведении: $23,2\%$ к $11,5\%$; $P < 0,05$ и $t = 2,358$), «неврозы» и «другая уточненная форма психопатологической отягощенности» (при 0% случаев в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением в противовес $1,5\%$ и $3,6\%$, соответственно, в выборке парасуицидентов с первичным; $P < 0,05-0,001$ и $t = 2,469-3,811$). Также следует отметить, что при хронизации суицидального поведения более высокими (в 1,2–2,4 раза, но при $P > 0,05$) определялись доли лиц с наследственной психопатологической отягощенностью ($37,8\%$ к $26,9\%$) и по ряду иных кластеров отягощенности, как «шизофрения» ($1,2\%$ к $0,5\%$), «суицидальные попытки» ($9,8\%$ к $4,4\%$), «депрессии» ($1,2\%$ к $1,0\%$) и другие, включая и сочетанную психопатологическую отягощенность ($9,8\%$ к $5,6\%$).

То есть у психически здоровых людей более тяжкий анамнез наследственной психопатологической отягощенности предрасполагает к повторению суицидальных действий и, в частности, особо значимо при отягощенности бытовым пьянством (в 2 раза: $23,2\%$ к $11,5\%$ случаям при первичном самопокушении; $P < 0,05$), суицидальными попытками (в 2,2 раза: $9,8\%$ к $4,4\%$) и сочетанной комбинацией форм психопатологической отягощенности (в 1,7 раза: $9,8\%$ к $5,6\%$) ($P < 0,05$).

Фактор страдания хронической соматической и неврологической патологией. Из материалов исследования вытекает следующее (таблица 2): в равных соотношениях в выборках парасуицидентов, психически здоровых людей, доли лиц с клинически установленными диагнозами хронических соматических и неврологических заболеваний ($40,5\%$ при первичном самопокушении и $39,0\%$ при повторном) при наличии некоторого превышения доли лиц с комбинированной (сочетанной) органной патологией в выборке с первичным самопокушением (в 1,3 раза: $17,2\%$ к $13,4\%$; $P > 0,05$). В целом же анализ материалов исследования указывает, что в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением выше частотность встречаемости хронической органной патологии фактически по всем классам заболеваний, в том числе статистически значимая по классам заболеваний «мочеполовой системы» ($4,4\%$ к $1,2\%$) и «кожи и подкожной клетчатки» ($1,3\%$ к 0%) ($P < 0,05$; $t = 1,971-2,251$).

То есть страдание хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями у психически здоровых людей причинно не обуславливает формирование хронического суицидального поведения.

Выводы

1. У психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации, ассоциированными с хронизацией суицидального поведения в сопоставлении с первичным самопокушением, являются способ покушения посредством самоповреждения острыми предметами (1,6-кратный

риск: 63,4% к 40,3%; $P < 0,001$), расстройства адаптации с превалирующими нарушениями поведения (F43.24-F43.25; 1,2-кратный риск: 70,7% к 57,4%; $P < 0,05$) и более высокий уровень депрессии по шкале Бека (преимущественно умеренно выраженной депрессии при 1,5-кратном различии встречаемости случаев: 37,8% к 25,1%; $P < 0,05$), алкогольное опьянение, предшествующее суицидальному акту (1,3-кратный риск: 80,5% к 62,6%; $P < 0,001$), и субъективная оценка личностной алкоголизации, не достигающей уровня алкогольной зависимости, как проблемы (2-кратный риск: 28,0% к 14,1%; $P < 0,01$), а также наследственная отягощенность бытовым пьянством (2-кратный риск: 23,2% к 11,5%; $P < 0,05$).

2. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений между клинико-суицидологическими характеристиками суицидальности и типом суицидального поведения (первичным или повторяющимся) у психически здоровых людей, что следует учитывать при разработке превентивных антисуицидальных мероприятий.

Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.

2. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР, [Моск. НИИ психиатрии; Сост. А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко]. – М.: Б. и., 1980 (вып. дан. 1981). – 48 с.

3. Ефремов, В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.

4. 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.

5. EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview / A.J.F.M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.

6. Kryszynska, K. Post-Traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review / K. Kryszynska, D. Lester // Arch. Suicide Res. – 2010. – Vol. 14. – P. 1–23.

7. Mental disorders and suicide prevention / J. K. Lonnqvist [et al.] // Psychiatr. Clin. Neurosci. – 1995. – Vol. 49 (Suppl. 1). – S. 111–116.

8. 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.

9. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients / J. J. Mann [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156. – P. 181–189.