

А. П. Гелда, А. Н. Нестерович

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. Сообщение 2

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

В статье представлен обзор современных представлений о суицидогенезе при психических расстройствах. Подробно рассмотрены феноменологические характеристики суицидальных действий при основных нозологических группах непсихотических психических расстройств (расстройствах личности и невротических, связанных со стрессом, и расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ).

Ключевые слова: суицидальность, риск суицида, психические расстройства.

А. P. Gelda, A. N. Nestsjarovich

SUICIDALITY AND MENTAL DISORDERS. Message 2

The paper provides an overview of the current concepts of suicides in mental disorders. The phenomenological characteristics of suicidal acts in the major non-psychotic disorders such as personality disorders, stress-associated neurotic disorders, substance use-associated disorders are described.

Key words: suicidality, suicide risk, mental disorders.

Психическое расстройство является важнейшим фактором риска суицида: многочисленные исследования показали, что от 71% до 99% всех лиц, совершивших суицид, страдали тем или иным психическим заболеванием [27]. Психопатология суицидального акта включает не только дезадаптивное поведение, но и лежащей в его основе широкий спектр психических дисфункций, вовлекающих аффективную, перцептивную и когнитивную сферы. Эти нарушения детерминированы сочетанием наследуемых и приобретенных в процессе взаимодействия с окружающей средой характеристик психики, обеспечивающих особую уязвимость индивида к экзогенным провоцирующим факторам. Взаимодействие генетических и средовых факторов в процессе онтогенеза определяет преморбид (особенности темперамента, патохарактерологическое формирование личностных черт, функциональная незрелость лимбических структур мозга, нейрометаболические «сдвиги», когнитивный дефицит и др.), острые и хронические психотравмирующие ситуации (дистресс) либо неблагоприятная микросоциальная среда, «подкрепляющая» дезадаптивные копинговые стратегии, усугубляют данные нарушения, а негативные внешние события могут явиться «триггерами», вызывающими декомпенсацию и приводящие к аутоагрессивному поведению. Именно поэтому изучение суицидального поведения должно проводиться в контексте сопутствующей психической патологии, поскольку сочетающиеся расстройства могут не только «разделять» общие патогенетические механизмы, но и в части случаев не иметь между собой нозологических границ (т. е. являться единым заболеванием).

Расстройства личности (психопатии). Психопатии характеризуются наличием устойчивых паттернов внутреннего опыта и поведения, которые не изменяются и проявляются в широком ряду ситуаций. Они оказывают значительное влияние на установление межличностных связей пациента, его социальное и трудовое функционирование и отнесены к оси II классификации DSM-IV, наряду с личностными чертами и умственной отсталостью. Клиническая гетерогенность расстройств личности и их сопряженность с феноменом аутоагрессивного поведения во многом обусловлены наследуемыми чертами темперамента, особенностями нейроонтогенеза, а также средовыми (в т. ч. стрессовыми) факторами. Так в исследовании J. Modestin с соавт. (1997), показано, что сексуальное или физическое насилие, также как свидетельство подобного насилия в детстве и также как другие виды травматического опыта ассоциированы с разнообразными формами саморазрушающего и суицидального поведения – данная закономерность проявила преимущественно у женщин [35]. В исследовании J. F. Samuels с соавт. (1994) суицидальные мысли или попытки в анамнезе обнаружены достоверно чаще

не только у лиц с расстройством личности, но и у родственников 1 и 2 линии родства [20]. Это может свидетельствовать как о вкладе генетических факторов в патогенез психопатологических феноменов, ассоциированных с суицидом, так и о роли стрессогенных ситуаций.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является единственным типом психопатий, в диагностические критерии которого входит аутоагрессивное поведение [55]. Его распространенность в общей популяции колеблется в пределах 6–13% [20, 61]. Исследования показали, ПРЛ диагностируется в трети всех случаев суицидов и в 77% случаев завершеного суицида [12].

В некоторых проспективных исследованиях риск суицида среди пациентов с ПРЛ оценивался в пределах 3–10% [32, 55], т. е. в целом в 50 раз выше, чем в общей популяции [48]. Интересно исследование В. S. Runeson с соавт. (1996), которые обнаружили, что количество наблюдаемых попыток суицида у пациентов с ПРЛ было 44% по сравнению с 17% случаев у пациентов с другими диагнозами [45]. Тем не менее, несмотря на распространенное представление о том, что самоповреждающее поведение среди данной категории пациентов носит демонстративный характер, исследования показывают, что степень выраженности намерения умереть и летальность у них такая же, как и у пациентов с депрессивными расстройствами, более того, у пациентов с ПРЛ выше летальность после наиболее серьезных попыток суицида, чем у депрессивных пациентов [11]. Известно, что среди лиц, страдающих ПРЛ, наибольшее количество повторных попыток самоубийств [53]. J. Paris с соавт. (1989) отметили, что особенно высок риск суицида среди молодых пациентов с ПРЛ (в возрасте до 30 лет), что объясняется снижением выраженности симптомов расстройства с возрастом [38]. A. D. Lesage с соавт. (1994) показали, что некоторые жизненные события отмечались чаще у мужчин с ПРЛ, совершивших попытку суицида, в отличие от лиц без данного расстройства, а именно: разлука с женой или девушкой, трудности в сексуальной жизни, проблемы с законом, изменение привычек, переезд и изменение социальной деятельности [54].

Среди причин нанесения самоповреждений пациентами с ПРЛ без намерения умереть называют следующие: стремление выразить гнев, наказать себя, облегчить дистресс [9]. Специалисты рекомендуют активные лечебные интервенции даже в таких случаях, т.к. намерение умереть может появиться в процессе совершения действия, при этом незапланированный суицид оказывается завершённым [33]. Факторы риска суицида у пациентов с и без ПРЛ во многом перекрываются, что представляет определенную трудность дифференцировать специфические для ПРЛ факторы риска. Тем не менее, у пациентов с ПРЛ имеет место целый ряд факторов риска

суицида, значительно более выраженных, чем у психически здоровых индивидов – депрессия, безнадежность, суицидальное мышление, парасуициды в прошлом, плохие навыки решения социальных проблем. [11].

Согласно рекомендациям Американской Психиатрической Ассоциации (АПА) психотерапевтические интервенции являются терапией выбора при ПРЛ [1]. Три валидизированных психотерапевтических подхода показали доказанное уменьшение частоты суицидов в рандомизированных клинических исследованиях: DBT, transference-focused therapy, mentalization-based therapy [7]. Эффективной оказалась и когнитивная терапия пациентов с ПРЛ после попыток суицида – снижение аутоагрессивного поведения и на 50% сниженный риск последующих попыток суицида в течение последующих 18 месяцев после терапии. [13]. Для устранения основных факторов риска суицида у пациентов с ПРЛ, таких как импульсивность, расстройства аффективной сферы, когнитивные нарушения рекомендована медикаментозная терапия [7], однако FDA не одобрило ни одного лекарственного средства для этих целей. Медикаментозное лечение таких пациентов осложняется тем, что ни один препарат не обладает достаточно широким спектром действия для того, чтобы устранить все многочисленные проявления заболевания, следствием этого часто является полифармакотерапия и сопутствующие побочные эффекты. АПА рекомендует СИОЗС как препараты первой линии для лечения аффективной нестабильности и импульсивности у пациентов с ПРЛ [1]. В качестве препаратов второй линии выступают стабилизаторы настроения. Низкие дозы антипсихотиков помогают устранить нарушения когнитивных функций и восприятия, а также острые преходящие проявления, такие как диссоциированность, враждебность, паранойя, тревога, часто сопутствующие суицидальным попыткам [7].

Нарциссическое расстройство личности (НРЛ). Существует мало данных касательно риска суицида у данной категории пациентов. Согласно исследованию А. Arter с соавт. (1994), в котором изучались случаи самоубийств среди молодых мужчин 18–21 лет, проходящих обязательную военную службу в Израильской армии, наиболее частыми типами личностного расстройства были шизоидное (37,2%) и нарциссическое (23,3%) [16]. М. Н. Stone (1989) на протяжении 15 лет отслеживал лиц, страдающих НРЛ и обнаружили, что риск смерти от суицида у таких пациентов достоверно больше, чем у лиц без такового расстройства [49]. В том же исследовании обнаружено, что нарциссические черты в структуре ПРЛ значительно повышали риск суицида, это может объясняться большей психологической уязвимостью индивида с высокой самооценкой (оправданной либо завышенной): скандал либо внезапное падение социального статуса может повлиять на такого человека более сильно, чем на того, кто ставит выживание выше положения в иерархической лестнице.

Антисоциальное расстройство личности (АРЛ). Согласно многочисленным исследованиям АРЛ при сочетанности с криминальным поведением, являются факторами риска суицида [17]. В различных исследованиях процент социопатов, совершивших парасуицид, составлял от 11% [42] до 23% [63]. По данным А. L. Beautrais с соавт. (1996), риск совершения серьезной суицидальной попытки среди антисоциальных личностей в 3,7 раза выше, чем у здоровых людей. И, в частности, особенно высоким он оказался в возрасте до 30 лет как у женщин (в 2,3 раза), так и у мужчин (в 9 раз) [39].

Интересно, что в исследовании М. J. Garvey и F. Spoden (1980) отмечалось, что 72% всех суицидальных попыток лиц с АРЛ были не завершенными [22]. И совершались преимущественно путем передозировки лекарственных веществ. Это говорит о том, что социопаты используют относительно «безопасные» методы попытки самоубийства, и не имеют настоящего намерения умереть, а используют такое поведение как манипуляцию либо как спо-соб отреагировать фрустрацию.

Аутоагрессивное поведение у социопатов также связывают с таким мотивационным компонентом как получение вторичной выгоды (госпитализация). Тем не менее, М. J. Garvey и F. Spoden обнаружили, что наименее опасные попытки суицида были почти исключительно сопряжены с проблемами, связанными со значимым другим.

В исследовании М. J. Marttunen с соавт. (1994) 17% подростков в возрасте от 13 до 19 лет страдали расстройствами личности, в основном антисоциальным и conduct disorder [2]. Когда же сравнили распространенность РЛ среди случаев незавершенных суицидов, оказалось, что 45% подростков мужского пола и 33% женского пола соответствовали критериям антисоциального РЛ.

В целом среди факторов риска суицида у лиц, страдающих расстройством личности, можно называть следующие: зависимость от ПАВ, импульсивность, случаи суицида у родственников, пережитое физическое или сексуальное насилие, коморбидность ПРЛ и АРЛ. [53]. J. Paris с соавт. (1989) отмечали важным фактором риска высокий уровень образования, что исследователи связывают с более высоким уровнем притязаний личности [38]. J. Modes-tin (1989) в своем исследовании отмечал, что лица, страдающие РЛ и совершившие суицид, были неженатыми в более позднем возрасте и дольше проживали в ситуации зависимости (с родителями либо в различных учреждениях), кроме того, их трудоустройство реже соответствовало изначальному уровню трудовой деятельности, они чаще госпитализировались вследствие очевидных социальных последствий своего поведения и проводили больше времени в стационаре [34].

Тревожные расстройства и посттравматическое расстройство (ПТСР). Взаимосвязь между тревожными расстройствами и суицидальным поведением стала предметом активной дискуссии в литературе последних десятилетий [60]. Данные многочисленных исследований указывают на устойчивую взаимосвязь данных феноменов [3–4, 52], тем не менее, полученные результаты зачастую искажены влиянием коморбидных расстройств, значительную долю которых составляют расстройства личности. Убедительные данные имеются и в отношении панического расстройства, которое, по данным эпидемиологических исследований, оказалось статистически достоверно ассоциировано с повышенным риском суицида [56]. В исследованиях панического расстройства показало достоверную взаимосвязь с риском суицида преимущественно у мужчин, в то время как генерализованное тревожное расстройство, ПТСР и социализированное тревожное расстройство проявили данную взаимосвязь в основном у женщин [29].

Изучение влияния ПТСР на риск суицида затруднено тем, что лица, у которых отмечались оба данных феномена, в 2/3 случаев имеют сопутствующие психические расстройства – преимущественно аффективные расстройства и зависимость от ПАВ, которые являются мощными самостоятельными факторами риска суицида [28].

Распространенность ПТСР в различных исследованиях оценивается как в общей популяции, так и в группах риска (лица, участвовавшие в военных действиях, пострадавшие от массовых катастроф). Так, частота суицида в течение жизни по результатам исследований составила 1,3–7,8% (в общей популяции жителей США) [31], аналогичный риск суицида для участников войны во Вьетнаме составил 15–17% [47], для женщин, пострадавших от насилия во время войны 1991–1995 гг. в Боснии, Хорватии и Герцоговине, риск суицида в течение жизни достиг 31% [41], а для женщин, участвовавших в военных действиях в Израильской армии, – 52% [58], высокий риск суицида оказался для беженцев в Швеции с историей мучения и заключение в тюрьме – 83% [50].

Анализ завершенных суицидов у лиц с ПТСР в последующие за травматическим событием годы, выявил противоречивость результатов: несмотря на то, что в некоторых исследо-

ваниях доказана достоверно большая частота завершенных суицидов у лиц с ПТСР [10], большинство исследований все же указывают на то, что завершенные самоубийства после психотравмирующего события являются достаточно редким событием, и их частота в некоторых исследованиях даже ниже, чем в группе контроля (лица без ПТСР) [18]. Данная особенность интерпретируется исследователями с осторожностью и связывается с возможными методологическими ограничениями проводимых исследований.

В одном из мета-анализов [27] представлены результаты 22 исследований суицидальных попыток и суицидального мышления у лиц, страдающих ПТСР, – результаты оказались одинаковы в главном: показан значительно более высокий риск суицидального поведения у лиц с диагностированным ПТСР. Интересно, что данная взаимосвязь, хотя менее выраженная, оставалась достоверно значимой даже после статистического контроля по таким параметрам как сопутствующие психические расстройства (депрессивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ, пограничное расстройство личности и др.) и большую стабильность в этом аспекте связи с ПТСР показало суицидальное мышление. Это свидетельствует о самостоятельной значимости психопатологического комплекса ПТСР в генезе суицидального поведения и особенно суицидального мышления.

В некоторых исследованиях выявлены такие особенности лиц, страдающих ПТСР и совершивших суицидальные попытки в отличие от лиц с ПТСР без попыток, как повышенный уровень тревоги и депрессии, более высокий уровень диссоциации и алекситимии и меньший уровень интеллекта, они имели также более серьезно нарушенный образ жизни, более комплексную травму и большее чувство вины (касательно ветеранов войны) [27].

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ). По данным V. Burge с соавт. (1995), зависимость от ПАВ является третьим важнейшим фактором риска суицида после предшествующих попыток суицида и депрессии [19]. Лица, страдающие зависимостью от ПАВ, по сравнению со здоровыми людьми имеют в 6 раз повышенный риск совершения суицида в течение жизни [26]. При обследовании таких пациентов достаточно часто выявляются суицидальные мысли либо суицидальные попытки в прошлом [44]. Недавние исследования показали, зависимость от ПАВ повышает риск смерти в результате суицида в 2,3 раза у мужчин и в 9 раз у женщин [40]. Факторы риска суицида при зависимостях от ПАВ те же, что и в общей популяции: более старший возраст, попытки суицида в прошлом, депрессия. Имеются данные о том, что особенно велик риск суицида у лиц, злоупотребляющих опиатами, кокаином и седативными веществами, а также имеющих сочетанную зависимость от ПАВ и алкоголя [51]. Мета-анализ [62], в котором изучалось более 22 статей, посвященных исследованию взаимосвязи суицида и зависимости от ПАВ, подтвердил, что индивиды, употребляющие опиоиды, а также смешанные наркотики путем внутривенных инъекций имеют достоверно больший риск суицида, в том числе больший, чем у зависимых от алкоголя.

Употребление алкоголя, так же как и других ПАВ, несет негативные последствия для здоровья и жизни индивида посредством нескольких основных эффектов: интоксикации (измененное состояние сознания с искаженным восприятием реальности, неадаптивным поведением и потенциально жизнеугрожающими ситуациями), зависимости (привычное, компульсивное или долговременное употребление ПАВ и вызванное этим изменение образа жизни, микросоциальной среды и образа мыслей, изменение системы взглядов, интересов и ценностей) и биохимических изменений (хроническая и острая соматическая патология, изменения в мозге на уровне нейрометаболитов и рецепторов, формирование неадаптивных функциональных систем).

Взаимосвязь между ПАВ и суицидом можно охарактеризовать через несколько аспектов: 1) употребление ПАВ влияет на суицидальное мышление и поведение индивида; 2) суицидальное мышление может повлечь за собой употребление ПАВ; 3) ПАВ способно агgravировать многие факторы риска суицида как социальные (проблемы с трудоустройством, ухудшение материального положения и жилищно-бытовых условий, распад семьи, изменение ближайшего окружения, возможные правонарушения и соответствующие наказания со стороны правоохранительных органов, травматизм вследствие ДТП или несчастных случаев драк и др.), так и психологические (нарушенные отношения со значимым другим, изоляция от прежнего круга общения, чувство вины и одиночества, безысходности, сниженная самооценка, фрустрация и реакции протеста и др.).

Около 90% людей в западной Европе периодически употребляют алкоголь в различные периоды своей жизни и около 40% встречались с временными либо постоянными негативными последствиями употребления алкоголя в различных сферах своей жизни [46]. В последние годы интенсивно изучается взаимосвязь употребления алкоголя с аутоагрессивным и суицидальным поведением [30, 37]. Так, в одном из исследований [30] изучалась связь между употреблением алкоголя и частотой суицидов в 13 странах (Бельгия, Канада, Чехословакия, Дания, Финляндия, Люксембург, Голландия, Новая Зеландия, Норвегия, Швеция, США и Западная Германия), в 10 странах из 13 (кроме Дании, Люксембурга и Новой Зеландии) употребление алкоголя на душу населения оказалось достоверно сопряжено с частотой суицидов.

Кроме того, частота самоубийств оказалась статистически достоверно сопряжена с уровнем употребления алкоголя и бытовым пьянством в популяциях населения бывшего СССР и Финляндии [37]. Тем не менее, в ряде других исследований данная взаимосвязь не подтвердилась [30], что указывает на вклад социокультуральных и индивидуальных личностно-психологических факторов в причинной обусловленности суицида.

Смертность по причине суицида среди пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в различных исследованиях определяется от 2 до 18% [36, 43].

Важными предикторами суицидального риска в структуре зависимостей от психоактивных веществ являются негативный аффект и чувство безнадежности, а также импульсивность и агрессивность [59]. В исследовании пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, более высокие баллы по шкалам агрессии и импульсивности показали лица, совершавшие парасуициды в анамнезе, они же имели большую частоту агрессивных действий в прошлом [25]. Коморбидность аффективных расстройств с зависимостью от ПАВ сама по себе играет суицидогенную роль: депрессивные пациенты с историей зависимости от алкоголя по сравнению с депрессивными пациентами без зависимости от такового имели более выраженную агрессивность и импульсивность, а также достоверно чаще совершали парасуициды в анамнезе [57].

Как видно из ряда исследований, именно импульсивность и агрессивность в структуре различных психопатологических феноменов зачастую опосредуют аутоагрессивное поведение, и эти факторы имеют собственные биологические детерминанты. Известна взаимосвязь между агрессией и недостатком серотонина в головном мозге [6], при этом в гиппокампе лиц, страдавших зависимостью от алкоголя, постмортально обнаружено снижение связывающей способности переносчика серотонина [23], так же как и связывающей способности рецептора серотонина 5-HT_{1A} у лиц, употребляющих алкоголь [5].

Значительное однократное употребление алкоголя также ассоциировано с риском суицида. Среди жертв суицида в 33–69% случаев обнаруживаются достоверно определяемый уровень алкоголя в крови [24]. Алкогольная интоксикация уве-

личивает риск совершения суицида в 90 раз по сравнению с состоянием абстиненции [24]. Известна тенденция трудоустроенных лиц, злоупотребляющих алкоголем, совершать суицид на выходных, что также сопряжено с состоянием интоксикации [21]. Имеются данные о том, что алкогольная интоксикация является предиктором использования в большей степени опасных для жизни инструментов в случае суицида (в т.ч. огнестрельного оружия) [8].

Алкоголь также играет важную роль в событиях, приводящих к суициду, и у лиц без прежней истории психиатрических заболеваний [15].

Кроме того, выделен ряд особенностей индивидов, страдающих зависимостью от алкоголя и совершающих суицид: депрессивные эпизоды, стрессовые события в жизни, слабая социальная поддержка, проживание в одиночестве, нарушенные отношения с партнером, коморбидное злоупотребление наркотическими веществами, сопутствующая соматическая патология [14].

Имеются данные и о том, что риск суицида у лиц, страдающих зависимостью от алкоголя, увеличивается с возрастом [31].

Важным выводом является необходимость тщательной диагностики индивидов, злоупотребляющих алкоголем, на предмет суицидального риска. Клиницист, встречающий в своей практике пациента с расстройствами настроения и злоупотребляющего алкоголем, должен быть осведомлен о высоком риске суицида у данной категории пациентов. Важна не только психотерапевтическая, но и психообразовательная работа о влиянии злоупотребления психоактивными веществами на риск суицида.

Таким образом, социально-психологические и психопатологические факторы являются основными детерминантами суицидального поведения при психических расстройствах. В то же время суицидогенное влияние социально-психологических факторов (лично-семейных проблемных взаимоотношений с социумом, моральных и физических страданий, опосредованных состоянием здоровья, материально-бытовыми трудностями или конфликтами в учебной/профессиональной среде, и пр.) при переживании индивидом психотравмирующей суицидоопасной ситуации является доминирующим в суицидогенезе при непсихотических психических расстройствах и, соответственно, приоритетным в лечении суицидальных состояний у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами служит комбинированная психосоциальная терапия, представленная как непосредственно персонализированным психотерапевтическим вмешательством (различные программы кризисной терапии лиц в психотравмирующей суицидоопасной ситуации), так и включением в лечебный процесс семейного окружения суицидального пациента.

Литература

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158 (suppl. 10). – P. 1–52.
2. Antisocial behaviour in adolescent suicide / M. J. Marttunen [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 89. – P. 167–173.
3. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts / J. Sareen [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 1249–1257.
4. Appleby, L. Panic and Suicidal Behaviour / L. Appleby // *Brit. J. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 164. – P. 719–721.
5. Autoradiographic analysis of serotonin 5-HT_{1A} receptor binding in the human brain postmortem: effects of age and alcohol / K. A. Dillon [et al.] // *Brain Res.* – 1991. – Vol. 554. – P. 56–64.
6. Badawy, A. A. Alcohol, aggression and serotonin: metabolic aspects / A. A. Badawy // *Alcohol*. – 1998. – Vol. 33. – P. 66–72.
7. Berk, M. S. Risk factors for suicide in borderline personality disorder / M. S. Berk, B. Grosjean, H. D. Warnick // *Curr. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 8.
8. Brent, D. A. Alcohol, firearms, and suicide among youth / D. A. Brent, J. A. Perper, C. J. Allman // *J. Am. Med. Assn.* – 1987. – Vol. 257. – P. 3369–3372.

9. Brown, M. Z. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder / M. Z. Brown, K. A. Comtois, M. M. Linehan // *J. Abnorm. Psychol.* – 2002. – Vol. 111 (1). – P. 198–202.

10. Bullman, T. A. Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans / T. A. Bullman, H. K. Kang // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1994. – Vol. 182. – P. 604–610.

11. Characteristics of recent suicide attempters with and without borderline personality disorder / M. S. Berk [et al.] // *Arch. Suicide Res.* – 2007. – Vol. 11 (1). – P. 91–104.

12. Cheng, A. T. Personality disorder and suicide. A case-control study / A. T. Cheng, A. H. Mann, K. A. Chan // *Brit. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 170. – P. 441–446.

13. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial / G. K. Brown [et al.] // *JAMA*. – 2005. – Vol. 294 (5). – P. 563–570.

14. Conner, K. R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration / K. R. Conner, P. R. Duberstein // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2004. – Vol. 28 (Suppl.). – S. 6–17.

15. Crombie, I. K. Who takes alcohol prior to suicide? / I. K. Crombie, D. J. Pounder, P. H. Dick // *J. Clin. Foren. Med.* – 1998. – Vol. 5. – P. 65–68.

16. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males / A. Apter [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50. – P. 138–142.

17. Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients / H. G. Morgan [et al.] // *Brit. J. Psychiatry*. – 1976. – Vol. 128. – P. 361–368.

18. Desai, R. A. Mental health service delivery and suicide risk / R. A. Desai, D. J. Dausey, R. A. Rosenheck // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 311–318.

19. Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in U. S. high school students / V. Burge [et al.] // *J. School Health*. – 1995. – Vol. 65. – P. 222–227.

20. DSM-III personality disorders in the community / J. F. Samuels [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151. – P. 1055–1062.

21. Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers / S. Pirkola [et al.] // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1997. – Vol. 21. – P. 1704–1706.

22. Garvey, M. J. Suicide attempts in antisocial personality disorder / M. J. Garvey, F. Spoden // *Compr. Psychiatry*. – 1980. – Vol. 21. – P. 146–149.

23. 3H-paroxetine binding in brains of alcoholics / H. T. Chen [et al.] // *Psychiatr. Res.* – 1991. – Vol. 38. – P. 293–299.

24. Hufford, M. R. Alcohol and suicidal behavior / M. R. Hufford // *Clin. Psychol. Rev.* – 2001. – Vol. 21. – P. 797–811.

25. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics / G. Koller [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* – 2002. – Vol. 252. – P. 155–160.

26. Kessler, R. C. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, G. Borges, E. E. Walters // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56. – P. 617–626.

27. 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.

28. Lehmann, R. A. Suicidal behavior among patients in the VA health care system / R. A. Lehmann, R. A. McCormick, L. McCracken // *Psychiatr. Serv.* – 1995. – Vol. 46. – P. 1069–1071.

29. Lepine, J. P. Suicide Attempts in Patients with Panic Disorder / J. P. Lepine, J. M. Chignon, M. Teherani // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50 (2). – P. 144–149.

30. Lester, D. Alcoholism, substance abuse, and suicide / D. Lester // *Comprehensive Textbook of Suicidology* / R. W. Maris, A. L. Berman, M. M. Silverman. – New York: The Guilford Press, 2000. – P. 357–375.

31. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 593–602.

32. McGlashan, T. H. The Chestnut Lodge follow-up study. III. Longterm outcome of borderline personalities / T. H. McGlashan // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1986. – Vol. 43. – P. 20–30.

33. Miller, A. L. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents / A. L. Miller, J. H. Rathus, M. M. Linehan. – New York, NY: Guilford, 2007.

34. Modestin, J. Completed suicide in personality disordered patients / J. Modestin // *J. Pers. Disord.* – 1989. – Vol. 3. – P. 113–121.

35. Modestin, J. Possible correlates of DSM-III-R personality disorders / J. Modestin, B. Oberson, T. Erni // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 96. – P. 424–430.

36. Murphy, G. E. The lifetime risk of suicide in alcoholism / G. E. Murphy, R. D. Wetzel // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47. – P. 383–392.

37. Nemtsov, A. Suicides and alcohol consumption / A. Nemtsov // *Drug Alcohol Depend.* – 2003. – Vol. 71. – P. 161–168.

38. Paris, J. Predictors of suicide in borderline personality disorder / J. Paris, D. Nowlis, R. Brown // *Can. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 34. – P. 8–9.
39. *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a casecontrol study* / A. L. Beautrais [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1009–1014.
40. *Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans* / M. A. Ilgen [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 67. – P. 1152–1158.
41. *Psychological consequences of rape on women in 1991–1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina* / M. Loncar [et al.] // *Croat. Med. J.* – 2006. – Vol. 47. – P. 67–75.
42. *Robins, L. N. Deviant children grown up* / L. N. Robins. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1966.
43. *Roy, A. Alcoholism and suicide* / A. Roy, M. Linnoila // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1986. – Vol. 16. – P. 244–273.
44. *Roy, A. Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide* / A. Roy // *Arch. Suicide Res.* – 2009. – Vol. 13. – P. 46–51.
45. *Runeson, B. S. The suicidal process in suicides among young people* / B. S. Runeson, J. Beskow, M. Waern // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1996. – Vol. 93. – P. 35–42.
46. *Schuckit, M. A. Alcohol-related disorders* / M. A. Schuckit // *Comprehensive Textbook of Psychiatry* / B. J. Sadock, V. A. Sadock; eds. Kaplan & Sadock's. – Philadelphia, Lippincott: Williams & Wilkins, 2005. – Vol. 1. – P. 1168–1188.
47. *Scurfield, R. M. Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans* / R. M. Scurfield // *International handbook of traumatic stress syndromes* / J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.). – New York: Plenum Press, 1993. – P. 285–295.
48. *Stone, M. H. Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization* / M. H. Stone, D. K. Stone, S. W. Hurt // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1987. – Vol. 10. – P. 185–206.
49. *Stone, M. H. Long-term follow-up of narcissistic/borderline patients* / M. H. Stone // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1989. – Vol. 12. – P. 621–641.
50. *Suicidal behavior after severe trauma* / M. Ferrada-Noli [et al.] // *J. Traumat. Stress.* – 1998. – Vol. 11. – P. 103–112.
51. *Suicidal behavior and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study* / E. Maloney [et al.] // *Addiction.* – 2007. – Vol. 102. – P. 1933–1941.
52. *Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia* / B. J. Cox [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 882–887.
53. *Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview* / M. Pompili [et al.] // *Ann. Ist. Super. Sanita.* – 2004. – Vol. 40 (4). – P. 475–483.
54. *Suicide and mental disorders: a case-control study of young men* / A. D. Lesage [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1063–1068.
55. *The McLean study of adult development: overview and implications of the first six years of prospective follow-up* / M. C. Zanarini [et al.] // *J. Pers. Disord.* – 2005. – Vol. 19 (5). – P. 505–523.
56. *The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions depress anxiety*, 2010 September / J. Nepon [et al.]. – 2010. – Vol. 27 (9). – P. 791–798.
57. *The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism* / L. Sher [et al.] // *Addict. Behav.* – 2005. – Vol. 30. – P. 1144–1153.
58. *The toll of domestic violence* / R. Sharhabani-Arzy [et al.] // *J. Interpers. Viol.* – 2003. – Vol. 18. – P. 1335–1346.
59. *Toward a clinic al model of suicidal behavior in psychiatric patients* / J. J. Mann [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 181–189.
60. *Vickers, K. Panic disorder and suicide attempt in the national comorbidity survey* / K. Vickers, R. J. McNally // *J. Abnorm. Psychology.* – 2004. – Vol. 113 (4). – P. 582–591.
61. *Weissman, M. M. The epidemiology of personality disorders: a 1990 update* / M. M. Weissman // *J. Pers. Disord.* – 1993. – Vol. 7 (Suppl 1). – P. 44–62.
62. *Wilcox, H. C. Caine Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies* / H. C. Wilcox, E. D. Conner // *Drug. Alcohol. Depend.* – 2004. – Vol. 76S. – S. 11–19.
63. *Woodruff, R. A. J. The medical and psychiatric implications of antisocial personality [sociopathy]* // R. A. J. Woodruff, S. B. Guze, P. J. Clayton // *Dis. Nerv. Syst.* – 1971. – Vol. 32. – P. 712–714.