Суицидальное поведение при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра

Иванова Л.А.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664079, г. Иркутск, Юбилейный, 100, Россия)

Автор, ответственный за переписку: Иванова Людмила Александровна, e-mail: ivanova.l@bk.ru

Резюме

Обоснование. Суицидальное поведение при шизофрении коррелирует с выраженностью продуктивной и негативно-личностной симптоматики.

Цель. Изучение клиники, эффективности и безопасности психофармакотерапии параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения и шизотипического расстройства с наличием суицидального поведения.

Материал и методы. Изучены пациенты с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения ($n = 19$) и шизотипическим расстройством ($n = 15$), в клинической картине которых выявлены различные варианты суицидального поведения. Были использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психометрический методы.

Результаты. Актуальный приступ параноидной шизофрении с наличием суицидального поведения характеризовался аффективно-бредовым (47,4 %), аффективно-галлюцинаторным (26,3%), галлюцинаторно-бредовым (21,1 %), галлюцинаторно-параноидным (15,8 %), онейроидно-кататоническим (5,3 %) синдромами. Суицидальное поведение было представлено суицидальными замыслами избежать преследования (42,1 %), воздействием «голосов» с приказом покончить жизнь (36,8 %), суицидальными попытками (21,1 %).

У пациентов с шизотипическим расстройством и суицидальным поведением выявлена депрессия (100 %), фобии (46,1 %), обсессии (15,3 %), суицидальные мысли (84,6 %) в виде утраты смысла жизни, суицидальные попытки (15,4 %).

Психофармакотерапия суицидального поведения при шизофрении и шизотипическом расстройстве включала использование антипсихотиков (атипичных и традиционных), антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков. Среди пациентов с параноидной шизофренией снижение общего балла шкалы PANSS выявлено к 14-му дню терапии ($p < 0,05$). Эффективность терапии была обусловлена редукцией бреда, вербального галлюциноза, синдрома психического автоматизма, деактуализацией суицидального поведения. Среди пациентов с шизотипическим расстройством статистически достоверное снижение общего балла шкалы PANSS отмечено к 21-му дню терапии ($p < 0,05$). Благоприятная динамика характеризовалась уменьшением проявлений депрессии, суицидальных мыслей, утраты интересов, сенестопатий, навязчивостей.

Заключение. Ведение пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с суицидальным поведением включает анализ факторов риска, клинико-психопатологических особенностей, психофармакотерапии. Комбинированная терапия (антипсихотик, антидепрессант, нормотимик) способствует уменьшению психических расстройств и суицидальных тенденций.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, шизотипическое расстройство, суициды

Для цитирования: Иванова Л.А. Суицидальное поведение при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. *Acta biomedica scientifica*. 2020; 5(1): 60-64. doi: 10.29413/ABS.2020-5.1.7

Psychopharmacotherapy of Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizophrenic Spectrum Disorders

Ivanova L.A.

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Yubileyniy 100, 664079 Irkutsk, Russian Federation)

Corresponding author: Lyudmila A. Ivanova, e-mail: ivanova.l@bk.ru

Abstract

Background. Suicidal behavior in schizophrenia correlates with the severity of productive and negative personality symptoms.

Aims. Study of the clinic, the effectiveness of psychopharmacotherapy of paranoid schizophrenia and schizotypal disorder with the presence of suicidal behavior.

Material and methods. Patients with paranoid schizophrenia, episodic type of course ($n = 19$) and schizotypal disorder ($n = 15$) were studied, in the clinical picture of which various variants of suicidal behavior were revealed. Clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, and psychometric methods were used.

Results. Suicidal behavior in patients with an actual attack of paranoid schizophrenia was represented by suicidal intentions to avoid persecution (42.1 %), exposure to "voices" with an order to end their lives (36.8 %), and suicidal attempts (21.1 %). In patients with schizotypal disorder, suicidal thoughts were detected (84.6 %) in the form of loss of meaning in life, and suicidal attempts (15.4 %).

Psychopharmacotherapy of suicidal behavior in schizophrenia and schizotypal disorder included the use of anti-psychotics (atypical and traditional), antidepressants, tranquilizers, and normotimics. Among patients with paranoid

schizophrenia, a decrease in the overall score of the PANSS scale was detected by day 14 of therapy ($p < 0.05$). The effectiveness of therapy was due to the reduction of delirium, verbal hallucinosis, and deactualization of suicidal behavior. Among patients with schizotypal disorder, a statistically significant decrease in the overall score of the PANSS scale was observed by 21 days of therapy ($p < 0.05$). The favorable dynamics was characterized by a decrease in manifestations of depression, suicidal thoughts, loss of interests.

Conclusion. Combined therapy (antipsychotic, antidepressant, normotimic) helps reduce mental disorders and suicidal tendencies in patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders.

Key words: paranoid schizophrenia, schizotypal disorder, suicides

For citation: Ivanova L.A. Psychopharmacotherapy of Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizophrenic Spectrum Disorders. *Acta biomedica scientifica*. 2020; 5(1): 60-64. doi: 10.29413/ABS.2020-5.1.7

Шизофрения является распространённым психическим заболеванием с разнообразными клиническими проявлениями, часто сопровождается депрессивной симптоматикой и суицидальным поведением [1, 2]. Около 50 % пациентов во время заболевания совершают суицидальные попытки, 10 % из которых приводят к летальному исходу [3]. Как правило, суициды совершаются в первые три года от начала болезни [4]. К факторам риска суицидального поведения у больных шизофренией после перенесённого психоза отнесены постпсихотическая депрессия, психосоциальная дезадаптация, выраженный аффект тревоги, минимальная дефицитарная симптоматика и высокая степень критичности [5].

Суицидальное поведение больных шизофренией коррелирует с выраженностью продуктивной и негативно-личностной симптоматики, выявляется на фоне императивных галлюцинаций, бреда, формируется импульсивно [6, 7].

Большинство суицидентов с шизофренией получают неадекватные дозы антипсихотиков, при использовании традиционных нейролептиков отмечены сомнительный или умеренный антисуицидальный эффект, выраженные дозозависимые нежелательные эффекты; повышение риска самоповреждений [8].

Отмечен антисуицидальный эффект атипичных антипсихотиков у больных шизофренией в виде снижения суицидального риска, меньшей частоты попыток суицида в сравнении с традиционными нейролептиками [9]. Клозапин относится к первому антипсихотику с доказанным долгосрочным (в течение 1–2 лет) антисуицидальным действием (снижение числа суицидов, агрессивности, импульсивности) при шизофрении и шизоаффективном расстройстве, в том числе в случае терапевтической резистентности [10]. На фоне терапии клозапином значительно снижен риск развития экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии по сравнению с другими антипсихотиками [11].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клиники, эффективности и безопасности психофармакотерапии параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения и шизотипического расстройства с наличием суицидального поведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены пациенты с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения и шизотипическим расстройством ($n = 34$), в клинической картине которых выявлены различные варианты суицидального поведения. Базой исследования были ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1».

В группе пациентов параноидной шизофренией (F20.1 и F20.2 по МКБ-10) и наличием суицидального поведения ($n = 19$) женщин было 5 (26,4 %), мужчин – 14 (73,6 %). Средний возраст на момент исследования составлял $28,4 \pm 6,1$ года. Средняя длительность заболевания от манифеста – $3,8 \pm 1,1$ года. По числу госпитализаций пациенты распределились следующим образом: одна госпитализация – 4 пациента (21,1 %), две госпитализации – 9 (47,4 %), три – 3 (15,8 %), четыре и более госпитализаций – 3 пациента (15,8 %).

В группе пациентов ($n = 15$) с шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10, включает малопрогредиентную (вялотекущую) шизофрению в отечественной интерпретации) и наличием различных форм суицидального поведения отсутствовали стойкие галлюцинации и бред, позитивная симптоматика характеризовалась аффективными, неврозоподобными, психопатоподобными нарушениями. Женщин было 5 (33,3 %), мужчин – 10 (66,7 %). Средний возраст пациентов на момент актуального обследования составил $34,7 \pm 1,3$ года. Активное проявление заболевания в пубертатном и юношеском возрасте наблюдалось у 10 пациентов (66,7 %), в зрелом возрасте – у 5 (33,3 %). Средняя длительность течения заболевания составила $7,5 \pm 1,9$ года. По числу госпитализаций пациенты распределились следующим образом: одна госпитализация – 4 пациента (26,7 %), две госпитализации – 5 (33,3 %), три – 3 (20 %), четыре и более госпитализаций – 3 пациента (20 %).

Из исследования исключались пациенты с аффективными расстройствами, органическим поражением ЦНС, деменцией, эпилепсией, алкогольной зависимостью или наркоманией, тяжёлыми соматическими заболеваниями.

В исследовании больных использованы клинико-психопатологический, клинко-анамнестический методы. Психометрическое исследование включало использование шкал (шкала оценки позитивных и негативных синдромов – PANSS, шкала депрессии Калгари, шкала общего клинического впечатления для оценки результативности терапии – CGI, шкала UKU для регистрации нежелательных явлений). Все больные выражали добровольное информированное согласие на предоставление своих данных для научного исследования.

Статистический анализ результатов исследования проведён с использованием пакета программ Statistica 10,0 for Windows (StatSoft Inc., США). Статистически значимые различия между группами исследовались с использованием критерия Стьюдента; парного двухвыборочного t -теста для средних.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наследственная отягощённость психическими заболеваниями выявлена у 6 пациентов с параноидной

шизофренией и наличием суицидального поведения (31,6 %) и представлена шизофренией у 3 больных (15,8 %), аффективными расстройствами – у 1 (5,3 %) расстройствами личности – у 1 (5,3 %), алкоголизмом – у 3 (15,8 %), суицидами – у 2 (10,5 %). Наследственная отягощённость по психическим заболеваниям у пациентов с шизотипическим расстройством и суицидальным поведением выявлена у 5 человек (33,3 %) и представлена шизофренией – у 3 (20 %), аффективными расстройствами – у 2 (13,3 %), расстройствами личности, алкогольной зависимостью и суицидами – по 1 (6,7 %) соответственно. Выявлено отсутствие статистических данных в частоте наследственной отягощённости по психическим заболеваниям у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством и суицидальным поведением.

У 10 пациентов (52,6 %) с параноидной шизофренией и наличием суицидального поведения доманифестные проявления включали биполярные аффективные расстройства (депрессивные эпизоды перемежались с гипоманией). У 5 больных (26,3 %) выявлялась стресс-провоцированная депрессия в связи с разрывом отношений с близкими людьми, смертью одного из членов семьи, у 3 (15,7 %) диагностирована аутохтонная депрессия, в одном случае (5,3 %) отмечено отсутствие инициальных расстройств.

Актуальный приступ параноидной шизофрении с наличием суицидального поведения характеризовался аффективно-бредовым (47,4 %), аффективно-галлюцинаторным (26,3 %), галлюцинаторно-бредовым (21,1 %), галлюцинаторно-параноидным (15,8 %), онейроидно-кататоническим (5,3 %) синдромами. Суммарное значение по шкале PANSS составило $145 \pm 3,8$ балла.

Аффективная симптоматика была представлена депрессией или смешанной депрессией (сниженное настроение, многоречивость, «мыслей много»). Среди депрессивных расстройств выявлены сниженное настроение, диссомнические расстройства в виде ранней и средней инсомнии, малообщительность, грубость в адрес окружающих. В 2 (10,5 %) наблюдениях выявлялись соматоформные расстройства по типу термических сенестопатий («в брюшной полости как будто кол горячий», «в груди раздувается шар»). Бред включал фабулу символического значения («соседи через сливание воды желяют мне зла»), ложного узнавания, преследования («следят на чёрной машине, собираются убить»), одержимости («злые духи вселились в душу, тело»), идей грехопадения. Истинный и псевдогаллюцинаторный варианты вербального галлюциноза характеризовались оскорблениями в адрес пациентов, могли быть императивными («голос приказывает убить себя»).

Суицидальное поведение у пациентов с параноидной шизофренией было обусловлено психотическими переживаниями. В 8 наблюдениях (42,1 %) это были суицидальные замыслы избежать преследования или внешнего воздействия («действие лазера, по убеждению пациента, вызывало мучительную медленную смерть»), в 7 наблюдениях (36,8 %) это было воздействие «голосов» с приказом покончить жизнь и указанием способа суицида. Суицидальные попытки выявлены у 4 пациентов (21,1 %). В 2 наблюдениях пациенты под влиянием вербальных галлюцинаций религиозного содержания спасти мир от гибели пытались покончить жизнь самоубийством (один из них прыгнул с крыши многоэтажного дома, другой вы-

пил хлорсодержащую жидкость). В третьем наблюдении пациент нанёс себе ножевое ранение с целью искупления вины в связи с бредом греховности. У четвёртой пациентки с онейроидно-кататоническим синдромом в период кататонического возбуждения была попытка воткнуть иглу внутривенной системы в шею.

Инициальный этап шизотипического расстройства с суицидальным поведением характеризовался депрессивными нарушениями, сверхценными ипохондрическими идеями, эпизодами бесфабульной тревоги, идеями отношения, патологическими интересами (увлечение интернет-играми), полилокальными телесными сенсациями. У всех пациентов выявлялись аффективные депрессивные нарушения. В оценке депрессивной симптоматики у пациентов с шизотипическим расстройством использованы критерии депрессивного эпизода применительно к постшизофренической депрессии (F20.4 по МКБ-10). Тяжесть депрессии соответствовала тяжёлой у 8 пациентов (53,3 %), промежуточной между тяжёлой и умеренной – у 4 (26,7 %), умеренной – у 3 пациентов (20 %). Суммарный балл по шкале Калгари составил $8,5 \pm 3,8$ балла; суммарный балл по шкале PANSS – $106 \pm 2,2$ балла.

Жалобы на сниженное настроение предъявляли 14 пациентов с шизотипическим расстройством и наличием суицидального поведения (93,3 %), характеризовав его как ощущение тоски, мрачности. В 6 случаях (40 %) сниженное настроение сочеталось с бесфабульной тревогой. Для всех пациентов были характерны сужение и утрата интересов, отсутствие желания чем-либо заниматься. Астенический синдром проявлялся преобладанием психической усталости над физической, астения возникала аутохтонно, отсутствовало улучшение состояния после отдыха. Наряду с депрессивной симптоматикой у пациентов выявлялись фобические расстройства (46,7 %), в том числе ипохондрические фобии – 26,7 %, агорафобия – 13,3 %, мизофобия – 6,7 %. Среди obsessions преобладали навязчивости контрастного содержания, визуализация трагических воспоминаний (13,3 %).

Суицидальное поведение у пациентов с шизотипическим расстройством представлено суицидальными мыслями (86,7 %) в виде бессмысленности, никчёмности своей жизни, утраты смысла жизни. Это было упорное желание смерти – «жажда смерти», с потребностью с собой что-либо сделать. Суицидальные мысли могли быть продиктованы ощущением усталости от своей болезни, сенситивными идеями отношения в адрес пациента, ощущением одиночества. Желательность смерти («скорей бы всё закончилось») было характерно для пациентов с доминированием усталости от жизни. Пассивные идеи ухода из жизни также были связаны с преходящими бредовыми идеями символического значения (пациентка «должна умереть в возрасте 53 лет»), паранойяльными эпизодами («навели порчу, осталась единственной в роду, нет смысла жить дальше»). В 2 наблюдениях мысли ухода из жизни были связаны с желанием избавиться от физически непереносимого оттенка полилокальных сенестопатий. В 2 случаях (13,3 %) предпринимались суицидальные попытки. В одном наблюдении это была попытка самоповешения вследствие утраты способности радоваться, отсутствия цели и смысла в жизни, убеждённости в бесперспективности существования, ощущения безнадежности, собственной неполноценности (свою жизнь пациент расценивал «как умирание, растянутое

во времени»). В другом наблюдении это была попытка самоотравления психотропными препаратами в связи с наличием болезненного бесчувствия в сочетании с немотивированной тревогой.

Терапия пациентов с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения и наличием суицидального поведения включала использование атипичных антипсихотиков (кветиапин, рисперидон, zipрасидон, оланзапин, клозапин) – 78,9 %, традиционных нейролептиков (зуклопентиксол, флупентиксол) – 21,1 %. Антипсихотическая терапия была дополнена использованием антидепрессантов (73,7 %), транквилизаторов (68,4 %), нормотимиков (100 %), нейрометаболической терапией (52,6 %). Длительность терапии варьировала от 42 до 56 дней. Пациенты отнесены к респондерам (снижение суммарного балла по шкале PANSS > 20 %). Динамика редукции баллов по шкале PANSS представлена на рисунке 1.

Рис. 1. Динамика редукции баллов по шкале PANSS у пациентов параноидной шизофренией с эпизодическим течением и суицидальным поведением.

Fig. 1. Dynamics of PANSS score reduction in paranoid schizophrenia with episodic course and suicidal behavior.

Выявлено статистически достоверное уменьшение баллов к 14-му дню терапии ($p < 0,05$) по субшкале общепсихопатологических синдромов и общего балла шкалы PANSS, к 21-му дню терапии ($p < 0,05$) – по субшкалам позитивных, негативных синдромов. Динамика баллов по шкале PANSS от начала терапии составила 29,6 %. Значительное улучшение по шкале CGI выявлено у 9 пациентов (47,4 %), выраженное улучшение – у 10 (52,6 %). Положительная динамика в состоянии пациентов на 2–3-й неделе терапии включала редукцию синдрома Кандинского – Клерамбо, вербального галлюциноза, периодическое и неотчётливое звучание «голосов», дезактуализацию бреда, уменьшение негативных проявлений (соблюдение гигиенических процедур, общение с большими, участие в трудовой деятельности отделения).

Антипсихотическая терапия у пациентов с шизотипическим расстройством и различными формами суицидального поведения включала использование атипичных антипсихотиков (80 %) – кветиапин, рисперидон, zipрасидон, оланзапин, амисульприд, клозапин, традиционных нейролептиков (20 %) – хлорпротиксен, флупентиксол, алимемазин. Антидепрессивная терапия была включена

на у всех пациентов с шизотипическим расстройством; транквилизаторы и нормотимики были использованы у 86,7 % пациентов соответственно, нейрометаболическая терапия – у 66,7 %. К респондерам в результате терапии шизотипического расстройства отнесены все пациенты. Динамика редукции баллов по шкале PANSS под влиянием комбинированной психофармакотерапии представлена на рисунке 2.

Рис. 2. Динамика редукции баллов по шкале PANSS шизотипического расстройства с суицидальным поведением.

Fig. 2. Dynamics of reduction of scores on the PANSS scale of schizotypal disorder with suicidal behavior.

Статистически достоверное уменьшение баллов по субшкале общепсихопатологических синдромов и общего балла шкалы PANSS выявлено к 21-му дню ($p < 0,05$), по субшкалам позитивных, негативных синдромов – к 28-му дню терапии ($p < 0,05$). Снижение среднего общего балла по шкале PANSS от начала терапии составило 32,1 %. По шкале CGI значительное улучшение отмечено у 8 пациентов (53,3 %), выраженное улучшение – у 7 (46,7 %). В процессе терапии существенно уменьшились тревога, астения, обсессивно-фобическая симптоматика (ипохондрические фобии, агорафобия, мизофобия, навязчивости контрастного содержания), генерализованный сенестопатический синдром, отмечен антисуицидальный эффект.

Нежелательные явления (НЯ) лёгкой степени при терапии параноидной шизофрении и шизотипического расстройства с суицидальным поведением, не требующие отмены препарата, регистрировались у 12 пациентов (35,2 %), в том числе при использовании атипичных антипсихотиков – у 4 (11,8 %), традиционных нейролептиков – у 8 (23,5 %). НЯ были представлены тремором у 4 пациентов (11,5 %), акатизией – у 3 (8,8 %), сонливостью/седацией и сухостью во рту – по 2 (5,9 %) соответственно, ортостатическим головокружением – у 1 пациента (2,9 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицидальное поведение в клинике параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения было включено в структуру приступа с доминированием бреда, вербального галлюциноза, в единственном наблюдении – онейроидно-кататонического синдрома. Среди пациентов с шизотипическим расстройством суицидальные мысли были отнесены к проявлениям депрессивного аффекта со стойкой утратой интересов, болезненным

бесчувствием, генерализованным сенестопатическим синдромом, наличием коморбидных расстройств в виде фобий, навязчивостей.

Психотерапия суицидального поведения при шизофрении и шизотипическом расстройстве включала использование антипсихотиков (атипичных и традиционных), антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков, нейрометаболической терапии. Эффективность комбинированной терапии параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения обусловлена редукцией бреда, вербального галлюциноза, синдрома психического автоматизма, деактуализацией суицидального поведения в структуре психотических расстройств. Благоприятная динамика комбинированной психотерапии среди пациентов с шизотипическим расстройством характеризовалась значительным улучшением в виде уменьшения проявлений депрессивного аффекта, суицидальных мыслей, стойкой утраты интересов, болезненного бесчувствия, сенестопатий, обсессивно-фобических расстройств, навязчивостей.

Конфликт интересов

Автор данной статьи сообщает об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневская О.А., Петрова Н.Н. Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении. *Суицидология*. 2014; 5(1): 35-41.
2. Логутенко Р.М. Гетероагрессивное и суицидальное поведение больных параноидной шизофренией с бредом одержимости. *Наука молодых*. 2015; (4): 104-110.
3. Распопова Н.И., Толстикова А.Ю. Сравнительный анализ психопатологических механизмов гомицидов и суицидов у больных шизофренией. *Суицидология*. 2016; 7(1): 40-45.
4. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(1): 10-13.
5. Крок М.А., Набер Д., Лейдер М., Тибо Ф., Дрици М., Эверитт Б. и др. Суицидальные попытки в проспективной когорте больных шизофренией, получавших лечение сертиндолом или рисперидоном. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012; 22(1): 57-61.
6. Бобров А.С., Чуюрова О.Н. *Монополярная депрессия в клинике неманифестной приступообразной шизофрении* (Пособие для врачей). Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО; 2013.
7. Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Бобков А.С. К вопросу о механизмах аутоагрессивных действий больных шизофренией и их связи с механизмами агрессивного поведения (обзор литературы). *Суицидология*. 2012; (2): 11-21.

Сведения об авторе

Иванова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

Information about the author

Lyudmila A. Ivanova – Cand. Sc. (Med), Associate Professor at the Department of Psychiatry and Narcology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

8. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология*. 2013; 4(3): 13-16.

9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(11 Suppl): 1-60.

10. Barak Y, Mirecki I, Knobler HY, Natan Z, Aizenberg D. Suicidality and second-generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacol (Berl)*. 2004; 175(2): 215-219. doi: 10.1007/s00213-004-1801-2

11. Meltzer H. Suicide in schizophrenia: clozapine, the adoption of evidence-based medicine. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(4): 530-533. doi: 10.4088/jcp.v66n0417

REFERENCES

1. Vishnevskaya OA, Petrova NN. Suicidal behavior in remission of schizophrenia. *Suicidology*. 2014; 5(1): 35-41. (In Russ.)
2. Logutenko RM. Hetero-aggressive and suicidal behavior of patients with paranoid schizophrenia with delusions of obsession. *Eruditio Juvenium*. 2015; (4): 104-110. (In Russ.)
3. Raspopova NI, Tolstikova AJ. The comparative analysis of psychopathological mechanisms of homicides and suicides in patients with schizophrenia. *Suicidology*. 2016; 7(1): 40-45. (In Russ.)
4. Kasimova LN, Vtyurina MV, Svyatogor MV. Evaluation of suicidal risk factors in schizophrenic patients. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya*. 2014; 24(1): 10-13. (In Russ.)
5. Crocq MA, Naber D, Lader MH, Thibaut F, Drici M, Everitt B, et al. Suicide attempts in a prospective cohort of patients with schizophrenia treated with sertindole or risperidone. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya*. 2012; 22(1): 57-61. (In Russ.)
6. Bobrov AS, Chuyurova ON. *Monopolar depression in the clinic of non-manifest paroxysmal schizophrenia* (manual for doctors). Irkutsk: RIO GBOU DPO IGMAPO; 2013. (In Russ.)
7. Soldatkin VA, Perekhov A, Bobcov AS. To the question of mechanisms of autoaggressive actions in patients with schizophrenia and their relationship with the mechanisms of aggressive behavior. *Suicidology*. 2012; (2): 11-21. (In Russ.)
8. Lyubov EB, Tsuprun VE. Suicidal behavior and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions. *Suicidology*. 2013; 4(3): 13-16. (In Russ.)
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(11 Suppl): 1-60.
10. Barak Y, Mirecki I, Knobler HY, Natan Z, Aizenberg D. Suicidality and second-generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacol (Berl)*. 2004; 175(2): 215-219. doi: 10.1007/s00213-004-1801-2
11. Meltzer H. Suicide in schizophrenia: clozapine, the adoption of evidence-based medicine. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(4): 530-533. doi: 10.4088/jcp.v66n0417

Статья получена: 19.12.2019. Статья принята: 19.02.2020. Статья опубликована: 26.02.2020.
Received: 19.12.2019. Accepted: 19.02.2020. Published: 26.02.2020.