

Суицидальное поведение у пациентов с шизофренией (нарративный обзор)

Мунин А.О.^{1,2} Голубев С.А.^{1,2}

¹Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения
города Москвы, Москва, Россия

²Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Обзорная статья

Резюме. Статья представляет собой нарративный обзор литературы, в котором комплексно рассматривается проблема суицидального поведения у пациентов с шизофренией. В данной статье описаны факторы риска, методы профилактики и лечения суицидального поведения у пациентов с шизофренией. Суицид — одна из ведущих причин преждевременной смерти среди пациентов с шизофренией, значительно снижающая среднюю продолжительность жизни у данной категории пациентов. Уровень риска суицида при шизофрении значительно выше, чем в общей популяции. Наибольший риск суицидального поведения приходится на первые годы после дебюта заболевания, однако он сохраняется на протяжении всей жизни. Ключевыми факторами суицидального риска является мужской пол, молодой возраст, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, соматическая коморбидная патология и социальная изоляция и др.

Для адекватной оценки суицидального риска требуется тщательная верификация факторов риска. Современные подходы к этой проблеме ориентированы на комплексную оценку факторов риска, с использованием персонализированного подхода, учитывающего субъективно значимые аспекты для пациента. Основные цели терапии включают выявление пациентов из группы риска, снижение модифицируемых факторов и предотвращение событий, увеличивающих суицидальность, при активном использовании защитных факторов. Высокая распространенность суицидального поведения среди данной группы пациентов делает проблему актуальной для клинической практики и системы здравоохранения. Важную роль играют психосоциальные интервенции, включая меры по повышению приверженности к терапии, психообразовательные программы для пациентов, персонала и родственников пациентов, а также семейная терапия. Для эффективного лечения и профилактики данной группы пациентов необходим комплексный подход, включающий психосоциальные вмешательства и применение современных медикаментозных методов.

Ключевые слова: суицидальное поведение, шизофрения, факторы риска, суицид.

Информация об авторах:

Мунин Андрей Олегович* — e-mail: Munin1@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3405-0407>

Голубев Сергей Александрович — e-mail: color1982@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0021-4936>

Как цитировать: Мунин А.О., Голубев С.А. Суицидальное поведение у пациентов с шизофренией (нарративный обзор). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:4-2:30-37. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1137>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Suicidal behavior in patients with schizophrenia (narrative review)

Andrei O. Munin^{1,2}, Sergey A. Golubev^{1,2}

¹Psychiatric Clinical Hospital 4 named after P.B. Gannushkin, Moscow, Russia

²Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Review article

Summary. The article is a narrative review of the literature that comprehensively examines the problem of suicidal behavior in patients with schizophrenia. This article describes the risk factors, methods of prevention

Автор, ответственный за переписку: Мунин Андрей Олегович — e-mail: Munin1@mail.ru

Corresponding author: Andrei O. Munin — e-mail: Munin1@mail.ru

and treatment of suicidal behavior in patients with schizophrenia. Suicide is one of the leading causes of premature death among patients with schizophrenia, significantly reducing the average life expectancy in this category of patients. The risk of suicide in schizophrenia is significantly higher than in the general population. The highest risk of suicidal behavior occurs in the first years after the onset of the disease, but it persists throughout life. The key factors of suicide risk are male gender, young age, depression, substance abuse, somatic comorbid pathology and social isolation, etc.

Adequate assessment of suicide risk requires careful verification of risk factors. Modern approaches to this problem are focused on a comprehensive assessment of risk factors, using a personalized approach that takes into account subjectively significant aspects for the patient. The main goals of therapy include identifying patients at risk, reducing modifiable factors, and preventing events that increase suicidality with active use of protective factors. The high prevalence of suicidal behavior among this group of patients makes the problem relevant for clinical practice and the health care system. Psychosocial interventions play an important role, including measures to increase adherence to therapy, psychoeducational programs for patients, staff, and relatives of patients, as well as family therapy. For effective treatment and prevention of this group of patients, a comprehensive approach is needed, including psychosocial interventions and the use of modern drug methods.

Key words: Suicidal behavior, schizophrenia, risk factors, suicide.

Information about the authors:

Andrei O. Munin* — e-mail: Munin1@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3405-0407>

Sergey A. Golubev — e-mail: color1982@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0021-4936>

To cite this article: Munin AO, Golubev SA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia (narrative review). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:4-2:30-37. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-2-1137>. (In Russ.)

Conflict of interests: the authors declare no conflicts of interest

Изучение суицидального поведения при шизофрении является, безусловно, важным и представляет существенную социальную проблему. Средняя продолжительность жизни у лиц с шизофренией снижена примерно на 10 лет [29], причем, суицид является одной из ведущих причин преждевременной смерти [16,12]. Суицидальное поведение представляет собой серьезную угрозу для жизни и благополучия пациентов с шизофренией, что подчеркивает необходимость его тщательного изучения и разработки эффективных профилактических мер. Исследования демонстрируют, что суицидальное поведение значительно чаще встречается среди пациентов с шизофренией по сравнению с общей популяцией [21]. В течение жизни около 50% пациентов с данным диагнозом совершают суицидальные попытки, что свидетельствует о чрезвычайно высоком уровне суицидального риска. Завершенный суицид наблюдается в 9–13% случаев среди пациентов с шизофренией, что в несколько раз превышает аналогичные показатели в общей популяции [1,7].

Цель этого обзора — предоставить актуальную информацию об особенностях суицидального поведения при шизофрении, факторах риска, методах профилактики и лечения. Данная информация может быть полезна клиницистам и исследователям, которые работают с данной группой пациентов. Материалы и методы: для поиска литературных источников использовались следующие ресурсы: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <https://scholar.google.ru/>, <https://cyberleninka.ru/>, <https://www.elibrary.ru>. Число процитированных источников — 41.

Факторы риска. Пациентам с шизофренией необходима тщательная оценка риска самоубий-

ства и факторов, способствующих возникновению суицидальных симптомов. Для снижения числа самоубийств среди лиц с шизофренией исследователи активно изучают факторы риска, направленные на выявление наиболее уязвимых групп пациентов, чтобы своевременно проводить соответствующие профилактические и терапевтические вмешательства. Большинство самоубийств среди пациентов с шизофренией происходят в течение первых 10 лет после дебюта заболевания [3,5] и наиболее суицидоопасным периодом являются первые три года заболевания по данным А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [2]. Также данные исследований показывают, что 50% завершенных самоубийств случаются в течение первых двух лет после начала заболевания [39]. Тем не менее, важно отметить, что повышенный риск суицидального поведения сохраняется у пациентов с шизофренией на протяжении всей их жизни [21]. Частые рецидивы и повторные госпитализации, тяжесть заболевания, снижение социального и профессионального функционирования, а также осознание влияния психического расстройства на дальнейшую жизнь и убежденность неблагоприятного прогноза заболевания, считаются специфическими для шизофрении факторами риска суицида [38]. Перенесенное эмоциональное, физическое или сексуальное насилие также является фактором риска суицидального поведения [36]. Среди других значимых факторов риска суицидального поведения можно выделить мужской пол, социальную изоляцию, чувство безнадежности, склонность к агрессии и к импульсивным поступкам [9, 38].

Особое внимание следует уделять коморбидной патологии, а именно депрессии, зависимости

от психоактивных веществ и соматическим заболеваниям. Злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами может осложнять течение шизофрении, усугубляя ее симптомы и повышая риск суицидального поведения. Коморбидные расстройства, связанные с зависимостями, затрудняют терапию основного заболевания и ухудшают прогноз. [18, 34]. Тяжелые соматические заболевания сами по себе являются факторами риска суицида, особенно заболевания, связанные с хронической болью, ухудшающие функционирование, качество жизни и исход пациентов. А при коморбидности с шизофренией данный риск еще больше возрастает. [9, 38].

Депрессия увеличивает частоту обострений и повторных госпитализаций, снижает качество и продолжительность ремиссий, связана с более частым злоупотреблением психоактивными веществами, а также является основной причиной развития суицида [4]. Существенное значение имеет установленная положительная корреляция между продолжительностью психоза и риском суицида у пациентов с шизофренией. Длительный период нелеченного психоза коррелирует с повышением суицидальности, что подчеркивает важность раннего начала терапии [5]. Многообразие факторов риска суицида при шизофрении требует их тщательного распознавания для адекватной оценки суицидального риска. Однако современный подход смещается в сторону комплексной оценки множества факторов с использованием персонализированного подхода, который учитывает субъективно значимые для пациента аспекты. В связи с этим предпринимаются попытки систематизировать и классифицировать факторы риска для облегчения их оценки и повышения точности диагностики.

Одним из таких подходов является интегративная трехранговая модель «3D» суицидального поведения, предложенная Б.С. Положием Эта модель включает три уровня факторов риска:

Биологическая предрасположенность — генетические и нейробиологические факторы, которые могут повышать склонность к суицидальному поведению. Важно отметить, что наличие биологической предрасположенности не является фатальным фактором, а лишь увеличивает уязвимость.

Личностно-психологические, этнокультуральные, социальные и медицинские факторы — особенности личности, наличие сопутствующих психических и соматических заболеваний, влияние культуры и общества, уровень социальной поддержки.

Стрессы личной жизни и критические жизненные события — острые стрессовые ситуации, такие как утрата близких, проблемы в личной жизни или на работе, финансовые трудности, которые могут служить триггерами для суицидального поведения [6].

За рубежом распространена модель формулирования суицидального риска, которая также акцентирует внимание на комплексной оценке. В рамках этой модели выделены четыре группы параметров:

Статус риска суицидального поведения (suicide risk status), включающий общие факторы риска, характерные для пациентов с шизофренией;

Состояние риска суицидального поведения (suicide risk state), оценивающее текущий уровень риска по сравнению с состоянием до болезни или вне обострения;

Доступные ресурсы, которые пациент может использовать для предотвращения суицидального поведения;

Прогнозируемые события, способные увеличить риск суицидального поведения [9,31].

Основные цели терапии в данном контексте заключаются в:

Распознавании пациентов из группы риска — посредством тщательного мониторинга и оценки факторов риска, позволяющих своевременно выявлять пациентов с повышенной суицидальной опасностью.

Снижении модифицируемых факторов риска — путем коррекции лечения, минимизации побочных эффектов, лечения коморбидных психических и соматических заболеваний, оказания помощи в преодолении зависимостей.

Предотвращении событий, увеличивающих суицидальный риск — через психосоциальные вмешательства, консультирование, укрепление социальной поддержки и развитие навыков стрессоустойчивости.

Использовании защитных факторов — укрепление позитивных отношений, поощрение приверженности к терапии, вовлечение семьи в процесс реабилитации.

Психосоциальные вмешательства, направленные на предотвращение суицидального поведения. Одним из наиболее доказанными психосоциальными методами являются интервенции, направленные на поддержание приверженности к лечению антипсихотическими препаратами, которое является важнейшим компонентом лечения пациентов с шизофренией [37]. Хорошо описано, что несоблюдение назначенного лечения в значительной степени связано с обострением психотической симптоматики, повторными госпитализациями и неблагоприятным клиническим исходом и качеством жизни [15]. В рекомендациях (American Psychiatric Association, 2019) признается, что все стратегии, направленные на поощрение приверженности к лечению, имеют решающее значение для улучшения клинических результатов и снижения рисков рецидива, повторной госпитализации, суицидального и агрессивного поведения и смертности [40].

Психосоциальные интервенции, в том числе и психообразование, должны быть направлены не только на пациентов, но и на персонал, который взаимодействует с данным контингентом пациентов. Лица с шизофренией нуждаются в эмпатической поддержке и понимании в том числе и со стороны медицинских работников. Конфликтные отношения с персоналом и трудности адаптации в стационарных условиях могут выступать значимыми факторами риска суицида. [8] Важно, чтобы

персонал понимал, что пациентов с шизофренией следует рассматривать, как людей с повышенным риском самоубийства.

Этот риск высок не только в течение первых нескольких лет после постановки диагноза, но и в течение первых нескольких недель или месяцев после выписки из больницы [21]. В этот период необходим усиленный контроль со стороны врачей и тщательное клиническое наблюдение, включая оценку суицидального риска и поддержку в амбулаторных условиях. Также эффективным методом снижения суицидальности является психообразование с родственниками пациентов с шизофренией. Учитывая более высокий риск суицида в первые годы заболевания, посещение программы психообразования для семьи в начале заболевания имеет более сильный профилактический эффект в отношении смертности от суицида. [19]. Семейное вмешательство может снизить риск суицидального поведения и, следовательно, должно быть необходимым компонентом плана лечения каждого пациента с шизофренией [30, 38]. Такое вмешательство значительно снижает частоту повторных госпитализаций и рецидивов у людей с психотическими расстройствами и улучшает их социальную и профессиональную адаптацию [27].

Семейное вмешательство обычно повышает приверженность фармакологической терапии. Родственники пациентов с шизофренией иногда демонстрируют чрезмерные эмоциональные реакции в том числе нетерпимое и/или осуждающее отношение к пациентам [14, 26]. Члены семьи, проявляющие чрезмерные эмоциональные реакции, могут вызывать суицидальное поведение у пациентов с шизофренией [14]. Одна из целей работы с семьей — уменьшить психологическое напряжение среди членов семьи и снизить уровень эмоционального напряжения в семьях пациентов с шизофренией. Поэтому важно помогать семьям людей с шизофренией и объяснять семьям пациентов, что их отношение к больному может способствовать выздоровлению или препятствовать ему. Необходимо информировать семью о том, что они должны помогать специалистам в области психического здоровья следить за соблюдением фармакологического и нефармакологического лечения, особенно после выписки из стационара. Семьи людей, страдающих шизофренией, должны быть проинформированы о проявлениях суицидальных наклонностей и о том, что нужно делать, если у человека с шизофренией возникают суицидальные мысли, замечения или планы.

Психосоциальные вмешательства, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), часто рекомендуются для снижения уровня суицидальных мыслей и склонности к самоповреждению у людей с серьезными психическими расстройствами, но их эффективность остается спорной. Так метаанализ проведенный Hin Wall Yiu в 2021 году, в котором оценивалось 10 исследований посвященных воздействию КПТ и диалектической поведенческой терапии (ДБТ) не показали, что психосоциальные вмешательства при суицидальных

наклонностях в стационарных условиях эффективны по сравнению с основными методами [41].

Однако, в данном метаанализе оценивалась эффективность психосоциальных вмешательств именно в стационаре и в остром периоде болезни с «серьезными психическими расстройствами», без уточнения диагнозов. Другой метаанализ, охвативший 11 исследований, продемонстрировал значительное снижение суицидальности в популяции пациентов с психотическими расстройствами благодаря психосоциальным вмешательствам [10]. Более ранний обзор литературы, оценивавший эффективность как медикаментозных, так и психосоциальных вмешательств в отношении суицидального поведения при шизофрении, показал, что применение антипсихотических препаратов в целом оказывает более значительное влияние на редукцию психопатологической симптоматики по сравнению с психосоциальным лечением. В то же время психосоциальные методы имеют более выраженное влияние на психосоциальное функционирование пациентов, что в свою очередь может способствовать снижению факторов суицидального риска и улучшению исхода заболевания [17].

Несмотря на существующее противоречие в данных, было доказано, что психосоциальные вмешательства в целом являются полезными для пациентов с шизофренией. Комплексный подход, включающий использование нескольких психосоциальных методов, признан стандартной практикой в лечении данной группы пациентов [17, 21]. Однако степень их эффективности требует дальнейших исследований для уточнения и оптимизации терапевтических стратегий.

Фармакологическое лечение. Антипсихотики. Некоторые исследования предполагают умеренное общее положительное влияние нейролептиков первого поколения на риск суицида [28]. Антипсихотики второго поколения могут быть эффективнее при высоком суицидальном риске при шизофрении за счет лучшей переносимости и меньшего количества побочных эффектов. Применение инъекционных антипсихотиков-пролонгов второго поколения способствует повышению качества жизни, улучшению социального функционирования, превенции суицидов и снижению смертности пациентов с шизофренией [5]. Инъекции нейролептиков второго поколения длительного действия могут быть эффективной стратегией лечения для повышения приверженности лечению и могут способствовать предотвращению самоубийств за счёт воздействия на модифицируемые факторы риска самоубийств [33].

Клозапин. В исследовании InterSePT (Международное исследование по предотвращению самоубийств), в котором сравнивалось эффективность оланзапина и клозапина на суицидальное поведение в течение 2 лет. В этом исследовании, участвовали пациенты с шизофренией или шизоаффективным расстройством, подверженные высокому риску суицидального поведения которые имели либо в прошлом попытки самоубийства в анамнезе или имели суицидальные мысли на

момент исследования. В число исследуемых исходов включались случаи суицидального поведения, включающие как попытки самоубийства, так и завершённые самоубийства, а также госпитализации с целью предотвращения суицидальных действий.

В сравнительном анализе эффективности клозапина и оланзапина было обнаружено, что клозапин демонстрирует более благоприятные результаты в отношении снижения суицидального поведения и связанных с ним клинических исходов. В частности, при приёме клозапина наблюдалось уменьшение частоты попыток самоубийства, госпитализаций и вмешательств, необходимых для предотвращения самоубийства, а также снижение потребности в дополнительном приеме антидепрессантов и анксиолитиков. Несмотря на то, что пациенты, принимавшие оланзапин, получали дополнительное антидепрессанты и анксиолитики, лечение клозапином привело к снижению числа серьёзных попыток самоубийства и госпитализаций для предотвращения суицида на 26% [25]. Клозапин также имеет ряд дополнительных преимуществ, включая меньшую частоту экстрапирамидных симптомов и снижение риска развития поздней дискинезии по сравнению с другими нейролептиками, что делает его более эффективным и безопасным вариантом лечения для пациентов с высоким риском суицидального поведения [23].

Основными факторами, ограничивающими назначение клозапина врачами, являются потенциально смертельные побочные эффекты, такие как агранулоцитоз и метаболические нарушения, которые могут значительно влиять на продолжительность жизни [13]. По данным исследований, один из 10 000 пациентов, принимающих клозапин, может умереть от агранулоцитоза [21]. В контексте пациентов с высоким риском суицида, примерно 1 из 10–20 человек может умереть от самоубийства. При этом применение клозапина может значительно снизить смертность от суицида, и это преимущество существенно перевешивает возможные риски смерти от агранулоцитоза [24]. С другой стороны, не нужно забывать о том, что необходимость регулярного гематологического мониторинга представляет собой значительное бремя как для пациента и медицинского персонала, так и для системы здравоохранения в целом. Поэтому, при принятии решения о назначении клозапина, необходимо тщательно взвесить потенциальную пользу и риски, а также учитывать индивидуальные особенности каждого пациента.

Несмотря на ранее высказанные опасения относительно потенциальных метаболических побочных эффектов клозапина, последние эпидемиологические данные не подтверждают существенное увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний или смертности от всех причин среди пациентов, принимающих клозапин, по сравнению с пациентами, принимающими другие нейролептики [23]. Это означает, что риск метаболических побочных эффектов, связанных с клозапином, может быть не так значителен,

как считалось ранее, и что клозапин может быть безопасным вариантом лечения для пациентов с шизофренией и другими психическими расстройствами.

Исходя из вышесказанного клозапин может быть рассмотрен как препарат первой линии для пациентов из группы высокого риска суицида, поскольку он показал себя более эффективным в снижении суицидального поведения и смертности от самоубийств по сравнению с другими нейролептиками. Такой подход может помочь уменьшить количество самоубийств среди пациентов с шизофренией и другими психическими расстройствами, а также улучшить качество жизни этих пациентов.

Антидепрессанты, нормотимики и другие лекарственные препараты. Наряду с негативными симптомами и когнитивными нарушениями, депрессия является одним из важнейших дезадаптирующих факторов у больных шизофренией, что в значительной степени снижает качество жизни и прогноз заболевания в целом [20, 35]. Помимо этого, депрессия увеличивает частоту обострений и повторных госпитализаций, снижает качество и продолжительность ремиссий, связана с более частым злоупотреблением психоактивными веществами, повышенным экономическим бременем заболевания, а также является основной причиной развития суицида [32, 38]. При неэффективности терапией антипсихотиками второго поколения возможно присоединение антидепрессантов, однако это возможно только после купирования острой психотической симптоматики [4].

Имеется много доказательств, подтверждающих эффективность лития в снижении суицидального поведения у пациентов с биполярным расстройством [11], однако, имеется очень мало доказательств, подтверждающих пользу его применения для снижения риска суицидального поведения для пациентов с шизофренией [22]. Кроме того, пациентам с сопутствующей шизофренией/шизоаффективным расстройством и расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, следует назначать препараты, снижающие тягу к психоактивным веществам [21].

Выводы. Суицидальное поведение при шизофрении представляет серьезную угрозу для жизни пациентов, требуя комплексного подхода в диагностике и терапии. Ранняя интервенция и персонализированный подход к оценке риска значительно повышают шансы на предотвращение суицидального поведения. Психосоциальные вмешательства играют важную роль в снижении суицидального риска у пациентов с шизофренией, особенно в сочетании с медикаментозной терапией. Поддержка со стороны семьи, персонала и общества является критическим фактором в профилактике рецидивов и улучшении клинических исходов. Несмотря на наличие противоречивых данных об эффективности отдельных методов, комплексный подход, включающий психообразование, семейные программы и терапию, остается стандартом лечения.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на оптимизацию психосоциальных стратегий, с учетом индивидуальных потребностей пациентов и специфики течения заболевания. Фармакологическая терапия, в частности антипсихотики второго поколения и клозапин, играет ключевую роль в снижении суицидального поведения у пациентов с шизофренией. Клозапин демонстрирует наибольшую эффективность

среди антипсихотиков в предотвращении суицидального поведения. Для пациентов с повышенным риском суицида клозапин может рассматриваться как препарат первой линии, при условии регулярного мониторинга и оценки рисков. Комплексный подход, включающий фармакотерапию и психосоциальные интервенции, является наиболее эффективной стратегией в профилактике самоубийств среди пациентов с шизофренией.

Литература / References

1. Айрапетян А.А., Бурак Е.С., Умаров А.Х., Колесникова Ю.А. Самоубийство при шизофрении. Научные исследования высшей школы: Сборник статей VII Международной научно-практической конференции, Пенза, 27 января 2022 года. — Пенза: Наука и Просвещение, 2022. Ajrapetyan A.A., Burak E.S., Umarov A.H., Kolesnikova Yu.A. Samoubijstvo pri shizofrenii. Nauchnye issledovaniya vysshej shkoly: Sbornik statej VII Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii, Penza, 27 yanvarya 2022 goda. — Penza: Nauka i Prosveshchenie, 2022. (In Russ.).
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. — М., 1980. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii. — M., 1980. (In Russ.).
3. Любов Е.Б. Факторы риска суицидального поведения больных шизофренией. Российский психиатрический журнал. 2018;4:24-30. Lyubov EB. Risk factors of suicidal behavior in patients with schizophrenia. Rossiyskiy Psikhiatricheskij Zhurnal. 2018;4:24-30. (In Russ.). <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2018-1%25x>
4. Мосолов С.Н. Диагностика и терапия депрессии при шизофрении. Consortium Psychiatricum. 2020;1(2):29-42. Mosolov SN. Diagnosis and therapy of depression in schizophrenia. Consortium Psychiatricum. 2020;1(2):29-42. (In Russ.). <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-29-42>.
5. Петрова Н.Н. Факторы риска и превенция суицида при шизофрении: фокус на роли современных инъекционных антипсихотиков-пролонгов. Современная терапия психических расстройств. 2021;3:31-37. Petrova NN. Risk factors and prevention of suicide in schizophrenia: focus on the role of modern long-acting injectable antipsychotics. Sovremennaya Terapiya Psikhicheskikh Rasstroystv. 2021;3:31-37. (In Russ.). <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.15.71.003>
6. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. Российский психиатрический журнал. 2010;4:55-62. Polozhy BS. Integrative model of suicidal behavior. Rossiyskiy Psikhiatricheskij Zhurnal. 2010;4:55-62. (In Russ.).
7. Симак О.Я. Проблема суицида при шизофрении: в фокусе внимания семья больного (обзор литературы). Суицидология. 2018;9(4):17-28. Simak OYa. The problem of suicide in schizophrenia: the family of the patient is in focus (literature review). Suitsidologiya. 2018;9(4):17-28. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suicide-rus.18-09-04\(33\)-17-28](https://doi.org/10.32878/suicide-rus.18-09-04(33)-17-28)
8. Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, et al. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. Schizophr Res. 2003;60:47-55. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00164-0](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00164-0).
9. Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbutto D, Lester D, Pompili M. The Importance of Suicide Risk Formulation in Schizophrenia. Front. Psychiatry. 2021;12:779684. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.779684>
10. Bornheimer LA, Zhang A, Li J, Hiller M, Tarrier N. Effectiveness of Suicide-Focused Psychosocial Interventions in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatr Serv. 2020;71(8):829-838. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900487>
11. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, et al. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. Am J Psychiatry. 2005;162:1805-1819. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805>.
12. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, Smith N, Bitter I, Greenwood P, Taipale H, Tiihonen J. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry. 2022;21:248-271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
13. De Berardis D, Rapini G, Olivieri L, et al. Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a focus on the adverse effects of clozapine. Ther Adv Drug Saf. 2018;9(5):237-256. <https://doi.org/10.1177/2042098618756261>
14. Demir S. The relationship between expressed emotion and the probability of suicide among Turkish psychiatric outpatients: A descriptive cross-sectional survey. Fam. Community Health. 2018;41:111-116. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000178>.
15. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Suicide attempts in people with schizo-

- phrenia before and after participating in an intensive case managed community program: A 20-year follow-up. *Psychiatry Res.* 2020;287:112479. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112479>
16. Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, Bellomo A, Ventriglio A. Суицидальное поведение в дебюте шизофрении. *Суицидология.* 2017;8-2(27):20-27. (In Russ.).
17. Guo X, Zhai J, Liu Z, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(9):895-904. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.105>
18. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie JP, et al. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res.* 2001;102:65-72. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(01\)00250-5](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(01)00250-5).
19. Hodé Y, Dubreucq J, Valladier E, et al. Prévention du risque suicidaire dans la schizophrénie : importance de la psychoéducation des familles. *Encephale.* 2020;46(6):450-454. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.002>
20. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *J. Psychopharmacol.* 2010;24:81-90.
21. Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs.* 2011;25(2):129-43. <https://doi.org/10.2165/11586450-000000000-00000>
22. Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003834. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003834.pub2>.
23. Masdrakis VG, Baldwin DS. Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2023;69:4-23. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.12.011>
24. Meltzer H. Suicide in schizophrenia: clozapine, the adoption of evidence-based medicine [commentary]. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:4. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0417>.
25. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(1):82-91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>.
26. Napa W, Tungpunkom P, Pothimas N. Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: A systematic review. *JBIS Database Syst. Rev. Implement. Rep.* 2017;15:1057-1079. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2017-003361>.
27. Onwumere J, Bebbington P, Kuipers E. Family interventions in early psychosis: Specificity and effectiveness. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2011;20:113-119. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000187>.
28. Palmer DD, Henter ID, Wyatt RJ. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry.* 1999;60, Suppl.2:100-103;discussion 111-6.
29. Peritogiannis V, Ninou A, Samakouri M. Mortality in Schizophrenia Spectrum Disorders: Recent Advances in Understanding and Management. *Healthcare (Basel).* 2022;10(12):2366. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122366>
30. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(12):CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
31. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Acad Psychiatry.* 2016 Aug;40(4):623-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0434-6>
32. Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6:10. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-10>
33. Pompili M, Orsolini L, Lamis D.A, Goldsmith DR, Nardella A, Falcone G, Corigliano V, Luciano M, Fiorillo A. Suicide prevention in schizophrenia: Do long-acting injectable antipsychotics (LAIs) have a role? *CNS Neurol. Disord. Drug Targets.* 2017;16:454-462. <https://doi.org/10.2174/1871527316666170223163629>.
34. Pompili M., Tatarelli C., Kotzalidis G.D., Tatarelli R. Suicide risk in substance abusers with schizophrenia. In R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi (Eds.). *Suicide in schizophrenia.* — Nova Biomedical Books, 2007.
35. Sands JR, Harrow M. Depression During the Longitudinal Course of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1999;25(1):157-72.
36. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr Res.* 2005;76(2-3):273-86. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.03.003>.
37. Schooler NR. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2006;67, Suppl.5:19-23.
38. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(7):361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
39. Tandon R, Jibson MD. Suicidal behavior in schizophrenia: diagnosis, neurobiology, and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry.* 2003;16:193-197.
40. Ventriglio A, Ricci F, Magnifico G, et al. Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(8):735-747. <https://doi.org/10.1177/0020764020934827>
41. Yiu HW, Rowe S, Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming

to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2021;305:114175.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114175>

Сведения об авторах

Мунин Андрей Олегович — врач- психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3; аспирант федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», 115522, г. Москва, ул. Каширское шоссе, 34. E-mail: Munin1@mail.ru

Голубев Сергей Александрович — д.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», ведущий научный сотрудник федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья». E-mail: color1982@bk.ru

Поступила 22.09.2025

Received 22.09.2025

Принята в печать 10.11.2025

Accepted 10.11.2025

Дата публикации 10.12.2025

Date of publication 10.12.2025