

## СУИЦИДАЛЬНОСТЬ: РАССТРОЙСТВО, НЕ ПРИЗНАЮЩЕЕ ГРАНИЦ\*

Й. Неелеман, М. Х. де Гроот

*Отдел социальной психиатрии  
Медицинского центра Утрехтского университета, Нидерланды*

Суицидальность – большая проблема здравоохранения. Ежегодно в Нидерландах кончают с собой около 1 500 человек и 0,9% взрослых нидерландцев предпринимают суицидальную попытку (54). Это означает 93 760 попыток в год, а на 62 нелетальных попытки приходится одна с летальным исходом (население Нидерландов в настоящее время составляет около 17 млн. – прим. переводчика).

Суицидальность всегда считалась исключительно сферой психиатрии. Причем суицидальное поведение может вызывать раздражение как у специалистов, работающих в соматической медицине, так и у психиатров (23). Это раздражение подкрепляется угрозой медицинских дисциплинарных комиссий, литературой с описаниями ложных обвинений врачей и претензиями со стороны родственников, которые обвиняют врача в суициде (суицидальной попытке) близкого им человека. У трети психиатров, сталкивающихся с суицидами, возникают жалобы на психическое состояние (1).

В настоящей статье обсуждаются вопросы эпидемиологии, нозологии, этиологии, патогенеза, симптоматики, течения, прогноза, усугубляющих и защищающих факторов, а также профилактики суицидального поведения. Все вышеупомянутое выходит за пределы сугубо психиатрического изложения.

### Краткая история вопроса

На протяжении веков суицид считался преступлением – в Ирландии вплоть до 1993 года (50). По Уголовному Кодексу Нидерландов от 1886 года суициды (попытки) более не наказуемы, но наказуема помощь в их совершении.

Сильное влияние на принятие суицидальности и регистрацию ее проявлений как таковых могут оказывать неписанные нормы и ценности общества (55). Согласно катехизису нидерландской Римской католической церкви «самоубийство противоречит любви к живому Богу» и «добровольное содействие в

самоубийстве противно этическим нормам» (9). В принципе, Римская католическая церковь отказывается в похоронном обряде лицам, умершим в результате самоубийства или эвтаназии. На практике, церковная служба разрешается, если покойный не был «свободен», а страдал психическим расстройством. В исламе запрет суицида сформулирован более жестко: «Тот, кто совершит самоубийство через удушение, обрекает себя на вечное удушение в Адском Огне» (44).

### Эпидемиология

*Регистрация суицидального поведения.* Нидерландская система регистрации суицидов достаточно аккуратна (19), хотя недавно выяснилось, что ежегодно порядка 1 500 неестественных смертей (среди которых неизвестное количество суицидов) не сообщается в прокуратуру (16).

Неясно также, сколько незавершенных суицидальных попыток становятся предметом медицинского вмешательства. По оценкам существующей литературы, на каждый заверченный суицид приходится от 10 до 40 попыток (32), хотя в Нидерландах эта цифра выше: около 62 (см. выше).

*Основные эпидемиологические данные по Нидерландам.* В 1950 году распространенность суицидов составляла 8,5 на 100 тысяч лет жизни. Потом в течение продолжительного времени этот показатель рос, достигнув своего пика в 1983 году – 16,6 суицидов на 100 тысяч лет жизни. В настоящее время отмечается некоторое снижение: в 2003 году распространенность составила 11,4 на 100 тысяч лет жизни.

Падение количества суицидов с середины 80-х годов XX века лишь несколько замаскировало серьезность проблемы, так как доля суицидов в общем количестве смертей среди лиц молодого возраста (15–34 лет) возросла с 3,2% в 1950 году до 14,6% в 2000 году. Повышенная смертность среди молодых людей означает большее количество потерянных лет жизни. Для взрослых старше 65 лет эти показатели составляли 0,4% в 1950 году и 0,3% в 2000 году. Роль суицидов возрастает в сравнении с цифрами смертности от несчастных случаев: в

\* Статья и комментарий к ней опубликованы в Tijdschrift voor Psychiatrie. – 2006. – Vol. 48, N 7. – P. 533–546 (перевод с нидерландского Е.Можяевой).

1950 году количество жертв суицида составляло 19% по отношению к общему количеству жертв от несчастных случаев, а в 2000 – уже 44%. Все чаще для совершения суицида используются «жесткие» методы: так, в 1950 повешение как способ расстаться с жизнью использовали 38% жертв суицидов, а в 2003 – 44%. В 1950 под поезд бросились 3%, а в 2003 – 10%.

Суицидальность часто встречается среди людей, страдающих соматическими болезнями. Показатель распространенности суицидальных мыслей среди пациентов соматических отделений за год составляет 2,6% (13), а в общей популяции – 0,9% (54). Распространенность суицидальных мыслей в течение жизни в поперечном разрезе населения в Америке составляет 16,3%, а среди лиц с несколькими соматическими страданиями – 35,0%. При этом в последней группе ранее предпринимали попытку суицида 16,2%, а в общей популяции в поперечном разрезе – 5,5% (18). Упомянутые связи в значительной мере не зависят от присутствия или отсутствия психиатрических проблем. Это поддерживает наше предположение о том, что суицидальность – это расстройство, не признающее границ между медицинскими специальностями.

### Нозология

Согласно DSM-IV (3), суицидальность есть факультативный (необязательный) симптом двух расстройств, а именно, депрессивного расстройства и пограничного личностного расстройства. Вместе с тем, ни одно из этих расстройств не связано облигатно с суицидальностью. Так, 23% лиц, когда-либо страдавших депрессией, никогда не были суицидальны (54). С другой стороны, суицидальность не ограничивается двумя упомянутыми расстройствами. Вероятность суицидальности повышают все психические расстройства (29) и практически все физические болезни (28). С учетом данного паттерна – склонности к рецидивам, отсутствия облигатных связей с другими болезнями, четко прогнозируемого течения и проявления суицидальности у здоровых в остальном лиц – в настоящей статье авторы рассматривают суицидальность как отдельное расстройство. Такой подход основывается также на независимой наследственной передаче суицидальности: имеется в виду независимость от риска примыкающих расстройств, например, депрессии (63).

### Этиология

У суицидальности есть довольно рано распознаваемые предшественники. В определенной мере существует генетическая предрасположенность, особенно в отношении «жестких» методов совершения суицида (63). Определенную роль играют внутриутробные и перинатальные факторы (6). Риск суицидальности возрастает при некоторых личностных характеристиках, таких, например, как невротизм и импульсивность (57). Подобный паттерн довольно

рано выявляемых слабых мест у конкретной личности характерен для многих, возможно, для всех психических расстройств и, вероятно, для многих физических болезней, которые манифестируют на более поздних этапах жизни (56). На возникновение суицидальности могут также влиять имитация и межличностный перенос (42, 59). Таким образом, суицидальность, помимо характера хронического дегенеративного страдания, обладает чертами инфекционной болезни. Подобное явление отмечается и в злоупотреблении психоактивными веществами. Это осложняет профилактику и эпидемиологическое изучение этиологии суицидальности (53).

### Патогенез

*Психопатология.* Суицидальность почти всегда вступает в сочетании с чувством безнадежности и ощущением безысходности. Взгляд в прошлое характеризуется общим негативизмом, а конкретные положительно окрашенные события из воспоминаний исчезают (65). Может присутствовать отчетливое желание умереть. Но могут быть и другие (частичные) цели. У человека может быть желание временно отключить измученное сознание или же попытаться ускорить разрешение неразрешимого конфликта. В разных социально-демографических группах мотивы могут быть разными, но в случае нелетальных попыток целесообразно при оценке риска повторения попытки задавать вопрос: произошли ли какие-то изменения в ситуации, которую данное лицо воспринимало как невыносимую.

Для осуществления суицидальной попытки необходимо предпринять некоторые действия по подготовке этого акта, то есть чтобы себя убить, человек вынужден действовать определенным образом. Готовность действовать предполагается не только при планируемых заранее (набрать необходимое количество таблеток), но и при импульсивных попытках. Импульсивность, в свою очередь, может быть как устойчивой личностной особенностью человека, так и состоянием, вызванным, например, употреблением бензодиазепинов или алкоголя. Чувство безнадежности часто сочетается с импульсивностью у лиц, страдающих пограничным личностным расстройством.

*Патофизиология.* Суицидальность соотносится с нарушением метаболизма серотонина, в первую очередь среди суицидентов, прибегающих к «жестким» методам самоубийства (5). Результаты нейробиологических исследований также указывают на отклонения в гене, отвечающем за транспорт серотонина (46), в метаболизме глюкозы и кортизола (34) и на снижение уровня холестерина в сыворотке крови (2).

### Симптоматика

При суицидальности мы имеем дело с поведением, осознанно направленным на достижение смерти или нанесение себе повреждений. При этом исключены прочие формы аутодеструктивного пове-

дения, например, медленный или хронический суицид через употребление алкоголя/наркотиков, иные формы нездорового образа жизни (49) или же предрасположенность к несчастным случаям (20, 49), у которых много общих предшественников с суицидом (57). Такое несколько нелогичное отграничение суицидальности от других форм умирания или нанесения вреда здоровью через внешние факторы может быть причиной сомнения: когда случай регистрировать как суицид, а когда – нет. Эта проблема особенно четко просматривается в случаях летальной интоксикации у потребителей наркотиков, когда граница между подлинным намерением и случайностью ретроспективно становится неразличима (21). Нередко сомнения о присутствии у субъекта намерения умереть (законодательно закрепленное требование для регистрации смерти как суицида) используется службами, чтобы уберечь семью от стигмы суицида в кругу ее общения. При этом нередко значительная роль принадлежит религиозным мотивам (55).

### Течение и прогноз

Как и при многих психических расстройствах, при суицидальности нередко отмечается хроническое течение с рецидивами, тяжесть которого нарастает по мере развития процесса (54) – это явление обозначается как «наложение шрамов» (англ. scarring) (61). Количество лиц в населении, совершающих попытки, постепенно снижается, а количество попыток в расчете на одного человека растет, а лица, предпринимаящие суицидальные попытки, все больше приближаются по характеристикам к жертвам суицидов. Всего пару десятилетий назад типичным лицом для совершения попытки была молодая женщина с проблемами в личной жизни, а типичной жертвой суицида – пожилой мужчина, страдающий соматическими болезнями и депрессией. Сейчас же среди лиц, совершающих суициды (и попытки) появляется все больше молодых людей. В целом, суицидальность предположительно концентрируется в сравнительно небольшой группе людей молодого возраста, которые страдают довольно тяжелыми болезнями. Попытку суицида можно описать как стрессовый фактор, который снижает сопротивляемость человека и повышает риск повторения попытки. Таким образом, очень важно предотвратить вступление человека в описанный суицидальный процесс.

Прогноз суицидального поведения очень затруднителен и роль здравоохранения здесь малозначима (27). Среди лиц, предпринимавших ранее попытку, риск в конечном итоге убить себя минимум в 12 раз выше, чем в общей популяции (52). Вместе с тем, даже если о человеке известно, что он страдает суицидальностью, составление рационального плана лечения и его выполнение нередко осложнено тем, что эта группа плохо следует схеме терапии (34). При этом следует также иметь в виду, что для лиц, совершавших суицидальную попытку, так-

же повышена вероятность умереть в силу других (естественных и неестественных) причин (52).

### Усугубляющие и защищающие факторы

*Религиозность.* Защитой может послужить присоединение к традиционному религиозному сообществу (55), хотя, возможно, в этом случае работает защитный эффект религиозной вовлеченности в отношении депрессии (11). С другой стороны, этот эффект может быть обусловлен защитной ролью социальных контактов в связи с деятельностью данного религиозного сообщества или же, наоборот, необходимостью здоровья для полноценного участия в деятельности сообщества (43).

*Родительство.* Совершенно очевидно, что в первые годы материнства риск суицида, по сравнению с общей популяцией, снижен более чем на 50% (4), хотя именно в это время появляются многие психиатрические проблемы.

*Имитация и эффект эпидемии.* Во времена социальных волнений и катаклизмов цифры суицидов могут вырасти, но могут и упасть. Так, в Англии после 11 сентября 2001 года цифры суицидов упали (62). В Нидерландах же после этой террористической атаки в США количество суицидов возросло (42); возможно, в Нидерландах усилилось ощущение незащищенности. Такое расхождение можно отнести за счет того, что британцы чувствовали себя в большей мере вовлеченными в тот конфликт, чем нидерландцы, и распознавали общего врага, что способствовало усилению социальной сплоченности. Временный рост суицидальных попыток отмечается после показа по телевидению сюжета/фильма с суицидальной попыткой, причем в этом случае рост количества попыток отмечается в группах населения, наиболее близких к телевизионной жертве по возрасту и полу (33). Упомянутые данные иллюстрируют «заразность» суицидальности (53) и подчеркивают роль освещения суицида в средствах массовой информации как части продуманной программы профилактики суицидов (17).

*Доступность необходимых средств.* На частоту суицидов влияет степень доступности эффективных средств совершения суицида. Так, количество суицидов, совершенных с помощью огнестрельного оружия, выше в США, чем в странах Европы (48). Британские цифры суицидов заметно упали после замены в 60-е годы газа, произведенного из угля (с высоким содержанием окиси углерода) на газ из месторождений Северного моря (41). Количество передозировок парацетамолом в Соединенном Королевстве также снизилось после введения более мелкой расфасовки лекарства (30).

*Изменения и события, связанные с потерей.* У психиатрических пациентов вскоре после выписки из психиатрической больницы или при смене врача риск суицида в 200–300 раз выше среднего (24).

*Социальная депривация, этнические факторы.* Суицидальность чаще отмечается в менее привилегированных слоях общества – в смысле образова-



тельного уровня, уровня интеллектуального развития, социально-экономического статуса, наличия оплачиваемой работы (32) и, иногда, этнического статуса меньшинства (52). В таких случаях подчас бывает трудно различить, что есть причина, а что – следствие. С одной стороны, потеря работы может повысить риск суицидальности (и других расстройств), но, с другой стороны, присутствие болезненных признаков также может привести к увольнению.

Сложна связь между этнической принадлежностью и суицидальностью. Известно, например, что риск суицидальности повышен у молодых женщин марокканского происхождения, причем речь идет о так называемом втором поколении иммигрантов, которое сталкивается с так называемыми конфликтами культурной адаптации. Несколько ниже среднего риск суицидальности в других этнических группах, например, африканцев из Карибского региона, по крайней мере, так обстоит дело в Соединенном Королевстве (52). Быть членом группы этнического меньшинства подразумевает, по крайней мере в случае первого поколения, миграцию, которая нередко ассоциируется со сравнительно высокой пластичностью психики (положительная селекция) (51). Вместе с тем, пока еще недостаточно изучены воздействие дискриминации/статуса принадлежности к меньшинству и миграции, которые могут влиять на суицидальность и, соответственно, суицидальное поведение, противоположным образом.

### Профилактика

*Первичная профилактика.* В настоящее время профилактике суицидов уделяется большое внимание. В январе 2005 года в Хельсинки на министерской конференции страны ЕС призывались к разработке национальных стратегий профилактики суицидов. В некоторых странах ЕС они уже есть, как, например, в Англии (10) и в скандинавских странах (8), но в Нидерландах пока такой национальной стратегии нет.

При суицидах велико искушение обвинить во всем лиц, оказывавших помощь, которые «должны были заметить, что происходит что-то не то». Такая реакция понятна, но она основывается на ущербном представлении о возможностях первичной профилактики. Риск суицида у лица, страдающего депрессией, повышен в Нидерландах в 18–20 раз (52), то есть составляет 220 на 100 тысяч лет жизни, то есть менее 1% (положительная прогностическая ценность <1%). Негативная прогностическая ценность, то есть процент недепрессивных пациентов, которые не совершают суицидов – почти 100%. Иначе говоря, просто прогнозировать, кто суицид не совершит, а не то, кто его совершит. Бывают обстоятельства, в которых можно достичь более высокого уровня прогностической ценности, например, при ажитированной депрессии, наличии коморбидности, представленной, скажем, злоупотреблением психоактивными веществами, и при чет-

ко выраженном суицидальном намерении, но в общей популяции пациентов никогда не регистрировалась положительная прогностическая ценность более 2% (60). Это свидетельствует о необоснованности упреков средств массовой информации, а подчас и коллег, в адрес специалистов, работающих на современном уровне, в связи с суицидами их пациентов.

Депрессия повышает риск суицидальности в двадцать раз. Это значит, что 95% всех случаев суицида следует отнести за счет депрессии (7). Но, несмотря на такое сильное влияние депрессии на суицидальность, даже если депрессию полностью убрать как фактор риска суицида, случится «всего» 50% всех суицидов. Так будет потому, что депрессия ежегодно поражает «только» 6,2% взрослого населения. Это тоже иллюстрация ненадежности границ первичной профилактики суицидов.

Считается, что в первичной профилактике суицидальности предпочтение следует отдавать не мерам в рамках медицины, а мерам широкого социального воздействия. Высоко оценивается просветительская работа в средней школе, хотя пока ее результативность в достаточной мере не продемонстрирована (25). Положительный эффект могут дать снижение безработицы (45) и борьба с социальным неравенством (64), но здесь также пока нет убедительных эмпирических данных.

*Вторичная профилактика.* Практически все релевантные исследования, касающиеся лечения, выполнены на лицах с суицидальными попытками в анамнезе. Так что в этом случае мы имеем дело с вторичной профилактикой. Не так давно опубликованный обзор интервенций с целью профилактики рецидивов суицидальности не дает оснований для оптимизма (31), хотя и имеются некоторые данные, свидетельствующие о снижении риска рецидивов при использовании проблеморазрешающей терапии, при обеспечении пациента телефонным номером соответствующей службы, по которому он может позвонить в случае необходимости в любое время, при применении диалектической поведенческой терапии (47) и использовании флуpentиксола-депо. Недавно была показана эффективность когнитивной терапии в снижении риска рецидивов (12). Препарат пароксетин из группы СИОЗС снижает риск повторных попыток у пациентов с пограничным личностным расстройством без депрессии (32). Бензодиазепины при суицидальности не показаны по причине их растормаживающего эффекта (36).

Прогнозировать рецидив проще, чем прогнозировать первую попытку, и для лиц, о суицидальном опыте которых известно, позитивная прогностическая ценность доходит до (невероятно высокого) показателя в 96% (14). Успешный прогноз при этом вовсе не подразумевает успешную профилактику – в силу несоблюдения этой группой требований схемы терапии. В целом, профилактика рецидивов редко оказывается успешной, и складывается впе-

чатление, что если пациент вступает в суицидальный процесс, то на него становится все труднее и труднее влиять в смысле медицинских или психиатрических интервенций.

**Третичная профилактика.** В контексте суицидального поведения мы используем данный термин применительно к помощи («поственция»), предлагаемой родственникам лица, совершившего суицид или попытку. Еще в 1986 году Комиссия по здравоохранению в Нидерландах указывала на высокий риск психопатологии у родственников суицидентов и этот повышенный риск получил эмпирическое подтверждение (26). Процесс переживания горя у близких жертв суицидов отличается от процесса переживания среди лиц, перенесших тяжелую утрату. В частности, в таких семьях оказывается нарушена семейная динамика, из-за табу в обществе на суициды нарастает их социальная изоляция и они загружены эмоциями вины и гнева (38). С учетом вышеизложенного и принимая во внимание возможность общей с суицидентом генетической уязвимости родственников в отношении развития психических расстройств и суицидальности, не вызывает удивления, что среди них повышен риск соматических болезней, психических расстройств и той же суицидальности. У суицидентов в десять раз чаще среднего выявляются суициды в семейном анамнезе, причем независимо от наличия прочих психиатрических проблем (40).

Таким образом, третичная профилактика, ориентированная на семью, одновременно является первичной профилактикой суицидов и иных психиатрических проблем). К сожалению, пока неясно,

какова эффективность лечения этого измененного переживания горя и сопутствующих психиатрических проблем, а также насколько их возможно предотвратить (39).

## Заключение

Суицидальность ведет себя как автономное, отдельно стоящее расстройство с собственной этиологией, патогенезом, течением и ответом на лечение. Мы предлагаем описывать суицидальность не только как факультативный симптом при других расстройствах, а как отдельное тяжелое расстройство с хроническим рецидивирующим течением и умеренным ответом на лечение. Хотя общее количество суицидов в последние 15 лет упало, в то же время возросла концентрация суицидальности среди более молодых людей, с соответствующим сравнительным ростом потерянных лет жизни. Суицидальный процесс все в большей мере сосредотачивается в небольшой, но сравнительно очень уязвимой группе лиц, больных уже в раннем возрасте. У суицидальности много общих факторов риска с другими психическими и физическими расстройствами. Ранняя превенция могла бы не только снизить риск суицидальности, но и повысить качество жизни людей. К сожалению, существующих знаний недостаточно для осуществления такой первичной профилактики. Профилактика суицидальности в рамках незыблемых границ, установленных эпидемиологией и недостаточно известных широкой публике, а подчас и собратьям по профессии, нередко приводит к необоснованным обвинениям в адрес лечащих врачей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Alexander D.A., Klein S., Gray N.M. et al. Suicide by patients; questionnaire study of its effects on consultant psychiatrists // *Br. Med. J.* – 2000. – Vol. 320. – P. 1571–1574.
2. Alvarez J.C., Cremniter D., Lesieur P. et al. Low blood cholesterol and low platelet serotonin levels in violent suicide attempters // *Biol. Psychiat.* – 1999. – Vol. 45. – P. 1066–1069.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4<sup>th</sup> version.* – Washington: APA, 1994.
4. Appleby L., Turnbull G. Parasuicide in the first postnatal year // *Psychol. Med.* – 1995. – Vol. 25. – P. 1087–1090.
5. Asberg M., Traskman L., Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1976. – Vol. 33. – P. 1193–1197.
6. Barker D.J., Osmond C., Rodin I. et al. Low weight gain in infancy and suicide in adult life // *Br. Med. J.* – 1995. – Vol. 311. – P. 1203.
7. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts; a case control study // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1009–1014.
8. Beskow J., Jenkins R., Kinchad D. et al. Suicide prevention strategies across Europe // *Europ. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 11. – P. 203.
9. Bisschoppenconferentie. *Catechismus van Katholieke Kerk.* – Brussel / Utrecht: Licap / SRKK, 2005.
10. Bottomley V. *The Health of the Nation: a Strategy for Health in England.* – London: HMSO, 1992.
11. Braam A.W., Hein E., Deeg D.J. et al. Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam // *J. Aging & Hlth.* – 2004. – Vol. 16. – P. 467–489.
12. Brown G.K., Ten Have T., Henriques G.R. et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial // *JAMA.* – 2005. – Vol. 294. – P. 563–570.
13. Cooper-Patrick L., Crum R.M., Ford D.E. Identifying suicidal ideation in general medical patients // *JAMA.* – 1994. – Vol. 272. – P. 1757–1762.
14. Corcoran P., Kelleher M., Keeley K.S. et al. A preliminary statistical model for identifying repeaters of parasuicide // *Arch. Suicide Res.* – 1997. – Vol. 3. – P. 65–74.
15. Cox K., Miller T. *The children's safety network economics and insurance center.* – Newton, MA: The Pacific Institute for Research and Evaluation, 1999.
16. Das C. *Overlijdensverklaringen aan artsen.* Wet en Praktijk. – Amsterdam: GG&GD, 2005.
17. Dobson R. Internet sites may encourage suicide // *Br. Med. J.* – 1999. – Vol. 319. – P. 337.
18. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses // *Arch. Int. Med.* – 2000. – Vol. 160. – P. 1522–1526.
19. Duimelaar H. *Zelfdodingen Nederland. Kwartaalberichten Rechtsbescherming en Veiligheid.* – Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1994.
20. Engel H.O. Accident proneness and illness proneness: a review // *J. Royal Soc. Med.* – 1991. – Vol. 84. – P. 163–164.
21. Farrell M., Neeleman J., Gossop M. et al. A review of the legislation, regulation and delivery of methadone in 12 member states of the European Union: final report. – Luxembourg: Commission des Communautés Europeennes, 1995.
22. Gezondheidsraad. *Advies Inzake Suicide.* Rapport nr. 37. – Den Haag: SDU, 1986.
23. Giel R., Bloemsa F. Is suïcidaal gedrag ziek? // *Ned. Tdschr. Geneesk.* – 1977. – Vol. 121. – P. 2033–2037.
24. Goldacre M., Seagroatt V., Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care // *Lancet.* – 1993. – Vol. 342. – P. 283–286.

25. Gould M.S., Greenberg T., Velting D.M. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* – 2003. – Vol. 42. – P. 386–405.
26. Groot M.H. de, de Kleijser J., Neeleman J. Grief shortly after suicide and natural death. A comparative study among spouses and first-degree relatives // *Suicide and life-threatening behavior* (in press).
27. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence // *Br. Med. J.* – 1994. – Vol. 308. – P. 1227–1233.
28. Harris E.C., Barraclough B.M. Suicide as an outcome for medical disorders // *Medicine* (Baltimore). – 1994. – Vol. 73. – P. 281–296.
29. Harris E.C., Barraclough B. Excess mortality of mental disorder // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 11–53.
30. Hawton K. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2002. – Vol. 32. – P. 223–229.
31. Hawton K., Arensman E., Townsend E. et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition // *Br. Med. J.* – 1998. – Vol. 317. – P. 441–447.
32. Hawton K., van Heeringen C. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* – Chichester: Wiley & Sons, 2000.
33. Hawton K., Simkin S., Deeks J.J. et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study // *Br. Med. J.* – 1999. – Vol. 318. – P. 972–977.
34. Heeringen C., van Audenaert K., van de Wiele L. et al. Cortisol in violent suicidal behaviour: association with personality and monoaminergic activity // *J. Affective Dis.* – 2000. – Vol. 60. – P. 181–189.
35. Heeringen C. van, Jannes S., Buylaert W. et al. The management of non-compliance with referral to outpatient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study // *Psychol. Med.* – 1995. – Vol. 25. – P. 963–970.
36. Hori A. Pharmacology for personality disorders // *Psychiat. Clin. Neurosci.* – 1998. – Vol. 52. – P. 13–19.
37. Hulzebos B., Bakker B. Loden Last. – Amsterdam: Contact, 2004.
38. Jordan J.R. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2001. – Vol. 31. – P. 91–102.
39. Jordan J.R., McMenamy J. Interventions for suicide survivors: a review of the literature // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2004. – Vol. 34. – P. 337–349.
40. Kim C.D., Seguin M., Therrien N. et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from a general population // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 1017–1019.
41. Kreitman N. The coal gas story: United Kingdom suicide rates, 1960–71 // *Br. J. Prev. & Soc. Med.* – 1976. – Vol. 30. – P. 86–93.
42. Lange A.W. de, Neeleman J. The effect of the September 11 terrorist attack on suicide and deliberate self-harm: a time trend study // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2004. – Vol. 34. – P. 439–447.
43. Levin J.S., Markides K.S. Religious attendance and subjective health // *J. Sci. Study Religion.* – 1986. – Vol. 25. – P. 31–40.
44. Lewis B. INTIHAR // *The Encyclopedia of Islam* / B.Lewis, C.Pellat, J.Schacht (Eds.). – Leiden, 1971. – P. 1246–1248.
45. Lewis G., Hawton K., Jones P. Strategies for preventing suicide // *Br. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 171. – P. 351–354.
46. Lin P.Y., Tsai G. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis // *Biol. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 55. – P. 1023–1030.
47. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A. et al. Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 48. – P. 1060–1064.
48. Marzuk P.M., Leon A.C., Tardiff K. et al. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 49. – P. 451–458.
49. Menninger K. *Man against himself.* – New York: Harcourt Brace & World, 1938.
50. Neeleman J. Suicide as a crime in the UK: legal history, international comparisons and present implications // *Acta Psychiat. Scand.* – 1996. – Vol. 94. – P. 252–257.
51. Neeleman J. Ethnicity and suicidal behaviour // *Current Med. Literat.* – 2000. – Vol. 11. – P. 77–86.
52. Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable // *Int. J. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 30. – P. 154–162.
53. Neeleman J. The relativity of relative risks: disadvantage or opportunity? // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 182. – P. 101–102.
54. Neeleman J., de Graaf R., Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages // *J. Affect. Dis.* – 2004. – Vol. 82. – P. 43–52.
55. Neeleman J., Halpern D., Leon D. et al. Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries // *Psychol. Med.* – 1997. – Vol. 27. – P. 1165–1171.
56. Neeleman J., Sytma S., Wadsworth J. Propensity to psychiatric and somatic ill-health: evidence from a birth cohort // *Psychol. Med.* – 2002. – Vol. 32. – P. 793–803.
57. Neeleman J., Wessely S., Wadsworth M. Predictors of suicide, accidental death and premature natural death in a general-population birth cohort // *Lancet.* – 1998. – Vol. 351. – P. 93–97.
58. Neeleman J., Wilson-Jones C., Wessely S. Ethnic density and deliberate self-harm; a small area study in South-East London // *J. Epidemiol. Commun. Hlth.* – 2001. – Vol. 55. – P. 85–90.
59. Phillips D.P. Motor vehicle fatalities increase just after publicized suicide stories // *Science.* – 1977. – Vol. 196. – P. 1464–1466.
60. Pokorny A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a retrospective study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1983. – Vol. 40. – P. 249–257.
61. Post R.M. Transduction of psychosocial stress into neurobiology of recurrent affective disorder // *Am. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 149. – P. 999–1010.
62. Salib E. Effect of 11 September 2001 on suicide and homicide in England and Wales // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 183. – P. 207–212.
63. Stratham D.J., Heath A.C., Madden P.A. et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study // *Psychol. Med.* – 2000. – Vol. 28. – P. 839–855.
64. Wilkinson R.G. Income distribution and life expectancy // *Br. Med. J.* – 1992. – Vol. 304. – P. 165–168.
65. Williams M. *The Cry of Pain.* – London: Penguin, 1997.
66. World Health Organization. *Health Statistical Data Collections.* – Geneva: WHO, 2004.

## SUICIDALITY, A DISORDER THAT CROSSES BOUNDARIES BETWEEN DISCIPLINES

J. Neeleman, M. H. de Groot

Background: Suicidality is considered to be a facultative symptom of certain psychiatric disorders. Aim: To provide evidence in support of the view that suicidality is not only a symptom of other disorders or comorbid with them but is often a disorder in its own right. Method: Review of literature. Results: Suicidality manifests itself as a disorder in its own

right without any one-to-one relationships with other psychiatric or somatic disorders or illnesses. Conclusion: Suicidality has specific features such as susceptibility to interindividual contagion. By preventing suicide we may be able to forestall the development of other types of ill-health and thus improve the quality of the life that has been saved.