

# Суицидальное и самоповреждающее поведение в результате приема антидепрессантов: факты и интерпретации

**В.Д. Менделевич, П.В. Королева, М.К. Нестерина**

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Казань, Республика Татарстан, Россия

## **РЕЗЮМЕ**

В статье проанализирована связь применения антидепрессантов с повышением суицидального риска на первом этапе терапии. Представлена острая научная дискуссия, развернувшаяся на страницах журналов, приведены аргументы сторонников и противников применения антидепрессантов на данном этапе терапии. Сделан вывод о том, что проблема заключается не в отвержении факта наличия такой связи, а в том, что его интерпретация носит искаженный характер.

Поставлены следующие вопросы: 1) если антидепрессанты, еще не начав действовать, повышают риск суицидов, то почему этот суицидогенный эффект связывают с приемом лекарств? 2) почему повышение суицидального риска отмечается не только после начала приема селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), но и, например, трициклических антидепрессантов, начинающих действовать практически сразу? 3) почему в научной литературе приведено незначительное число данных о том, что суицидальный риск повышается при применении СИОЗС для терапии не депрессии, а, к примеру, тревожных или обсессивно-компульсивных расстройств? 4) могут ли какие-либо химические вещества (фармакологические препараты) сами по себе формировать человеческие смыслы — приводить к появлению идей о нежелании жить или, наоборот, стимулировать человека к жизни? 5) почему в один ряд негативных последствий применения СИОЗС ставят как суицидальное, так и самоповреждающее (селфхарм) поведение, базирующиеся на принципиально различных механизмах психогенеза?

Сделан вывод, что анализ обнаруженной взаимосвязи приема антидепрессантов (в первую очередь, СИОЗС) с повышенным суицидальным риском не следует трактовать как причинно-следственную, в первую очередь потому, что суицид как социальный и личностный феномен не может быть выведен из биологических (фармакологических) оснований. Отмечено, что появлению суицидальных мыслей, а затем поступков могут способствовать какие-либо неравновесные психопатологические состояния, в рамках которых человек неспособен критически мыслить и в полной мере осознавать характер своих действий. Однако даже если утрата смысла жизни провоцируется нейробиологическими факторами или психофармакологическим влиянием, суицидальное поведение следует рассматривать как волевой, осмысленный акт. Никакие лекарственные средства (например, антидепрессанты) не способны вызвать суицидальные идеи и намерения, но могут оказывать стимулирующий эффект, который может провоцировать их реализацию.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** суицид, селфхарм, самоповреждающее поведение, антидепрессанты, суицидальный риск, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

**КОНТАКТЫ:** Менделевич Владимир Давыдович, mendelevich\_vl@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8476-6083  
Королева Полина Васильевна, polina0139@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9132-2686  
Нестерина Мария Кириллова, mari.nesterina@mail.ru, ORCID: 0000-0001-6901-5903

**КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ:** Менделевич В.Д., Королева П.В., Нестерина М.К. Суицидальное и самоповреждающее поведение в результате приема антидепрессантов: факты и интерпретации // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — № 3 — С. 70–76. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.87.39.007

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Suicide and Selfharm Resulting from Antidepressants: Facts and Interpretations

V.D. Mendelevich, P.V. Koroleva, M.K. Nesterina

Kazan State Medical University, Kazan, the Republic of Tatarstan, Russia

## SUMMARY

The article analyzes the relationship between the use of antidepressants and an increase of suicidal risk. The heated scientific debate that has unfolded in the pages of journals is highlighted, and the arguments of both proponents and opponents are presented. It is concluded that the problem is not the rejection of the existence of such a connection, but in the distortion of its interpretation.

The following questions are raised: 1) if antidepressants increase the risk of suicide before they begin to act, then why its suicidal effect is associated with their use? 2) why does an increase in suicidal risk occur not only after starting selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), but also, for example, with tricyclic antidepressants, which have almost immediate effect? 3) why is there little evidence in the scientific literature that suicidal risk increases when SSRIs are used not to treat depression, but, for example, to treat anxiety or obsessive-compulsive disorder? 4) can any chemical substances (pharmacological drugs) themselves affect human meanings — lead to the emergence of ideas about unwillingness to live or, conversely, stimulate a person to live? 5) why are both suicidal and self-harm behavior, based on fundamentally different mechanisms of psychogenesis, included in the same list of negative consequences of SSRI use?

It is concluded that the analysis of association found between the use of antidepressants (primarily SSRIs) and an increased suicidal risk should not be interpreted as cause-and-effect, mainly because suicide as a social and personal phenomenon cannot be derived from biological (pharmacological) grounds. It should be noted that the appearance of suicidal thoughts and then actions can be facilitated by any emotional state in which a person is not able to think critically and fully understand the nature of their actions. However, even if the loss of meaning in life is provoked by neurobiological factors or psychopharmacological influences, suicidal behavior should be considered as a volitional, meaningful act. The meaning and content of thoughts cannot be determined by the brain activity, and no medication (for example, antidepressants) can cause suicidal ideas and intentions.

**KEYWORDS:** suicide, self-harm, antidepressants, suicidal risk, selective serotonin reuptake inhibitors

**CONTACTS:** Mendelevich Vladimir Davidovich, mendelevich\_vl@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8476-6083  
Polina Vasilyevna Koroleva, polina0139@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9132-2686  
Maria Kirillova Nesterina, mari.nesterina@mail.ru, ORCID: 0000-0001-6901-5903

**CITATION:** Mendelevich V.D., Koroleva P.V., Nesterina M.K. Suicide and selfharm resulting from antidepressants: facts and interpretations // *Sovrem. ter. psih. rasstrojstv* [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2024. — No. 3 — Pp. 70–76. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.87.39.007 [in Russian].

**CONFLICT OF INTEREST:** authors declare no conflict of interest.

Ни одна группа психофармакологических препаратов не подвергается столь активному критическому анализу, как новые антидепрессанты (АД) — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Самый ярый критик их применения, основатель Северного Кокрейновского сообщества, профессор Питер К. Гетче (Peter C. Gøtzsche) написал на эту тему несколько книг и статей с громкими названиями «Смертельная психиатрия и организованное отрицание» [1], «Ложь о том, что антидепрессанты защищают от самоубийства, смертельна» [2], в которых утверждал, что «антидепрессанты приносят больше вреда, чем пользы», и что необходимо резко снизить частоту их назначения [3, 4]. Одной из основных претензий к назначению АД считается то предположение, что они «удваивают частоту суицидов» [5].

Если позицию Гетче об однозначном вреде использования антидепрессантов можно было бы признать близкой к антипсихиатрической и проигнорировать (что, кстати, сделали члены Кокрейновского сообщества, исключив профессора из состава правления им созданной организации), то к результатам исследований других ученых следует отнестись серьезно и непредвзято. Научные данные о суицидогенности применения АД привели к тому, что в инструкции к антидепрессантам из группы СИОЗС были внесены официальные предупреждения о том, что эти препараты повышают риск самоубийства, что суицидальные мысли «могут усилиться в начале приема АД», что «существует повышенный риск суицидального поведения у взрослых в возрасте до 25 — с психическими расстройствами», поскольку лекарству требуется некоторое время,

чтобы подействовать, часто около 14 дней, но иногда и дольше [2].

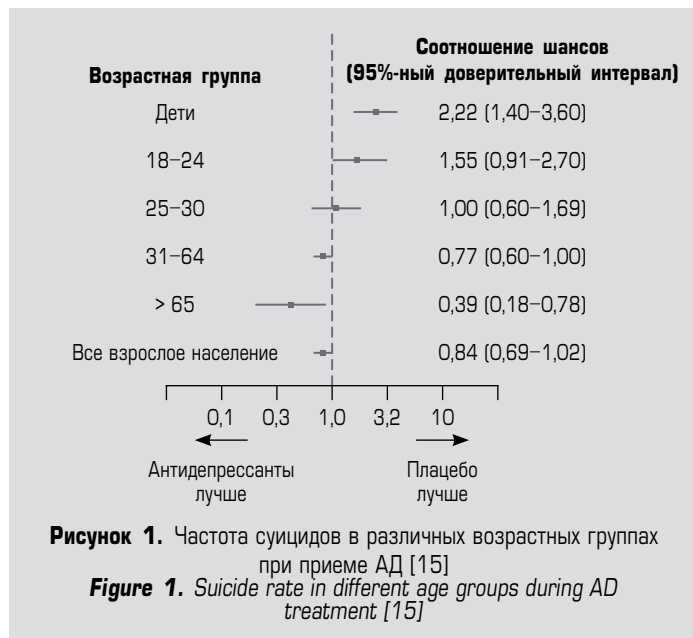
В связи с вышеозначенной позицией возникает несколько дискуссионных вопросов: 1) если АД, еще не начав действовать, повышают риск суицидов, то почему этот суицидогенный эффект связывается с приемом лекарств? А может быть, именно небыстрое развертывание фармакологического эффекта приводит к усугублению депрессии, т. е. отсутствие лечения само по себе суицидогенно? 2) почему повышение суицидального риска отмечается после начала приема не только СИОЗС, но и других АД, например, трициклических (ТЦА), начинающих действовать практически сразу? [6]; 3) почему в научной литературе приведено лишь незначительное число данных о том, что суицидальный риск повышается при применении СИОЗС для терапии не депрессии, а, к примеру, тревожных или обсессивно-компульсивных расстройств? Ведь если конкретные лекарства связывают с суицидогенностью, то какое значение имеет диагноз? [7]; 4) могут ли какие-либо химические вещества (фармакологические препараты) сами по себе формировать человеческие смыслы — приводить к появлению идей о нежелании жить или, наоборот, стимулировать человека к жизни? 5) отдельно следует поставить вопрос о том, почему в один ряд негативных последствий применения СИОЗС ставится как суицидальное, так и самоповреждающее (селфхарм — *selfharm*) поведение, базирующиеся на принципиально различных механизмах психогенеза?

Критический анализ обнаруженного учеными суицидального риска вследствие приема АД построен, как правило, на отстаивании точки зрения

об относительности данного риска, который нельзя, с точки зрения критиков, оценивать в абсолютных значениях [8–11]. Предлагается ориентироваться на потенциальный риск только в соотношении в потенциальной пользой. Получается, что риск суицидального поведения в случае неназначения АД существенно выше по сравнению с риском от приема антиде-

прессантов [10, 12]. С точки зрения Р.А. Фридмана (R.A. Friedman) с соавторами [13], «настоящим убийцей в этой истории является невылеченная депрессия, а возможный риск от лечения антидепрессантами ничтожен по сравнению с риском, связанным с самой болезнью». Доказательства связи видятся критикам в том, что «самоубийства чаще всего происходят вскоре после начала лечения, когда еще лекарства не действуют, а не на этапах продолжения или поддерживающей терапии» [14, 15]. В качестве подтверждения правоты собственной позиции авторы приводят данные (рис. 1), из которых следует, что суицидальный риск зависит от возраста пациента и в целом не связан с использованием АД.

Систематический обзор и метаанализ [16], включивший 27 рандомизированных клинических исследований (19 с депрессивным расстройством и 8 с иными психопатологическими состояниями), подтвердил вывод о том, что «воздействие АД нового поколения связано с повышенным риском самоубийства у взрослых пациентов, находящихся на обычном лечении, с депрессией и другими состояниями». По мнению авторов обзора, у их оппонентов, не обнаруживших суицидогенного эффекта АД, наличествует конфликт интересов, что способствует систематической недооценке суицидального риска в опубликованной литературе. Обратим внимание на основные пункты сделанного заключения: во-первых, авторы прямо указывают, что суицидальный риск связан с использованием СИОЗС, а не, к примеру,



**Таблица.** Число суицидов и суицидальных попыток при использовании 14 различных АД (по данным FDA за 1991–2013 гг.) [11]

**Table.** Number of suicides and suicide attempts during 14 various AD treatment (according to FDA data between 1991 and 2013) [11]

| Препарат<br>(год исследования) | Антидепрессант |                |                            | Плацебо   |                |                            |
|--------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|-----------|----------------|----------------------------|
|                                | Участники      | Число суицидов | Число суицидальных попыток | Участники | Число суицидов | Число суицидальных попыток |
| Сертралин (1991)               | 2,053          | 2              | 9                          | 786       | 0              | 5                          |
| Пароксетин (1992)              | 2,963          | 5              | 40                         | 554       | 2              | 6                          |
| Венлафаксин (1993)             | 2,181          | 3              | н/д                        | 451       | 1              | н/д                        |
| Нефазодон (1994)               | 3,496          | 9              | 12                         | 875       | 0              | 1                          |
| Миртазапин (1996)              | 2,425          | 8              | 29                         | 494       | 0              | 3                          |
| Венлафаксин ER (1997)          | 705            | 1              | н/д                        | 285       | 0              | н/д                        |
| Циталопрам (1998)              | 4,168          | 8              | 91                         | 691       | 1              | 10                         |
| Эсциталопрам (2002)            | 715            | 0              | 4                          | 592       | 0              | 0                          |
| Дулоксетин (2002)              | 2,314          | 0              | 7                          | 723       | 0              | 0                          |
| Дезвенлафаксин (2008)          | 2,667          | 1              | 4                          | 803       | 0              | 1                          |
| Тразодон (2010)                | 202            | 0              | 0                          | 204       | 0              | 1                          |
| Вилазодон (2011)               | 2,177          | 0              | 3                          | 997       | 0              | 1                          |
| Левомилаципран (2013)          | 2,655          | 0              | 4                          | 1,004     | 0              | 0                          |
| Вортиоксетин (2013)            | 3,060          | 0              | 3                          | 1,621     | 0              | 0                          |
| Всего                          | 31,781         | 37             | 206                        | 10,080    | 4              | 28                         |
| Достоверность, %               | —              | 0,1164         | 0,7129                     | —         | 0,0397         | 0,2997                     |

**Примечание.** НаССА — норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты; СИОЗСН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; н/д — нет данных.

с тем, что у обследованных пациентов имелись психические расстройства, которые потенциально могли провоцировать суицидальное поведение. То есть зарегистрированные факты повышения суицидального риска интерпретируются не всесторонне, а избирательно — с прицелом на выявление единственной причины зарегистрированного явления. В другом анализе те же авторы [11] для описания связи между применением СИОЗС и суицидами применили термин «провоцируют», а не «вызывают», что, конечно же, следует признать принципиально различающимися феноменами. В выводе исследования А. Нишала (A. Nischal) с соавторами [17] на ту же тему используется еще один термин, акцентирующий внимание на ином аспекте проблемы — авторы пишут об «усилении» суицидальных мыслей у уязвимых пациентов при начале приема СИОЗС. Зададимся вопросом: так АД вызывают, провоцируют или усиливают суицидальные мысли?

В ряде работ авторы поставили задачу обнаружить наиболее «суицидогенные» СИОЗС, сравнить суицидальный риск при использовании СИОЗС, ТЦА и иных АД. То есть фактически была выдвинута гипотеза о том, что химическая структура лекарства может напрямую влиять на выбор суицидального поведения. Авторам не удалось прийти к общему мнению по этому вопросу. В работе М.П. Хенгартнера, М. Пледерла (M.P. Hengartner, M. Plöderl) [11] отмечается, что самое большое число суицидов обнаружено при использовании нефазодона и мirtазапина (см. таблицу), а не СИОЗС, несмотря на то что ранее высказывалась противоположная точка зрения.

В других сравнительных исследованиях к наиболее суицидогенным относят мirtазапин, венлафаксин и тразодон, особенно у пожилых пациентов с депрессией [18], в третьих — пароксетин [19], в четвертых указывается, что риск суицидального поведения сходен при использовании амитриптилина, пароксетина и флуоксетина [6].

Результаты сравнительных исследований [20] показали, что наиболее суицидогенными оказались (в порядке убывания): СИОЗС, ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (NaSSA). Самый низкий риск был обнаружен у трициклических антидепрессантов (рис. 2).

В связи с этим нами были проанализированы инструкции к применению АД на предмет обнаружения в них результатов сравнительных исследований по параметру суицидогенности, о которых указывал ряд авторов и FDA [2]. Оказалось, **что ни у одного из АД в официальной инструкции в Российской Федерации прямо не указано, что он способен вызывать суицидальное или самоповреждающее поведение** [21]. У ряда препаратов отсутствуют какие бы то ни было ссылки на такую возможность вообще (сертралин, мirtазапин, тразодон), у других обнаружена ссылка на то, что «при депрессиях существует вероятность суицидальных попыток, которые могут сохраняться до наступления стойкой ремиссии. Отдельные случаи суицидальных мыслей и суицидаль-

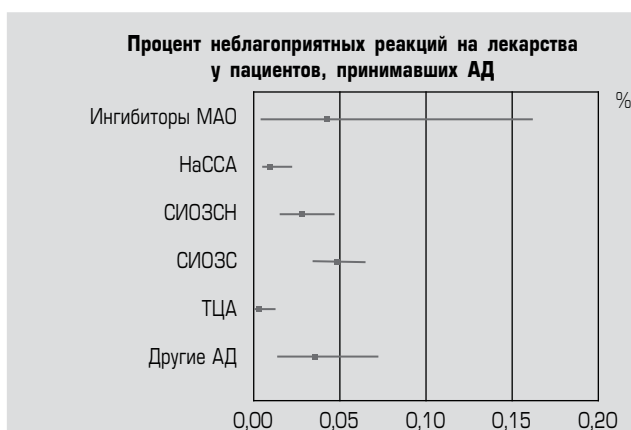


Рисунок 2. Суицидогенность при применении различных групп АД [20]

Figure 2. Suicidogenic effect during various groups of AD treatment [20]

ного поведения описаны на фоне терапии или вскоре после ее окончания» (амитриптилин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, венлафаксин, дулоксетин, бупропион\*), а в ряде случаев в инструкциях написано, что «частота суицидальных мыслей и поведения не уточнена» (агомелатин, венлафаксин). Обратим внимание на тот факт, что результаты отдельных исследований по суицидальному риску при применении АД так и не нашли своего отражения в инструкциях к лекарственным средствам.

Отдельной важной в плане осмысления связи приема антидепрессантов с негативными последствиями считается проблема выявления не только суицидального, но самоповреждающего поведения, или «селфхарм-риска». Известно, что два этих внешне сходных феномена имеют принципиально различные механизмы психогенеза [22]. Суицидальное поведение, как правило, базируется на депрессии и ее значимых симптомах — тоске, печали, идеях самообвинения, самоуничтожения, феномене «камня в груди», тогда как самоповреждающее поведение часто связано не с депрессией, а с феноменом «душевной пустоты», деперсонализацией, раздражением и драматизацией [23, 24]. Однако результаты исследований и по этой теме разнятся. Так, по данным Р.С. Дидхема (R.C. Diddham) с соавторами [25] обнаруживается связь между началом приема СИОЗС и селфхармом, но не суицидом. В другом популяционном когортном ( $N = 48\,724$ ) исследовании [26] обнаружены различия в рисках самоповреждающего поведения при применении различных антидепрессантов — выявлен более высокий риск селфхарма в краткосрочной перспективе (один год) для NaSSA и ТЦА, SNRI и ТЦА и NaSSA по сравнению с СИОЗС. В другом исследовании [27] не было обнаружено никакой связи между приемом ТЦА и СИОЗС и коэффициентами риска попыток самоубийства, суицидальных мыслей или преднамеренных самоповреждений. В работе С. Коупленда (C. Coupland) с соавторами [18] частота самоубийств / попыток самоубийства и селфхарма оказалась одинаковой в периоды лечения СИОЗС,

\* Не зарегистрирован в РФ.

ТЦА и другими АД. Миртазапин, венлафаксин и тразодон были связаны с самым высоким уровнем самоубийств и попыток самоубийства или «членовредительства», но количество суицидальных событий было небольшим, что приводило к неточным оценкам.

Подавляющее число публикаций, посвященных констатации факта увеличения риска суицидального поведения после начала приема СИОЗС, следует признать научным фактом. Нет оснований считать, что авторами при проведении рандомизированных исследований или метаанализов допущены какие-либо существенные методические ошибки. То есть следует признать, что суицидальный риск у лиц с психическими расстройствами после начала приема антидепрессантов возрастает. Таким образом, принципиальным становится вопрос об объяснении механизмов зарегистрированного факта увеличения суицидального риска, совпавшего по времени с началом приема АД.

Одной из наиболее обсуждаемых тем для современной психиатрии является проблема установления убедительных связей между биологическими (генетическими) факторами и социальными формами поведения. В обобщенном виде данную дискуссию можно назвать научным спором между «физиками» и «лириками», между «нейроманией» и «нейрофобией» [28]. Одни психиатры убеждены, что любые психопатологические и поведенческие расстройства следует выводить из генетики, биологических закономерностей и деятельности головного мозга, другие считают, что часть поведенческих расстройств не зависит от нейробиологических факторов, а связана с личностными особенностями [29]. То есть понятно, что бред или галлюцинации являются продуктом патологической деятельности головного мозга, но содержание бреда и галлюцинаций — сугубо социальный феномен [30]. Понятно, что копролалия при синдроме Туретта связана с локализованными тиками, но не может быть объяснена нейробиологически. Смысл и содержание речи (матерные выражения) не могут быть обусловлены деятельностью головного мозга.

В данном ракурсе интерес представляют работы, посвященные анализу формирования феноменов суицидального поведения. Растет число сведений об участии генетических факторов и биологических систем в формировании риска суицида [31–33]. Имеются данные о роли в суицидальном поведении генов BDNF, NTRK2, MAPK1, CREB1, CRHR1, TBX19, FKBP5, SKA2, CDH10, CDH12, CDH13, CDH9, DLK1, DLK2, EFEMP1, FOXN3, IL2, LSAMP, NCAM1, NGF и TBC1D1. По данным магнитно-резонансной томографии, у лиц с суицидальным поведением и самоповреждениями отмечается уменьшение серого вещества мозга в островковой извилине с двух сторон, в правой нижней лобной извилине и в других соседних структурах, ответственных за эмоции и саморегуляцию [31].

Другая точка зрения отражает позицию о том, что суицид обладает «экзистенциальным смыслом» и предстает в виде «жизни как выбора» [34]. Целостный взгляд на суицид позволяет увидеть в нем пре-

жде всего дистанцированное отношение к собственной жизни, занятие произвольной и опосредованной позиции по отношению к ней, в отличие от непроизвольного и нерелексивного «бытийствования». Автор цитирует А. Камю и Ж.-П. Сартра, утверждавших, что возможность самоубийства — это то, что отличает человека от животных, ибо она связана с осознанием и с выбором (цит. по [34]). Некоторые авторы [35] отмечают значимость осознания производимых действий и представленность волевой составляющей, т. е. ориентируются не на нейробиологические или генетические основы суицидов, а на личностные.

Обнаруживается противоречие между позицией о том, что суицидальное поведение обусловлено генетическими (нейробиологическими) факторами и позицией о личностном и даже моральном выборе суицидального поведения. Если встать на вторую позицию, которая кажется нам убедительнее, то никакие психофармакологические средства, включая антидепрессанты, не способны сформировать суицидальные мысли, т. е. не могут быть с ними причинно связанными. Следовательно, дискуссия о связи применения СИОЗС с суицидальным риском может вестись исключительно с ориентацией на триггерный (провоцирующий), а не причинный механизм взаимосвязи.

Исследование С. Штюбнера (S. Stuöbner) с соавторами [20] подтверждает мнение о том, что суицидальные мысли и суицидальное поведение, вызванные приемом антидепрессантов (в первую очередь, СИОЗС), косвенно связаны с особыми клиническими признаками (беспокойством, эгодистоническими мыслями или побуждениями, импульсивностью). По мнению К. Барбуи и С.Б. Паттена (C. Barbui, S.B. Patten) [36], несмотря на то, что механизм, с помощью которого АД могут увеличивать риск суицидальных исходов, неизвестен, этому могут способствовать некоторые их побочные эффекты, включая акатизию, бессонницу и приступы паники. Следует согласиться с точкой зрения о том, что, несмотря на значимость генетической составляющей суицидального поведения, нелегко отделить его от эффекта «заражения» (имитации) уязвимых к суициду людей [37–39].

Таким образом, анализ обнаруженной взаимосвязи приема антидепрессантов (в первую очередь, СИОЗС) с повышенным суицидальным риском не следует трактовать как причинно-следственную, в первую очередь потому, что суицид как социальный и личностный феномен не может быть выведен из биологических (фармакологических) оснований. Несомненно, появлению суицидальных мыслей, а затем поступков могут способствовать какие-либо эмоциональные состояния, в рамках которых человек не способен критически мыслить и в полной мере осознавать характер своих действий. Нередко утрата смысла жизни провоцируется неравновесными психопатологическими состояниями (тревогой, депрессией), которые могут формироваться с помощью нейробиологических факторов или даже под влиянием психотропных лекарственных средств. Но и в данном контексте суицидальное поведение следует рассматривать как волевой осмысленный акт.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Gøtzsche P.C. Deadly psychiatry and Organised Denial. – Copenhagen: People's Press, 2015. – 372 p.
2. Gøtzsche P.C. The Lie That Antidepressants Protect Against Suicide Is Deadly // *Mad in America*. – 2023. – Nov 28. – Available at: <https://www.madinamerica.com/2023/11/the-lie-that-antidepressants-protect-against-suicide-is-deadly/> (accessed July 12, 2024).
3. Gøtzsche P.C. Why I think antidepressants cause more harm than good // *Lancet Psychiatry*. – 2014. – Vol. 1 (2). – Pp. 104–106. – [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70280-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70280-9)
4. Gøtzsche P.C. Critical psychiatry textbook. – Copenhagen: Institute for Scientific Freedom, 2022. – 238 p.
5. Bielefeldt A.O., Danborg P.B., Gøtzsche P.C. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 2016. – Vol. 109 (10). – Pp. 381–392. – <https://doi.org/10.1177/0141076816666805>
6. Barclay L. Risk of suicidal behavior similar with Amitriptyline, Fluoxetine, and Paroxetine // *JAMA*. – 2004. – Vol. 292. – Pp. 338–343.
7. Brent D.A. Antidepressants and Suicidality // *Psychiatr Clin North Am*. – 2016. – Vol. 39 (3). – Pp. 503–512. – <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002>
8. Fornaro M., Anastasia A., Valchera A., Carano A., Orsolini L., Vellante F., Rapini G., Olivieri L., Di Natale S., Perna G., Martinotti G., Di Giannantonio M., De Berardis D. The FDA "Black Box" Warning on Antidepressant Suicide Risk in Young Adults: More Harm Than Benefits? // *Front Psychiatry*. – 2019. – Vol. 10. – Art. 294. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00294>
9. Li K., Zhou G., Xiao Y., Gu J., Chen Q., Xie S., Wu J. Risk of suicidal behaviors and antidepressant exposure among children and adolescents: A meta-analysis of observational studies // *Front Psychiatry*. – 2022. – Vol. 13. – Art. 880496. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880496>
10. Courtet P., Nobile B., Lopez-Castroman J. Antidepressants and suicide risk: Harmful or useful? // Kumar U. (ed.). *Handbook of suicidal behaviour*. – Springer Nature Singapore Pte Ltd., 2017. – Pp. 329–347. – [https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6\\_18](https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_18)
11. Hengartner M.P., Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: A re-analysis of the FDA database // *Psychother Psychosom*. – 2019. – Vol. 88. – Pp. 247–248. – <https://doi.org/10.1159/000501215>
12. Castelpietra G., Gobbatj M., Valent F., De Vidi C., Balestrieri M., Isacson G. Antidepressant use in suicides: a case-control study from the Friuli Venezia Giulia Region, Italy, 2005–2014 // *Eur J Clin Pharmacol*. – 2017. – Vol. 73. – Pp. 883–890. – <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2236-0>
13. Friedman R.A., Leon A.C. Expanding the Black Box – Depression, Antidepressants, and the Risk of Suicide // *N Engl J Med*. – 2007. – Vol. 356 (23). – Pp. 2343–2346. – <https://doi.org/10.1056/NEJMp078015>
14. Healy D. Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors? // *BMJ*. – 2006. – Vol. 333 (7558). – Pp. 92–95.
15. Valuck R.J., Orton H.D., Libby A.M. Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study // *J Clin Psychiatry*. – 2009. – Vol. 70 (8). – Pp. 1069–1077.
16. Hengartner M.P., Amendola S., Kaminski J.A., Kindler S., Bschor T., Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies // *J Epidemiol Community Health*. – 2021. – Vol. 8. – <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214611>
17. Nischal A., Tripathi A., Trivedi J.K. Suicide and Antidepressants: What current evidence indicates // *Mens Sana Monogr*. – 2012. – Vol. 10. – Pp. 33–44.
18. Coupland C., Morris R., Moore M. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self-harm in people aged 20 to 64: Cohort study using a primary care database // *BMJ*. – 2015. – Vol. 350. – h517. – <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.h517>
19. Lenzer J. Manufacturer admits increase in suicidal behaviour in patients taking paroxetine. // *BMJ*. – 2006. – Vol. 332 (7551). – Art. 1175. – <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7551.1175>
20. Stuöbner S., Grohmann R., Greil W., Zhang X., Müller-Oerlinghausen B., Bleich S., Rüthel E., Möller H.-J., Engel R., Falkai P., Toto S., Kasper S., Neyazi A. Suicidal ideation and suicidal behavior as rare adverse events of antidepressant medication: Current report from the AMSP multicenter drug safety surveillance project // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2018. – Vol. 21 (9). – Pp. 814–821. – <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy048>
21. Видаль. Справочник лекарственных средств. – URL: [www.vidal.ru](http://www.vidal.ru) (дата обращения 12.07.2024).
22. Менделевич В.Д. Самоповреждающее (селфхарм) поведение: иерархический и сетевой анализ // *Неврологический вестник*. – 2021. – № 2. – С. 5–9. – <https://doi.org/10.17816/nb71392>
23. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence // *British Medical Journal*. – 1994. – Vol. 308. – Pp. 1227–1233.
24. Hendrick M.T. Depression's Connection to Self-Harming Behavior in Adolescents // *Education Masters*. – 2016. – P. 350.

## REFERENCES

1. Gøtzsche P.C. Deadly psychiatry and Organised Denial. – Copenhagen: People's Press, 2015. – 372 p.
2. Gøtzsche P.C. The Lie That Antidepressants Protect Against Suicide Is Deadly // *Mad in America*. – 2023. – Nov 28. – Available at: <https://www.madinamerica.com/2023/11/the-lie-that-antidepressants-protect-against-suicide-is-deadly/> (accessed July 12, 2024).
3. Gøtzsche P.C. Why I think antidepressants cause more harm than good // *Lancet Psychiatry*. – 2014. – Vol. 1 (2). – Pp. 104–106. – [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70280-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70280-9)
4. Gøtzsche P.C. Critical psychiatry textbook. – Copenhagen: Institute for Scientific Freedom, 2022. – 238 p.
5. Bielefeldt A.O., Danborg P.B., Gøtzsche P.C. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 2016. – Vol. 109 (10). – Pp. 381–392. – <https://doi.org/10.1177/0141076816666805>
6. Barclay L. Risk of suicidal behavior similar with Amitriptyline, Fluoxetine, and Paroxetine // *JAMA*. – 2004. – Vol. 292. – Pp. 338–343.
7. Brent D.A. Antidepressants and Suicidality // *Psychiatr Clin North Am*. – 2016. – Vol. 39 (3). – Pp. 503–512. – <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002>
8. Fornaro M., Anastasia A., Valchera A., Carano A., Orsolini L., Vellante F., Rapini G., Olivieri L., Di Natale S., Perna G., Martinotti G., Di Giannantonio M., De Berardis D. The FDA "Black Box" Warning on Antidepressant Suicide Risk in Young Adults: More Harm Than Benefits? // *Front Psychiatry*. – 2019. – Vol. 10. – Art. 294. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00294>
9. Li K., Zhou G., Xiao Y., Gu J., Chen Q., Xie S., Wu J. Risk of suicidal behaviors and antidepressant exposure among children and adolescents: A meta-analysis of observational studies // *Front Psychiatry*. – 2022. – Vol. 13. – Art. 880496. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880496>
10. Courtet P., Nobile B., Lopez-Castroman J. Antidepressants and suicide risk: Harmful or useful? // Kumar U. (ed.). *Handbook of suicidal behaviour*. – Springer Nature Singapore Pte Ltd., 2017. – Pp. 329–347. – [https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6\\_18](https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_18)
11. Hengartner M.P., Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: A re-analysis of the FDA database // *Psychother Psychosom*. – 2019. – Vol. 88. – Pp. 247–248. – <https://doi.org/10.1159/000501215>
12. Castelpietra G., Gobbatj M., Valent F., De Vidi C., Balestrieri M., Isacson G. Antidepressant use in suicides: a case-control study from the Friuli Venezia Giulia Region, Italy, 2005–2014 // *Eur J Clin Pharmacol*. – 2017. – Vol. 73. – Pp. 883–890. – <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2236-0>
13. Friedman R.A., Leon A.C. Expanding the Black Box – Depression, Antidepressants, and the Risk of Suicide // *N Engl J Med*. – 2007. – Vol. 356 (23). – Pp. 2343–2346. – <https://doi.org/10.1056/NEJMp078015>
14. Healy D. Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors? // *BMJ*. – 2006. – Vol. 333 (7558). – Pp. 92–95.
15. Valuck R.J., Orton H.D., Libby A.M. Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study // *J Clin Psychiatry*. – 2009. – Vol. 70 (8). – Pp. 1069–1077.
16. Hengartner M.P., Amendola S., Kaminski J.A., Kindler S., Bschor T., Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies // *J Epidemiol Community Health*. – 2021. – Vol. 8. – <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214611>
17. Nischal A., Tripathi A., Trivedi J.K. Suicide and Antidepressants: What current evidence indicates // *Mens Sana Monogr*. – 2012. – Vol. 10. – Pp. 33–44.
18. Coupland C., Morris R., Moore M. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self-harm in people aged 20 to 64: Cohort study using a primary care database // *BMJ*. – 2015. – Vol. 350. – h517. – <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.h517>
19. Lenzer J. Manufacturer admits increase in suicidal behaviour in patients taking paroxetine. // *BMJ*. – 2006. – Vol. 332 (7551). – Art. 1175. – <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7551.1175>
20. Stuöbner S., Grohmann R., Greil W., Zhang X., Müller-Oerlinghausen B., Bleich S., Rüthel E., Möller H.-J., Engel R., Falkai P., Toto S., Kasper S., Neyazi A. Suicidal ideation and suicidal behavior as rare adverse events of antidepressant medication: Current report from the AMSP multicenter drug safety surveillance project // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2018. – Vol. 21 (9). – Pp. 814–821. – <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy048>
21. Vidal. Spravochnik lekarstvennyh sredstv. – URL: [www.vidal.ru](http://www.vidal.ru) (data obrashheniya 12.07.2024).
22. Mendeleevich V.D. Samopovrezhdajushhee (selfharm) povedenie: ierarhicheskij i setevoj analiz // *Nevrologicheskij vestnik*. – 2021. – № 2. – S. 5–9. – <https://doi.org/10.17816/nb71392>
23. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence // *British Medical Journal*. – 1994. – Vol. 308. – Pp. 1227–1233.
24. Hendrick M.T. Depression's Connection to Self-Harming Behavior in Adolescents // *Education Masters*. – 2016. – P. 350.

25. Didham R.C., McConnell D.W., Blair H.J., Reith D.M. Suicide and self-harm following prescription of SSRIs and other antidepressants: confounding by indication // *Br J Clin Pharmacol.* – 2005. – Vol. 60 (5). – Pp. 519–525. – <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02480.x>
26. Yi Ch., Hao Luo, Kenneth K.C. Man, Wallis C.Y. Lau, Sherry K.W. Chan, Paul S.F. Yip, Ian C.K. Wong. Antidepressant use and risk of self-harm among people aged 40 years or older: A population-based cohort and self-controlled case series study // *The Lancet Regional Health-Western Pacific.* – 2022. – Vol. 27. – Art. 100557. – <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100557>
27. Wijlaars L.P.M., Nazareth I., Whitaker H.J., Evans S.J.W., Petersen I. Suicide-related events in young people following prescription of SSRIs and other antidepressants: a self-controlled case series analysis // *BMJ Open.* – 2013. – Vol. 3. – e003247. – <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003247>
28. Менделевич В.Д. Неиромания и нейрофобия: как в психиатрии «физики» побеждают «лирики» // *Неврологический вестник.* – 2020. – № 4. – С. 8–11. – <https://doi.org/10.17816/nb49814>
29. Менделевич В.Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения? // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2000. – № 2 (6). – С. 166–168.
30. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. – М.: Городец, 2016. – 128 с.
31. Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Розанов В.А., Мазо Г.Э. Повышают ли антидепрессанты риск суицида? // *Суицидология.* – 2019. – № 10 (4). – С. 85–98. – [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04\(37\)-85-98](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-85-98)
32. Розанов В.А., Мазо Г.Э., Кулемин Н.А. Полногеномные ассоциативные исследования в суицидологии: анализ последних достижений // *Генетика.* – 2020. – № 7. – С. 741–761. – <https://doi.org/10.31857/S0016675820070127>
33. Зинчук М.С., Гехт А.Б., Гуляева Н.В., Аведисова А.С., Акжигитов Р.Г., Гришкина М.Н. Биологические основы суицидального поведения // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2016. – № 8. – С. 94–101. – <https://doi.org/10.17116/jnevro20161168194-101>
34. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор // *Московский психотерапевтический журнал.* – 2008. – № 4. – С. 58–82.
35. Меринов А.В., Шишкова И.М., Емец Н.А., Новичкова А.С., Косырева А.В. Суицид и психиатрия: суицидент скорее болен или скорее здоров. Размышления о психиатрической квалификации самоубийств, осознанности действий и истинности намерений // *Суицидология.* – 2024. – № 15 (1). – С. 105–142. – [https://doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01\(54\)-105-142](https://doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-105-142)
36. Barbui C., Patten S.B. Antidepressant dose and the risk of deliberate self-harm // *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* – 2014. – Vol. 23. – Pp. 329–331. – <https://doi.org/10.1017/S2045796014000456>
37. Brent D.A., Oquendo M., Birmaher B. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters // *Arch Gen Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – Pp. 801–807. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801>
38. Haw C., Hawton K., Niedzwiedz C., Platt S. Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms // *Suicide Life Threat Behav.* – 2013. – Vol. 43. – Pp. 97–108. – <https://doi.org/10.1111/j.1943-36.278X.2012.00130.x>
39. Любов Е.Б., Зотов П.Б. «Суицидальная болезнь» как психиатрический диагноз: научно-практическое обоснование // *Суицидология.* – 2022. – № 13 (4). – С. 91–112. – [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04\(49\)-91-112](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-91-112)
25. Didham R.C., McConnell D.W., Blair H.J., Reith D.M. Suicide and self-harm following prescription of SSRIs and other antidepressants: confounding by indication // *Br J Clin Pharmacol.* – 2005. – Vol. 60 (5). – Pp. 519–525. – <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02480.x>
26. Yi Ch., Hao Luo, Kenneth K.C. Man, Wallis C.Y. Lau, Sherry K.W. Chan, Paul S.F. Yip, Ian C.K. Wong. Antidepressant use and risk of self-harm among people aged 40 years or older: A population-based cohort and self-controlled case series study // *The Lancet Regional Health-Western Pacific.* – 2022. – Vol. 27. – Art. 100557. – <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100557>
27. Wijlaars L.P.M., Nazareth I., Whitaker H.J., Evans S.J.W., Petersen I. Suicide-related events in young people following prescription of SSRIs and other antidepressants: a self-controlled case series analysis // *BMJ Open.* – 2013. – Vol. 3. – e003247. – <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003247>
28. Mendeleevich V.D. Nejromanija i nejrofobija: kak v psihiatrii «fiziki» pobezhajut «lirikov» // *Nevrologicheskij vestnik.* – 2020. – № 4. – С. 8–11. – <https://doi.org/10.17816/nb49814>
29. Mendeleevich V.D. Povedencheskie rasstrojstva ili deviacii povedenija? // *Psihiatrija i psiho-farmakoterapija.* – 2000. – № 2 (6). – С. 166–168.
30. Mendeleevich V.D. Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki v psihiatrii. – М.: Gorodec, 2016. – 128 s.
31. Kasjanov E.D., Rukavishnikov G.V., Rozanov V.A., Mazo G.E. Povyshajut li antidepressanty risk suicida? // *Suicidologija.* – 2019. – № 10 (4). – С. 85–98. – [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04\(37\)-85-98](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-85-98)
32. Rozanov V.A., Mazo G.E., Kulemin N.A. Polnogenomnye associativnye issledovaniya v suicidologii: analiz poslednih dostizhenij // *Genetika.* – 2020. – № 7. – С. 741–761. – <https://doi.org/10.31857/S0016675820070127>
33. Zinchuk M.S., Geht A.B., Guljaeva N.V., Avedisova A.S., Akhigotov R.G., Grishkina M.N. Biologicheskie osnovy suicidal'nogo povedenija // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii.* – 2016. – № 8. – С. 94–101. – <https://doi.org/10.17116/jnevro20161168194-101>
34. Leont'ev D.A. Jekzistencial'nyj smysl suicida: zhizn' kak vybor // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal.* – 2008. – № 4. – С. 58–82.
35. Merinov A.V., Shishkova I.M., Emec N.A., Novichkova A.S., Kosyrev A.V. Suicid i psihiatrija: suicident skoree bolen ili skoree zdorov. Razmyshlenija o psihiatricheskoy kvalifikacii samoubijstv, osoznannosti dejstvij i istinnosti namerenij // *Suicidologija.* – 2024. – № 15 (1). – С. 105–142. – [https://doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01\(54\)-105-142](https://doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-105-142)
36. Barbui C., Patten S.B. Antidepressant dose and the risk of deliberate self-harm // *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* – 2014. – Vol. 23. – Pp. 329–331. – <https://doi.org/10.1017/S2045796014000456>
37. Brent D.A., Oquendo M., Birmaher B. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters // *Arch Gen Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – Pp. 801–807. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801>
38. Haw C., Hawton K., Niedzwiedz C., Platt S. Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms // *Suicide Life Threat Behav.* – 2013. – Vol. 43. – Pp. 97–108. – <https://doi.org/10.1111/j.1943-36.278X.2012.00130.x>
39. Ljubov E.B., Zotov P.B. «Suicidal'naja bolezn'» kak psihiatricheskij diagnoz: nauchno-prakticheskoe obosnovanie // *Suicidologija.* – 2022. – № 13 (4). – С. 91–112. – [https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04\(49\)-91-112](https://doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-91-112)