

Суицидология

научно-практический журнал No. 1 2022



ISSN 2224-1264



9 772224 126002

Suicidology

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
А.В. Голенков, д.м.н., профессор
(Чебоксары)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
А.С. Рахимкулова, PhD,
нейропсихолог (Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Igor Galynker, профессор (США)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Marco Sacchiaronе, профессор
(Италия)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
г. Москва
Свид-во: ПИ № ФС 77-44527
от 08 апреля 2011 г.

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Е.Б. Любов*
О бедной Эллиен замолвите слово:
сто лет психиатрических разночтений 3
- Ф.В. Орлов, А.В. Голенков,
Е.С. Деомидов, И.Е. Булыгина*
Взрыв бытового газа как способ убийств
и самоубийств, совершённых лицами
с психическими расстройствами: серия
случаев в регионах России (2012-2021 гг.) 45
- А.В. Меринов, М.А. Байкова, К.В. Полкова,
З.Е. Газарян, А.С. Краморева, А.Ю. Алексеева*
Расширенная суицидологическая
характеристика юношей и девушек,
совершивших ранее попытку самоубийства 59
- С.В. Дорошенко, О.В. Санаева*
Метод структурного тематического моделирования
в исследованиях взаимосвязи между финансовой
задолженностью и суицидами 74
- К.А. Чистопольская, М.Л. Rogers,
С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, Н.А. Кравцова,
В.С. Садовничая, С.Э. Дровосеков*
Адаптация «Опросника суицидального
кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке
во время эпидемии COVID-19 88
- А.В. Голенков*
Супружеские (партнёрские) постгомицидные
самоубийства (по данным электронных средств
массовой информации в регионах России) 105
- С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин,
Е.Д. Счастный, Н.А. Бохан*
Факторы риска суицидального поведения
при биполярном аффективном расстройстве 118
- П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, И.А. Микушин,
Е.Г. Скрябин, М.А. Аксельров, Б.Ю. Приленский,
О.А. Кичерова, В.А. Жмуров, А.Г. Бухна*
Мышьяк среди средств суицидальных действий .. 128

EDITOR IN CHIEF
P.B. Zotov, MD, PhD, prof.
(Tyumen, Russia)

RESPONSIBLE SECRETARY
M.S. Umansky, MD, PhD
(Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, acad. RAS,
MD, PhD, prof. (Tomsk, Russia)

Chiyo Fujii, PhD, prof. (Japan)

I. Galynker, MD, PhD, prof. (USA)

A.V. Golenkov, MD, PhD, prof.
(Cheboksary, Russia)

Jyrki Korkeila, PhD, prof.
(Finland)

Y.V. Kovalev, MD, PhD, prof.
(Izhevsk, Russia)

J.A. Kudryavtsev, MD, PhD, prof.
(Moscow, Russia)

E.B. Lyubov, MD, PhD, prof.
(Moscow, Russia)

Ilkka Henrik Mäkinen, PhD, prof.
(Sweden)

A.V. Merinov, MD, PhD
(Ryazan, Russia)

N.G. Neznanov, MD, PhD, prof.
(St. Petersburg, Russia)

B.S. Polozhy, MD, PhD, prof.
(Moscow, Russia)

William Alex Pridemore, PhD, prof.
(USA)

Y.E. Razvodovsky, MD, PhD
(Grodno, Belarus)

A.S. Rakhimkulova, PhD
(Moscow, Russia)

K.Y. Retiunsky, MD, PhD, prof.
(Ekaterinburg, Russia)

V.A. Rozanov, MD, PhD, prof.
(St. Petersburg, Russia)

Marco Sarchiapone, MD, prof.
(Italy)

N.B. Semenova, MD, PhD
(Krasnoyarsk, Russia)

A.V. Semke, MD, PhD, prof.
(Tomsk, Russia)

Niko Seppälä, MD, PhD (Finland)

V.A. Soldatkin, PhD
(Rostov-on-Don, Russia)

V.L. Yuldashev, MD, PhD, prof.
(Ufa, Russia)

Журнал «Суицидология»
включен в:

- 1) Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)
- 2) международную систему цитирования Web of Science (ESCI)
- 3) EBSCO Publishing

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр», 625048,
Тюмень, ул. Шиллера, 34-1-10

Адрес редакции:
625027, г. Тюмень,
ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101

Адрес для переписки:
625041, г. Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45
E-mail: note72@yandex.ru

ISSN 2224-1264

Информация для авторов 154

Contents

E.B. Lyubov
Put in a word about poor ellen: one hundred years
of psychiatric discrepancies 3

F.V. Orlov, A.V. Golenkov, E.S. Deomidov, I.E. Bulygina
Household gas explosion as a method of homicides
and suicides committed by persons with mental
disorders: a series of cases in the regions of Russia
(2012-2021) 45

*A.V. Merinov, M.A. Baykova, K.V. Polkova,
Z.E. Gazaryan, A.S. Kramoreva, A.Yu. Alekseeva*
Extended suicidological characteristics of young males
and females who have previously attempted suicide 59

S.V. Doroshenko, O.V. Sanaeva
Structural topic modeling in studies of the relationship
between financial debt and suicide 74

*K.A. Chistopolskaya, M.L. Rogers, S.N. Enikolopov,
E.L. Nikolaev, N.A. Kravtsova, V.S. Sadovnichaya,
S.E. Drovosekov*
Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) in a
Russian internet sample during the COVID-19 epidemic .. 88

A.V. Golenkov
Spousal (partner) post-homicidal suicides (according
to electronic media in the regions of Russia) 105

S.N. Vasilyeva, G.G. Simutkin, E.D. Schastnyy, N.A. Bokhan
Risk factors for suicidal behavior in bipolar affective
disorder 118

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov, I.A. Mikushin,
E.G. Skryabin, M.A. Akselrov, B.Yu. Prilensky,
O.A. Kicherova, V.A. Zhmurov, A.G. Buhna*
Arsenic among means of suicide 128

Information 154

Сайт журнала: <https://суицидология.рф/> <https://suicidology.ru/>
Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology> <https://readera.ru/suicidology>
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
Заказ № 77. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 18.06.2022 г. Цена свободная

О БЕДНОЙ ЭЛЛЕН ЗАМОЛВИТЕ СЛОВО: СТО ЛЕТ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ РАЗНОЧТЕНИЙ

Е.Б. Любов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

PUT IN A WORD ABOUT POOR ELLEN: ONE HUNDRED YEARS OF PSYCHIATRIC DISCREPANCIES

Е.Б. Lyubov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia

Информация об авторе:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Information about the author:

Lyubov Evgeny Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: Chief Researcher, Department of suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076, Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Предложены современная психопатологическая трактовка и критическая оценка классического психотерапевтического случая Эллен Уэст (Ellen West) в призмe исторического контекста психиатрических концепций и опыта.

Ключевые слова: клинический случай, психопатологический анализ, суицидальное поведение

Что мне она! – не жена, не любовница,
И не родная мне дочь!
Так отчего ж её доля проклятая
Спать не даёт мне всю ночь!

What is she to me! - neither a wife, nor a lover,
And not my own daughter!
So why does her cursed fate
not let me sleep all night!
N. Nekrasov

Н. Некрасов

Имена и образы мифологизированных пациентов в примерном наборе классических «кейсов» привязаны к вехам психиатрии. Доктор Фрейд не только неустанно внимал клиентам, но задавался вопросом:

«Отчего мои описания клинических случаев так похожат на новеллы?»

В повествованиях необходимые составляющие рецепта бестселлера: своеобразный протагонист, жизнь и судьба, нарастающий накал напряжения (саспенса) и, пусть предсказуемый для искушенного читателя, драматический финал. Из прекрасного далёка сопереживаем потугам и родам основополагающих концепций и преходящих гипотез, чинно и снисходительно внимаем корифеям. Переосмысление «случая» велит нелишний раз задуматься об относительности

The names and images of mythologized patients in an exemplary set of classic "cases" are tied to the milestones of psychiatry. Dr. Freud not only listened tirelessly to his clients, but asked himself:

“Why do my case reports look so much like novels?”

The narratives contain the necessary components of a bestseller recipe: a peculiar protagonist, life and destiny, a growing intensity of tension (suspense) and, albeit predictable for a sophisticated reader, a dramatic finale. From our future we observe the efforts and births of fundamental concepts and transient hypotheses, dignifiedly and condescendingly listen to the luminaries. The rethinking of the "case" tells us once again to think about the relativity of truth and to notice with satisfaction the progress

истины и удовлетворённо заметить подвижки не так в теории, но в повседневной практике психиатрии за последний век.

То ли ещё будет.

Эллен Уэст в отсутствии любви и смерти.

Возможна ли женщине мёртвой хвала?

Она в отчуждённ и в силе.

О. Манделштам



Эллен Уэст (далее – Эллен)¹ – единственная дочь в состоятельной светской еврейской семье [основной текст анамнеза по 1, 2], родилась в Соединённых Штатах благополучно и в срок почти 135 лет назад (в високосном 1888 году) между двумя братьями.

Отец – сдержан и замкнут, волевой, деятельный, но с ранимой душой, склонен к сомнениям, «ночным депрессиям» с самоедством и тревожными самоубийствами в поиске компромиссов. Братья отца покончили с собой (один в 20-30 лет, другой – застрелился), третий вырос суровым аскетом, ещё два дементны на почве атеросклероза, умерли от инсультов. Бабушка, нежный миротворец, в «тихие недели» молчалива и недвижима. У прабабушки депрессивные и маниакальные эпизоды. Мать Эллен – мягкая, добрая, нервная, внушаемая. Во время трёхлетней помолвки эпизод депрессии (у её золовки психоз в день обручения). Дед по материнской линии умер молодым, бабушка была жизнерадостной и весёлой, дожила в деменции до 84 лет. Старший на четыре года брат Эллен – хладнокровный, гибкий, приветливый, младший – «комочек нервов», женоподобный эстет с опытом (в 17 лет) краткосрочного больничного лечения в связи с психозом и суицидальным поведением (СП).

В девять месяцев Эллен «решительно» отказалась от молока (не переносила его и позже) в пользу мясного фарша. Росла шустрой, своевольной и упрямой: нередко противилась домашнему укладу. Как-то утверждала против очевидного, что гнездо птицы вовсе не гнездо. Избегала сладкого, хотя обожала сласти. Девочке было 10 лет, когда семья перебралась в

not so much in theory, but in the daily practice of psychiatry over the past century.

It's only the beginning.

Ellen West in the absence of love and death.

Ellen West (hereinafter – Ellen) – the only daughter in a wealthy secular Jewish family [the main text of the anamnesis according to 1, 2], was born in the United States safely and on time almost 135 years ago (in the leap year 1888) between two brothers.

Her father was restrained and withdrawn, strong-willed, active, but with a vulnerable soul, prone to doubts, "night depressions" with self-blame and anxious self-reproaches in search of compromises. Father's brothers committed suicide (one at the age of 20-30, the other shot himself), the third grew up as a severe ascetic, two more had dementia due to atherosclerosis and died of strokes. Her grandmother, a gentle peacemaker, is silent and motionless during the "quiet weeks". Her great-grandmother had depressive and manic episodes. Ellen's mother is soft, kind, nervous, suggestible. During a three-year engagement she had an episode of depression (her sister-in-law has a psychosis on the day of her engagement). Mother's grandfather died young, grandmother was cheerful and cheerful, lived to 84 years, had dementia. Ellen's four-year-old brother is cool-headed, flexible, affable; the younger brother was a "ball of nerves", an effeminate aesthete with experience of short-term hospital treatment (at 17) due to psychosis and suicidal behavior (SB).

Being nine months old, Ellen "resolutely" gave up milk (she couldn't stand it later) in favor of minced meat. She grew up smart, headstrong and stubborn: she often opposed the home way of life. Once she argued against the obvious that a bird's nest is not a nest at all. She avoided sweets, although she adored sweets. The girl was 10 years old when the family moved to Germany. She willingly attended a women's school. She cried for hours if she did not become the first student; she suffered when she had to stay home because of cold. She intended to achieve great undying glory, to fill life with accomplishments. Her motto was "aut Caesar, aut nihil!" ("To be Caesar or nobody"). She was fond of something/someone passionately, obsessively. In the verses of the school time, the heart beats jubilantly joyfully, but the sky sometimes frowns, gusts of wind are "fatal". Sometimes she felt "empti-

¹Фото предполагаемой Эллен из открытого доступа в Сети: «печальный ангел с личиком больным...»
Photo of the alleged Ellen from the public domain on the Web: "a sad angel with a sick face..."

Германию. Охотно посещала женскую школу. Часами плакала, не став первой ученицей; маялась, простуженная, пропуская уроки. Намеревалась добиться великой неумирающей славы, наполнить жизнь свершениями. Ее девиз: «aut Caesar, aut nihil!» («Быть Цезарем или никем»). Увлекалась чем-то / кем-то страстно, одержимо. В стихах школьной поры сердце бьется ликующе-радостно, но небо порой хмурится, порывы ветра «фатальны». Иногда ощущала «пустоту», беспричинный непонятный «гнет».

До 16 лет выбирала активные мальчишеские игры, брюки. С первой двухлетней влюбленностью в сверстника с детскими играми и с привычкой сосать большой палец решительно покончено. После романа А. Якобсена «Нильс Люне» (о воспитании непоколебимости души на трудных путях к счастью) обратилась из глубоко верующей в «законченную атеистку». Мнение окружающих не заботило.

С 16-17 лет слагала стихи. В поэме «Поцелуй меня мертвой» молит Морского царя обнять её холодными руками и «зацеловать до смерти». Высказывается о краткости и тщете человеческой жизни.

«Смерть является величайшим, если не единственным, счастьем в жизни ... О мой величайший друг, Смерть, если заставишь ждать слишком долго, отправлюсь на поиски тебя».

Смерть призывается в образе

«восхитительной и прекрасной дамы с белыми астрами».

18-летняя, воспевала труд как «благословение» и ... прелестный вояж с родителями в Париж. Желала стать нежной и «эфирной» («бестелесной»), как избранные грациозные подруги с благородной внешностью.

В 19 лет трансатлантический вояж с родителями. Стихи излучали радость жизни, но на отдыхе у друзей просила родителей поскорее забрать её домой. Стала безрассудной наездницей, демонстрируя отчаянные трюки в седле.

В 20 лет восторженно переполнена удовольствиями жизни. Второе заокеанское путешествие для просмотра за большим старшим братом. На обратном пути, на Сицилии, «счастливейшее и самое безоблачное время» радужных надежд и фантазий. Жаждет сильно, серьезно, любящего мужчину. Пока же беззаботно наслаждается едой и напитками. Помолвлена с романтическим иностранцем, но по настоянию отца, рассталась с ним:

«Не могу полагаться на свои чувства. Помолвка была ошибкой. Если пойду за своими чувствами, поступлю дурно и потеряю любовь отца».

ness”, incomprehensible “oppression” that had no reason.

Until the age of 16, she chose active boyish games and trousers. Having fallen in love with a peer child's games and the habit of thumb sucking were decisively over in two years. Having read A. Jacobsen's novel "Niels Luhne" (about cultivating the steadfastness of the soul on difficult paths to happiness), she turned from a deep believer into a "complete atheist." The opinion of others did not matter.

From the age of 16-17 she composed poetry. In the poem "Kiss me dead", she begs the Sea King to hug her with cold arms and "kiss her to death." It speaks of the brevity and futility of human life.

"Death is the greatest, if not the only, happiness in life... Oh my greatest friend, Death, if you make me wait too long, I will go looking for you."

Death is invoked in the form of "a delightful and beautiful lady with white asters."

At 18, she praised work as a "blessing" and had a lovely trip with her parents to Paris. She wanted to become tender and "ethereal" ("incorporeal"), like the chosen graceful friends with a noble appearance.

At the age of 19, she had a transatlantic voyage with his parents. Poems radiated the joy of life, but on vacation with friends she asked her parents to take her home as soon as possible. She became a reckless rider demonstrating desperate tricks in the saddle.

At 20, she was enthusiastically overwhelmed by the pleasures of life. Her second trip overseas was to look after a sick older brother. On her way back, in Sicily she had "the happiest and most cloudless time" bright hopes and fantasies. She was longing for a strong, serious, loving man. In the meantime, she carelessly enjoyed food and drinks, engaged to a romantic foreigner, but at the insistence of her father, she broke up with him:

"I can't rely on my feelings. The engagement was a mistake. If I follow my feelings, I will do wrong and lose my father's love".

During the first weeks on the marvelous island, she had such "giant appetite" that her girlfriends teased her rounded figure. Therefore, sitting at the table with hungry eyes, she looks at her friends and avoids dessert "sucking out" kilograms of tomatoes with two dozen oranges – mortifies the flesh with exhaustion.

"For days I was afraid that a deaf, empty feeling in my heart, fear and helplessness would return."

In the spring, upon returning, her fami-

На дивном острове в первые недели напал «гигантский аппетит», подружки подтрунивали над её округлившейся фигурой. Потому смотрит на тарелку за столом голодными глазами, избегает десерта, но «высасывает» помидоры килограммами с двумя десятками апельсинов. Умерщвляет плоть изнурительными походами.

«Целыми днями боялась, что вернутся глухое, пустое ощущение в сердце, страх и беспомощность».

Весной, по возвращении, домашних ужасает вид живых мощей.

После 20 всё чаще спады настроения.

Эллен 21 год. Летом что-то

«внутри меня воспротивилось тому, чтобы растолстеть... наесть румяные щеки, превратиться в обычную толстуху».

Грезит наяву о еде, но ест всё меньше, в полном одиночестве, тайком и стыдливо. Каждодневные пешие прогулки, ночные кошмары.

Разрывается между «страхом полноты и желанием есть беззаботно». Полагает себя никчемной и бесполезной, пугают темнота и солнце, тишина и шум.

«Вся моя жизнь – тревога от еды, от голода, тревога от тревоги... хоть что-то насильно проникло бы в меня, а вместо этого насилую себя. А, стало быть, достигла поставленной цели. Но где-то в вычислениях закралась ошибка. Ибо я бесконечно бедна – а разве (даже если это звучит глупо) хотела быть нищей?»

Нет покойной пристани дома, безделье у родителей тягостно, на «несостоятельность» подняться над условностями: жалобы на

«железные цепи повседневности: цепи условности, цепи состояния, цепи комфорта ... от меня ждут, что буду молчаливой и милой, словно кукла. Но я не кукла. Я – человек с красной кровью и женщина с трепетным сердцем. Не могу дышать в атмосфере лицемерной трусости – *совершу* (курсив Эллен, прим. Е.Б.) что-то великое!»

«Одиночество души» утоляет стихосложение.

«Хотела бы умереть, как птица,

От экстаза радости разорвав горло.

А не жить червем на суше.

Стареть некрасиво, однообразно и глупо!

Нет, почувствуй хоть раз, как зажигаются силы во мне.

И я сгорю в собственном огне».

Вернулась к лошадям; в приливах лихорадочной социальной активности читки, концерты и спектакли. Осенью при проснувшихся жизненном задоре и стремлении к деятельности неизбывны тревога и отчаяние. Подъём в пять, три часа в седле, затем даёт частные уроки и с полудня до ночи готовится к аттестату зрелости. Подстегивает себя кофе и холодными обтираниями. Не выдерживает выпускные экзамены.

ly is horrified seeing her as a living skeleton.

After the age of 20, she experiences more and more mood swings.

Ellen is 21 years old. Once in the summer "something inside me resisted getting fat ... eating rosy cheeks, turning into an ordinary fat woman."

She daydreams about food, but eats less and less, all alone, secretly and bashfully. She walks daily, has nightmares.

She is torn between "fear of fullness and the desire to eat carelessly", considers herself worthless and useless, frightens the darkness and the sun, silence and noise.

"My whole life is anxiety from food, from hunger, anxiety from anxiety ... at least something would forcibly penetrate me, but instead I force myself and, therefore, achieved the goal. But somewhere in the calculation an error crept in. For I am infinitely poor – but did I ever (even if it sounds stupid) want to be a beggar?"

There is no piece at home, idleness is painful for parents, to rise above conventions for "failure": she complains about "the iron chains of everyday life: the chains of convention, the chains of condition, the chains of comfort... they expect me to be silent and sweet, like a doll. But I'm not a doll. I am a man with red blood and a woman with a trembling heart. I can't breathe in an atmosphere of hypocritical cowardice – I will (Italics Ellen, approx. E.B.) be something great!"

She got back to the horses; in the tides of feverish social activity, readings, concerts and plays. In the autumn, with awakened enthusiasm for life and the desire for activity, anxiety and despair are inescapable. She gets up at five, spends three hours in the saddle, then gives private lessons and prepares for the exams from noon until night. She encourages herself with coffee and cold rubdowns. She failed the final exams. In winter, she set up a children's charity reading room.

She is now 22. Charity does not satisfy her: this is not enough. In the spring, she realizes how "low she fell." The world lay before her feet, but shamefully surrendered. Sometimes she feels like a "miserable, insignificant worm", steadily losing strength.

Ellen is 23 years old. After an "unpleasant affair" with a riding teacher, she had another breakdown with haunting thoughts about a "terrible" weight. Fear of becoming fat is accompanied with greed in eating purely in solitude, she likes sweets with inescapable fatigue and nervousness of communication. She finally passes the exam for a teacher's rank and enters the University

Зимой устроила детскую благотворительную читальню.

22 года. Благотворительность не удовлетворяет: только этого мало. Весной осознаёт, как «низко пала». Мир лежал перед её ногами, но позорно сдалась. Порой чувствует себя «жалким, ничтожным червем», неуклонно теряет силы.

Эллен 23 года. После «неприятного романа» с учителем верховой езды очередной срыв с неотвязными мыслями об «ужасном» весе. Страх полноты сопровождает жадность в еде сугубо в одиночестве, тяготеет к сладкому при неизбывном утомлении и нервозности общения. Всё же сдает экзамен на учительский чин и проникает в мюнхенский университет с намерением изучать экономику. Жизнь торжествует: влюбляется в студента. Дневник «наполнен дыханием жизни и чувственности». В восторге от учёбы и вольной жизни, не отказавшись от забот старой няньки. Счастлива. Обручена с любимым, но, по настоянию родителей, пара на время рассталась. По осени поблекли краски мира, не может, как прежде, «любить и ненавидеть всей душой». Упоённо мечтает о смерти, снова и снова возвращается к случайной фразе преподавателя:

«Хорошие люди умирают молодыми».

Завидуёт участи умершей подружки. Бросает учёбу.

24 года. На морском песочке впадает в депрессию, чтобы похудеть, совершает длинные походы, принимает 36-48 таблеток тиреоидина в день. Тоскуя по дому, возвращается, с разрешения родителей, исхудавшая и дрожащая, но довольная наконец стройностью. Терзается затем всё лето.

В 25 лет – третье путешествие за океан. Выявлена базедова болезнь. За шесть недель постельного режима прибавила в весе до 75 кг и горько плачет. Чуть позже расстраивается помолвка, подавлена. В мае в санатории, а летом – школа садоводства. И осенний роман – с кузеном Карлом, другом детства. Вышагивают дружно по 30-40 км ежедневно, плюс гимнастика. Родители одобряют выбор. Нет препятствий свадьбе, но ещё два года колеблется. В детском доме целует подопечных больных скарлатиной в надежде умереть.

В 26 лет matrimониальные планы сопровождает ожившая любовь к музыке. Порывает бесповоротно со студентом, в душе – «открытая рана».

28-летняя замужняя дама. Надеется в браке избавиться от «навязчивой идеи». У зеркала колотит ненавистное «тучное» тело кулаками. Но в приподнятом

of Munich with the intention of studying economics. Life triumphs: Ellen falls in love with a student. The diary is "filled with the breath of life and sensuality." She is enthusiastic about studying and free life, but still has her careful old nanny. She is happy. She was engaged to her beloved, but, at the insistence of her parents, the couple broke up for a while. By autumn, the colors of the world have faded, she cannot as before "love and hate with all her heart." She is intoxicated with dreams of death, again and again returns to the random phrase of the teacher:

"Good people die young."

She envies the fate of the deceased girlfriend and drops out of school.

Ellen is 24. On the sea sand she gets depressed and to lose weight she takes long hikes and 36-48 thyroidin tablets a day. Homesick, she returns, with the permission of her parents, emaciated and trembling, but finally content with her being slim. Then she torments all summer.

At the age of 25 she takes the third trip overseas. Ellen was diagnosed with Graves' disease. During six weeks of bed rest, she has gained weight up to 75 kg and was crying bitterly. A little later, her engagement is cancelled, Ellen is crushed. She spends May in a sanatorium and attends a gardening school in the summer. In the autumn she has an affair with her cousin Karl, a childhood friend. They walk together for 30-40 km daily, plus do gymnastics. Parents approve of the choice. There are no obstacles to the wedding, but she hesitates for two more years. In the orphanage, she kisses children ill with scarlet fever hoping to die.

At the age of 26, matrimonial plans are accompanied by a revived love for music. She breaks up irrevocably with the student and suffers "an open wound" in the soul.

At 28 she is a married lady. She hopes to get rid of the "obsession" in marriage. At the mirror, the hated "fat" body is pounded with fists. But in high spirits, she devotes herself to social work with zeal. In the summer she is overwhelmed with the desire to become a mother and the fear of getting fat. Among the girlfriends, as luck would have it, there are only thin little ones, she feels oppressed. Previously, regular periods are delayed, pregnancy expectations are deceived. Weight gain causes painful feelings. Having learned from the gynecologist that increased nutrition is not necessary for conception and gestation (another doctor said the opposite), she returns to large doses of laxatives.

At the age of 29, in the fall, on another walk-torture, she suffers internal bleeding

настроении с рвением отдаётся социальной работе. Обуреваема летом желанием материнства и страхом растолстеть. Среди подружек, как назло, худых малоежек, угнетена. Ранее регулярные месячные задерживаются, ожидания беременности обмануты. Прибавка веса влечёт тягостные чувства. Узнав от гинеколога, что усиленное питание не обязательно для зачатия и вынашивания (другой врач говорил обратное), возвращается к большим дозам слабительного.

В 29 лет осенью на очередной прогулке-пытке внутреннее кровотечение и выкидыш. Менструации не восстановлены. Постепенно ограничивает рацион. Активна на ниве благотворительности.

В 30 лет заделалась веганом. Лечение третьего гинеколога безуспешно, и Элен принимает все больше слабительных, постепенно теряет вес, рада этому.

Элен 31. Весной много трудится, но не хватает сил и на щадящие прогулки с мужем. После трёх лет брака откровенна с ним: вся ее жизнь, поступки для стройного тела.

«Инстинкты сильнее разума ... всё внутреннее развитие, вся реальная жизнь остановились ... всё становление и рост прерваны, так как единственная всепоглощающая идея, давно осознанная как невыразимо нелепая, заполнила всю мою душу».

В ноябре:

«Днём и ночью меня преследует одна и та же мысль. Всегда в разных формах, но всегда присутствует. Да, как будто убийцу преследует образ жертвы. Голодна ли или сыта, отдыхаю ли или работаю, мысль о еде всегда передо мной. Она высасывает мой мозг и делает моё существование невыносимым».

И рядом:

«Мысли об оладьях – для меня самое страшное, что вообще может быть».

Зимний резкий упадок сил. Дозы слабительных растут, ночная рвота и дневной понос, сердечная слабость. Утаивает от близких эпизодическую лихорадку; на ветру, раздетая, ждёт пневмонии. Измождена. Вес 47 кг. Выполняет неизменный объём новой работы без азарта. Спит против обыкновения по 12 часов в сутки. На досуге собирает рецепты вкусностей. Настаивает, чтобы другие ели вволю. Погружена в подсчёт калорий. Малопитательные морепродукты поглощает жадно и споро. Умело скрывает голодную диету. По пути съедает купленное для дома и корит себя. При еде покрыта испариной. Едет с мужем в санаторий для больных с расстройствами обмена веществ. Поначалу следует предписаниям доктора, и её вес достиг 50 кг, но после отъезда мужа игнорирует медицинские советы.

Элен 32: морит себя голодом и потребляет до 60-

and a miscarriage. Menstruation is not restored. Gradually she restricts the diet and becomes active in the field of charity.

Ellen became a vegan at 30. The third gynecologist's treatment is unsuccessful, and Ellen takes more and more laxatives, gradually losing weight, feeling glad about it.

Ellen is 31. She works hard in the spring, but lacks the strength to go for gentle walks with her husband. After three years of marriage, she is frank with him: all actions she took her whole life are aimed to have a slender body.

In November: "Day and night the same thought haunts me. Always in different forms, but always present. Yes, as if the killer is haunted by the image of the victim. Whether I am hungry or full, whether I am resting or working, the thought of food is always in front of me. It sucks out my brain and makes my existence unbearable."

And again: "Thoughts about pancakes are the worst thing that can ever happen to me."

In winter her strength sharply declines. Doses of laxatives are increasing, nighttime vomiting and daytime diarrhea, heart weakness. She hides episodic fever from the loved ones; she stays in the wind, undressed, waiting for pneumonia. Exhausted, weighs 47 kg. She is involved into a constant amount of new work without excitement. Unusually, she spends 12 hours a daysleeping. In her spare time she collects recipes of delicious food. She insists that others eat plenty, while she is immersed in calorie counting. Malnourishing seafood she absorbs greedily and quickly and skillfully hides a hungry diet. On the way home, she eats the food she bought and reproaches herself. She covers with perspiration while eating. She goes with her husband to a sanatorium for patients with metabolic disorders. At first, she follows the doctor's orders, and her weight reached 50 kg, but after her husband's departure, she ignores medical advice.

Ellen is 32: she starves herself and consumes up to 60-70 laxative powders per day. Exhaustion, diarrhea and cardiac weakness:

She weighs 42 kg, looks like a skeleton. Realizes the desperation of the situation in being unable to help herself. But at times she is cheerful, appreciates the care of friends.

In February 1920, Ellen and her husband visited a young psychoanalyst with a victorious name: Victor Emil von Gebattel, "not a freudian". The sessions clarified her most important task – "subjugation of all people" while not being ready to reject the "ideal", according to Ellen's confession to

70 порошков слабительного в день. Изнеможение, понос и сердечная слабость:

«совершенно отгорожена ... словно кричу в стеклянном шаре, но люди не слышат меня».

Весит 42 кг, похожа на скелет. Осознает отчаянность положения в неспособности помочь себе. Но временами жизнерадостна, ценит заботу друзей.

В феврале 1920 года Эллен с мужем у молодого психоаналитика с победительным именем: Виктор Эмиль фон Гебсаттель (von Gebtsattel), «не помешанного на Фрейде». Сеансы проявили её сверхзадачу – «подчинение себе всех людей» при неготовности отвергнуть «идеал», согласно признанию Эллен мужу:

«В то время ты был для меня жизнью, была готова её принять и отказаться от идеала. Но это было... вынужденное решение».

Эллен находит выводы

«обезоруживающе верными и пугающе правдивыми», но

«всё остается для меня на уровне теории».

Участились приступы страха, неотступно думая о еде, ограничивает рацион. Разочаровывается в бесполезном психоанализе, но мужу сообщает, что вновь обнажилась любовь к жизни, посещает театры, концерты, лекции. Однако,

«Мои мысли заняты исключительно моим телом, едой и слабительными, и тот факт, что время от времени на горизонте я вижу появление мифической страны счастья, оазис в пустыне, который я сама себе придумала, ещё больше осложняет мой путь... раньше было легче, когда вокруг меня всё было серым. Часто я полностью разбита конфликтом, который никогда не кончится, и я в отчаянии покидаю своего аналитика и прихожу домой с убеждением, что он может помочь разобраться, но не вылечить».

Устраивает самопроверки:

«съешь добрую порцию бобов или пирог без слабительного?» – бросает в жар и холод, «нечто постоянно сдавливает горло».

Эллен 33. В августе (через шесть месяцев) сеансы прерваны в силу «внешних обстоятельств», и её психическое состояние резко ухудшилось. Пропускает трапезы, затем жадно и без разбору набрасывается на любое съедобное.

«Боюсь саму себя, боюсь чувств, перед которыми каждую минуту беззащитно отступаю... из-за этой страшной болезни больше и больше удаляюсь от людей... чувствую себя исключённой из реальной жизни».

В октябре 1920 года Эллен прибегает к услугам второго аналитика с менее пышным именем: Ханс фон Хаттингберг (Hans von Hattingberg).

Хроника широко объявленной смерти.

Её чужелюбая власть привела
К насильственной жаркой могиле.

О. Мандельштам

her husband: "At that time, you were life for me, you were ready to accept it and give up the ideal. But it was... a forced decision."

Ellen finds clues "disarmingly true and frighteningly truthful", but "everything remains for me at the level of theory".

Attacks of fear have become more frequent, relentlessly thinking about food, restricts the diet. She is disappointed in useless psychoanalysis, but tells her husband that the love of life has again been exposed, attends theaters, concerts, lectures.

However "my thoughts are exclusively occupied with my body, food and laxatives, and the fact that from time to time I str seeing on the horizon the emergence of a mythical land of happiness, an oasis in the desert that I invented for myself, but it complicates my path even more it was easier before when everything around me was gray. Often I am completely overwhelmed by a conflict that will never end, and in desperation I leave my analyst and come home with the conviction that he can help to sort things out, but he can not cure me.

She arranges self-checks: "If I eat a good portion of beans or pie without laxatives. I am thrown into heat and cold, something constantly squeezes my throat."

Ellen is 33. In August (six months later) the sessions were interrupted due to "external circumstances", and her mental state deteriorated sharply. She skips meals, then greedily and indiscriminately pounces on anything that can be eaten.

"I'm afraid of myself, I'm afraid of feelings, before which every minute I step back defenselessly ... because of this terrible disease, I move more and more away from people ... I feel excluded from real life."

In October 1920, Ellen enlists the services of a second analyst with a less pompous name: Hans von Hattingberg.

Chronicle of a widely announced death.

On the sixth of October, at the insistence of Huttingburg, her husband leaves Ellen in the care of an old nanny. After two days of separation, Ellen tried to poison herself with 56 somacatin pills, vomited up during the night. Between sessions, she sobs, rushes around the city, not making her way out. On November 7th (a month later) she poisons herself again with 120 somacatin tablets. Ellen desperately cries and moans all day long, refuses to eat, considers herself incurable. She declares that she will kill herself when no one is around. On the 8th of November, she greedily eats. A day later (November 10) she threw herself under cars

Шестого октября муж по настоянию Хаттингберга оставляет Эллен на попечении старой нянюшки. Через два дня разлуки Эллен пыталась отравиться 56 таблетками сомнацетина, ночью извергнутыми рвотой. Между сеансами рыдает, мечется по городу, не разбирая пути. Седьмого ноября (через месяц) второе самоотравление – 120 таблетками сомнацетина. Эллен отчаянно плачет и стонет день напролёт, отказывается от еды, считает себя неизлечимой. Заявляет, что убьёт себя, когда никого не будет рядом. Восьмого ноября жадно набрасывается на пищу. Спустя день (10 ноября) не раз бросалась под автомобили, а назавтра, на сеансе психоанализа – пыталась выбраться из окна.

С 12 ноября 1920 г. Эллен в клинике внутренних болезней, где практикует её аналитик. Ищет и находит душевное успокоение, две недели больше и разнообразнее ест, прибавляя в весе. По заданию Хаттингберга возобновляет записи:

«Не верю, что настоящим маниакальным неврозом стал страх растолстеть – им стало постоянное желание есть ... Что значит для меня это ужасное чувство пустоты? ... характерное чувство пустоты, скорее душевное, чем желудочное. Отвратительное чувство неудовлетворённости после каждого принятия пищи? Сердце проваливается в пропасть, чувствую это своим телом, это неопишимо тягостное ощущение ... Мучают две вещи: первое это голод. Второе – страх растолстеть. Не могу вырваться из этой петли ... просыпаясь, ощущаю страх голода. Даже когда сыта, боюсь часа, когда опять проголодаюсь ... убегаю от хлеба на чайной полке ... Голодная, не могу ясно видеть происходящее, анализировать ... Совсем себя не понимаю. Ужасно не понимать себя. Сталкиваюсь с собой, как с незнакомкой».

В зачине писанной по-немецки автобиографической «Истории невроза» вспоминает, что желание уйти из жизни преследует с детства. Смерть желанна, как никогда.

Сеансы продолжены:

«... мы объяснили всё так: в процессе принятия пищи пытаюсь удовлетворить желания голода и любви. Голод утихает – любовь нет. Остаётся огромная, ничем не заполненная дыра ... Ужасно – не понимать себя. ... Смотрю на себя как на совершенно чужого человека, боюсь себя и тех чувств, во власть которым отдана, против которых беспоощна и беззащитна ... чувствую себя совершенно пассивной, вроде сцены, на которой две враждебные силы кромсают друг друга ... В этом отношении я безумна. Погибаю в борьбе против своей собственной природы ... Что-то во мне восстает, чтобы я была здоровой, чтобы у меня были румяные круглые щеки, чтобы я была простой цветущей женщиной, соответственно моей истинной природе ... я же стремлюсь быть худой и изящной».

Для Эллен, толкует аналитик-2, «стройный» пред-

more than once, and the next day, at a psychoanalysis session, she tried to throw herself out of a window.

Since November 12, 1920, Ellen has been in the clinic of internal diseases, where her analyst practices. She seeks and finds peace of mind, eats more and more for two weeks, gains weight. On the instructions of Huttingberg, she resumes recording:

“I don't believe that the fear of getting fat has become a real manic neurosis – it has become a constant desire to eat ... What does this terrible feeling of emptiness mean to me? ... a characteristic feeling of emptiness, more spiritual than gastric. A disgusting feeling of dissatisfaction after every meal? My heart falls into the abyss, I feel it with my body, it is an indescribably painful feeling... Two things torment me: the first is hunger. The second is the fear of getting fat. I can't get out of this loop... when I wake up, I feel the fear of hunger. Even when I'm full, I'm afraid of the hour when I'll get hungry again... I run away from bread on the tea shelf... Hungry, I can't clearly see what is happening, analyze... I don't understand myself at all. It's terrible not to understand yourself. I face myself like a stranger.”

In the beginning of the autobiographical History of Neurosis, written in German, she recalls that the desire to die has haunted her since childhood. Death is desired as never before.

Sessions continued: “... we explained everything this way: in the process of eating, I try to satisfy the desires of hunger and love. Hunger subsides, love does not. There remains a huge, unfilled hole ... It's terrible not to understand yourself. ... I look at myself as a completely alien person, I am afraid of myself and those feelings that I have been given over to, against which I am helpless and defenseless... I feel completely passive, like a stage on which two hostile forces are shredding each other... In this respect, I am insane. I am dying in the struggle against my own nature... Something in me rises so that I am healthy, so that I have ruddy round cheeks, so that I am a simple flowering woman, in accordance with my true nature... I strive to be thin and graceful.”

The analyst 2 interprets that for Ellen "slim" represents a high spiritual type of person, while "fat" is associated with unintelligent and ugly. She seeks obsessively to starve the fertile maternal body along with the caricature of the bourgeois-Jewish image. In the reports he writes though "hysterical behavior with her husband and transference": Ellen sat down on the analyst's lap and kissed him.

ставляет высокий духовный тип человека, а «толстый» – неинтеллигентный и некрасивый. Стремится навязчиво уморить голодом фертильное материнское тело заодно с карикатурным буржуазно-еврейским образом. В отчётах «истерическое поведение с мужем и перенос»: Эллиен уселась аналитику на колени и поцеловала.

В начале Нового 1921 года домашний врач добивается прекращения общения с Хаттингбергом и судьбоносно направляет Эллиен к некому доктору Бинсвангеру.

14 января покорную Эллиен встречает санаторий Бельвю («Красивый вид») в Кройцлингене у Боденского озера, вотчине потомственного психиатра и главного врача Людвиг Бинсвангера (дед – основатель заведения, рано умерший отец – продолжатель семейного дела, а дядюшка Отто из Йены пользовал Ницше). В сопроводительной записке терапевта: аменорея несколько лет при эндокринных изменениях. Состояние питания удовлетворительно (при весе 47 кг); пикнического телосложения по ювенильному типу.

Комната с мужем–надежей за стенкой, табльдот с докторами, ассортимент программ восстановления. Поначалу Эллиен сообщает родителям о лечащем враче Бинсвангере (старше подопечной на семь лет) с осторожным оптимизмом:

«кажется, умеет слушать, одарён и очень, очень симпатичный. Производит крайне энергичное впечатление в попытках понять и заинтересовать себя мной... Сегодня сказал: «Не буду ни к чему принуждать, но и не позволю вам принуждать меня».

Бинсвангер навещает Эллиен дважды в день, расспрашивает о текущих делах и ночах, поощряя открытость. Вечерами в салоне Карл и симпатичный врач музицируют: Бетховен, Шуберт, Шопен. Где-то рядом Эллиен.

На фоне типового набора поддерживающей диеты и успокоительных, гидротерапии (длительных ванн), прогулок и «просто поговорить» состояние неустойчиво. Эллиен тревожна, подвластна «аскетическим импульсам во время еды» при навязчивом желании «наброситься на еду и проглотить её, подобно зверю». Ощущает себя «трупом среди живых». Возвращаются суицидальные мысли, они все неотступнее. Уклоняется от врачебных предписаний. Хорошие новости: ест почти всё предложенное (вес 53 кг), на терренкуре страдания отступают.

Сновидения (записаны прилежным мужем) касаются еды и смерти.

Первый сон: «Мне приснилось нечто великолепное: разразилась война, и я должна идти воевать. Прощаюсь со всеми, радостно ожидая, что вскоре умру ... Радуюсь, что

At the beginning of the New Year of 1921, the family doctor manages to end her communication with Huttingberg and fatefully directs Ellen to a certain Dr. Binswanger.

On January 14, the submissive Ellen is greeted by the Bellevue Sanatorium ("Beautiful View") in Kreuzlingen near Lake Constance, the patrimony of the hereditary psychiatrist and chief physician Ludwig Binswanger (grandfather is the founder of the institution, the father who died early is the successor of the family business, and Uncle Otto of Jena treated Nietzsche). In the accompanying note of the therapist: amenorrhea for several years with endocrine changes. The nutritional status is satisfactory (with a weight of 47 kg); picnic physique according to the juvenile type.

Ellen occupies a room next to her husband, takes table d'hôte with doctors with an assortment of recovery programs. At first, Ellen informs her parents about attending doctor Binswanger (seven years older than herself) with cautious optimism:

"He seems to be a good listener, gifted and very, very attractive. He makes an extremely energetic impression in trying to understand and interest me ... Today he said: "I will not force you to do anything, but I will not allow you to force me either."

Binswanger visits Ellen twice a day, asking about current affairs and nights, encouraging openness. In the evenings, in the salon, Karl and the handsome doctor play music: Beethoven, Schubert, Chopin. Ellen is usually somewhere close.

Against the background of a typical set of a maintenance diet and sedatives, hydrotherapy (long baths), walks and "just talks", her state is unstable. Ellen is anxious, subject to "ascetic impulses while eating" with an obsessive desire to "pounce on food and swallow it like a beast." She feels like a "dead among the living." Suicidal thoughts return, they are more and more persistent. She avoids medical orders. Good news: she eats almost everything offered (weight 53 kg), suffering recedes on the health path.

Dreams (recorded by a diligent husband) concern food and death.

First dream: "I dreamed something magnificent: a war broke out, and I must go to fight. I say goodbye to everyone, joyfully expecting that I will die soon ... I am glad that I will finally taste a big piece of coffee cake. *The second dream* is in the "twilight state". Ellen is the wife of an unsuccessful artist; she is forced to help him in everything (even sewing), but she is sick and powerless, both are starving. She asks her husband to

напоследок отведаю большой кусок кофейного торта». *Второй сон* в «сумеречном состоянии». Эллен – жена неудачливого художника; вынуждена помогать ему во всём (даже шить), но больна-бессильна, оба голодают. Просит мужа достать револьвер и застрелить их обоих, но муж «слишком труслив, чтобы нас застрелить, хотя два художника застрелились». *Третий сон*. Путешествуя, выпрыгивает в море через иллюминатор. Первый возлюбленный (студент) и муж возвращают её к жизни. Съела много пралине и запаковала чемодан. *Четвёртый сон*. Очень голодная, заказывает гуляш, но маленькую порцию. Жалуется старой нянюшке, что её очень мучают. Хочет сжечь себя в лесу. Предлагает крестьянину 50 тысяч франков, чтобы тот не медля её застрелил.

24 марта после 2,5 месяцев малоуспешного лечения призваны в помощь Е. Блейлер и, против желания семьи Эллен, неназванный «зарубежный психиатр». Сегодня эту маску знаем – Альфред Гош (Hoche), ярый противник Фрейда, поборник евгеники и эвтаназии: соавтор недавнего трактата «Допущение уничтожения жизни, недостойной жизни» (Hoche A., Binding K. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner, 1920).

Женатый на еврейке, оставил должности университетско-го профессора и директора психиатрической клиники после прихода Гитлера. Как частное лицо, критиковал программу эвтаназии нацистов. Вслед гибели на Великой войне единственного сына в 1915 году всё более замкнут и подавлен. В 1943 году (77 лет) совершил самоубийство.

«При наличии отсутствия» действенной терапии шанс исцеления нулевой, а потому консилиум идёт навстречу активному пожеланию бесперспективной Эллен покинуть санаторий, но с оговоркой:

«выписка однозначно повлечёт суицид».

... Пятнадцать лет назад Эллен поведала дневнику:

«Сумасшедший дом не станет моим последним прибежищем!»

Верный Карл не одобряет терапевтическую альтернативу для Эллен – закрытое отделение на неопределённый (пожизненный?) срок. В личном дневнике:

«Имею ли право препятствовать ей?»

Тридцатого марта Эллен прощается с лечебным учреждением в весе 47 кг (как при поступлении). Тремя днями позже в лоне семьи выглядит поправившейся, бодрой и веселой. За завтраком щедро намазывает масло, в кофе не жалеет сахара. Обедает досыта впервые за 15 лет без угрызений. Пробует пралине (сон в руку), шоколадные и марципановые яйца. 3 апреля 1921 года гуляет с мужем, перечитывает избранное из Рильке и Гёте, Теннисона, пишет письма и отходит ко сну в пасхальном настроении, испив благостно в присутствии мужа чашу чаю со смертельной смесью лю-

get a revolver and shoot them both, but the husband is "too cowardly to shoot us, although two artists shot themselves." *Third dream*. Traveling, she jumps into the sea through the porthole. The first lover (student) and husband bring her back to life. I ate a lot of pralines and packed my suitcase. *Fourth dream*. I am very hungry, order goulash, but a small portion. She complains to the old nanny that she is being tormented a lot. She wants to burn herself in the forest and offers a peasant 50,000 francs to shoot her immediately.

On March 24, after 2.5 months of unsuccessful treatment, E. Bleiler and, against the wishes of the Ellen family, an unnamed "foreign psychiatrist" were called to help. Today we know this mask – Alfred Hoche, an ardent opponent of Freud, a champion of eugenics and euthanasia: co-author of the recent treatise "The Assumption of the Destruction of Life Unworthy of Life" (Hoche A., Binding K. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner, 1920).

Married to a Jewess, he resigned his positions as a university professor and director of a psychiatric clinic after the rise of Hitler. As a private individual, he criticized the Nazi euthanasia program. Following the death of his only son in the Great War in 1915, he became increasingly withdrawn and depressed. In 1943 (aged 77) he committed suicide.

"In the presence of the absence" of effective therapy, the chance of healing is zero, and therefore the council goes towards the active wish of the unpromising Ellen to leave the sanatorium, but with the proviso: "Discharge will definitely lead to suicide."

... Fifteen years ago, Ellen told her diary: "The lunatic asylum will not be my last resort!"

Faithful Carl does not approve of Ellen's therapeutic alternative – a closed unit for an indefinite (for life?) period. In a personal diary: "Do I have the right to prevent her?"

On the thirtieth of March, Ellen says goodbye to the hospital weighing 47 kg (as on admission). Three days later, surrounded with her family, she looks recovered, cheerful and happy. At breakfast, she generously spreads butter and puts lots of sugar in coffee. She dines to the full for the first time in 15 years without remorse. She tries pralines (like in her dream), chocolate and marzipan eggs. On April 3, 1921, she takes a walk with her husband, re-reads selections from Rilke and Goethe, Tennyson, writes letters and goes to bed in the Easter mood having drunk a cup of tea with a deadly mixture of luminal and

минала и морфина.

Утром выглядела, по свидетельству Бинсвангера, «как никогда – спокойной, счастливой, умиротворенной».

Во избежание трений с законом, Карл отрицал сопричастность поступку жены, но сознался приятелю-врачу, что не препятствовал последней воле Эллен избавиться наконец от мук – и в том его утешение.

Господа Бинсвангер, Блейлер, Гош и Хаттингберг выразили соболезнования семье усопшей.

Война миров Эллен: ключевые моменты жизни и экзистенциального анализа.

Не то удивительно, что наша жизнь – пьеса, а то, что в ней так мало действующих лиц.

Фредерик Бегбедер

Имя розы. Бинсвангер, сделавший имя Эллен, подарил ей и фамилию персонажа Ибсена («Росмерсхольм», 1886).

Эгоцентричная Ребекка Уест, привлекая норовом Фрейда, в кризисе индивидуальной свободы бросается под мельничное колесо.

Фамилия, возможно, отражает западное происхождение (жаль, не Ост – была бы россиянка).

Американский буржуа Вест (Необыкновенные приключения мистера Веста в стране большевиков, к/ф СССР, 1924) наивен и доверчив, в отличие от злонамеренного мистера Твистера.

Эллен – англизированное стерто-распространённое имя – подчеркивает космополитизм и вневременность героя.

Девы по имени Эллен любят быть в центре внимания, высокомерны и эгоистичны. Проявляют заботу об окружающих только при моральном удовлетворении. Счастливого время года осень; от Юпитера получают оптимизм, энтузиазм, неустранимость, но страдают от импульсивности и отсутствия здравого смысла. *Википедия*

Хотите – верьте.

Синергия природы и воспитания. Сочетание социокультурального, экологического (типовых детских травм не отмечено), нейробиологического и генетического факторов сформировали характерологическую predisposition в виде низкой стрессоустойчивости Эллен во время пубертатного криза и типовых жизненных пертурбаций, повысив риск раннего дебюта психических расстройств и континуума СП.

В 192 исследованиях (суммарная выборка почти 710 тысяч больных) у трети (35%) дебют психического расстройства (чаще тревога и страхи, лишь у 2,5% нарушения настроения) до 14 лет, расстройства пищевого поведения до 25 лет у более 80% [3].

В истории Эллен более типичного, чем особенного. Отягощённая наследственностью разнообразными

morphine in the presence of her husband.

In the morning she looked, according to Binswanger, "better than ever – calm, happy, peaceful."

In order to avoid frictions with the law, Karl denied involvement in his wife's act, but confessed to a doctor friend that he did not interfere with Ellen's last will to finally get rid of the torment – and this is his consolation.

Messrs. Binswanger, Bleuler, Gosch and Huttingberg expressed their condolences to the family of the deceased.

War of the Worlds by Ellen: key moments of life and existential analysis.

The name of the rose. Binswanger, who made Ellen's name, gave her the character Ibsen's surname as well ("Rosmersholm", 1886).

The egocentric Rebecca West, attracted Freud with her temper, in a crisis of individual freedom, throws herself under the mill wheel.

The surname, perhaps, reflects Western origin (pity that it was not Eastern – it could be Russian).

The American bourgeois West (The Extraordinary Adventures of Mr. West in the Land of the Bolsheviks, film USSR, 1924) is naive and trusting, in contrast to the malicious Mr. Twister.

Ellen – an anglicized erased common name – emphasizes the cosmopolitanism and timelessness of the character.

Girls named Ellen love to be the center of attention, are arrogant and selfish. They show concern for others only with moral satisfaction. Lucky season is autumn; from Jupiter they get optimism, enthusiasm, fearlessness, but suffer from impulsiveness and lack of common sense. *Wikipedia*

If you want you can believe that.

Synergy of nature and education. A combination of sociocultural, environmental (typical childhood traumas were not noted), neurobiological and genetic factors formed a characteristic predisposition in the form of Ellen's low stress resistance during the pubertal crisis and typical life disturbances, increasing the risk of early onset of mental disorders and the SB continuum.

In 192 studies (a total sample of almost 710,000 patients), a third (35%) had the onset of a mental disorder (more often anxiety and fears, only 2.5% had mood disorders) before the age of 14, eating disorders before the age of 25 in more than 80% [3].

Ellen's story is more typical than special. Burdened heredity with a variety of mental (psychosis, depression with special triggers for engagement and marriage, de-

психическими (психозы, депрессии с особыми триггерами помолвки и свадьбы, деменции) расстройствами и СП с двух сторон по нисходящей и восходящей линиям.

«Отец его был алкоголиком и кончил жизнь самоубийством незадолго до его рождения, младшая сестра утопилась, старшая бросилась под поезд, брат бросился с вышеградского железнодорожного моста. Дедушка убил свою жену, облил себя керосином и сгорел; другая бабушка, шаталась с цыганами и отравилась в тюрьме спичками; двоюродный брат несколько раз судился за поджог и в Картоузах перерезал себе куском стекла сонную артерию; двоюродная сестра с отцовской стороны бросилась в Вене с шестого этажа». *Я. Гашек «Похождения бравого солдата Швейка»*

Семья – эмигранты в первом поколении, но о культуральной травме не известно (вернулись на землю предков, к корням?). Благостно сытое детство с горечью предчувствия. И. Бродский о большей частью идеализированных воспоминаниях:

«когда-уже-все-известно», но «еще-ничего-не началось».

Бинсвангер [1, 2] считает девочку «немного странной»: рано и чересчур разборчива в еде, своенравна.

«Марина Цветаева произвела на меня впечатление абсолютной естественности и сногшибательного своенравия ... была с норовом, но это не только свойство характера, а ещё жизненная установка». *Н.Я. Мандельштам*

В отказе от молока, по Бинсвангеру, – «разделяющая черта» телесного и окружающего. Избегание сладкого (сладкоежки – на совести взрослых. *Е.Б.*) не «антипатия», а также ранний акт отказа. Анальный характер («упрямоупорную самость») находит в своенравии, честолюбии. Добавим: сосёт палец до отрочества (затянувшаяся оральная фаза?).

Терпимый Роджерс [1, 4] представляет Элли до роковых 20 лет многогранно и тонко чувствующей, любознательной, с хорошими задатками при экспрессивности, изменчивости поведения, творческого склада ума и недюжинными литературными задатками. Привязана к возможно, излишне опекающим родителям (более – к отцу?). Её волновали (когда же ещё) предназначение жизни, мечты идеального мира.

«У того, кто в шестнадцать лет не был либералом, нет сердца; у того, кто не стал консерватором к шестидесяти, нет головы». *Бенджамин Дизраэли*

Невинное «упрямство» ребёнка более отражает желание неразумных взрослых превратить ребёнка в куклу («взрослая кукла Элли» – вот печально). Не «образцовый ребёнок» – хорошо. Активность и самостоятельность (ребёнок «резов, но мил») – свидетельство здорового «Я». Самоутверждение и протест игра-

mentia) disorders and SB on both sides in descending and ascending lines.

The family is first-generation emigrants, but no cultural trauma is known (returned to the land of their ancestors, to their roots?). Blessedly well-fed childhood with bitter foreboding. I. Brodsky about mostly idealized memories: “when-already-everything-is-known”, but “nothing - has-began yet”.

Binswanger [1, 2] considers the girl “a little strange”: early and too picky about food, capricious.

“Marina Tsvetaeva impressed me with absolute naturalness and stunning willfulness... she had a temper, but this is not only a trait of character, but also a life attitude.” *N.Ya. Mandelstam*

In the refusal of milk, according to Binswanger, the “separating feature” of the body and the environment shows itself. Avoidance of sweets (sweet tooth – on the conscience of adults. *E.B.*) is not “antipathy”, but also an early act of refusal. The anal character (“stubborn self”) is found in capriciousness, ambition. Let's add: she sucks her thumb until adolescence (protracted oral phase?).

Tolerant Rogers [1, 4] represents Ellen before her fatal 20s as multifaceted and sensitive, inquisitive, with good inclinations for expressiveness, variability of behavior, creative mindset and remarkable literary inclinations. Attached to possibly overprotective parents (more to father?), she was worried (when else) about the purpose of life, the dreams of an ideal world.

“He who at sixteen was not a liberal has no heart; whoever hasn't become a conservative by sixty has no brain.” *Benjamin Disraeli*

The innocent “stubbornness” of the child more reflects the desire of unreasonable adults to turn the child into a doll (“Ellen's adult doll” – that's sad). Not a “model child” is good. Activity and independence (the child is “frisky, but sweet”) is the evidence of a healthy “I”. Self-affirmation and protest played a liberating role.

Paraphrase by A. Camus of Descartes *Coqito* “I think, therefore I am”: “I rebel, therefore I exist.”

Stubbornness and self-will turn into ambition. She shakes, as best as she can, the traditional restrictions of sex. Wearing pants is more comfortable when you lead a semi-sporty lifestyle of a “tom boy” (“a healthy teenage child is thin and scratched, according to telepediatrist Komarovsky), a sign of emancipation ... or a desire to cover up pale

ли освобождающую роль.

Парафраз А. Камю *Coqito* Декарта «мыслью, следовательно, существую»: «бунтуя, следовательно, существую».

Упрямство и своеволие превращаются в честолюбие. Распатывает, как умеет, традиционные ограничения пола. Брюки – удобно при полуспортивном стиле жизни «пацанки»

(«здоровый ребёнок-подросток – худой и поцарапанный, по мнению телепедиатра Комаровского), знак эмансипации ... или желания прикрыть бледные ноги.

Однако с туманного детства ощущение пустоты, недовольство настоящим. И привычны мысли о смерти.

В Марине была жажда жизни, стихийная любовь к природе, она вся была стихийная. Она была полна любви к жизни, и в то же время её неустройство и невозможность найти полноту в этой жизни иногда звучали пессимистическим отказом от жизни. *К. Родзевич о М. Цветаевой.*

В период полового созревания «серьёзная попытка тщательной самоинтерпретации» [2]. С подростковых ногтей фрустрация тревоги, депрессия, отвращение к себе – телесной, возможны проблемы половой идентичности.

В 16 лет переживает эмоциональную бурю первого чувства («любовь длится три года»). Максималист и ригорист Эллиен свободно выбирала все или ничего (девиз), ответственности поступка («выдавливала раба»). В неудачах винила всегда только себя.

«Цельность её характера, целостность её человеческой личности была замешена на противоречиях; ей была присуща двоякость (но отнюдь не двойственность) восприятия и самовыражения; чувств (из жарчайшей глубины души) и – взгляда на (чувства же, людей, события), взгляда до такой степени со стороны, что – как бы с иной планеты». *Ариадна Эфрон о матери.*

Альтруистический мотив («теория малых дел») в благотворительности и критическом отношении к социальному неравенству и, в частности, гендерным ограничениям.

Будущий нарком и посол СССР Коллонтай, а пока Шурочка «С утра надевала самое простенькое платьице и скакала в рабочие трущобы – «на работу». А воротясь домой, брала ванну, надевала голубенькую рубашечку – и шмыг с коробкой конфет в кровать к подруге: «Ну, давай, дружок, поболтаем теперь всласть!» *И. Бунин «Окаянные дни»*

Тягу (и боязнь?) сердечного общения заменяла суррогатом «заботы о бедных». «Педантично» [2] наполняла пустое время развлечениями. Пока не предали душевные и физические силы. Поочерёдно и «в одном бокале» романтичная и рассудительная, Эллиен в предвкусье любви, в омутах бурной влюблённости и её горьком послевкусье.

legs.

However, from a foggy childhood, she has a feeling of emptiness, dissatisfaction with the present and habitual thoughts about death.

During puberty she suffers "a serious attempt of careful self-interpretation" [2]. From teenage nails, she experiences frustration anxiety, depression, self-loathing including her body, gender identity problems are possible.

At the age of 16, she experiences an emotional storm of the first feeling ("love lasts three years"). Maximalist and rigorist Ellen freely chose all or nothing (the motto), the responsibility of the act ("squeezed out the slave"). She always blamed herself for her failures.

"The integrity of her character, the integrity of her human personality, was mixed up with contradictions; it was inherent in the duality (but by no means duplicity) of perception and self-expression; feelings (from the hottest depths of the soul) and – a look at (feelings, people, events), a look to such an extent from the side that – as if from another planet. *Ariadne Efron about mother.*

Altruistic motive ("the theory of small deeds") in charity and a critical attitude towards social inequality and, in particular, gender restrictions.

The future People's Commissar and Ambassador of the USSR Kollontai, but for now Shurochka "In the morning put on the simplest dress and galloped to the working slums - "to work". And turning back to mine, she took a bath, put on a blue shirt – and sniffed with a box of sweets into bed with a friend: "Well, come on, my friend, now let's chat to our heart's content!" *I. Bunin "The Cursed days"*

She replaced the craving (and fear?) of cordial communication with a surrogate for "concern for the poor." "Pedantically" [2] she filled the empty time with entertainment. Until they betrayed mental and physical strength. Alternately and "in one glass" romantic and reasonable, Ellen is in anticipation of love, in the whirlpools of violent love and its bitter aftertaste.

"From the fire of sudden passion, only ash remains." *I. Kalman "Silva"*

On her short journey – "dreams and loneliness", deaf suffering and desperate joy of life ("carpe diem – seize the day"), blurring of the inner "I" and self-destruction (Ellen would have laughed in the face of a fair fortune teller).

"What fastidious horses I got – I didn't have time to live, I didn't have

«От огня внезапной страсти остаётся лишь зола». *Имре Кальман «Сильва»*

На её недолгом пути – «мечты и одиночество», глухое страдание и отчаянное веселие жизни («саге діет – лови день»), размывание внутреннего «Я» и саморазрушение (Эллен засмеялась бы в лицо ярмарочной гадалки).

«Но что-то кони мне попались привередливые –
И дожить не успел, мне допеть не успеть».

В. Высоцкий

Слово Лизе Дьяконовой, чей посмертный (убилась в 27 лет в начале XX века) дневник стал душевным попутчиком и компасом идейных российских дев в «темном царстве».

Не по годам мудрая, рассуждающая в своём дневнике о Надсоне и Бисмарке, русской империи и французской демократии, но в каких-то областях жизненного опыта наивная до святости, «умственная» по типу своего отношения к жизни и в то же время душевно ранимая и трепетная, Лиза всё воспринимала непосредственно, открытой душой, но при этом старалась всё осмыслить и сформулировать [5].

Очередной испытательный срок проверки чувств преодолён.

В почти ежедневных (более 900) письмах за четыре года помолвки, причём три года – в дальней разлуке, Зигмунда (26) и Марты (20) «теплый» Фрейд тревожный, страстный (грозит суицидом) и тиранический, а Марта – «нормальная» и надёжная.

Отношение к официальному жениху («молодая уже не молода») узаконены одобрением премудрого и уважаемого отца (где-то в задних комнатах повествования – мать, намаявшаяся в долгом ожидании или неприятию своей свадьбы). «Головной роман»?

Родителей не смутило (привлекло?) близкое родство брачующихся.

Девочка в слезах отказывает детсадовскому жениху: «В моей семье женятся только родственники. Мама на папе, бабушка на дедушке. *Из Сети*

В Торе (Ваикра, гл. 18), вряд ли руководстве ассимилированной семьи, в списке родственников, браки между которыми запрещены, нет кузенов. Однако близкородственные союзы чреватые у пар с «ущербными» генами.

Интерпретация болезни в свете даэин-анализа. Спустя 23 года после смерти Эллен (в 1944 г.) Бинсвангер посредством антропологического подхода ищет связь между телесностью и восприятием мира; развитие материализованного противоречия ментального мира Эллен и её окружения [2]. Кисло-сладкие увлечения (не отпугивала ли Эллен мужчин огнём и льдом чувств), расторгнутые помолвки вели к сомнениям подлинности своих чувств и смысла им руковод-

time to finish singing.” *V. Vysotsky*

The word is given now to Lisa Dyakonova, whose posthumous diary (killed herself at the age of 27 in the beginning of the 20th century) became a spiritual companion and compass of ideological Russian maidens in the "dark kingdom".

Wise beyond her years, discussing in her diary about Nadson and Bismarck, the Russian Empire and French democracy, but in some areas of life experience she is naive to the point of holiness, "intellectual" by the type of her attitude to life and at the same time mentally vulnerable and quivering, Liza perceived everything directly, with an open soul, but at the same time she tried to comprehend and *formulate everything* [5].

Another test of feelings.

In almost daily (more than 900) letters of Sigmund (26) and Martha (20) during four years of engagement of which three years were spent in distant separation. we can see Freud as "warm" and anxious, passionate (threatens suicide) and tyrannical, while Martha is "normal" and reliable.

The attitude towards the official groom ("the bride is no longer young") is approved by the wise and respected father (somewhere in the back rooms of the story there is mother who has been languishing in a long wait or rejection of her wedding). "The main novel".

Parents were not embarrassed (may be even attracted?) by the close familial relationship of the spouses.

The girl in tears refuses the kindergarten fiancé: "Only relatives marry in my family. Mom to dad, grandma to grandpa. *From the web*

The Torah (Vayikra, ch. 18) doesn't mention cousins in the list of relatives marriages between whom is forbidden. However, closely related unions are fraught with couples with "flawed" genes.

Interpretation of the disease in the light of Dasein analysis. 23 years after Ellen's death (in 1944), Binswanger, through an anthropological approach, is looking for a connection between corporeality and perception of the world; the development of a materialized contradiction of the mental world of Ellen and her environment [2]. Sweet and sour hobbies (didn't Ellen scare men away with fire and ice of her feelings), broken engagements led to doubts about the authenticity of her feelings and the meaning of being guided by them. Ellen rejected her romantic hobbies voluntarily-forced (the shadow of her parents), the "only" idealized love (her independent "I"). Parting marks the

ствовать. Эллиен добровольно-вынужденно (тень родителей) отвергла романтические увлечения, «единственную» идеализированную любовь (читай – независимое «Я»). Расставание знаменует крушение веры в способности разумно руководить собой и жизнью [1, 4].

Эллиен перед выбором тугоподвижного «мира могилы», давящего «телесного», оков души из-за произвола консервативных родителей-домостроевцев (не навет ли на несчастных людей. *Е.Б.*), выродившегося буржуазного благополучия и дивным блестящим иллюзорно «эфирном миром» незамутненной, сотканной счастьем свободной души.

Эллиен замерла у пропасти несовместимых (контрастных, как и желания / метания Эллиен) противоположностей: света надежды и тьмы отчаяния, цветения (материнства) и бесплодного увядания; стройный = духовный (тип белокурого студизуса) и толстый = «бездуховный» (прочно укоренённый жених-муж Карл).

«... противоречие между конфликтующими тенденциями у здорового значительно меньше, чем у невротика». *К. Хорни*

Рубеж («манифестация») клинического расстройства приходится на 20 лет («гигантский аппетит»), а с антропологической позиции – впереди коварный поворот в экзистенциальный тупик. Неразрешимая дилемма обернулась пожизненным заточением в мрачном лабиринте отчаяния и безнадежности.

Подобно земляному червю, беспокойно кружится в сумраке сморщенного застывшего *Eigenwelt* (сфера самосознания, отношений к себе и личностных смыслов). Мир Эллиен схож с могилой [2]. «Я» лавинообразно отчуждено от чувств, выстраданного опыта вне доверительно открытых отношений. Бесконтрольное наполнение желудка «чем придётся» временно пломбирует тягостную пустоту анально-эротического мирозерцания Эллиен.

«Идеальная» Эллиен стремится воспарить над собою-«реальной» и мирской суетой, облегчая, насколько даётся, грузное тело.

«... сама себя сделала смолоду, что со свойственной её натуре решимостью и энергией она начала созидать себя заново, наперекор природе. Она мало ела, изнуряла себя ходьбой. Стремилась придать некую аскетичность своему облику». *М. Белкина о М. Цветаевой*

«Страх стать толстой» отмечает начало жизни в болезни Эллиен с ограничениями свободного существования (вспомним определение болезни Энгельса). Внутреннее развитие, внешняя и духовная жизнь притормаживают. Многообещающе стартовавшая Эллиен

collapse of faith in the ability to reasonably manage oneself and life [1, 4].

Ellen faces the choice of the stiffly moving “world of the grave”, the “bodily” that oppresses everything, the shackles of the soul due to the arbitrariness of conservative parents- house builders (we are not accusing those people. *E.B.*), the degenerate bourgeois prosperity and the marvelous brilliant illusory woven by the happiness of a free soul.

Ellen froze at the abyss of incompatible (contrasting, like Ellen's desires/throwing) opposites: the light of hope and the darkness of despair, flowering (motherhood) and barren withering; slender = spiritual (a type of blond studious) and fat = “unspiritual” (firmly rooted fiancé-husband Carl).

“... the contradiction between conflicting tendencies is much less in the healthy than in the neurotic.” *C. Horney*

The boundary (“manifestation”) of a clinical disorder falls on 20 years (“giant appetite”), and from an anthropological position, there is an insidious turn to an existential dead end ahead. An unsolvable dilemma turned into a lifelong imprisonment in a gloomy labyrinth of despair and hopelessness.

Like an earthworm, it whirls uneasily in the dusk of a shriveled frozen *Eigenwelt* (the sphere of self-awareness, self-relationship and personal meanings). Ellen's world is like a grave [2]. “I” is like an avalanche alienated from feelings, from the experience of suffering outside of trusting open relationships. The uncontrolled filling of the stomach with “whatever you need” temporarily seals the painful emptiness of Ellen's anal -erotic worldview.

The “ideal” Ellen strives to soar above herself - the “real” and worldly fuss, easing, as far as it is given, a heavy body.

“... she made herself from a young age, that with the determination and energy characteristic of her nature, she began to create herself anew, contrary to nature. She ate little, exhausted herself by walking. I tried to give some asceticism to my appearance. *M. Belkina about M. Tsvetaeva*

“Fear of becoming fat” marks the beginning of life in Ellen's illness with the limitations of free existence (recall the definition of Engels' illness). Internal development, external and spiritual life slow down. A promising start, Ellen bogs deeper and deeper into the quicksands of the past:

“What remains with her is only an attempt to break out of this circle, more and more perceived as a prison” [2].

увязает все глубже в зыбучих песках прошлого:

«То, что остается у неё, – лишь попытка вырваться из этого круга, всё более воспринимаемого как заключение» [2].

Возможно, это известная защитная реакция.

«У меня вообще атрофия настоящего, не только не живу, никогда в нем и не бываю». *М. Цветаева – Б. Пастернаку St. Gilles, 21-го июня 1926 г.*

Влюбленная в смерть: сломанные часы.

Так и теперь на меня снова напал ужас перед всем тем, что в каком-то невыразимом заблуждении зовётся жизнью.

Р. Рильке «Письма к Сезанну»

Поэтика ухода из жизни проходит сквозь жизнь и судьбу Эллиен, омраченные хроническим антивитальным (тревожно-депрессивным) настроением.

Смерть, которая всем владеет, становилась будничной, домашней и прирученной, собеседницей и наперсницей одинокой души.

«Смерть – моя младшая сестра». *Франциск Ассизский*

Эллиен привычно призывает смерть, но время встречи можно изменить.

«Измененная без нужды,
С венчиком на лбу, –
Собственному сердцу чуждой
Буду я в гробу».

М. Цветаева

Интуитивное чаяние смерти как тени жизни Эллиен ощущает бытийной радостью [2].

«Молодость ходит со смертью в обнимку». *С. Гандлевский*

Но «это» обычно проходит, как ветрянка.

«В 16 – жизнь-боль, и лишь смерть несёт покой, в 40 – сковородочка по акции – возьму две!» *Из Сети*

Боялась ли Эллиен повторить судьбу близких, одобряла их суициды?

Продолжая сопоставление (почти буквальное – указывает «типичность и вневременность» переживаний и ликов суицидентов) Эллиен с иными умненькими домашними девами, её духовными сестрами.

У Елизаветы Дьяконовой с 13 лет желание смерти, рефрен «я сама больше не живая», «на душе целый ад» [цит. по 5].

«Ты дал мне детство – лучше сказки
И дай мне смерть – в семнадцать лет!»

М. Цветаева «Крысолов»

Вдалеке от трагического финала Эллиен самозабвенно заряжена альтруистической горячечной деятельностью (труголизм – гиперкомпенсация депрессии?).

«Даю я, как все делаю, из какого-то душевного авантюризма – ради улыбки – своей и чужой». *Марина Цветаева*

Perhaps this is a well-known defensive reaction.

“In general, I have an atrophy of the present, not only do I not live, I never go into it.” *M. Tsvetaeva to B. Pasternak Gilles, June 21st, 1926*

In love with death: a broken clock.

The poetics of passing away passes through the life and fate of Ellen, overshadowed by a chronic anti-vital (anxious-depressive) mood.

Death, which owns everything, became everyday, domestic and tamed, the companion and confidante of a lonely soul.

"Death is my little sister." *Francis of Assisi*

Ellen habitually calls for death, but the meeting time can be changed.

"Changed without need,
With a halo on the forehead, -
Alien to my own heart
I'll be in the coffin."

M. Tsvetaeva

Ellen feels the intuitive expectation of death as a shadow of life with existential joy [2].

"Youth walks embraced by death." *S. Gandlevsky*

But "it" usually goes away like chickenpox.

“At 16 life is pain and only death brings peace, at 40 – oh there is a frying pan on a promotion – I’ll take two!” *From the web*

Was Ellen afraid of repeating the fate of her loved ones, did she approve of their suicides?

Let’s continue with a comparison (almost literal, which indicates the "typicality and timelessness" of the experiences and portraits of suicide attempters) Ellen with other smart house maidens, her spiritual sisters.

At Elizabeth Dyakonova from the age of 13, there is observed desire for death, the refrain “ I myself am no longer alive”, “ there is a whole hell in my soul” [cit. by 5].

"You gave me childhood - better than a fairy tale

Now give me death – at seventeen!

M. Tsvetaeva "Pied Piper"

Far from the tragic finale, Ellen is selflessly charged with altruistic feverish activity (workaholism – overcompensation for depression?).

“I give, as I do everything, out of some spiritual adventurism – for the sake of a smile – my own and someone else's.” *Mari-na Tsvetaeva*

Noticed in risky behavior (the desire to

Замечена в рискованном поведении (желание приблизить смерть легитимными средствами от болезни и травмы при недамской джигитовке).

«Мне смерть – предмет первой необходимости ... чашотка заразительна. Я была в восторге! Значит, стоит мне прийти к больной Лизе, поцеловаться с ней несколько раз, подольше посидеть – и заражусь. Я чуть на стуле не подпрыгнула, но Александра Николаевна сказала, что можно заразиться, находясь постоянно с больным, и притом долгое время, а я ведь самое долгое могу просидеть у Лизы – час!» [цит. по 5].

А

Игрок со смертью Байард вскакивал на необъезженного жеребца. У. Фолкнер. «Сарторис»

Показателен (единичный?) опыт несуйцидального самоповреждения («колотила себя кулаками») в приливе отвращения и ненависти к живущему по своим законам телу у зеркала.

17-летняя Лизавета утром посмотрела на себя в зеркале: на меня смотрел урод! [цит. по 5].

... Рекламный видеоролик «Идеал»: «Как я люблю свою великолепную фигуру ... и ненавижу жир, который всё это скрывает».

Неизвестна сексуальная сфера Эллен, помимо спекуляций вокруг её подсознательных гомоэротических «зефирных» влечениях и горячечным влюблённостям.

По Фрейду, суицид – акт мести за отказ от принятия утраты либидинозного удовлетворения.

Но очевидно отвращение к телесному Я

«Направленная против себя любовь ведёт к самодеструкции, так, например, к самоумерщвлению плоти, мученичеству, да и полному уничтожению собственной сексуальности как при кастрации. Это лишь различные формы и степени самоуничтожения». С. Шпильрейн

Жизнь обывателя («премудрого пескаря») Эллен не прочувствована и отставлена как неудачный сценарий. Мечущаяся Эллен до срока одряхлела (вариант духовной прогерии, и представляется живым трупом).

«Моя внутренняя самость так тесно сплетена с моим телом, что оба вместе образуют целое и заполняют мое Я, нелогичное, нервное, индивидуальное Я ... Презираю себя ... день ото дня становлюсь все толще, дряхлее и уродливее ...».

Экзистенциальные старение и смерть опережают таковые биологические [2]. Бытие последних лет монотонно и утомительно безрадостно, сужено «актами еды» и защитной самоизоляции (+ депрессивный аутизм). Насыщение с угрызениями обостряло знакомое с детства ощущение опустошения. Эллен отягощена негативным опытом жизни, угнетающим настоящее и затуманивающим будущее при неподъёмном

hasten death by legitimate means from illness and injury during non-lady's horse riding).

“To me, death is a matter of prime necessity... consumption is contagious. I was delighted! So, as soon as I come to sick Liza, kiss her several times, sit longer – I will become infected. I almost jumped in my chair, but Alexandra Nikolaevna said that you can get infected by being constantly with the patients, and moreover for a long time, and I can sit with Lisa for the longest time – an hour! [cit. by 5].

BUT

The player with death Bayard jumped on an unbroken stallion. W. Faulkner. "Sartoris "

Indicative is the (isolated?) experience of non-suicidal self-harm (“beating herself with her fists”) in a surge of disgust and hatred for the body that lives according to its own laws in front of the mirror.

17-year-old Lizaveta looked at herself in the mirror in the morning: a freak was looking at me! [cit. by 5].

... Promotional video "Ideal": "How I love my great figure ... and I hate the fat that hides it all."

Ellen's sexual background is unknown, aside from speculation surrounding her subconscious homoerotic "marshmallow" attractions and feverish crushes.

According to Freud, suicide is an act of revenge for refusing to accept the loss of libidinal satisfaction.

But the disgust for the bodily self is obvious: “Love directed against oneself leads to self-destruction, for example, to self-mortification of the flesh, martyrdom, and even the complete destruction of one's own sexuality, such as castration. These are just different forms and degrees of self-destruction.” S. Spielrein

The life of an everyman ("wise minnow") led by Ellen is not felt and set aside as an unsuccessful scenario. Ellen, rushing around, has become decrepit before her time (a variant of spiritual progeria), and appears to be a living corpse.

“My inner self is so closely intertwined with my body that both together form a whole and fill my I, illogical, nervous, individual I ... I despise myself ... every day I become fatter, decrepit and uglier ... ”.

Existential aging and death are ahead of biological ones [2]. The life of recent years is monotonous and tediously joyless, narrowed down by “acts of eating” and protective self-isolation (+ depressive autism). Satiation with remorse exacerbated the feeling of devastation familiar from childhood.

грузе «светлого» прошлого. Время неумолимо и неправильно.

«Я пошел к столику, часы взял – циферблатом по-прежнему вниз. Стукнул их об угол столика стеклом, собрал осколки в подставленную руку, высыпал в пепельницу, сорвал стрелки и тоже в пепельницу. А они все тикают». У. Фолкнер «Шум и ярость»

Эмпатия к себе, свойственная более женщинам, близка гуманистическому подходу А. Маслоу и К. Роджерса. Эллиен с едкой гипертрофированной самокритикой презирает себя как жалкое заблудшее существо. Обостренное понимание проблемы усугубляет духовный и эмоциональный дистресс, и жизнь становится непосильным бременем (суицидогенный фактор, по Т. Джойнеру). Сочувствующий себе в неудаче понимает общечеловеческую природу несовершенства (не такова перфекционист Эллиен. Е.Б.), не избегает и не преувеличивает переживания, не бежит от своих чувств и не бежит с ними [6]. Эллиен замечает, но не вытесняет «ошибки», и не учится на них.

Коли совсем неумолимо, бессильно бунтует и тщетно пытается разорвать тенёты неразрешимых полярных желаний и страхов (пассивно агрессивное отношение к малоуспешной терапии, суицидальные попытки «побега»). Потерпев очередное поражение («даже» не удалось убить себя) – униженно принимает заемные правила игры. «Тени сомнения и страха» заставили её, изнемогая от раздвоенности (контрастности желаний) приветствовать и подстегивать гибель, но до последнего рубежа надеется на лучшее (амбивалентность суицидента Э. Шнейдмана).

Желание похудеть (быть стройной) связано с типовым антисуицидальным фактором. «Надежды маленький оркестрик» откладывает смерть: худеет, чтобы жить. Вряд ли голодная смерть стала подспудной целью её жизни [7].

«Если бы существовало питание в наиболее концентрированной форме, и я оставалась бы худой, тогда я была бы рада продолжать жить».

Если бы.

К христовым 33 – Эллиен дозрела до смерти (внешних форм суицидогенеза).

Два незавершённых суицида через короткий промежуток времени (вторая попытка пришлось на острый постсуицид первой) – самоотравления-клише. «Болельщик судьбы» загоняет Эллиен во внутренний тупик, где время и события застывают в стоп-кадре, в повторении одного и того же болезненного стереотипа.

Первая попытка самоубийства вслед насильственной («терапевтической») разлуке. Аналитик-2 патер-

Ellen is weighed down by negative life experiences that depress the present and cloud the future with the unbearable burden of the “bright” past. Time is relentless and wrong.

“I went to the table, took the watch – the clock face is still down. I hit the glass on the corner of the table, collected the fragments in his outstretched hand, poured them into the ashtray, tore off the arrows and also into the ashtray. And they're all ticking.” W. Faulkner "The Sound and the Fury"

Self-empathy, which is more characteristic of women, is close to the humanistic approach of A. Maslow and K. Rogers. Ellen, with caustic hypertrophied self-criticism, despises herself as a miserable misguided creature. A heightened understanding of the problem exacerbates spiritual and emotional distress, and life becomes an unbearable burden (a suicidal factor, according to T. Joyner). He who sympathizes with himself in failure understands the universal nature of imperfection (this is not the perfectionist Ellen. E.B.), does not avoid or exaggerate experiences, does not run away from his feelings and does not run with them [6]. Ellen notices but does not repress "mistakes" and does not learn from them.

If it is completely unbearable, she revolts helplessly and tries in vain to break the snares of insoluble polar desires and fears (passive aggressive attitude towards unsuccessful therapy, suicidal attempts to “escape”). Having suffered another defeat (“even” failed to kill herself), she humbly accepts the borrowed rules of the game. “Shadows of doubt and fear” made her, exhausted by duality (contrast of desires), greet and spur death, but until the end she hopes for the best (the ambivalence of the suicide E. Shneidman).

The desire to lose weight (to be slim) is associated with a typical anti-suicidal factor. "Hope's little orchestra" puts off death: losing weight in order to live. It is unlikely that starvation became the hidden goal of her life [7].

“If nutrition existed in its most concentrated form and I stayed thin, then I would be happy to continue living.”

If only

By Christ's 33 years of age Ellen has matured to death (external forms of suicidogenesis).

Two incomplete suicide attempts in a short period of time (the second attempt was an acute post-suicide of the first attempt) – self-poisoning-cliché. "Sickness of Destiny" drives Ellen into an inner dead end, where time and events are frozen in a freeze-frame repeating the same painful stereotype.

налистски-авторитарно и ревниво настоял на спешном отъезде мужа, «разрушая остатки доверия к себе и своим чувствам» [4] клиентки. Нахлынувшее острое одиночество приблизило промежуточную развязку.

Способы самоубийства представляют у Фрейда исполнение различных сексуальных желаний (отравиться = забеременеть). При спекулятивности тезиса – подтверждение в истории самоотравлений вынужденно бесплодной Эллен.

Сосудорасширяющий препарат стал доступным («под рукой») средством. Запас аптеки Эллен неисчерпаем; нажитый опыт «неудачи» в повышении вдвое дозы при рецидиве попытки, пришедшейся на острый постсуицид (по сути, попытка – одна, рассеянная случайным спасением).

Сомнацетин прописан Вождю революции (склонному к суициду последние годы) германскими врачами. «Прошу прислать мне по 2-3 трубочки (или коробки?) ... Somnacetin-tabletten Veronal-tabletten ... Ленин. *Записка в кремлевскую аптеку 6 апреля 1922 г. Фонд 2. Оп. 1. Д. 23036 – автограф.*

Мотив попыток (прерванных природой суицидов) может быть понят как сообщение, крик о помощи. Экзистенциально-гуманистическое направление К. Роджерса – Р. Мэя внимательно к эмоциональным расстройствам (тревоге) в суицидогенезе. Ажитация толкала безнадзорную Эллен под колеса. Импульсивная дефенестрация на сеансе аналитика – классика жанра (к/ф *Цвет ночи. США, 1994*).

Подопечная доктора Фрейда Анна О. трое суток не спала, отказывалась от еды, пыталась порезаться стеклом и прибегала к другим способам суицида. Затем несколько успокоилась и послушно принимала хлорал на ночь.

Удручает, с позиции медицинского патернализма, отстранённость аналитика. Госпитализация хронологически следует за последней (увы) попыткой; они продолжены в кефирном заведении Бинсвангера.

Сны и сновидения – манки антропологического анализа и не только его.

«У бодрствующих один общий мир, а спящие отворачиваются каждый в свой собственный». *Гераклит*

М. Фуко в предисловии к «Сну и существованию» Бинсвангера:

«Он устанавливает конкретный путь анализа по направлению к фундаментальным формам существования: анализ сновидения не ограничивается уровнем герменевтики символа, но, отталкиваясь от внешней интерпретации, имеющей порядок дешифровки, он способен, не пренебрегая философией, достичь постижения сущностных структур».

В больнице и казарме – сны особо яркие.

Отнимите у человека надежду и сновидения, и он бу-

The first suicide attempt follows violent ("therapeutic") separation. The 2nd analyst, paternalistically authoritarian and jealous, insisted on the hasty departure of her husband, "destroying the remnants of trust in herself and her feelings" [4] of the client. The surging acute loneliness brought an intermediate outcome closer.

Freud analyzes ways of suicide as fulfillment of various sexual desires (to be poisoned = to become pregnant). While the thesis is speculative, it is confirmed in the history of self-poisoning by the forced barren Ellen.

The vasodilator drug has become an available ("on hand") means. The supply of Ellen's pharmacy is inexhaustible; the accumulated experience of "failure" in doubling the dose during a relapse of an attempt that fell on an acute post-suicide (in fact, there is only one attempt dissected by an accidental rescue).

The motive of attempts (interrupted by the nature of suicides) can be understood as a message, a cry for help. The existential-humanistic direction of K. Rogers - R. May pays attention to emotional disorders (anxiety) in suicidogenesis. Agitation pushed neglected Ellen under the wheels. Impulsive defenestration at an analyst session is a classic of the genre (*film Color of the Night. USA, 1994*).

Dr. Freud's patient Anna O. did not sleep for three days, refused to eat, tried to cut herself with glass and resorted to other methods of suicide. Then she calmed down a little and obediently took chloral at night.

From the standpoint of medical paternalism, the detachment of the analyst is worrying. Hospitalization chronologically follows the attempt which is not, alas, the last one; they are continued at Binswanger's establishment.

Dreams are decoys of anthropological analysis and not only it.

"Those who are awake have one common world, while those who sleep each turn away into their own." *Heraclitus*

M. Foucault in the preface to "Sleep and Existence" by Binswanger: "He establishes a specific path of analysis towards the fundamental forms of existence: the analysis of a dream is not limited to the level of the hermeneutics of the symbol, but, starting from an external interpretation that has an order of decipherment, it is able, without neglecting philosophy, to achieve comprehension of essential structures."

In the hospital and the barracks dreams become especially vivid.

дет несчастнейшим существом на свете. *И. Кант*

Неизвестны количество и качество сна Эллен, но её сновидения беллетристически-дидактичные («Если это и неправда, то хорошо придумано») и плоско аллегоричные, как у хрестоматийной Веры Павловны, возможно, «наведены» сеансами.

«И как настроение мужчин появляется из тёмных глубин, так и мнение женщин основывается на столь же бессознательных априорных предпосылках». *К. Юнг*

В серии снов диалектическое родство мотивов жизни (есть, чтобы жить) и смерти, которая всем владеет и всё спешит.

«Сны правдивы, пока они длятся. Но не живём ли мы во сне?». *А. Теннисон*

Появляются из детства преданная нянюшка и ниоткуда (бог из машины) пейзаин, как в кошмаре Анны Карениной «мужик с длинной талией». Смерть чужими руками – недешева («цена жизни») и не состоялась. Воспоминание о днях счастья свободно монтируется с утоплением, почти как в «Титанике», вновь «неудачном».

При толковании сновидения абсолютно безразлично, исполняется ли драма, разыгрываемая в мёртвой тишине души, собственной личностью того, кто видит сон, или любой комбинацией собственной личности спящего и производных *personae*. *Л. Бинсвангер «Сон и существование»*

В первом сне спокойное поглощение пищи на пороге смерти. Второй сон создаёт драматичную ситуацию парного суицида.

Эллен, бывало, подбивала «трусливого» мужа принять смерть вместе.

Четвёртый сон не столь прямолинеен. Фрейдист увидит в реанимации мужем и экс-возлюбленным оплодотворение; путешествие, прыжок намекают на роды; упаковка чемодана, символа смерти и беременности, связана со сферой анального (заполнение пустоты – та же функция переедания). Возможно, направленное в будущее толкование [2]: студент и муж помогут в смерти, чтобы власть поест и собрать чемодан с билетом в один конец.

Синтетический образ значимых для Эллен мужчин (отец=муж) – анимус. Напротив, Гвидо (к/ф 8½, Феллини, 1963) в купели окружает цветник важных ему женщин – мать, жена, любовница.

Из дневника молоденькой Лизы Дьяконовой.

«Снилось мне, что лежу я на постели у самой двери моей комнаты; а за дверью стоит кто-то и просит у меня ключа от двери (она заперта), чтобы повеситься на моей стороне двери на продолговатой формы задвижке» [цит. по 5].

Особо суицидоопасен ближайший период после структурированных условий санатория. В отличие от

Take away hope and dreams from a man, and he will be the most miserable creature in the world. *I. Kant*

The quantity and quality of Ellen's sleep are unknown, but her dreams are fictionalistic-didactic ("If this is not true, then it's well thought out") and flatly allegorical, like in the textbook, perhaps "induced" by sessions.

"And just as the mood of men emerges from dark depths, so the opinion of women is based on equally unconscious a priori premises." *K. Jung*

In a series of dreams, there is a dialectical relationship between the motives of life (to eat in order to live) and death, which owns everything and writes everything off.

"Dreams are true as long as they last. But aren't we living in a dream? *A. Tennyson*

A devoted nanny appears from childhood and out of nowhere (God from the machine) Peizanin, as in Anna Karenina's nightmare "a man with a long waist." Death through the hands of others is not cheap ("the price of life") and did not take place. The memory of the days of happiness easily combines with drowning, almost like in the "Titanic", and is again "unsuccessful".

In the interpretation of a dream it is absolutely immaterial whether the drama enacted in the dead silence of the soul is performed by the dreamer's own personality, or by any combination of the dreamer's own personality and derived *personae*. *L. Binswanger "Sleep and Existence"*

In the first dream, we see the calm absorption of food on the verge of death. The second dream creates a dramatic situation of a couple's suicide.

Ellen used to encourage her "cowardly" husband to die together.

The fourth dream is not so straightforward. A Freudian sees fertilization in resuscitation of the husband and ex-lover; travel and jump hint at childbirth; packing a suitcase, a symbol of death and pregnancy, is associated with the anal sphere (filling the void is the same function of overeating). Perhaps a forward-looking interpretation [2]: the student and husband will help in death to eat well and pack a suitcase with a one-way ticket.

The synthetic image of the men significant to Ellen (father=husband) is the animus. On the contrary, Guido (film 8½, Fellini, 1963) in the bath is surrounded by a flower garden of important women – his mother, wife, mistress.

From the diary of a young Liza Dya-konova. "I dreamed that I lie on my bed at the very door of my room; and someone

предыдущих импульсивных попыток (последняя в суженном сознании), сконцентрированных в течение года, суицид Эллиен «на холоду» запланирован.

Фотоувеличение беспристрастно фиксирует хронику последних дней Эллиен, её пасхальное преобразование (на клиническом уровне – инверсия зыбкого аффекта).

Отчаянное существование Эллиен, по сути, «болезнь-к-смерти» Кьеркегора

«Мука всегда остаётся в том, что невозможно избавиться от себя самого».

На заре психического расстройства Эллиен открывает метафизическое зияние бытия, в котором, как заглянувший в «колодец судьбы» (Дж. Лондон. «Сердца трёх») видит образ неминуемо гибельной судьбы.

«... словно в жизни этих людей когда-то что-то мимолетно открылось, вызвав трепет и блаженство, чтобы затем, оставив по себе некоторые реминисценции, завершиться неизлечимым слабоумием конечного состояния» [8].

Эллиен, при эго-дистонности переживаний, овладевает холодный страх неминуемой «недепрессивной» деградации.

Страх перед разрушительной «неизлечимой» болезнью, распадом «Я», безнадежность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем реальные страдания.

Беспомощно и безнадежно (типовые черты суицидента, по Э. Шнейдману) тоскует по «Я-которого-нет» и загоняет себя в когнитивный туннель к «единственно верному» пути освобождения из концлагеря самоограничений, побега из юдоли печали и страданий.

«Существование – пытка, и ничто иное... жизнь превратилась в концентрационный лагерь... я с тоской жду насилия и мучений... и, на самом деле, насилую и мучаю себя каждый час, каждый день».

Решение принято: невидимые миру слезы уронены, мечты похоронены.

«Тайные расходы себя, своей личности, в особенности своей энергии, органической своей энергии, расходы тела оказываются и «расходованием души» являются едва ли не главным источником «беспричинных самоубийств» или самоубийств за «потерю смысла жизни». В. Розанов

Эллиен устраивает «праздник непослушания». Или поминки. Кофейный торт из вещего сна становится последней отрадой приговоренного.

Перенесемся вперед на полвека.

Sarah Кейн на свидании с литагентом в больничной палате (острый постсуицид) за несколько часов до самоповешения казалась счастливой, забавной, самоуверенной: болтали о смерти, Боге, пьесах, дружбе. Визитер, прощаясь, поцеловал ее в лоб: «Люблю тебя», и она в ответ: «Я тоже

stands outside the door and asks me for the key to the door (it is locked), so that he can hang himself on my side of the door on an oblong-shaped bolt" [cit. by 5].

The immediate period after the structured conditions of the sanatorium is especially dangerous for suicide. Unlike previous impulsive attempts (the latter in a narrowed mind), concentrated over the course of a year, Ellen's suicide is planned "in the cold".

Photo enlargement impartially captures the chronicle of Ellen's last days, her Easter transformation (at the clinical level it is the inversion of unsteady affect).

Ellen's desperate existence is essentially Kierkegaard's "Sickness-to-Death".

"The torment always remains in the fact that it is impossible to get rid of oneself."

At the dawn of the mental disorder, Ellen discovers the metaphysical void of existence, in which, as one who looks into "the well of fate" (J. London. "Hearts of the Three"), he sees an image of an inevitably disastrous fate.

"...as if in the life of these people something was once fleetingly revealed, causing awe and bliss, to then, leaving some reminiscences behind, culminate in incurable dementia of the final state" [8].

Ellen, with ego-dystony experiences, is absorbed into a cold fear of inevitable "non-depressive" degradation.

Fear of a devastating "incurable" disease, the collapse of the "I", hopelessness and despair often accompany suicide rather than real suffering.

Helplessly and hopelessly (typical traits of a suicidal person, according to E. Shneidman) she yearns for the "I-that-no-longer-is" and drives herself into a cognitive tunnel to the "only true" path of liberation from the concentration camp of self-restraints, escape from the vale of sadness and suffering.

"Existence is torture and nothing else... life has become a concentration camp... I yearn for violence and torment... and, in fact, I rape and torture myself every hour, every day."

The decision has been made: tears invisible to the world are shed, dreams are buried.

Ellen throws a "disobedience party". Or memorial service. The coffee cake from a prophetic dream becomes the last consolation of the condemned.

Let's jump forward half a century.

Meeting her literary agent in a hospital ward (acute post-suicide) *Sarah Kane*, a few hours before self-hanging, seemed happy,

тебя люблю».

В суициде Эллен экзистенциальный противосмысл «перестать быть».

«Если нет сил для жизни – надо умереть». *Лиза* [цит. по 5].

Капитуляция на всех фронтах влечёт зловещее успокоение (перемирие).

«Но, если выбирать между этой жизнью, которая вся обринулась для меня в одну страшную темную ночь, и этим неизвестным... Жить? Нет, нет и тысячу раз нет! По крайней мере, покой и забвение... Их надо мне». *Последняя запись в дневнике Лизы Дьяконовой (27 лет), 18 января 1902 г.* [цит. по 5].

Трагическое существование реализовано.

«На твой безумный мир

Ответ один – отказ».

М. Цветаева

Эллен умирает, как жила. У Э. Шнейдмана общая закономерность суицида – соответствие СП жизненному стилю. Лучший прогноз ее поведения – в поведении в прошлом (попытки суицида). «Миропроjekt» Эллен завершён рукотворным крахом: гибнет в борьбе со своей природой.

«... потому что я никогда не найду пищи, которая пришлась бы мне по вкусу». *Ф. Кафка «Голодарь»*

Через 23 года после гибели Эллен, когда не стало главных фигурантов «дела», Бинсвангер 17 раз (измерено и проверено) подтверждает «подлинность» (authentic) самоубийства [2], постулируя «неизбежность осуществления смысла жизни». Согласно установке на восстановление «мира взаимоотношений», Бинсвангер замечает, напротив, неподлинность её самости. Суицид Эллен – акт произвола, неизбежное событие круговращения жизни, последняя отчаянная попытка здесь-бытия вернуться к себе.

«Ее чужелюбая власть привела

К насильственной жаркой могиле».

О. Мандельштам

«Воздержимся от окончательного суждения, предоставив опыту самому разрешить эту проблему». Фрейд, закрывая посвященное проблеме самоубийства заседание Венского психоаналитического общества. Ему вторит через десятилетия классик суицидологии: «На самом деле никто не знает, почему совершают суицид». *Эдвин Шнейдман «Британская энциклопедия», 1973.*

Но живые отвечают, как могут, за мёртвых, преодолевая их ритуальное молчание.

Неподдающаяся-покорная Эллен напоследок играет по своим правилам.

«Многие вещи мы вынуждены делать добровольно».

Ежи Лец

funny, self-confident: they chatted about death, God, plays, friendship. The visitor, saying goodbye, kissed her on the forehead: "I love you," and she replied: "I love you too."

In Ellen's suicide, the existential countermeaning is "to cease to be".

"If you don't have the strength to live, you must die." *Lisa* [cit. by 5].

Capitulation on all fronts entails an ominous calm (truce).

"But choosing between this life, which all turned for me in one terrible dark night, and this unknown... To live? No, no, and a thousand times no! At least peace and oblivion... I need them." *The last entry in the diary of Liza Dyakonova (age 27), January 18, 1902* [op. by 5].

Tragic existence is now realized.

Ellen dies as she lived. E. Shneidman writes about the correspondence between SB and the life style as the general pattern of suicide. The best predictor of her behavior is in her past behavior (suicide attempts). Ellen's "world project" is completed by a man-made collapse: she dies in the struggle with her nature.

"...because I will never find food to my liking." *F. Kafka "The Hunger"*

23 years after Ellen's death, when the main characters of the "case" were no longer alive, Binswanger 17 times (measured and verified) confirms the "authenticity" of suicide [2], postulating "the inevitability of the fulfillment of the meaning of life." According to the setting for the restoration of the "world of relationships", Binswanger notices, on the contrary, the inauthenticity of Ellen's "self". Ellen's suicide is an act of arbitrariness, an inevitable event in the cycle of life, a last desperate attempt to return being-here to being.

"Let us refrain from final judgment, leaving experience to solve this problem for itself." Freud, closing the meeting of the Vienna Psychoanalytic Society devoted to the problem of suicide. He is echoed decades later by the classic of suicidology: "In fact, no one knows why they commit suicide." *Edwin Shneidman, Encyclopaedia Britannica, 1973.*

But the living try to speak, as best they can, for the dead, overcoming their ritual silence.

Recalcitrant-submissive Ellen finally plays by her own rules.

"Many things we have to do voluntarily." *Jerzy Lec*

Were it not these lines that attracted the scribe Ellen in the last hour:

"To anyone, God, send his death

Не эти ли строки привлекли книжницу Эллен в последний час:

«Любому, Боже, смерть его пошла
той самой жизнью умирать,
когда нем горе, разум и любовь прошли!» ...

Человек должен осознать конечность своего бытия и отдать все силы этой жизни. Для этого он родит смерть, став смерто-родителем». *Рильке*, любимец суицидальных дев. У Гёте смерть суть «самостоятельного акта» жизни. «До тех пор, пока вы не осознали непрерывный закон умирания и рождения вновь, вы просто смутный гость на этой Земле».

Или, примирительно, на темных аллеях:
Деревьев жизнь пройдёт, леса поникнут,
Туман прольётся тихой слезою,
И пашня примет пахаря в объятия,
И лебедь через много лет умрёт.

А. Теннисон

Не вспомнила ли перепахавшую юную душу книгу:

«Великая печаль наша, что душа одинока всегда. Нет никакого слияния душ, все обман. С кем сольётся душа? Ни с матерью, которая тебя баюкала, ни с другом, ни с женою, которую покоил у сердца...». *Н. Люне*

Хочу верить, Эллен все-таки достигла лучезарной точки равновесия между прошлым и будущим.

«... есть *властолюбие* (Наполеон), а, ещё выше, *le divin orgueil* (моё слово – и моё чувство), то есть окончательное уединение, упокоение». *М. Цветаева. Из письма В.Н. Буниной. Кламар, 20 ноября 1933 г.*

Мир лечений.

Боже, почему ты оставил меня?..

Где твоё, смерть, жало, где твоя, ад, победа?

Иоанн Златоуст

Вокруг Эллен хоровод симптомов и череда целителей, синхронизируясь, составивших бы противоречивую многопрофессиональную бригаду. Эллен удостоили вниманием три гинеколога, по паре интернистов и аналитиков.

Пикническое сложение свойственно биполярным больным. Ювенильность (раннее развитие процесса) в противоречии с старообразностью.

В многоголосье профессионалов интернисты опередили психиатров. Лакмусовой бумажкой их несистематических усилий становится динамика веса Эллен и СП.

Период нелеченой болезни (переживания и поведение Эллен были её «частным делом») почти 15 лет – континуальных аффективных колебаний, сопряженных с нарушениями пищевого поведения, в предкахетическом (опасном для жизни) состоянии – первая психиатрическая помощь психоаналитика.

*to die the same life
when grief, reason and love have
passed for him!" ...*

A person must realize the finiteness of his being and give all his strength to this life. To do this, he will give birth to death, becoming a death- parent. *Rilke*, favorite author of suicidal girls. For Goethe, death is the essence of an "independent act" of life. "Until you realize the continuous law of dying and being born again, you are just a vague guest on this Earth."

Or, conciliatory, on dark alleys:

The life of the trees will pass, the forests will fall,
The fog will shed a quiet tear,
And the arable land will embrace the plowman,
And the swan will die in many years.

A. Tennyson

Did she remember the book that plowed up her young soul:

"Our great sadness is that the soul is always alone. There is no merging of souls, everything is a hoax. With whom will the soul merge? Not with your mother, who cradled you, not with a friend, not with your wife, whom you rested at your heart ... ". *N. Lune*

I want to believe that Ellen has finally reached a radiant point of balance between the past and the future.

"... there is *lust for power* (Napoleon), and, even higher, *le divin orgueil* (my word – and my feeling), that is, the final solitude, repose. *M. Tsvetaeva. From a letter to V.N. Bunina. Clamart, November 20, 1933*

The world of cures.

God, why did you leave me?

Where is your sting, death, where is your victory, hell?

John Chrysostom

Ellen is surrounded with a succession of healers who synchronized to make up a controversial multi-professional team to attend her numerous symptoms. Ellen was seen by three gynecologists, a couple of internists and analysts.

Pycnic body type is characteristic of bipolar patients. Juvenility (early development of the process) is in contradiction with oldness.

In the polyphony of the professionals, the internists were ahead of the psychiatrists. The litmus test of their non-systematic efforts is the dynamics of the weight of Ellen and her SB.

The period of an untreated illness (Ellen's feelings and behavior were her "private affair") of almost 15 years is continual affec-

Аналитики пользовали Эллиен около года в сферах влечений, по Фрейд:

«наблюдаемые феномены должны уступить место предполагаемым стремлениям».

Проясняли чувства, но не помогли пережить их.

Уклоняется прямо или косвенно (пассивная агрессивность) от следования предписаниям. Неудовлетворённость лечением приводила к смене врачей и/или обрыву невнятной терапии (онер рискованного поведения) и СП. Самолечение – ипостась рискованного поведения. Злоупотребляет слабительными и снижающими аппетит препаратами (тиронин, возможно, назначен в связи с микседемой). Побочные действия (дозозависимые) препарата: возбудимость, двигательная расторможенность, нарушения сна, потливость, тахикардия усугубляют подлежащую хроническую тревогу (её психический и соматический компоненты).

Длительность клиничко-санаторного лечения 4,5 месяца. (При)альпийские санатории у Т. Манна или Э-М. Ремарка – хронотоп с неспешным ходом жизни и ритуалами измерения температуры. Лечение в клинике и санатории (всего 2,5 месяца) ненавязчиво, как дистанцированная речевая терапия Бинсвангера дважды в день. Современный комментатор [9] допускает вытесненное гомосексуальное влечение Бинсвангера к Карлу или наоборот, но чем занимала себя Эллиен вне салона, отпустили ли её на время «тени тревоги и страхов». Возможен приём успокоительных (снотворных).

«Анну О.» из избранного набора «случаев» Фрейда потчевали хлоралом.

У Бинсвангера – собственная лаборатория, учреждение, на зависть Фрейд. Кушетка как вариант истеблишмента, вне (или над) времени и социальной жизни и (отчасти) клинического опыта, растворяется в дымке при распространении практики анализа в институциональных условиях (первая клиника Эллиен).

Бинсвангера не привлекают результаты лечения при пристрастной экспликацией экзистенциальных принципов («побег в болезнь», как в тибетский монастырь). Подход к Эллиен показывает отказ от «телеологии лечения» и сдерживания (закрытое отделение – равносильно смерти, а не спасение).

Трагические рефрен и кода Эллиен –

«Я кричу, но они не слышат меня»,

– годны для самоэпитафии.

Р. Мэй [10] выделяет среди модусов бытия-в-мире мир взаимоотношений, «со-бытия». По М. Буберу, в отношении «Я – Ты» диалог, взаимное признание. За 10 лет лечения не связанными функционально и идео-

utive fluctuations associated with eating disorders, in a pre-cachetic (life-threatening) state – the first psychiatric help of a psychoanalyst.

Analysts treated Ellen for about a year in the areas of attraction, according to Freud: "observed phenomena must give way to supposed aspirations."

Her feelings were clarified, but it did not help to overcome them.

She keeps deviating directly or indirectly (passive aggressiveness) from following the instructions. Dissatisfaction with treatment led to a change of doctors and/or interruption of slurred therapy (oner of risky behavior) and SB. Self-medication is a hypostasis of risky behavior. Ellen abuses laxatives and appetite-reducing drugs (thyronine, possibly prescribed in connection with myxedema). Side effects (dose-dependent) of the drug: excitability, motor disinhibition, sleep disturbances, sweating, tachycardia aggravate underlying chronic anxiety (its mental and somatic components).

The duration of clinical and sanatorium treatment is 4.5 months. (Pri)alpine sanatoriums described by T. Mann or E-M. Remarque is a chronotope with a leisurely course of life and temperature measurement rituals. Treatment in the clinic and sanatorium (only 2.5 months) is unobtrusive, like Binswanger's distant speech therapy twice a day. A modern commentator [9] admits Binswanger's repressed homosexual attraction to Karl, or vice versa, but what Ellen occupied herself with outside the salon, if she was released for a while by "shadows of anxiety and fears" remains unknown. She might have been given sedatives (sleeping pills).

"Anna O" from a select set of Freud's "cases" was treated with chloral.

Binswanger has his own laboratory, an institution that Freud envy. The couch as a variant of the establishment, outside (or above) time and social life and (partially) clinical experience, dissolves in a haze with the spread of the practice of analysis in institutional settings (Ellen's first clinic).

Binswanger is not attracted by the results of treatment with a biased explication of existential principles ("escape into illness", as in a Tibetan monastery). The approach to Ellen shows a rejection of the "teleology of treatment" and containment (a closed department is tantamount to death, not salvation).

Tragic refrain and Ellen's coda –
"I scream but they don't hear me"
is suitable for self-epitaphs.

R. May [10] singles out among the modes of being-in-the-world the world of

логически врачами, Эллиен не нашла «исцеление через встречу». Общее препятствие психотерапевтической цели [4] – врачи (консультанты) не отнеслись к Эллиен гуманно и уважительно, как к уникальной личности, низведя её до обезличенного объекта вмешательства («вещи»), неспособного отвечать за свою жизнь, с обманчивыми переживаниями.

В духе ли «тогдашней психиатрии» – вопрос.

Аналитики и Бинсвангер следуют принципам традиционной медицинской этики задолго до рождения биоэтики. Психотерапевтический диалог опирается на доверие, разумные суждения и добродетели как личные достоинства. Эллиен вовлечена в построение объяснительных гипотез, осведомлена о диагнозах (озадачена и удручена) и печальной альтернативе лечения, свободна в планировании будущего (увы, суицида).

«... всю правду» в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьезности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного». Э. Кречмер «*Медицинская психология*»

Если, по Фрейд, врач – не философ, то пациент, принимающий решение о своём лечении или отказе от него, может им быть. Самоубийство предсказано при уважении выбора Эллиен проекта существования, пусть неудачного. Естественная смерть приходит как «внешняя судьба», но добровольный уход из жизни задаёт вопрос:

«где начинается вина и кончается судьба» [2].

Мир диагнозов.

Одна из самых распространённых болезней – ставить диагноз. Карл Краус

«Трудный пациент» обрастает диагнозами. Интернисты отметили физическое неблагополучие с клинически значимыми (более 10%) резкими колебаниями веса и аппетита, проблемами щитовидной железы (при злоупотреблении тироксином) и задержкой месячных до аменореи, выраженную астению, утяжеляемую депрессией. Психиатрическим учреждениям предшествовал санаторий для эндокринных больных.

Ортодоксальные аналитики Эллиен полагали симптомы ограниченного репертуара переложением типичной буржуазной женской судьбы на язык осязаемых телесных выражений и назад, к глухой самоизоляции. Аналитик-1 утром после повторного самоотравления констатирует «истерическое сумеречное состояние».

Среди больничных «шизофреников всех мастей» Шарль-Эрнест Ласег (Lasègue) в 1873 году выявил «парадоксально оживлённых» (в отличие от голодных бедняков)

relationships, "co-existence". According to M. Buber it is dialogue, mutual recognition in relation to "I – You". After 10 years of treatment by functionally and ideologically unrelated physicians, Ellen has not found "healing through the meeting." A common obstacle to the psychotherapeutic goal [4] is that doctors (consultants) did not treat Ellen humanely and respectfully, as a unique person, reducing her to an impersonal object of intervention ("thing"), unable to take responsibility for her life, with deceptive experiences.

Whether it was in the spirit of "then psychiatry" remains a question.

Analysts and Binswanger follow the principles of traditional medical ethics long before the birth of bioethics. The psychotherapeutic dialogue is based on trust, reasonable judgment and virtues as personal virtues. Ellen is involved in the construction of explanatory hypotheses, aware of the diagnoses (perplexed and dejected) and the sad alternative to treatment, free to plan for the future (alas, suicide).

"All truth" in a sharp form can be only accepted by a few, especially the sick ones. The most difficult prognosis can be given in such a form that, with the full seriousness of the judgment and the truth, there will be a small trace of hope, and this is enough for the patient. E. Kretschmer "*Medical Psychology*"

If, according to Freud, the doctor is not a philosopher, then the patient, who decides whether to treat himself or not, may be one. Suicide is foretold while respecting Ellen's choice of the project of existence, albeit an unfortunate one. Natural death comes as "outer destiny," but voluntary death begs the question:

"where guilt begins and fate ends" [2].

The world of diagnoses.

One of the most common diseases is to make a diagnosis. Karl Kraus

The "difficult patient" accumulates diagnoses. Internists noted physical distress with clinically significant (more than 10%) sharp fluctuations in weight and appetite, thyroid problems (with thyroxine abuse) and delayed menstruation to amenorrhea, severe asthenia aggravated by depression. Psychiatric institutions were preceded by a sanatorium for endocrine patients.

Orthodox analysts considered the symptoms of a limited repertoire to be a transposition of a typical bourgeois female fate into the language of tangible bodily expressions and back to deaf self-isolation. In the morning after repeated self-poisoning the first Analyst reports a "hysterical twilight state."

дев 15-20 лет из буржуазных семей с «истерической анорексией» вследствие психологических факторов, как боязнь предстоящего замужества. Поведение объяснялось и желанием контролировать окружающих, стать центром внимания, избежать обязанностей жены и уцепиться за ускользающее детство.

В декабре 1919 года Э. Крепелин находит у истощённой донельзы Эллен «врождённую меланхолию» с сопутствующими «навязчивостями» (не исключено, что они когда-нибудь покинут страдальцу). Диагноз в русле дименсионального подхода (писал о «мультинаправленности» нозологии) соответствует сквозному (осевому) симптомокомплексу и поперечному – в момент осмотра.

Спустя два месяца аналитик-2 оспаривает Крепелина: «тяжёлый невроз навязчивых состояний, сопровождаемый маниакально-депрессивными колебаниями». Вольность закрывшего ладошкой светило объяснима: психоанализ – отдельное государство, уточняющее суверенные границы и выбирающее кумиров. Однако замечает подъёмы аффекта («поцарапай депрессию – увидишь манию» и наоборот).

Элен озадачена разнобоям мнений врачей.

Диагноз от Бинсвангера сходен с крепелиновым: «довольно тяжёлый случай циклотимической депрессии с ... сильным чувством тревоги и временными мыслями о самоубийстве», вскоре сменен на параною и незамедлительно – на шизофрению.

Бинсвангер не видел Эллен «случае нервной анорексии»: не утрачен аппетит, а переизбыток заполняет экзистенциальный вакуум. Не сомневался, вкупе с Блейлером (первый стажировался у второго), в шизофрении (одной из) с изначально неутешительным прогнозом протяжения по причине «врождённого эгоизма».

Бинсвангер неспешно поднял вымпел феноменологии в 1922 г, в 1944-45 годах (спустя почти четверть века после смерти Эллен) сформулировал постулаты нового учения (метод провозглашен состоявшимся на первом Международном конгрессе психиатров в Париже в 1950 году), представив ретроспективный «дизайн-анализ» (Daseins-Analyse) ипостасей здесь-бытия и миров Эллен на более 30 страницах петитом в четырех обширных статьях в *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* как пример шизофрении. Затем Эллен находим среди пяти пространственных случаев в «Введении в шизофрению».

На нелёгком пути познания и размышлений очевидна преемственность клинической и терапевтической практики.

Бинсвангер обосновывает диагноз шизофрении с

Among the hospital "schizophrenics of all stripes" Charles-Ernest Lasègue in 1873 identified "paradoxically lively" (as opposed to the hungry poor) girls of 15-20 years old from bourgeois families with "hysterical anorexia" due to psychological factors, such as fear of impending marriage. Behavior was also explained by the desire to control others, to become the center of attention, to avoid the duties of a wife and to cling to an elusive childhood.

In December 1919, E. Kraepelin finds in the utterly exhausted Ellen "congenital melancholy" with accompanying "obsessions" (it is possible that they will someday leave the sufferer). Diagnosis in line with the dimensional approach (he wrote about the "multidirectionality" of nosology) corresponds to a through (axial) symptom complex and a transverse one – at the time of examination.

Two months later, the second analyst disputes Kraepelin: "severe obsessive-compulsive disorder accompanied by manic-depressive fluctuations." The freedom of the one who closed the luminary with his palm is understandable: psychoanalysis is a separate state, clarifying sovereign borders and choosing idols. However, he notices rises in affect ("scratch depression – you will see mania" and vice versa).

Helen is puzzled by the disparity of doctors' opinions.

Binswanger's diagnosis is similar to Kraepelin's: "a rather severe case of cyclothymic depression with ... intense anxiety and temporary suicidal thoughts", soon changed to paranoia and immediately schizophrenia.

Binswanger didn't see Ellen as a "case of anorexia nervosa": no appetite lost, overeating filling an existential vacuum. I had no doubt, together with Bleuler (the second was an intern of the first), in schizophrenia (one of) with an initially disappointing prognosis due to "innate egoism".

Binswanger slowly raised the pennant of phenomenology in 1922, in 1944-45 (almost a quarter of a century after Ellen's death) formulated the postulates of a new doctrine (the method was proclaimed held at the first International Congress of Psychiatrists in Paris in 1950), presenting a retrospective "dasein analysis" (Daseins - Analysis) Here-Being Persons and Ellen's Worlds in over 30 petite pages in four extensive articles in *Schweizer Archive für Neurologie und Psychiatrie* as an example of schizophrenia. Ellen is then found among five lengthy cases in Introduction to Schizophrenia.

On the difficult path of knowledge and

антропологической позиции в отсутствие вторичных симптомов (бреда и галлюцинаций), блокирования мышления или стереотипий при ряде нешизофренических черт в дополнение к преимущественно аффективно отягощенной наследственности. Утверждает сквозь путаницу и расплывчатость симптоматики, прогрессирующее сужение, потерю силы и «обыденность» (*Verweltlichung*) психопатологически выраженного опустошения личности, типичного для шизофренического «рубца» (клиническая картина, по МКБ-10, соответствует простой форме шизофрении). Шизофрения представлена «процессом экзистенциального опустошения» с переходом во всё более зависимый (несвободный) объект, «странный для самого себя» при расщеплении согласованности опыта на альтернативы, на жесткое или ... подчинении экзистенциально чуждым силам (курсив Бинсвангера [11] естественного опыта «позволить вещам быть», безмятежно пребывать среди них. «Вещи» (денотативная сфера А.М. Пятигорского) служат онтологическим основанием семиотического подхода к шизофрении в Daseins-анализе. Эллиен властно распоряжается «вещами» вокруг себя, диктуя им, какими быть (помним аналитика-1), она же – жертва, игрушка и пленник контрастных страстей. В изменившемся отношении к миру и преувеличенном внимании к себе – «ядро шизофренического аутизма» (одно из коренных «А» Блейлера). Источник болезни, по Бинсвангеру, в «идиотической позиции» Эллиен (идиот с греч. – не участвующий в общественных делах) на смену истощенному альтруистическому накалу.

Для Блейлера *schizophrenia simplex* несомненна, иностранный гость Гош замечает прогрессирующую психопатическую конституцию (психоастению, обсессивно-компульсивное расстройство), не выявив «обязательный» для шизофрении дефект интеллектуальной сферы.

Эллиен примыкает, по классификации Гоша, к «психически мертвым»: без ясного воображения и чувств, желаний или решимости, возможности развивать *мировоззрение* или отношения к окружающей среде.

Оба исключают невроз навязчивых состояний и маниакально-депрессивный психоз (нет очерченных мантиакальных фаз).

Эллиен в курсе дебатов психиатров, смиренно называет себя

«сломанным механизмом, стремящимся бесконтрольно к саморазрушению».

22 марта 1921 г. (за неделю до выписки из санатория) последняя дневниковая запись:

reflection, the continuity of clinical and therapeutic practice is obvious.

Binswanger justifies the diagnosis of schizophrenia from an anthropological standpoint in the absence of secondary symptoms (delusions and hallucinations), thought blocking, or stereotypes in a number of non-schizophrenic traits in addition to a predominantly affectively burdened heredity. He affirms through the confusion and vagueness of the symptoms, the progressive narrowing, loss of strength and "ordinary" (*Verweltlichung*) psychopathologically pronounced devastation of the personality, typical of a schizophrenic "scar" (the clinical picture, according to ICD-10, corresponds to a simple form of schizophrenia). Schizophrenia is represented by a "process of existential devastation" with a transition to an increasingly dependent (non-free) object, "strange to itself" while splitting the consistency of experience into alternatives, into rigid or ... subordination to existentially alien forces (Binswanger's italics) [11] of natural experience "to allow things to be", to stay serenely among them. "Things" (the denotative sphere of A.M. Pyatigorsky) serve as the ontological basis of the semiotic approach to schizophrenia in Daseins analysis. Ellen powerfully disposes of the "things" around her, dictating to them what to be (remember the first Analyst), she is also a victim, a toy and a prisoner of contrasting passions. In the changed attitude to the world and exaggerated attention to oneself – "the core of schizophrenic autism" (one of Bleuler's root "A"). The source of the disease, according to Binswanger, in Ellen's "idiotic position" (an idiot from Greek means not participating in public affairs) to replace the exhausted altruistic intensity.

For Bleiler *schizophrenia simplex* is undoubted, the foreign guest Gosh notices a progressive psychopathic constitution (psychasthenia, obsessive-compulsive disorder), without revealing a defect in the intellectual sphere that is "mandatory" for schizophrenia.

Ellen is, according to Ghosh's classification, "mentally dead": without a clear imagination and feelings, desires or determination, the ability to develop a *worldview* or attitude towards the environment.

Both exclude obsessive-compulsive disorder and manic-depressive psychosis (no delineated mantic phases).

Ellen is aware of the psychiatric debate, humbly refers to herself as

"a broken mechanism, striving uncontrollably towards self-destruction."

March 22, 1921 (a week before discharge from the sanatorium) the last diary

«Поскольку отныне я более не меланхолик, болезнь явилась во всей наготе... умереть необходимо».

Утро, XXI век: Что он Гекубе, что ему Гекуба...

Цель экзистенциальной психотерапии не объяснить патологию набором категорий, но понять целостную структуру «бытия-в-мире» философским, а не строго научным образом. Художественно одаренная натура, склонная к самоанализу – находка для Бинсвангера. При детальном обсуждении внутренней картины жизни в болезни Эллен и ее неоднозначного объяснения важна квалификация ее клинической картины в свете современных психиатрических классификаций.

Осевая симптоматика Эллен с раннего возраста – аффективно-неврозоподобного уровня в виде континуальных резких (стихи - «барометр») субсиндромальных циклотимических колебаний со сполохами краткосрочных подъёмов и возможных (гнев, дисфория не прописаны) смешанных аффективных расстройств (определяющих неустойчивость настроения), сочетанных с тревогой и достигающих степени раптуса. Эллен-подросток «доросла» до смешанного расстройства поведения и эмоций (F.92). Горячечные энтузиазм идеалиста, экстаз любви сменяют чувства вины, стыда, обеспокоенности, самоуничижения, разочарования. Резкие мировоззренческие перемены («жизнь делать с кого»), хаотическая деятельность / учёба обусловлены аффективно изменчивым фоном и амбивалентным Я.

В юности присоединены рыхло связанные с аффектом нарушения пищевого поведения, выходящими, наряду с СП, по выраженности и клинико-социальным последствиям на передний план и ставшие поводами обращения к психиатрам (точка завершения многолетнего периода нелеченой болезни). Повторное СП стало формальным основанием первой госпитализации и ... выписки из последней в жизни клиники.

У Эллен в анамнезе не менее одного эпизода (соблюден временной критерий) клинической («большой», по DSM) депрессии с «атипичными» чертами, как при БАП («непривычная» гиперсомния, гиперфагия – в дебюте расстройства), открытой психосоциальному дистрессу. Видима связь с сезоном, неблагоприятными жизненными событиями, их кумуляцией.

Показательны расстройства само- и мироощущения и внутренних устремлений: депрессивные деперсонализация-дереализация «одиночества в толпе», «инакости», самоуничижения, отделения от мира.

Длительные эпидемиологические исследования

entry: “Because from now on I am no longer a melancholic, the disease has appeared in all its nakedness ... it is necessary to die.”

Morning, XXI century: What is he Hecuba, what is Hecuba to him ...

The goal of existential psychotherapy is not to explain pathology in terms of a set of categories, but to understand the whole structure of "being-in-the-world" in a philosophical rather than strictly scientific way. An artistically gifted nature prone to introspection is a godsend for Binswanger. In a detailed discussion of the internal picture of life in Ellen's illness and her ambiguous explanation, it is important to qualify her clinical picture in the light of modern psychiatric classifications.

Ellen's axial symptomatology from an early age – an affective-neurosis like level in the form of continual sharp (verses are the "barometer" here) subsyndromal cyclothymic fluctuations with flashes of short-term rises and possible (anger, dysphoria are not registered) mixed affective disorders (determining mood instability), combined with anxiety and reaching the degree of raptus. Ellen, a teenager, has "grown up" to a mixed disorder of behavior and emotions (F.92). The feverish enthusiasm of the idealist, the ecstasy of love are replaced by feelings of guilt, shame, anxiety, self-abasement, disappointment. Sharp worldview changes (“life to do with whom”), chaotic activity/study are due to an affectively changeable background and an ambivalent self.

In adolescence, loosely affect-related eating disorders are attached, which, along with SB, come forward in terms of severity and clinical and social consequences and become reasons for turning to psychiatrists (the end point of a long period of untreated illness). Repeated SB became the formal basis for the first hospitalization and ... discharge from the last clinic in her life.

Ellen has a history of at least one episode (time criterion met) of clinical (“major”, according to DSM) depression with “atypical” features, as in bipolar disorder (“unaccustomed” hypersomnia, hyperphagia – at the onset of the disorder), open to psychosocial distress. We can see the connection with the season, adverse life events, their cumulation.

Disorders of self-attitude and world-attitude and inner aspirations are indicative: depressive depersonalization – derealization of “loneliness in the crowd”, “otherness”, self-abasement, separation from the world.

Long-term epidemiological studies [classic – 12] have indicated a close rela-

[классические – 12] указали тесную взаимосвязь депрессивного расстройства и тревоги.

С 20 лет депрессивная тревога (или тревожная депрессия) Эллен канализирована в страх полноты.

Апокриф: мать грациальной по жизни Одри Хепберн, оттянув складку девичьего тельца, веско заметила, что мужчину не удержать при весе более 46 кг.

Эллен после детского неприятия стороннего мнения трепетно чувствительна к критике второстепенного окружения.

«В 18 лет заботит, что о вас думают; в 40 лет наплевать на то, что о вас думают; в 60 – знаете, что никто вообще не думает о вас». *Джон Фаулз*

Затем Эллен плывёт (скорее – барахтается-захлебывается) по проложенному значимыми для неё лицами руслу (резиньяция) послежизни, всё более доверяясь мужу, отдаваясь на милость профессионалам – выученная беспомощность.

Самоограничение в еде следует за случайными насмешками подружек, но зерно падает в предуготованную почву низкой жизнестойкости (стрессоустойчивости).

Неустанную погоню за худобой психоаналитик объяснит отчаянным поиском независимости и уважающей себя идентичности.

В «голоде я король». *Никос Казандзакис «Путешествия по Испании»*

Волны отчаяния и приливов радости, потаенного гнева (?) и тихого послушания [6] сопровождаются, затмевая их, импульсивным обжорством. На меру одиночества и отчаяния указывает истязания иезуитским постом.

Надя у Пьера Жане страдала анорексией. Её ежедневное меню (которым она сводила с ума членов семьи) включало несколько ложек бульона, желток, чайную ложку уксуса и чашку крепкого чая с лимоном. Её ночным кошмаром было растолстеть, как растолстела её мать; она хотела быть лёгкой – такой представляла свою личность. Все, имеющее отношение к еде, вызывало стыд. Никому не было позволено видеть или слышать, как она глотает. Ненавидела своё тело и удаляла лобковые волосы: хотела остаться маленькой девочкой. Ведь «большую» меньше любят.

Переедание споро, но ненадолго избавляет от эмоционального дистресса, но влечёт мучительные стыд и вину за «слабость», неукротимое желание очередного (автоматизированного) действия для облегчения новой боли, тем замыкая порочный круг душевных и физических страданий. Эллен все труднее видеть себя-реальную, понять, что ценит, во что верит, что предпочитает в противовес экзистенциальной «потерянности». Неразумные подружки по несчастью

relationship between depressive disorder and anxiety.

From the age of 20, Ellen's depressive anxiety (or anxious depression) has been channeled into a fear of becoming fat.

Apocrypha: the mother of graceful life Audrey Hepburn, pulling back the fold of a girl's body, weightily noticed that you cannot keep a man weighing less than 46 kg.

Ellen, after a childhood rejection of third-party opinion, is tremulously sensitive to criticism of a secondary environment.

“At 18, you care what they think of you; at 40, don't give a damn about what they think of you; at 60, you know that no one thinks about you at all. *John Fowles*”

Then Ellen floats (rather – flounders and chokes) along the afterlife channel (resignation) laid by significant persons for her, trusting her husband more and more, surrendering to the mercy of professionals – learned helplessness.

Self-restraint in food follows the occasional teasing of girlfriends, but the grain falls into the prepared soil of low vitality (stress tolerance).

The psychoanalyst will explain the relentless pursuit of thinness as a desperate search for independence and a self-respecting identity.

In "hunger I am the king". *Nikos Kazantzakis "Travelling around Spain"*

Waves of despair and tides of joy, hidden anger (?) and quiet obedience [6] are accompanied, overshadowing them, by impulsive gluttony. To measure loneliness and despair indicates the torture of the Jesuit fast.

Nadia at Pierre Janet suffered from anorexia. Her daily menu (with which she drove family members crazy) included several spoons of broth, egg yolk, a teaspoon of vinegar and a cup of strong tea with lemon. Her nightmare was to get fat, like her mother got fat; she wanted to be light – this is how she imagined her personality. Everything related to food caused shame. No one was allowed to see or hear her swallow. She hated her body and removed her pubic hair: she wanted to remain a little girl. After all, “big girls” are less loved.

Overeating quickly but briefly relieves emotional distress, but entails excruciating shame and guilt for “weakness”, an indomitable desire for another (automated) action to alleviate new pain, thereby closing the vicious circle of mental and physical suffering. Ellen finds it increasingly difficult to see herself as real, to understand what she values, what she believes in, what she prefers, as opposed to existential “lostness”.

Эллен (с пониженной социальной ответственностью) в качестве дезадаптивного совладания пустились бы здесь во все тяжкие, чтобы ощутить жизнь и быть кому-то, хоть на академический час, нужной.

«Человек – существо, которое может осознавать своё существование и, следовательно, нести за него ответственность». *Ролло Мей*

«Политетическая» МКБ-10 использует перечень признаков (сложенный в симптомокомплекс) в отличие от феноменологического (антропологического) подхода – целостного, ориентированного на рисунок феномена в жизни больного [цит. по 13].

Хроническая опустошённость, напряжённые и нестабильные межличностные отношения (рябь смены идеализации и обожания на обесценивание, горячей веры и разочарования любимыми или терапевтами – феномен расщепления), саморазрушающее поведение в виде несуйцидальных самоповреждений («самоизбиения»), эквивалентов СП в виде рискованного поведения и уклонения от «жизнеспасающего» лечения, самолечения, голодания и переедания. Попытки контроля и избегания отрицательных эмоций приводят к самоизоляции, несуйцидальным самоповреждениям и СП [14].

Эллен обуреваема надеждой в начале нового лечения, проникается очередным врачом, но рано-скоро попадает в привычное отчаяние (мужество слабых).

... тот, кто быстро пламенеет, тот охладевает вмиг!
И.Кальман «Сильва»

Очевидно снижение уровня социализации при относительно высоком образовательном цензе, интеллектуальном развитии, развитой сети профессиональной и неформальной поддержки. Эллен «проваливается» меж её ячей. Долгосрочные цели в отношениях и карьере туманны. Вместе с нарушениями настроения идеализация и обесценивание могут подтачивать отношения с семьёй, друзьями и коллегами. Страстно желая близких отношений, склонна к опасным, избегающим, амбивалентным или полным страха моделям преданности, видит мир враждебным. Хронический дистресс и конфликты в романтических отношениях, снижен уровень удовлетворённости партнёром (?).

Диагноз шизофрении, ввергнувший в последний омут отчаяния Эллен, не соответствует ограничительным критериям МКБ-10, критикуемой как упрощённую «бухгалтерию симптомов».

Клиническая картина и не обязательный для диагноза симптомокинез (динамика расстройства) наиболее соответствуют следующим нозографическим единицам.

Unreasonable girlfriends in misfortune Ellen (with reduced social responsibility), as a maladaptive coping, would go all out here in order to feel life and be needed by someone, at least for an academic hour.

“Man is a being who can be aware of his existence and therefore be responsible for it.” *Rollo May*

"Polythetic " ICD-10 uses a list of signs (folded into a symptom complex) in contrast to the phenomenological (anthropological) approach – a holistic, pattern-oriented phenomenon in the patient's life [cit. according to 13].

Chronic emptiness, tense and unstable interpersonal relationships (ripples from idealization and adoration to devaluation, ardent faith and disappointment with loved ones or therapists – a splitting phenomenon), self-destructive behavior in the form of non-suicidal self-harm (" self -beating "), SB equivalents in the form of risky behavior and avoidance of " life-saving " treatment, self-medication, fasting and overeating. Attempts to control and avoid negative emotions lead to self-isolation, non- suicidal self-harm, and SB [14].

Ellen is overwhelmed with hope at the beginning of a new treatment, imbued with the next doctor, but soon falls into habitual despair (courage of the weak).

... the one who quickly blazes, he cools down in an instant! *I. Kalman "Silva"*

Obviously, the decrease in the level of socialization with a relatively high educational qualification, intellectual development, and a developed network of professional and informal support. Ellen "falls through" between her cells. Long-term relationship and career goals are nebulous. Along with mood disturbances, idealization and devaluation can undermine relationships with family, friends, and colleagues. Craving close relationships, prone to dangerous, avoidant, ambivalent or fearful patterns of commitment, sees the world as hostile. Chronic distress and conflicts in romantic relationships, decreased partner satisfaction (?).

The diagnosis of schizophrenia, which plunged Ellen into the last pool of despair, does not meet the restrictive criteria of ICD-10, criticized as a simplistic "accounting for symptoms."

The clinical picture and symptomokinosis (disorder dynamics) not mandatory for diagnosis are most consistent with the following nosographic units.

Borderline Personality Disorder (BPD) has been in the DSM-III since 1980

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) представлено в DSM-III с 1980 года (Эллен в могиле уже 60 лет) и в МКБ – спустя 10 лет. В МКБ-10 (F60.31) ПРЛ означает тип эмоционально неустойчивого расстройства личности.

Диагностические критерии ПРЛ в DSM-V взамен категориального описания, разделены на следующие измерения («дименсии»), узнаваемые у Эллен:

1) нестабильность межличностных отношений (интенсивные, напряжённые и нестабильные с чередованием крайностей идеализации и обесценивания) при опасении одиночества;

2) когнитивные расстройства в виде деперсонализации / дереализации и нарушений идентичности (заметная и стойкая неустойчивость образа Я, постоянное чувство опустошённости);

3) аффективно-эмоциональные: переменчивый аффект с тревогой, несколько часов, а не дней;

4) поведенческая дисрегуляция (импульсивность как ключевая черта в виде самоповреждающего поведения, в том числе в виде переедания). Стрессогенные параноидные идеи, неконтролируемый гнев, вербальная и / или физическая агрессия (особо к близким) у интеллигентнейшей Эллен не отмечены или опущены (вымараны) повествователями.

В диагностике личностных расстройств в МКБ -11 тот же подход. Основное внимание – обобщённой оценке снижения личностно-социального и трудового функционирования (осевой признак DSM), когнитивного и эмоционального опыта, риску причинения вреда себе и окружающим. Диагноз определён характерными чертами домена как негативная аффективность или ананкастия. Ранжир тяжести клинико - функциональных нарушений объективизирует выбор, условия и арсенал (интенсивность) лечения, отчасти – прогноз ПРЛ.

История болезни Эллен выходит за размытые границы ПРЛ. Клиническая картина (ведущий симптомокомплекс) Эллен изменчиво, и в разные месяцы (дни) соответствует разным диагнозам при оценке «здесь и сейчас».

Истинная коморбидность – две сосуществующих в одном теле (разделённой душе Эллен) болезни, не связанные друг с другом. В повседневной практике нозографические единицы, особенно когда одна из них – депрессия, усугубляют друг друга.

Коморбидные психические расстройства у большинства (до 85%) больных ПРЛ [15] представлены большей частью депрессивными (80-95%) и/или тревожными (90%) с рыхлой связью с расстройствами пищевого поведения (55%).

Согласно категориальному подходу, Эллен с ви-

(Ellen has been in the grave for 60 years) and in the ICD 10 years later. In ICD-10 (F 60.31) BPD means a type of emotionally unstable personality disorder .

The diagnostic criteria for BPD in the DSM-V, instead of a categorical description, are divided into the following dimensions ("dimensions"), recognizable in Ellen:

1) instability of interpersonal relationships (intense, tense and unstable with alternating extremes of idealization and devaluation) with fear of loneliness; 2) cognitive disorders in the form of depersonalization/derealization and identity disorders (a noticeable and persistent instability of the self-image, a constant feeling of emptiness); 3) affective-emotional: changeable affect with anxiety, several hours, not days; 4) behavioral dysregulation (impulsivity as a key feature in the form self-injurious behavior, including overeating). Stressful paranoid ideas, uncontrollable anger, verbal and / or physical aggression (especially towards relatives) in the most intelligent Ellen are not noted or omitted (blacked out) by the narrators.

In the diagnosis of personality disorders in the ICD-11, the same approach. The focus is on a generalized assessment of the decline in personal-social and work functioning (DSM core feature), cognitive and emotional experience, the risk of harm to oneself and others. The diagnosis is defined by the characteristic features of the domain as negative affectivity or anancastia. The ranking of the severity of clinical and functional disorders objectifies the choice, conditions and arsenal (intensity) of treatment, in part – the prognosis of BPD.

Ellen's medical history goes beyond the blurred boundaries of BPD. The clinical picture (the leading symptom complex) of Ellen is variable, and in different months (days) corresponds to different diagnoses when assessed "here and now".

True comorbidity is two diseases coexisting in the same body (Ellen's divided soul) that are not related to each other. In everyday practice, nosographic units, especially when one of them is depression, exacerbate each other.

Comorbid mental disorders in the majority (up to 85%) of patients with BPD [15] are mostly depressive (80-95%) and/or anxious (90%) with a loose connection with eating disorders (55%).

According to the categorical approach, Ellen with vital depression, ideas of self-abasement and an obsessive (overvalued) fear of fullness appears to be suffering from

тальной подавленностью, идеями самоуничтожения и навязчивым (сверхценным) страхом полноты представляется страдающей депрессией и обсессивно-компульсивным расстройством с фасадными нарушениями пищевого поведения. Личностному расстройству отведена отдельная ось DSM.

После перевода на английский Эллен интернационально известна как классический пример нервной анорексии, подтипа переедания-очищения (bingeing-purging). В МКБ различные категории расстройств пищевого поведения взаимоисключающие, поэтому их нельзя диагностировать одновременно.

Нервная анорексия (F50.0 по МКБ-10) означает преднамеренное снижение веса, чаще девочками-подростками и молодыми женщинами, нередко скрывающими переживания и причины особого поведения (Эллен открылась не очень зоркому мужу на третий год брака). Для достоверного диагноза достаточно признаков: а) вес $\geq 15\%$ менее ожидаемого (индекс массы не известен); б) потеря веса вызвана Эллен за счёт избегания пищи, которая «полнит», вызывания рвоты, приёма слабительных, чрезмерных физических нагрузок, использование средств, подавляющих аппетит (гормон щитовидной железы); в) навязчивый и/или сверхценный страх ожирения (*страх ожирения* включен и в критерий искажения образа тела): допустим лишь низкий вес; г) аменорея (согласно «весовому порогу менструации»), снижение функции тиреоидного гормона («микседема»).

Старообразность и полнота – образ бывшей хорошенькой курсистки Н. Крупской после ножа Кохера.

Среди критериев нервной анорексии МКБ не обязательна гиперактивность, характерная особенность Эллен (при возможном смешанном аффективном состоянии). Аппетит может быть сохранен и повышен, особо на ранних этапах расстройства. Снижение аппетита / похудание отчасти объясняет депрессия. Эллен совершала виртуальные пиршества, собирая кулинарную книгу и потчивая гостей. В анамнезе эпизоды анорексии с ремиссиями по нескольким месяцам.

Нервная булимия (F50.2). Для достоверного диагноза у Эллен следующие признаки: а) постоянная озабоченность едой и непреодолимое периодическое переедание; б) противодействие «полноте» посредством повторной рвоты (объясняющей мышечную слабость и «дрожь» не только тревогой), передозировкой слабительных, периодами голодания, подавляющих аппетит тиреоидных гормонов; в) страх ожирения. Эллен устанавливает предел веса, намного ниже оптимального.

depression and obsessive-compulsive disorder with facade eating disorders. Personality disorder is assigned a separate DSM axis.

After being translated into English, Ellen is internationally known as a classic example of anorexia nervosa, a subtype of bingeing – purging. In the ICD, the different categories of eating disorders are mutually exclusive, so they cannot be diagnosed at the same time.

Anorexia nervosa (F50.0 according to ICD-10) means deliberate weight loss, more often by teenage girls and young women, often hiding experiences and reasons for special behavior (Ellen opened up to her not very vigilant husband in the third year of marriage). For a reliable diagnosis, the following signs are sufficient: a) weight $\geq 15\%$ less than expected (mass index not known); b) weight loss caused by Ellen by avoiding fattening foods, inducing vomiting, taking laxatives, excessive exercise, use of appetite suppressants (thyroid hormone); c) obsessive and/or overvalued fear of obesity (*the fear of obesity* is also included in the criterion of distortion of body image): only low weight is acceptable; d) amenorrhea (according to the "weight threshold of menstruation"), decreased function of thyroid hormone ("myxedema").

Old-fashionedness and fullness – the image of the former pretty student N. Krupskaya after the Kocher knife.

Among the criteria for anorexia nervosa, the ICD does not necessarily include hyperactivity, a characteristic feature of Ellen (with a possible mixed affective state). Appetite may be preserved and increased, especially in the early stages of the disorder. Decreased appetite/weight loss partly explains the depression. Ellen made virtual feasts, collecting a cookbook and serving guests. History of episodes of anorexia with remissions for several months.

Bulimia nervosa (F50.2) For a reliable diagnosis, Ellen has the following signs: a) constant preoccupation with food and irresistible occasional overeating; b) counteracting "fullness" through repeated vomiting (explaining muscle weakness and "trembling" not only with anxiety), overdose of laxatives, periods of fasting, appetite-suppressing thyroid hormones; c) fear of obesity. Ellen sets a weight limit, well below the optimum.

Let's imagine bulimia as a stage of anorexia with fear of getting fat, and not vice versa. Anorexia/bulimia should be distinguished from Ellen's depressive disorder. However, chronologically, depression pre-

Булимию представим этапом анорексии со страхом растолстеть, а не наоборот. Анорексию / булимию следует отличать от депрессивного расстройства Эллен. Однако хронологически депрессия предшествовала анорексии, если не фиксироваться на психоаналитических маркерах. «Тучность» вследствие сицилианского переедания (маска депрессии?) стала мотивацией к ограничению еды, затем к тревоге и «депрессии диеты». Фиксация на еде или на воздержании от неё привела к депрессии.

В клинической картине преобладали симптомы анорексии. Но Эллен, как большинство пациентов с симптоматикой, связанной с приёмом пищи, не соответствуют критериям отдельного расстройства и классифицируется по остаточным категориям «другие» или «не указано иное». Подтипы рестриктивного типа и периодической «чистки организма» у Эллен, видимо, указывают этапы развития одного расстройства. Во избежание повторных изменений диагноза, предложено анорексию с перееданием и чисткой организма классифицировать в МКБ-11 как *комбинированное расстройство пищевого поведения*, включающего нервную анорексию, подтип переедания и случаи, когда аноректическая и булимическая симптоматика проявляются последовательно. Периоды голодания, жёсткого ограничения пищи Эллен чередуются с эпизодами импульсивного обжорства. Распространённое проявление – пищевой «запой», неконтролируемый приступ потребления большого количества еды за короткий промежуток времени. Эллен не выбирала продукты, не наслаждалась вкусом и не регулировала объём съедаемого в одиночестве. После эксцесса развивались чувство вины и ненависти к себе.

Депрессия, самоубийство часто оказывались результатом неправильной диеты. *Чарльз Буковски*

СП – ключевой диагностический критерий ПРЛ в DSM-V, но, по сути, наднозологический феномен.

В рубрике МКБ-10 «Преднамеренное самоповреждение» (X60-X84) включены преднамеренное отравление лекарственными средствами и самоубийство (попытка).

Каждый десятый пациент совершает суицид [16], наибольший риск суицидов психически больных женщин – приходится на ПРЛ [17]. Однако по гендерному парадоксу, риск суицида женщин вдвое ниже при их преобладании в клинических выборках [16].

Эллен с семейной историей суицида, мучительными симптомами диссоциации, аффективной лабильности, сопутствующей депрессии, эпизодом (единичным?) несуйцидального самоповреждения (как у

ceded anorexia, unless fixed on psychoanalytic markers. "Obesity" due to Sicilian overeating (a mask for depression?) became the motivation for food restriction, then anxiety and "diet depression". A fixation on food or abstaining from it led to depression.

The clinical picture was dominated by symptoms of anorexia. But Ellen, like most patients with food-related symptoms, does not meet the criteria for a single disorder and is classified in the residual "other" or "not otherwise specified" categories. Ellen's restrictive type and intermittent "cleansing" subtypes seem to indicate stages in the development of a single disorder. In order to avoid repeated changes in the diagnosis, it is proposed that anorexia with binge eating and purging be classified in the ICD-11 as *a combined eating disorder*, including anorexia nervosa, a subtype of binge eating, and cases where anorexia and bulimic symptoms appear sequentially. Periods of starvation, severe food restriction Ellen alternate with episodes of impulsive gluttony. A common manifestation is food binge, an uncontrolled bout of eating large amounts of food in a short period of time. Ellen didn't choose foods, enjoy taste, or regulate the amount she ate alone. After the excess, feelings of guilt and self-hatred developed.

Depression, suicide were often the result of an improper diet. *Charles Bukowski*

SB is a key diagnostic criterion for BPD in DSM-V, but in fact supranosological phenomenon.

The ICD-10 heading "Intentional self-harm" (X60-X84) includes intentional drug poisoning and suicide (attempt).

Every tenth patient commits suicide [16], the highest risk of suicide among mentally ill women is in BPD [17]. However, according to the gender paradox, the risk of suicide in women is two times lower with their predominance in clinical samples [16].

Ellen with a family history of suicide, distressing symptoms of dissociation, affective lability, concomitant depression, an episode (single?) of non-suicidal self-harm (as in 80% of patients) in response to negative emotions, repeated "true" attempts (interrupted by suicides) is in the high-risk group even in a heterogeneous group of BPDs.

Somatic disorders are a consequence (not necessarily causal) of eating disorders, but any clinical mental disorder is a systemic disorder, and their combination cumulates somato-neurological consequences. It is possible that a somatotrophic drug, a means of repeated self-heating, served the same

80% больных) в ответ на отрицательные эмоции, повторными «истинными» попытками (прерванными суицидами) входит в группу высокого риска даже в разнородной группе ПРЛ.

Соматические нарушения – следствие (не обязательно – каузальное) нарушений пищевого поведения, но любое клиническое психическое нарушение – суть системное расстройство, а их сочетание кумулируют сомато-неврологические последствия. Возможно, соматотропный препарат, средство повторных самоотравлений, служил этим же целям и/или назначен для купирования медицинских последствий голодания / переедания.

Сочетание ПРЛ с депрессивной и иной симптоматикой (включая СП) требует нескольких диагностических кодов.

Время Эллиен и её окружения. ПРЛ как хроническое психическое расстройство влечёт значительные нарушения и страдания [18]. Больные составляют до 1/2 ресурсоемких психиатрических пациентов. Сегодня Эллиен была бы замечена среди 5% пациентов первичной медицинской помощи, 10% амбулаторных и 20% стационарных психиатрических [17]. Нарушения пищевого поведения, достигая клинического уровня со страхом полноты сверхценного порядка, требуют активного лечения, значительно затрудняют повседневное (бытовое) и социальное функционирование. Известна реакция на болезнь дочери семьи (при опыте психиатрической госпитализации младшего сына). Отдельной главы заслуживает самоотверженный (созависимый?) Карл, доктор права (но не все доктора оказались правы. *Е.Б.*), его послежизнь без Эллиен.

Резервы помощи.

Пока есть болезнь, будет не только страх, но и надежда.

Сэмюэль Батлер

При равной половой распространённости ПРЛ в течение жизни (6%), женщины чаще обращаются за лечением (соотношение женщин и мужчин в клинических выборках 3:1). Увы, приверженность лечению больных ПРЛ низкая («надоедает», «разочарованы»).

Успешная лично (клиент)-центрированная психотерапия в сочетании с психоанализом, поведенческой терапией и физиотерапией (не повредит) придала бы упругость (стрессоустойчивость) структуре «Я», «открыла» непредвзято опыт жизни при неизбежной боли бытия и открытом приятии сложных и противоречивых чувств [4]. Воскресшая Эллиен не обречена на одиночество, ладит с собой; её тело и чувства представляют дружественные и конструктивные части её самой. При освобождении из «стеклянного

purposes and/or was prescribed to stop the medical consequences of starvation / over-eating.

The combination of BPD with depressive and other symptoms (including SB) requires several diagnostic codes.

The burden of Ellen and her entourage. BPD as a chronic mental disorder entails significant impairment and suffering [18]. Patients account for up to 1/2 of resource-intensive psychiatric patients. Today, Ellen would be seen among 5% of primary care patients, 10% of outpatients, and 20% of psychiatric inpatients [17]. Eating disorders, reaching the clinical level with the fear of completeness of an overvalued order, require active treatment, significantly complicate everyday (domestic) and social functioning. The reaction to the illness of the daughter of the family is unknown (with the experience of psychiatric hospitalization of the youngest son). A separate chapter deserves the selfless (co-dependent?) Carl, Doctor of Law (but not all doctors were right. *EB*), his afterlife without Ellen.

Aid Reserves.

As long as there is illness, there will be not only fear, but also hope.

Samuel Butler

With an equal lifetime sexual prevalence of BPD (6%), women are more likely to seek treatment (female to male ratio in clinical samples 3:1). Alas, the adherence to treatment of patients with BPD is low (“annoyed”, “disappointed”).

Successful person (client)-centered psychotherapy combined with psychoanalysis, behavioral therapy and physiotherapy (does not hurt) would give elasticity (stress resistance) to the structure of the "I", "discovered" an unbiased experience of life with the inevitable pain of being and open acceptance of complex and conflicting feelings [4]. The resurrected Ellen is not doomed to loneliness, gets along with herself; her body and senses represent friendly and constructive parts of herself. When released from the "glass ball" (remember "Under a glass jar" by Sylvia Plath), Ellen will gain guidance and support for life, open relationships. The guarantor of change at a deep personal level – perhaps physiological, irreversible – is the union of equal, trusting each other client and therapist.

The first line of evidence-based effective treatment is psychotherapy: dialectical behavioral or psychodynamic approaches (as treatment based on mentalization) in individual or group formats for 12-18 months. It is possible to reduce the chronic risk of SB

шара» (помним «Под стеклянным колпаком» Сильвии Плат) Эллиен обретет ориентиры и опору жизни, открытых отношений. Гарантом изменения на глубоком личностном уровне – возможно, физиологического, необратимого, становится союз равноправных, доверяющих друг другу клиента и терапевта.

Первая линия научно доказательного эффективного лечения – психотерапия: диалектическая поведенческая или психодинамические подходы (как лечение, основанное на ментализации) в индивидуальном или групповом форматах 12-18 месяцев. Возможно снижение хронического риска СП [19]. Сфокусированная на переносе терапия использует связь пациента и терапевта (любая модальность работает, если хорошо друг с другом) для развития понимания межличностной динамики. Психообразование включило бы информирование Эллиен и её близких о ПРЛ, его объективных и субъективных проявлениях, ресурсах помощи.

Психофармакотерапия как дополнительное относительно краткосрочное (кризисное) лечение ограничено эффективна в отношении ядерных симптомов-мишеней как аффективной неустойчивости, импульсивной (ауто)агрессии, то есть подлежащей психопатологии [20]. Тревогу Эллиен сложно контролировать медикаментозно: возможно, она обозначает страх одиночества. Избегая нерациональной полифармации, Эллиен показан нормотимик (вальпроаты). Трофотропный эффект препарата полезен при риске отказа от лечения на ранних этапах в связи с возможным повышением веса или иных нежелательных действий, опережающих собственно эффект. В связи с риском намеренной и случайной передозировки – препарат выдаст дважды в день после еды скрупулёзный Карл. Вместе вели бы дневник наблюдений с мониторингом СП и (как же без) веса.

ПРЛ, как большинство психических расстройств, есть амбулаторная болезнь при контроле риска СП. Кризисные стационарирования более, чем на неделю не показаны во избежание госпитализма (у Эллиен – внебольничный госпитализм, по И.Я. Гуровичу). ПРЛ – одно из самых сложных психических расстройств, лучше всего справляется полипрофессиональная бригада, включающая психиатров, клинических психологов и фармакологов, медсестер и социальных работников. Возможно привлечение обученных добровольцев с опытом преодоления дистресса болезни (болезней) в группе самопомощи. И сегодня это – не химера Нью Васюков повседневной практики.

Более гибкими, в свете концепции процесса (а не

[19]. Transference-focused therapy uses the patient-therapist relationship (either modality works as long as it works well with each other) to develop an understanding of interpersonal dynamics. Psychoeducation would include informing Ellen and her loved ones about BPD, its objective and subjective manifestations, and resources for help.

Psychopharmacotherapy as an additional relatively short-term (crisis) treatment is limitedly effective in relation to nuclear target symptoms as affective instability, impulsive (auto) aggression, that is, subject to psychopathology [20]. Ellen's anxiety is difficult to control with medication: it may indicate a fear of being alone. Avoiding irrational polypharmacy, Ellen is shown normotimic (valproate). The trophotropic effect of the drug is useful at the risk of refusal of treatment at an early stage due to possible weight gain or other undesirable effects ahead of the actual effect. Due to the risk of intentional and accidental overdose, the drug will be given out twice a day after meals by scrupulous Karl. Together they would keep a diary of observations with monitoring of SB and (as without) weight.

BPD, like most psychiatric disorders, is an outpatient disease when the risk of SB is controlled. Crisis hospitalizations for more than a week are not indicated in order to avoid hospitalism (Ellen has community hospitalism, according to I.Ya. Gurovich). BPD is one of the most complex mental disorders and is best managed by a multiprofessional team including psychiatrists, clinical psychologists and pharmacologists, nurses and social workers. It is possible to involve trained volunteers with experience in coping with the distress of illness(es) in a self-help group. And today it is not a chimeric of New Vasyukov's everyday practice.

More flexible, in the light of the concept of the process (and not the starting point) of personal and social recovery [21], is the result of treatment – not necessarily a “complete cure”, here and immediately, but a long process with temporary retreats and forward movement.

Ellen's prediction: fight and seek.

We remained ourselves; The hearts of heroes
Are worn out by years and fate, But the will
inexorably calls us
To fight and seek, to find and not to give up.

A. Tennyson

Ellen balanced between life and death,
glimmering hope and despair for 13 years.

As long as there is life, there is hope.
Cicero

исходной точки) личностно-социального восстановления [21], видится результат лечения – не обязательно «полное излечение», здесь и сразу, но длительный процесс с временными отступлениями и движением вперед.

Прогноз Эллен: бороться и искать.

Собой остались мы; сердца героев
Изношены годами и судьбой,
Но воля непреклонно нас зовёт
Бороться и искать, найти и не сдаваться.
А. Теннисон

Эллен 13 лет балансировала между жизнью и смертью, теплящейся надеждой и отчаянием.

Пока есть жизнь, есть и надежда. *Цицерон*

Диагностические прения завершены беспристрастным приговором: неизлечимо больная шизофренией, отягощенная «психопатическую конституцией», подлежит плановой выписке, влекущей фаталистический суицид.

«Всю правду» в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьезности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного. Такой подход не гуманнее и умнее, так как мы сами можем ошибиться. ... никогда не обнаруживать своей неуверенности и нервной спешки, а распространять спокойствие и уверенность. ... никогда не вызывать болезни неосторожными приговорами». *Э. Кречмер «Медицинская психология»*

16-летний катамнез стационарных больных ПРЛ [22] показал 99% ремиссии, причём более трети (35%) достигли через два года. По достижении ремиссии у 75% пациентов она сохранялась более восьми лет.

Прогноз улучшен при биопсихосоциальном и духовном подходе посредством полипрофессионального (бригадного) взаимодействия. Комплексное лечение позволяет выйти из активного периода болезни с наименьшими социальными потерями. К сожалению, симптоматическое послабление само по себе не улучшает межличностные отношения. Немало аргументов в пользу предопределённости болезни (наследственная отягощённость аффективными расстройствами и СП, раннее начало недуга). Ухудшает прогноз – коморбидность, склонность к СП, возраст старше 25 лет (сформировалась – не созрела в болезни). Ряд фактов обнадеживают: отсутствие в анамнезе видимых детских травм (насилия), злоупотребления психоактивными веществами, высокая исходная работоспособность (в школе, на работе). Всегда есть шанс, выбор, свобода человека по отношению к физиологическому бытию [23].

The diagnostic debate ended with an impartial verdict: terminally ill with schizophrenia, weighed down by a "psychopathic constitution", is subject to a planned discharge, entailing a fatalistic suicide.

"All the truth" in a sharp form can be transferred by a few, especially the sick. The most difficult prognosis can be given in such a form that, with the full seriousness of the judgment and the truth, there will be a small trace of hope, and this is enough for the patient. This approach is not more humane and smarter, since we ourselves can make mistakes. ... never reveal your insecurities and nervous haste, but spread calmness and confidence. ... never cause illness by careless sentences. *E. Kretschmer "Medical Psychology"*

A 16-year follow-up of inpatients with BPD [22] showed 99% remission, with more than a third (35%) achieved after two years. Upon reaching remission in 75% of patients, it persisted for more than eight years.

Forecast improved at biopsychosocial and spiritual approach through multi-professional (team) interaction. Comprehensive treatment allows you to get out of the active period of the disease with the least social losses. Unfortunately, symptomatic relief alone does not improve interpersonal relationships. There are many arguments in favor of the predestination of the disease (hereditary burden of affective disorders and joint ventures, early onset of the disease). Worsens the prognosis - comorbidity, propensity to SB, age over 25 years (formed – not ripe in the disease). A number of facts are encouraging: no history of visible childhood trauma (violence), substance abuse, high initial performance (at school, at work). There is always a chance, a choice, a person's freedom in relation to physiological being [23].

The triumph and mystery of Ellen.

Ellen failed to become a staid, fertile matron or a subversive of vicious social foundations. It was not given to her to mature and grow old wisely/quietly, but defeat from personal "demons" was destined. However, they do not triumph – her locally revered name, "a futile death" evokes "bewilderment, sadness and anger" in the empathetic reader [4] with cautious optimism: professionals have learned something since that historically recent time and do not consider (the best) themselves to be perfect and masters of other people's destinies.

The difference between a psychiatrist and God is that God does not consider himself a psychiatrist.

Триумф и тайна Элен.

Элен не удалось сделаться степенной фертильной матроной или ниспровергателем порочных социальных основ. Или, как «раненый целитель», лидером инициативной группы Анонимных Аноректиков. Ей не дано было вызреть и мудро / тихо состариться, но суждено поражение от личных «демонов». Однако им не торжествовать – её местнотчимое имя, «напрасная смерть» вызывает у сопереживающего читателя «недоумение, печаль и гнев» [4] при осторожном оптимизме: чему-то профессионалы научились с той исторически недавней поры и не полагают (лучшие) себя совершенными и хозяевами чужих судеб.

Отличае психиатра от Бога – Бог не считает себя психиатром.

Объемная (3 D) картина жизни в болезни и смерти Элен представляет коллаж из многолетних личных дневников и писем (обильно цитированных благодарным Бинсвангером), стихов и неформализованной меддокументации. Самоописания (внутренняя картина болезни) образны и полезны пациенту и доктору. Так, показательны стереотипные фразкологические повторы, свидетельства суицидоопасной тревожно - депрессивной руминации, зыби в омуты замершего времени Элен.

Разнородные документы насыщают неброскую («без марсиан») историю «женской болезни» (гендерный аспект психиатрии) цветами индивидуальности. Поучительность истории угасшей звездочки (вселенной?) – в скрещении судеб, долгом эхе персоналий, известных по портретам в актовом зале и учебнике, живых картинах медицинской науки и избранной практики (богатые тоже плачут) межвоенной золотой поры.

Элен стала пробным камнем великолепной троицы Крепелин – Е. Блейлер – Бинсвангер (хронологический список соответствует гамбургскому счёту) с примкнувшим к ним Гошем.

Бинсвангер неспешно поднял вымпел феноменологии в 1922 г. (не в годовщину ли смерти Элен), сформулировал постулаты нового учения спустя 20 лет и провозгласил метод состоявшимся ещё через 10, на первом Международном конгрессе психиатров в Париже. На нелёгком пути познания и размышлений очевидна преемственность клинической и терапевтической практики.

Запутанная история стала интернациональным достоянием после перевода на английский (1958) в знаменитой монографии Existence [2], изложении экзистенциалистского подхода в психиатрии. Осенью того же года на симпозиуме конференции новорож-

A three- dimensional (3D) picture of Ellen's life in illness and death is a collage of many years of personal diaries and letters (quoted abundantly by the grateful Binswanger), poems and non-formalized medical documentation. Self-descriptions (internal picture of the disease) are figurative and useful to the patient and the doctor. So, stereotyped repetitions are typical, evidence of suicidal anxious verbigeration and/or “mental chewing gum” (rumination, according to A. Beck), swell in the whirlpools of Ellen's frozen time.

Diverse documents saturate the low-key (“without Martians”) history of “women's disease” (the gender aspect of psychiatry) with the colors of individuality. The instructiveness of the history of the extinct star (the universe?) is in the intersection of destinies, the long echo of personalities known from the portraits in the assembly hall and the textbook, living pictures of medical science and chosen practice (the rich also cry) of the interwar golden age.

Ellen became the touchstone of the magnificent trinity Kraepelin – E. Bleuler – Binswanger (the chronological list corresponds to the Hamburg account) with Gosh who joined them/

Binswanger slowly raised the pennant of phenomenology in 1922 (whether on the anniversary of Ellen's death), formulated the postulates of a new doctrine 20 years later, and proclaimed the method valid 10 years later, at the first International Congress of Psychiatrists in Paris. On the difficult path of knowledge and reflection, the continuity of clinical and therapeutic practice is obvious.

The tangled story became international property after being translated into English (1958) in the famous monograph Existence [2], an exposition of the existentialist approach to psychiatry. In the fall of that year, at the Newborn Conference Symposium of the American Academy of Psychotherapists, three psychiatrists, two psychologists, an anthropologist, and a social historian brainstormed together in a one-day interprofessional team.

Chance abstracts and distances itself from Ellen's life and destiny; was included in the classical anthology [2], in the historical R. May and K. Rogers [1] commented on it in the context, and everywhere else.

A number of aspects are under scrutiny: the role of the family [24], the “erroneous” diagnosis and the associated therapeutic nihilism (refusal of treatment). Carl Rogers [4] noticed Ellen's loneliness and her

дённой Американской академии психотерапевтов сошлись в мозговом штурме три психиатра, два психолога, антрополог и социальный историк, составив однудневную межпрофессиональную бригаду.

«Случай» абстрагируется и дистанцируется от жизни и судьбы Эллиен; вошел в состав классической антологии [2], в историческом контексте его комментировали Р. Мэй и К. Роджерс [1] и далее везде.

Под пристальным вниманием ряд аспектов: роль семьи [24], «ошибочный» диагноз и связанный с ним терапевтический нигилизм (отказ от лечения). Карл Роджерс [4] заметил одиночество Эллиен и её статус объекта беспомощных терапевтов. Автобиографические сочинения А. Гоша (1934), новые документы из архива Bellevue и переписка мужа с Бинсвангером [25] допускают содействие мужа в самоубийстве Эллиен. Возможно, самоубийство – суть ассистированное [25], «разрешённое» [26] убийство, обеспеченное выданным профессионалом орудием смерти и содействие известного сострадательного лица. Суицид Эллиен объяснен в русле психоаналитической концепции психического убийства (убийства души) и мазохизма [24] с допущением бессознательной враждебности (в виде самонаказания-саморазрушения) Эллиен к отцу и мужу и vice versa.

Аргументы в поддержку ассистированной смерти включают уважение автономии пациента, равное отношение к неизлечимо больным, сострадание, личную свободу, прозрачность и этику ответственности. Когда смерть неизбежна (полгода или меньше), пациенты могут выбрать ассистированную смерть в качестве медицинского варианта, чтобы сократить то, что человек воспринимает как невыносимый процесс наступления смерти. *Википедия*

Критики («каждый мнит себя стратегом...»), любители, как и «подсудимый», ретроспективного анализа, ослепление Бинсвангера «психозом» («неизлечимая» шизофрения) выводят из неловкой попытки лечащего-нелечащего врача совладать с грузом вины, отстраниться от ответственности за судьбу любимой пациентки и, заодно, ... сына-суицидента. «Неудача» Бинсвангера оправдаться («отобъяснение» М. Мамардашвили) / оправдать смерть Эллиен наводит на мысль о невозможности нарратива контролировать и решать проблему суицида.

«Словно в истории орудовала компания двоечников». *К/ф «Доживем до понедельника», СССР, 1968.*

Вторят Хайдеггеру, обесценивая экзистенциальный подход в целом:

«неправильно, насколько возможно».

Однако.

Феноменологическая психиатрия показала «безу-

status as an object of helpless therapists. Autobiographical writings A. Gosh (1934), new documents from the Bellevue archive, and the husband's correspondence with Binswanger [25] admit her husband's assistance in Ellen's suicide. Perhaps suicide is an assisted [25], "permitted" [26] murder, provided by a death instrument issued by a professional and the assistance of a well-known compassionate person. Ellen's suicide is explained in line with the psychoanalytic concept of psychic murder (murder of the soul) and masochism [24] with the assumption of Ellen's unconscious hostility (in the form of self-punishment-self-destruction) to her father and husband and vice versa.

Arguments in support of assisted death include respect for patient autonomy, equal treatment of the terminally ill, compassion, personal freedom, transparency, and an ethic of accountability. When death is imminent (half a year or less), patients may choose assisted death as a medical option to shorten what the individual perceives as the unbearable process of death. *Wikipedia*

Critics ("everyone thinks he is a strategist..."), lovers, like the "defendant", of retrospective analysis, Binswanger's blinding by "psychosis" ("incurable" schizophrenia) are taken out of the awkward attempt of the treating -non- treating doctor to cope with the burden of guilt, to step back from responsibility for the fate of a beloved patient and, at the same time, ... a suicidal son. Binswanger's "failure" to justify himself ("re-explanation" by M. Mamardashvili) to justify Ellen's death suggests the impossibility of the narrative to control and solve the problem of suicide.

"As if in history, a company of losers was operating." *Film "Let's Live Till Monday", USSR, 1968.*

They echo Heidegger, devaluing the existential approach as a whole:

"Wrong, as possible."

However.

Phenomenological psychiatry showed "madness" not only as a regression, but as a special essence, having seen, according to M. Foucault, the play of social institutions and the expansion of the limits of scientific methods.

It is impossible to understand psychological disorders from the outside, on the basis of positivist determinism, or to reconstruct them with a combination of concepts outside of the disease as lived and experienced. *J.-P. Sartre, 1964.*

Binswanger reflects philosophically

мие» не только регрессией, но особой сущностью, разглядываем, по М. Фуко, игру общественных институций и расширение пределов научных методов.

Невозможно понять психологические расстройства извне, на основе позитивистского детерминизма, или реконструировать их с помощью комбинации концепций за пределами болезни как прожитые и пережитые. *Ж.-П. Сартр, 1964.*

Бинсвангер философски размышляет о болезни, бытии человека в больном и больного в человеке в отношении к бытию-в-мире.

Рассмотрение философом вопроса подобно лечению болезни. *Людвиг Витгенштейн. «Философские исследования» (1953).*

Выделяет априорные или трансцендентальные формы человеческого разума, формирующие опыт (Эллен).

«Экзистенциальный анализ... не постулирует устойчивость структуры внутренней жизни-истории, а скорее исследует предшествующую или лежащую в её основе фундаментальную трансцендентальную структуру, а priori всех психических структур как само условие возможности разрушения психической структуры».

Бинсвангер новаторски интонирует врачебную практику.

«Борьба с психоанализом как наукой и отраслью психиатрии проходит через всю мою жизнь ... всё мое научное развитие, как в его положительных, так и в отрицательных аспектах, разыгрывалось на основе философской и научной полемики с психоанализом...» [цит по 27].

И резюмирует:

«Центральным понятием психоанализа служит абсолютно не понятие болезни, а – полного исцеления» (*restitutio ad integrum*) [цит. по 27].

«Экзистенциальный гештальт по имени Эллен» приближает понимание её существования во всей полноте и обнаженности: не в отказе от активной терапии, а в новом видении болезни как личностного и духовного опыта, вписанного в современные концепции психиатрической помощи, ориентированной, не на изоляцию и попечение, но – на восстановление [21].

Загадка Эллен как зеркала психиатрии первой четверти XX века отражает актуальные проблемы и риски, миссию профессионала в понимании (цель экзистенциального анализа Бинсвангера), классификации (вклад Крепелина и Блейлера) или исцеления (психоанализ Фрейда). Совместимы ли эти цели.

Непреходящ интерес научного сообщества и почтенной пресыщенной публики к энигме «Кто убил Эллен Уест?». Анонсирована увлекательная история провалов лечения, переплетенных с контрпереносами

on illness, the being of man in the sick and the sick in man in relation to being-in-the-world.

The consideration of a question by a philosopher is like the treatment of a disease. *Ludwig Wittgenstein. "Philosophical Investigations" (1953).*

A priori or transcendental forms of the human mind that shape experience are highlighted (Ellen).

"Existential analysis ... does not postulate the stability of the structure of inner life-history, but rather investigates the antecedent or underlying fundamental transcendental structure, a priori of all mental structures, as the very condition for the possibility of the destruction of mental structure."

Binswanger innovatively intones the practice of medicine.

"The fight against psychoanalysis as a science and branch of psychiatry goes through my whole life ... all my scientific development, both in its positive and negative aspects, played out on the basis of philosophical and scientific polemics with psychoanalysis..." [cited at 27].

And he sums up:

"The central concept of psychoanalysis is absolutely not the concept of illness, but of complete healing" (*restitutio ad integrum*) [op. according to 27].

"An Existential Gestalt named Ellen "brings closer the understanding of her existence in its entirety and nakedness: not in the rejection of active therapy, but in a new vision of the disease as a personal and spiritual experience, inscribed in modern concepts of psychiatric care, oriented, not on isolation and care, but for recovery [21].

Ellen's enigma as a mirror of psychiatry in the first quarter of the 20th century reflects current problems and risks, the mission of a professional in understanding (the goal of Binswanger's existential analysis), classification (the contribution of Kraepelin and Bleuler) or healing (Freud's psychoanalysis). Are these goals compatible?

The enduring interest of the scientific community and the venerable jaded public in the enigma "Who killed Ellen West?". A fascinating story of treatment failures intertwined with psychoanalysts' countertransferences, a dark intrigue of "device" by a doctor friend, coupled with Ellen's beloved suicide husband, is announced.

And looping the text:

I cherish your heavy memory

– Wild, teddy bear, Minion,

– But the mill wheels hibernate in the snow,

психоаналитиков, мрачная интрига «устройства» доктором-другом вкупе с любимым мужем самоубийства Эллен.

И закольцовывая текст:
Я тяжкую память твою берегу
– Дичок, медвежонок, Миньона,
– Но мельниц колеса зимуют в снегу,
И стынет рожок почтальона.

О. Мандельштам

Ограничения метатекста в изначальной субъективности текстов и комментариев. Тексты Эллен тщательно (пристрастно) отобраны и отредактированы доктором и вдовцом.

Вдова Хемингуэя несколько дней после выстрела жгла архивы, избавляясь от бумаг, искажающих его канонический образ. И её, последней жены гения, – тоже.

Переводы с немецкого на английский (адекватна нашему вчувствованию в мироощущение далекой-близкой Эллен изысканная форма будущего времени Future Perfect Continuous in the Past) и – на русский языки могут исказить нюансы стилей личных и официальных документов. Медицинские документы пока защищены замками конфиденциальности. Истина в конечной инстанции скучна и недостижима, ведь она в глазах смотрящего.

«Но мы – сумма всех мгновений нашей жизни: всё, что есть мы, заключено в них, и ни избежать, ни скрыть этого мы не можем. Если для создания своей книги писатель употребил глину жизни, он только воспользовался тем, чем должны пользоваться все люди, без чего не может обойтись никто». *Томас Вулф «Взгляни на дом свой, ангел»*

История Эллен – «микс» прихотливых версий ненадежных свидетелей (и евангелисты таковы, и Эллен – в первую голову). «Шум и ярость» жизни описывает, по Бергсону, поток сознания, а не упорядоченность причинно-следственных связей эпизодов бытия, а потому ощущение неповторимо и невоспроизводимо.

Так, возможно телескопирование депрессии и антивиталяного настроения (нежелания жить) в самоописании Эллен.

В исповеди Эллен при пиршестве рефлексии и метафор, мазохистическом любовании «пейзажа после битвы», отсутствуют, как у пожизненно депрессивного эгоцентриста, приметы и цвета тягостно ненужного стерильного времени. Взамен было – Слово.

При относительно последовательной хронологии мук и радостей, биография Эллен («была ли девочка») детально неизвестна и отрывочна вне ретроспективного истолкования «чревоушателем» (то есть подменяющим «истинный» голос Эллен. *Е.Б.*) [29] Бинсванге-

And the postman's horn freezes.

O. Mandelstam

Metatext Limitations in the original subjectivity of texts and comments. Ellen's texts are carefully (biasedly) selected and edited by a doctor and a widower.

Hemingway's widow burned archives for several days after the shot, getting rid of papers that distorted his canonical image. And her, the last wife of a genius, too.

Translations from German into English (adequate to our empathy for the worldview of the far-close Ellen, an exquisite form of the future tense Future Perfect continuous in the Past) and – into Russian can distort the nuances of the styles of personal and official documents. Medical documents are still protected by confidentiality locks. Truth in the final instance is boring and unattainable, because it is in the eyes of the beholder.

“But we are a summary of all the moments of our life: everything that we are is contained in them, and we cannot avoid or hide it. If a writer used the clay of life to create his book, he only took advantage of what all people should use, without which no one can do. *Thomas Wolfe "Look at your house, angel"*

Ellen's story is a "mix" of whimsical versions of unreliable witnesses (and evangelists are like that, and Ellen is in the first place). The “noise and fury” of life describes, according to Bergson, a stream of consciousness, and not the orderliness of cause-and-effect relationships of episodes of being, and therefore the feeling is unique and irreproducible.

Thus, it is possible to telescoping depression and anti-vital mood (unwillingness to live) in Ellen's self-description.

In Ellen's confession, during the feast of reflection and metaphors, the masochistic admiration of the "landscape after the battle", there are no signs and colors of painfully unnecessary sterile time, as in a lifelong depressive egocentrist. Instead, it was the Word.

With a relatively consistent chronology of pain and joy, Ellen's biography ("was there a girl") is unknown in detail and fragmentary beyond the retrospective interpretation of the "ventriloquist" (that is, replacing the "true" voice of Ellen. *E.B.*) [29] Binswanger in contrast to the portraits oils of some characters of Freud. Even the years of Ellen's life are approximate, the data differ – which brother was mentally ill, the details of the joint venture (attempt) in the last sanatorium. Off-stage characters were her relatives. The age of the parents, the

ром в контрасте с портретами маслом некоторых персонажей Фрейда. Даже годы жизни Эллен приблизительно, разнятся данные – который брат был душевно болен, подробности СП (попытки) в последнем санатории. Внесценическими персонажами оказались её близкие. Возраст родителей, занятия отца – «бизнесмена», отношения в родительской и собственной семьях, не известны. В результате «вопиющих пробелов» множатся спекуляции, обидные праху родителей (не терпят независимого мнения дочери. Их средства убеждения столь убедительны, что Эллен не устоять).

Отрицая фрейдистскую трактовку отношений отцов и детей, Бинсвангер сообщает о наследственности, «деспоте-отце», но объясняет болезнь выбором Эллен в связи с узостью её "матрицы", задающей горизонт опыта. Причины такой зауженности (врождённые и/или приобретённые) неизвестны.

Представление о личности даёт закрытая по определению интимная жизнь, жизнь в любви, когда не пропускаем страниц. Эллен под сенью брака не прописана. Бинсвангер обходит ряд ключевых моментов жизни и неочевидные связи событий в угоду заданному лекалу экзистенциального анализа без усердного вживания (эмпатии). Однако свертывание с пациентом – предмет критики даэин-анализа [25] – неразумно и опасно (к/ф «Цареубийца, 1991, СССР).

Расширяющийся донныне корпус разнородных архивных источников множит методологические вопросы о возможностях и ограничениях исторической реконструкции – личного опыта и клинических знаний, вопросов авторства и интертекстуальности псевдодокументальной прозы в виде истории болезни.

Неуловимую Эллен неверно поняли и её обижают? Глас вопиющей в пустыне доносится сквозь помехи времени.

Новый Вертер ещё не написан.

Литература / References:

1. Бинсвангер Л., Мэй Р., Роджерс К. Три взгляда на случай Эллен Вест. Психологическое консультирование и психотерапия: Хрестоматия. 2. Случай из практики. Под ред. А.Б. Фенько, Н.С. Игнатъевой, М.Ю. Локтаева. М.: Московский психотерапевтический журнал. 2001: 97-100. [Binswanger L., May R., Rogers K. Three views on the case of Ellen West. Psychological counseling and psychotherapy: A textbook. 2. Cases from practice. Edited by A.B. Fenko, N.S. Ignatieva, M.Y. Loktaeva. M.: Moscow Psychotherapeutic Journal. 2001: 97-100.] (In Russ)
2. Binswanger L. The Case of Ellen West: An Anthropological-Clinical Study. Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology. May R., Angel E. Ellenberger H, eds. NY: Basic Books / Hachette Book Group, 1958: 237-364. DOI: 10.1037/11321-009
3. Solmi M., Radua J., Olivola M., et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemi-

ological studies. *Mol. Psychiatry*. 2022; 27: 281-295. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7

4. Роджерс К. Эллен Вест и одиночество. Психология личности: хрестоматия. Ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузырей, В.В. Архангельская. М., АСТ: Астрель, 2009: 216-225. [Rogers K. Ellen West and Loneliness. Psychology of personality: a textbook. Ed. Yu.B. Gippenreiter, A.A. Puzyrei, V.V. Arkhangel'skaya. M., AST: Astrel, 2009: 216-225.] (In Russ)
5. Басинский П.В. Посмотрите на меня. Тайная история Лизы Дьяконовой. АСТ, 2018. [Basinsky P.V. Look at me. The secret history of Lisa Diakonova. AST, 2018.] (In Russ)
6. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003; 2 (2): 85-101. DOI: 10.1080/15298860390129863
7. Jackson C., Davidson G., Russell J., Vandereycken W. Ellen West Revisited: The Theme of Death in Eating Disorders. *Int. J. Eating Dis*. 1990; 9 (5): 529-536.

occupation of the father-"businessman", the relationship in the parental and own families are not known. As a result of "blatant gaps", speculations are multiplying that are offensive to the ashes of their parents (they do not tolerate the independent opinion of their daughter. Their means of persuasion are so convincing that Ellen cannot resist).

Rejecting the Freudian interpretation of the relationship between fathers and children, Binswanger reports on heredity, "despot-father", but explains the disease by Ellen's choice due to the narrowness of her "matrix", which sets the horizon of experience. The reasons for this narrowing (congenital and/or acquired) are unknown.

The idea of a person is given by an intimate life that is closed by definition, a life of love, when we do not skip the pages. Ellen in the shadow of marriage is not registered. Binswanger bypasses a number of key moments of life and non-obvious connections of events in favor of a given pattern of existential analysis without diligent accusing (empathy). However, over-identification with the patient – the subject of criticism of Dasein analysis [25] – is unreasonable and dangerous (film "The King's Killer", 1991, USSR).

The corpus of heterogeneous archival sources, which is still expanding, multiplies methodological questions about the possibilities and limitations of historical reconstruction – personal experience and clinical knowledge, issues of authorship and intertextuality of pseudo-documentary prose in the form of a medical history.

Was the elusive Ellen misunderstood and abused? The voice of one crying in the desert is heard through the hindrances of time.

The new Werther has not yet been written.

8. Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. Пер. с нем. СПб., 1997: 153. [Jaspers K. Strindberg and Van Gogh. Trans. from it. SPb., 1997: 153.] (In Russ)
9. Johansson K. Fallet Ellen West. Om psykiatrins icke-gränser. Granta, 2013.
10. May R. The Discovery of Being: Writings in Existential Psychology. NY: Norton, 1983.
11. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. *Логос*. 1992; (3): 132. [Binswanger L. Phenomenology and Psychopathology. *Logos*. 1992; (3): 132.] (In Russ)
12. Angst J. The epidemiology of depressive disorders. *Eur. Neuro-psychopharmacol.* 1995; 5 (Suppl): 95-8. DOI: 10.1016/0924-977x(95)00025-k
13. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. Качественные исследования в суицидологии. Часть I: зачем и почему. *Суицидология*. 2021; 12 (2): 139-157. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. Qualitative research in suicidology. Part I: why and what for. *Suicidology*. 2021; 12 (2): 139-157.] DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-02(43)-139-157 (In Russ / Engl)
14. Reichl C., Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr. Opin. Psychol.* 2021; 37: 139-144. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.12.007
15. Shea M.T., Stout R.L., Yen S., et al. Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *J. Abnorm. Psychol.* 2004; 113: 499-508.
16. Garland J., Miller S. Borderline personality disorder: Part 1 – assessment and diagnosis. *J. Psych. Adv.* 2020; 26 (3): 159-172. DOI: 10.1192/bja.2019.76
17. Kulacaoglu F, Samet K. "Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe." *Brain Sci.* 2018; 8 (11): 201. DOI: 10.3390/brainsci8110201
18. Lieb K., Zanarini M.C., Schmahl C., et al. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2004; 364: 453-461. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6
19. Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A., et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 5 (5): CD012955.
20. Del Casale A., Bonanni L., Bargagna P., et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr. Neuropharmacol.* 2021; 19 (10): 1760-179. DOI: 10.2174/1570159X19666210610092958
21. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «recovery». *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008; 18 (2): 7 -14. [Gurovich I.Ya., Lyubov E.B., Storozhakova Ya.A. Recovery in schizophrenia: The concept of "recovery". *Social and clinical psychiatry*. 2008; 18 (2): 7 -14.] (In Russ)
22. Gunderson J., Herpertz S., Skodol A., et al. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2018; 4: 18029. DOI: 10.1038/nrdp.2018.29
23. Валенурова Н.Г., Матвейчев О.А. Современный человек: в поисках смысла. Екатеринбург: Изд. Урал. ун-та, 2004: 260. [Valenurova N.G., Matveichev O.A. Modern man: in search of meaning. Yekaterinburg: Ed. Ural. un-ta, 2004: 260.] (In Russ)
24. Lester D. Ellen West's suicide as a case of psychic homicide. *Psychoanalytic Rev.* 1971; 58 (2): 251-63.
25. Akavia N. Writing "The case of Ellen West": clinical knowledge and historical representation. *Sci Context.* 2008; 21 (1):119-44. DOI: 10.1017/s0269889707001585
26. Maltzberger J.T. Case consultation. The case of Ellen West revisited: a permitted suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1996; 26 (1): 86-89. discussion 89-97. PMID: 9173614
27. Veysset Ph. Freud and Binswanger: An Asymptotic Relationship. *Psychoanalysis - a new overview*. F. Irtelli, B. Marchesi, F. Durbano, eds, 2020: 146-289.
28. Minuchin S. The triumph of Ellen West. Minuchin, S. The family kaleidoscope. Images of violence and healing. Cambridge: Harvard University Press, 1984: 195-246.
29. Furt L.R. The elusive patient and her ventriloquist therapist: Ludwig Binswanger's "The Case of Ellen West". L. R. Furst: Just talk. Narratives of psychotherapy. Kentucky: University of Kentucky Press, 1999: 193-209.

PUT IN A WORD ABOUT POOR ELLEN: ONE HUNDRED YEARS OF PSYCHIATRIC DISCREPANCIES

E.B. Lyubov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

Abstract:

A modern psychopathological interpretation and critical evaluation of Ellen West's classic psychotherapeutic case is proposed in the light of the historical context of psychiatric concepts and experience.

Keywords: clinical case, psychopathological analysis, suicidal behavior

Благодарность коллеге Г.С. Банникову, помянувшего ненароком и ко времени – нашу и ничью Эллен.

Thanks to colleague G.S. Bannikov (Department of suicidology of Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia).

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 28.02.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 20.04.2022.

Для цитирования: Любов Е.Б. О бедной Эллен замолвите слово: сто лет психиатрических разночтений. *Суицидология*. 2022; 13 (1): 3-44. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-3-44

For citation: Lyubov E.B. Put in a word about poor ellen: one hundred years of psychiatric discrepancies. *Suicidology*. 2022; 13 (1): 3-44. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-3-44 (In Russ / Engl)

ВЗРЫВ БЫТОВОГО ГАЗА КАК СПОСОБ УБИЙСТВ И САМОУБИЙСТВ, СОВЕРШЁННЫХ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ В РЕГИОНАХ РОССИИ (2012-2021 гг.)

Ф.В. Орлов, А.В. Голенков, Е.С. Деомидов, И.Е. Булыгина

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская психиатрическая больница», г. Чебоксары, Россия

HOUSEHOLD GAS EXPLOSION AS A METHOD OF HOMICIDES AND SUICIDES COMMITTED BY PERSONS WITH MENTAL DISORDERS: A SERIES OF CASES IN THE REGIONS OF RUSSIA (2012-2021)

*F.V. Orlov, A.V. Golenkov,
E.S. Deomidov, I.E. Bulygina*

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Информация об авторах:

Орлов Федор Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5604-0041; Researcher ID: AAI-4508-2020; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская психиатрическая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (903) 358-01-06, электронный адрес: orlovf@yandex.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (927) 845-99-97, электронный адрес: neurokaf@yandex.ru

Булыгина Ирина Евгеньевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 9119-0910; ORCID iD: 0000-0003-4433-6908). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905) 343-20-54, электронный адрес: ibuligina@rambler.ru

Information about the authors:

Orlov Fedor Vitalievich – MD, PhD (SPIN-code: 5604-0041; Researcher ID: AAI-4508-2020; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University, Republican Psychiatric Hospital. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Phone: +7 (903) 358-01-06, email: orlovf@yandex.ru

Golenkov Andrei Vasilievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Phone: +7 (905) 197-35-25, email: golenkovav@inbox.ru

Deomidov Evgeni Sergeevich – MD, PhD (SPIN-code: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Phone: +7 (927) 845-99-97, email: neurokaf@yandex.ru

Bulygina Irina Evgenyevna – MD, PhD (SPIN-code: 9119-0910; ORCID iD: 0000-0003-4433-6908). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Phone: +7 (905) 343-20-54, email: ibuligina@rambler.ru

Взрывы бытового газа с гибелью людей происходят в различных регионах Российской Федерации (РФ) ежемесячно. При этом взрывы метана как способ самоубийства и убийства других людей, совершённые больными с психическими расстройствами (ПР) рассмотрены недостаточно полно. Цель исследования – изучение случаев взрыва природного газа в регионах РФ, совершённых с суицидальными и гомицидны-

ми намерениями. *Материалы и методы.* В электронных средствах массовой информации собрана информация о 10 случаях взрывов бытового газа в 10 регионах РФ, произошедших в 2012-2021 гг. Включались только случаи с наличием ПР и преднамеренного суицидального поведения у зачинщиков взрыва. Взрывателями оказались 10 мужчин в возрасте от 19 до 70 лет (средний возраст – $41,7 \pm 16,5$ года), жертвами – 37 человек (14 лиц мужского пола и 23 женского пола, в том числе пять детей) в возрасте от 1,5 месяцев до 84 лет (средний возраст – $45,5 \pm 23,0$ года). На каждый случай взрыва у всех участников происшествия собирались социально-демографические показатели и психопатологические особенности деликта. *Результаты.* В семи случаях инциденты можно квалифицировать как постгомицидные самоубийства, осуществлённые с помощью взрыва бытового газа, в двух случаях как самоубийства без гибели других жильцов, в одном случае как убийство соседей по неприязненным отношениям. Все причины взрыва газа, повлекшего обрушение жилого дома с гибелью людей являлись попытками суицида и/или убийства, совершённые общепасным способом. Кроме суицидального поведения (пять случаев) вследствие семейных ссор, конфликтов с соседями, финансовых проблем с вынесением судебных решений по конфискации квартиры за взятый кредит, ожидания судебного решения за уголовное преступление подрыльники-самоубийцы страдали зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ, умственной отсталостью, хроническим ПР, осложнённым злоупотреблением алкоголем. Убийство с помощью взрыва газа совершил больной шизофренией под воздействием слуховых галлюцинаций и признанный судом невменяемым. Приводится ещё один случай попытки убийства соседей аналогичным способом под влиянием пассивного и активного вариантов бредовой защиты. *Заключение.* Взрывы бытового газа с целью убийства и/или самоубийства, как правило, сопровождаются массовыми жертвами. Виновники инцидентов были в среднем моложе своих жертв, в анамнезе у них прослеживалось суицидальное поведение и различные ПР. Имеет смысл назначать комплексные судебно-медицинские экспертизы с привлечением судебных психиатров для выяснения психопатологических мотивов таких инцидентов.

Ключевые слова: взрывы бытового газа (метана) в многоквартирных домах, убийства, самоубийства, постгомицидные самоубийства, психические расстройства

Взрывы являются редкой причиной смерти людей в мирное время. В судебно-медицинской практике они классифицируются как несчастные случаи, самоубийства, убийства и не установленные случаи. Люди погибают от взрывчатых веществ, взрыва бензина и газа (пропана, бутана, природного газа – метана) [1]. В криминалистике выделяют пять возможных сценариев, с которыми могут столкнуться эксперты: смерть от взрывов, взрывы в быту, взрывы на работе, террористические акты и взрывы, вызванные авариями с участием большегрузных транспортных средств [2]. Так, в структуре смертей от взрывов (в том числе взрывы газа) в Швеции за шесть лет несчастные случаи составили 54% ($2/3$ – профессиональные случаи), самоубийства – 41% и террористическая деятельность – 5%. Все самоубийцы оказались мужчинами, относительно пожилого возраста, большинство из которых были с отягощённой соматоневрологической и психической патологией, алкоголизмом, социальными и экономическими проблемами [3]. По результатам многомерного регрессионного анализа, преобладающими способами самоубийств у пожилых людей были повешение (21,5%), огнестрельное оружие и взрывчатые вещества (20,9%). Те, кто погиб от взрывчатых веществ, со значительно

Explosions are a rare cause of death in peacetime. In forensic practice, they are classified as accidents, suicides, murders, and unidentified cases. People die from explosives, gasoline and gas explosions (propane, butane, natural gas – methane) [1]. In forensic science, there are five possible scenarios that experts may face: death from explosions, explosions at home, explosions at work, terrorist attacks, and explosions caused by accidents involving heavy vehicles [2]. Thus, in the structure of deaths from explosions (including gas explosions) in Sweden over six years, accidents accounted for 54% ($2/3$ are professional cases), suicides take 41% and terrorist activities take 5% cases. All suicide attempters turned out to be men, relatively old, most of whom had aggravated somatoneurological and mental pathology, alcoholism, social and economic problems [3]. According to the results of multivariate regression analysis, the predominant methods of suicide among older people were hanging (21.5%), firearms and explosives (20.9%). Those who died from the explosives were significantly more likely to be Australian-born males living in rural and remote areas; they were less likely to suffer from mental disorders (MD), made suicide attempts in the

бóльшей вероятностью были мужчинами, родившимися в Австралии, проживающими в сельских и отдалённых районах; они реже страдали психическими расстройствами (ПР), совершали попытки самоубийств в прошлом и оставляли предсмертные записки [4].

Взрывы бытового газа с гибелью людей происходят в различных регионах Российской Федерации (РФ) ежемесячно [5]. Кроме многочисленных человеческих жертв, уничтожается их имущество и места проживания. Как правило, причиной взрыва является повышенная аварийность в сетях газопотребления, понижение надёжности и безопасности в процессе эксплуатации внутридомового газового оборудования [6, 7]. При этом взрыв газа как способ самоубийства и убийства других людей больными с ПР в отечественной литературе до настоящего времени не рассматривался.

Краткий обзор литературы показывает, что взрывы природного газа являются редко используемым способом убийств и/или самоубийств (убийств-самоубийств) [8]. Если зарубежом имеются немногочисленные публикации на эту тему [1-5, 9, 10], то в РФ нам такие исследования не встретились. Между тем, способ самоубийств (убийств) коррелируют с психопатологическими, социально-психологическими и демографическими особенностями суицидентов (убийц), что может послужить основой для разработки мер по их профилактике [11-14].

Настоящее исследование направлено на изучение случаев взрыва природного газа в регионах РФ, совершённых с суицидальными или гомицидными намерениями.

Материалы и методы.

В анализ включено 10 случаев взрывов бытового газа, произошедших в многоквартирных высотных домах в 10 регионах РФ в 2012-2021 гг. Материал собирался в открытых электронных средствах массовой информации и Википедии [6, 7, 15].

Критерии включения:

– случаи, когда причиной взрыва газа (метана) и повлекшего обрушение жилого дома с гибелью людей, по заключению следователей, была попытка суицида или убийство общепризнанным способом (по факту гибели жертв(ы) возбуждалось уголовное дело по п. «е», ч. 2 ст. 105 УК РФ «Убийство»);

– указание на наличие ПР или суицидального поведения у зачинщиков взрывов.

Критерии исключения:

past, and left suicide notes [4].

Every month there are reported household gas explosions with fatalities in various regions of the Russian Federation (RF) [5]. In addition to numerous human victims, their property and places of residence are being destroyed. As a rule, the cause of an explosion is an increased accident rate in gas consumption networks, a decrease in reliability and safety during operation. house gas equipment [6, 7]. At the same time, a gas explosion as a way of suicide and killing other people by patients with MD has not yet been considered in the domestic literature.

A brief review of the literature shows that natural gas explosions are a rarely used method of murder and/or suicide (murder-suicide) [8]. While there are few publications on this topic abroad [1–5, 9, 10], we have not come across such studies in the Russian Federation. Meanwhile, the way suicides (murders) correlate with the psychopathological, socio-psychological and demographic characteristics of suicides (murderers), which can serve as the basis for developing measures to prevent them [11-14].

This study is aimed at studying cases of natural gas explosions in the regions of the Russian Federation, committed with suicidal or homicidal intent.

Materials and methods.

The analysis included 10 cases of household gas explosions that occurred in multi-apartment high-rise buildings in 10 regions of the Russian Federation in 2012-2021. The material was collected in open electronic media and Wikipedia [6, 7, 15].

The criteria for inclusion of cases in the study were the following: cases when the cause of a gas (methane) explosion that led to the collapse of a residential building with the death of people, according to the conclusion of the investigators, was a suicide attempt or a murder in a generally dangerous way (a criminal case was initiated on the fact of the death of the victim (s) under paragraph "e", part 2 article 105 of the Criminal Code of the Russian Federation "Murder"); an indication of the presence of MD or suicidal behavior among the instigators of the explosions.

Criteria for exclusion of cases from the analysis were the following: suicide attempts (incomplete suicides) of aggressors-killers; lack of information about the victims and instigators of the explosion; cases of explo-

– попытки самоубийств (незавершённые суициды) агрессоров-убийц;

– отсутствие информации о жертвах и зачинщиках взрыва;

– случаи взрывов баллоного газа (пропана).

Виновниками инцидентов оказались 10 мужчин, совершивших убийства / самоубийства в возрасте от 19 до 70 лет (средний возраст – $41,7 \pm 16,5$ года), жертв было 37 (14 лиц мужского пола и 23 женского пола, в том числе пяти детей) в возрасте от 1,5 месяцев до 84 лет (средний возраст – $45,5 \pm 23,0$ года). На каждый случай взрыва выписывались социально-демографические показатели (дата преступления, регион России, пол, возраст убийцы / самоубийцы и его жертв) и особенности деликта (совершенное в алкогольном опьянении, число жертв, указание ПР у преступника, вероятные причины деликта).

Результаты исследования.

Как видно по данным в таблицы 1, большинство случаев (70%) произошло с 12 до 24 часов, в осенне-зимний период. В одном случае (Ижевск, 2017) 27-летний больной шизофренией устроил взрыв газа в 9-этажном доме (в результате которого обрушилась его угловая секция, рухнули все девять этажей), из-за личной неприязни к соседям, сам уехал в деревню, где был задержан с ножом. В результате погибло семь человек, включая двоих детей 8 и 13 лет, 11 человек получили травмы, пострадало имущество 441 [15]. На судебно-психиатрической экспертизе стало известно, что он вёл асоциальный образ жизни, употреблял наркотические вещества и их аналоги, психотропные средства. Главным мотивом взрыва бытового газа (ноябрь 2017 г.) явилась личная неприязнь к соседям или к своей матери. Причём он уже открывал газ в 2013 и 2016 годах («тогда соседи почувствовали запах газа и вызвали газовую службу»), утверждая, что «шумом газа он заглушал мерещившиеся ему голоса, которые оскорбляли и позорили его» («...услышав шипение идущего газа, голоса соседей смолкали...»). По версии следствия, «он ...отсоединил шланг газовой плиты от сети газораспределения в своей квартире, ...чтобы умышленно совершить убийство жильцов общеопасным способом и уничтожить их имущество». Был признан судом невменяемым и отправлен на принудительное лечение в психиатрический стационар [15].

Ещё в двух случаях (Сибай, 2014; Оренбург, 2016) погибли только зачинщики взрывов. В других

случаях взрывов газа (пропана).

The perpetrators of the incidents were 10 men aged 19 to 70 (average age – 41.7 ± 16.5) who committed murders/suicides, there were 37 victims (14 males and 23 females, including five children) aged 1.5 months to 84 years (mean age 45.5 ± 23.0). For each case of an explosion, socio-demographic indicators were written out (date of the crime, region of Russia, gender, age of the killer/suicide attempter and their victims) and features of the delict (committed while intoxicated, the number of victims, indication of the criminal's MD, probable causes of the delict).

Research results.

As can be seen from the data in Table 1, most cases (70%) occurred from 12:00 to 24:00, in the autumn-winter period. In one case (Izhevsk, 2017), a 27-year-old schizophrenic patient caused a gas explosion in a 9-storey building (as a result of which the corner section of the building collapsed on all nine floors), due to personal hostility towards the neighbors, he himself went to the village, where he was arrested with a knife. As a result, seven people died, including two children aged 8 and 13, 11 people were injured, and property of 441 people was damaged [15]. At the forensic psychiatric examination, it became known that he led an asocial lifestyle, used narcotic substances and their analogues, psychotropic drugs. The main motive for the domestic gas explosion (November 2017) was personal enmity towards the neighbors or towards his own mother. Moreover, he had already opened the gas in 2013 and 2016 (“then the neighbors smelled gas and called the gas service”), arguing that “with the noise of the gas he drowned out the voices that insulted and shamed him in his perception” (“... having heard the hiss of the gas going, the voices fell silent...”). According to investigators, “he ... disconnected the gas stove hose from the gas distribution network in his apartment ... in order to deliberately kill the residents in a generally dangerous way and destroy their property.” He was declared insane by the court and sent for compulsory treatment in a psychiatric hospital [15].

In two more cases (Sibay, 2014; Orenburg, 2016), only the instigators of the explosions died. In the other seven cases, the incidents can be classified as post-homicidal suicides (PHSU) carried out with a household

семи случаях инциденты можно квалифицировать как постгомицидные самоубийства (ПГСУ), осуществлённые с помощью взрыва бытового газа. По заключению следователей, причиной трагедии и повлекшего обрушение жилого дома с гибелью людей, является попытка суицида и/или убийства, совершённые общеопасным способом (п. «е», ч. 2 ст. 105 УК РФ).

В четырёх наблюдениях суициденты скончались в реанимационных отделениях, где были допрошены сотрудниками Следственного комитета, установлена преднамеренность (повреждение газового оборудования, снятие заглушки с газопровода в квартире, либо наполнение помещений газом с последующим его поджогом и др.) взрывов бытового газа с суицидальной целью.

gas explosion. According to the investigators, the cause of the tragedy, which caused the collapse of a residential building with the death of people, is an attempted suicide and/or murders committed in a generally dangerous way (paragraph “e”, part 2 of article 105 of the Criminal Code of the Russian Federation).

In four observations, suicide attempters died in intensive care units, where they were interrogated by employees of the Investigative Committee, intentionality was established (damaging gas equipment, removing the plug from the gas pipeline in the apartment, or filling the premises with gas, followed by setting it on fire, etc.) household gas explosions with a suicidal purpose.

Таблица / Table 1

Случаи взрывов газа в многоквартирных домах в регионах РФ как самоубийство / убийство, совершённые лицами с ПР (суицидальным поведением) в 2012-2021 гг.

Cases of gas explosions in multi-story buildings in the regions of the Russian Federation as suicide / homicide committed by persons with mental disorders (MD) (suicidal behavior) in 2012-2021

Город*, поселок City*, township	Дата Date	Время Time	Число этажей в доме Number of floors in the house	ПГСУ PHSU	Возраст виновника Age of offender	Диагноз Diagnosis
Астрахань ¹⁰⁺¹ Astrakhan	27.02.2012	12.50	9	Да Yes	54	ПР, злоупотреблял алкоголем MD, abused alcohol
Великий Новгород ² Veliky Novgorod	04.03.2014	Около About 23.00	5	Да Yes	53	СП Suicidal behavior
Сибай, Башкортостан ¹ Sibay, Bashkortostan	26.02.2014	Около About 20.00	5	Нет No	48	СП Suicidal behavior
Волгоград ⁵ Volgograd	20.12.2015	11.50	9	Да Yes	25	Умственная отста- лость, СП Mental retardation, Suicidal behavior
п. Корфовский, Хабаровский край ⁶ р. Korfovsky, Khabarovsk Territory	30.10.2015	2.00	3	Да Yes	21	ПР и токсикомания MD and substance abuse
Оренбург ¹ Orenburg	06.06.2016	Около About 17.00	9	Нет No	53	СП Suicidal behavior
Ярославль ⁷ Yaroslavl	16.02.2016	4.00	5	Да Yes	47	СП Suicidal behavior
Ижевск ⁷ Izhevsk	09.11.2017	Около About 17.00	9	Нет No	27	Шизофрения Schizophrenia
Мурманск ⁴ Murmansk	20.03.2018	17.00	5	Да Yes	19	СП Suicidal behavior
Набережные Челны ² Naberezhnye Chelny	25.10.2021	Около About 20.00	5	Да Yes	70	Алкогольная зависи- мость Alcohol addiction

*Число погибших в результате взрыва, включая виновника инцидента. *The number of deaths in the explosion, including the perpetrator of the incident. СП – суицидальное поведение.

По всем эпизодам взрывов газа проводились экспертизы (взрывотехнологическая, молекулярно-генетическая, посмертная судебно - психиатрическая экспертиза обвиняемого и иные необходимые следственные действия, направленные на детальное установление всех обстоятельств по уголовному делу), предусмотренные уголовно - процессуальным кодексом РФ.

Кроме суицидального поведения (пять случаев) вследствие семейных ссор, конфликтов с соседями, финансовых проблем с вынесением судебных решений по конфискации квартиры за взятый кредит, ожидания судебного решения по трём статьям уголовного кодекса РФ подрывники-самоубийцы страдали зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ (два случая), умственной отсталостью, хроническим ПР, осложненным злоупотреблением алкоголем.

Случаи, взятые из средств массовой информации, нередко не имеют информации о ПР у погибших фигурантов уголовного дела [16, 17], в связи с законченным самоубийством не ясны до конца мотивы, совершённых ими взрывов. Поэтому приводим историю болезни испытуемого А., 63 лет, предпринявшего попытку убийства своих соседей путём взрыва газа в многоквартирном жилом доме вследствие бредовых (продуктивно-психотических) психопатологических механизмов общественно опасных действий [14].

Анамнез. А. родился в семье рабочих четвёртым из десяти детей. Младший родной брат повесился в молодом возрасте. В детстве развивался физически медленнее остальных братьев и сестёр, был очень худым. Закончил 8 классов, затем совхоз-техникум по специальности «ветеринария». Из характеристики известно, что учился хорошо, в коллективе держался обособленно, был молчалив, замкнут. Являлся профоргом группы, часто выступал на собраниях, указывал на недостатки других, но был дружелюбным, вежливым, дисциплинированным, очень упрямым. В обращении вежлив. Отслужил в армии полный срок во внутренних войсках. После демобилизации заочно закончил Казанский ветеринарный институт. Работал ветеринаром с 1977 г. в течение длительного времени в совхозе. Затем переехал в город, где работал электромонтером на заводе, затем с 2012 г. – в колледже. С мест работы имеются положительные характеристики. В 2014 г. уволился по собственному желанию после

For all episodes of gas explosions, expert examinations were carried out (explosive technology, molecular genetic, post-mortem forensic psychiatric examination of the accused and other necessary investigative actions aimed at establishing in detail all the circumstances in the criminal case) provided for by the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation.

In addition to suicidal behavior (five cases) due to family disagreements, conflicts with neighbors, financial problems with the issuance of court decisions on confiscation of an apartment for a loan taken, waiting for a court decision under three articles of the Criminal Code of the Russian Federation, suicide bombers suffered from addiction to alcohol and other psychoactive substances (two case), mental retardation, chronic MD, complicated by alcohol abuse.

Cases taken from the media often do not have information about MD among the dead defendants in a criminal case [16, 17]; in connection with the completed suicide, the motives for the explosions they committed are not completely clear. Therefore, we present the case history of subject A., 63 years old, who attempted to kill his neighbors by gas explosion in an apartment building due to delusional (productive-psychotic) psychopathological mechanisms of socially dangerous actions [14].

Anamnesis. A. was born into a family of workers the fourth of ten children. A younger brother hanged himself at a young age. As a child, he developed physically more slowly than other brothers and sisters, was very thin. He left school after 8 classes, then graduated from a state farm technical school with a degree in veterinary medicine. From the characteristics it is known that he studied well, kept apart in the team, was silent, reserved. He was the trade union organizer of the group, often spoke at meetings, pointed out the shortcomings of others, but was friendly, polite, disciplined, very stubborn. Polite in communication. He served full term in the army in the internal troops. After demobilization, he graduated from the Kazan Veterinary Institute. He worked as a veterinarian since 1977 for a long time at the state farm. Then he moved to the city, where he worked as an electrician at a factory, then from 2012 he worked at a college. From places of work there were received positive characteristics.

выхода на пенсию по возрасту. С 1995 по 2000 гг. жил в гражданском браке, имеет дочь 1992 г.р., с которой отношения не поддерживает.

По месту жительства характеризуется отрицательно: «Представляет из себя агрессивно настроенную личность, при общении ведёт себя неадекватно. В употреблении спиртными и наркотическими средствами замечен не был. К административной и уголовной ответственности не привлекался.

Из перенесённых заболеваний отмечаются: грыжесечение, дисциркуляторная энцефалопатия II стадии.

Заметные странности в поведении начались в 2005 г. (51 год). Стал жаловаться на мать, других близких людей, перестал общаться с родной сестрой и её семьёй, поскольку они его не понимали. Чаще, чем раньше приезжал в деревню в свой дом, оставшейся ему в наследство после смерти матери. Таскал в дом металл. Собирал разный мусор, не топил печку в зимнее время. Соседка в деревне сообщила, что А. сделал баррикаду на кровати, чтобы «защититься от стрельбы. Таким образом до него не доходят пули и стрелы, и можно было спокойно спать». Кроме того, А. надевал на голову кастрюли, поясняя, что так «он защищает голову от пуль». В этой кастрюле он даже спал. Жаловался, что за ним следят, «стреляют лазерными лучами, ему от этого больно, пронизывает аж до пяток». В январе 2017 года, уехав в деревню, он также жаловался на то, что «за ним следят, стреляют лазером». Из-за этого он уходил спать к соседям. Но и у них ночью не спал, говорил, что за ним следят. Приехав в родительский дом, сестра увидела, что над диваном А. сделал сооружение из металлических листов, на кровати лежал чугунный котел, в который он засовывал голову, чтобы лазерные лучи в него не попадали. В феврале 2017 года был впервые госпитализирован в психиатрическую больницу из отдела полиции в связи с неадекватным поведением (конфликтовал с соседями по дому). Выписан через полтора месяца в марте 2017 года с диагнозом «Инволюционный параноид». Поддерживающую терапию не принимал, на приём к участковому психиатру не приходил.

В начале декабря 2017 года сообщил сестре, что хочет проверить, не заходят ли к нему в квартиру соседи, чтобы поставить какие-то специальные установки, когда он в деревне. Говорил, что

In 2014, he resigned voluntarily after retirement due to age. From 1995 to 2000 lived in a civil marriage, has a daughter born in 1992 with whom he does not maintain a relationship.

According to the place of residence, he is characterized negatively: "He is an aggressive personality, when communicating, he behaves inappropriately. He was not noticed using of alcohol and drugs. He was not brought to administrative and criminal liability.

Of the transferred diseases, the following are noted: hernia repair, stage II dyscirculatory encephalopathy.

Noticeable oddities in behavior began in 2005 (at the age of 51). He began to complain about his mother, other close people, stopped communicating with his sister and her family, because they did not understand him. More often than before, he came to the village to his house, which he inherited after the death of his mother. He dragged metal into the house. He collected various garbage, did not heat the stove in the winter. A neighbor in the village reported that A. made a barricade on the bed to "protect himself from shooting. Thus, bullets and arrows do not reach him, and it was possible to sleep peacefully. In addition, A. put pots on his head, explaining that in this way "he protects his head from bullets." He even slept in this pan. He complained that he was being followed, "they were shooting with laser beams, it hurt him, it pierced right up to his heels." In January 2017, after leaving to the countryside, he also complained that "he was being followed, fired at with a laser." Because of this, he went to sleep at his neighbors' places. But he didn't sleep there either saying he was being watched. Arriving at the parental home, the sister saw that over the sofa A. had made a structure of metal sheets, on the bed lay a cast-iron cauldron, into which he put his head so that the laser beams would not fall into it. In February 2017, he was hospitalized for the first time in a psychiatric hospital from the police department due to inappropriate behavior (conflicted with housemates). He was discharged after a month and a half in March 2017 with a diagnosis of "Involutional paranoid". He did not take maintenance therapy, he did not come to see the local psychiatrist.

At the beginning of December 2017, he told his sister that he wanted to check if the

соседи постоянно сверлят, долбят, шумят, даже ночью. Считал, что соседи находят его «человекоискателем» и через стену «стреляют в его квартиру лазерными лучами», следят за ним. Боялся воздействия лазерных лучей, считал их вредными. Написал заявление в полицию, из которого следовало что «из соседней квартиры стреляли через потолок каким-то прибором, отчего у него болят внутренние органы».

А. находясь по месту своего жительства, с целью причинения смерти своему соседу Б., проживающему в квартире этажом выше, открыл конфорки газовой плиты, установленной на кухне его квартиры для заполнения жилого помещения Б. бытовым (природным) газом и зафиксировав переключатели газовой конфорки в открытом положении при помощи привязанных к ним нитками тяжёлых металлических предметов. Затем А. включил в розетку электрическую плитку для того, чтобы произошёл взрыв в квартире («чтобы окна выбило от взрыва газа, а они погибли и прекратили стрелять в меня лазером, так как органы полиции по моим обращениям мер не предпринимали»). После этого закрыл входную дверь в свою квартиру и уехал в деревню, где позднее, в ходе конфликта А. убил ножом соседа по деревне Г. за то, что он 30 лет назад убил младшего родного брата (повесил его, инсценировав самоубийство). Уходя из дома, А. ударил ещё ножом женщину, которая что-то кричала».

Сомато-неврологически: возрастные изменения.

Консультация терапевта – хронический простой бронхит, ремиссия. Артериальная гипертензия 1 стадии, 2 степени.

Консультация невролога – дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст.

Консультация окулиста – гиперметропия слабой степени, ангиопатия, дегенерация сетчатки.

ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Очаговые изменения и эпилептиформная активность не зарегистрированы.

Психический статус на судебно-психиатрической экспертизе. Ориентирован правильно во времени, месте и собственной личности. Сведения о себе сообщает достаточно полно, но затрудняется в воспроизведении дат своей жизни. По характеру себя считает спокойным, необщительным, «уеди-

neighbors came to his apartment to put some special installations when he was in the village. He said that the neighbors are constantly drilling, hammering, making noise, even at night. He believed that the neighbors find him with a special device called a "man-seeker" and then "shoot laser beams into his apartment" through the wall, watching him. He was afraid of exposure to laser beams, considered them harmful. He wrote a statement to the police, from which it followed that "from a neighboring apartment they shot through the ceiling with some kind of device, which caused his internal organs to hurt."

A. being at his place of residence, in order to cause death to his neighbor B., who lived in the apartment on the floor above, opened the burners of the gas stove installed in the kitchen of his apartment to fill B.'s living quarters with household (natural) gas and fixed the switches of the gas burner in open position with the help of heavy metal objects tied to them with threads. Then A. plugged an electric stove into the socket so that an explosion would occur in the apartment ("so that the windows would be blown out from the gas explosion, and they would die and stop firing at me with a laser, since the police did not take measures at my request"). After that, he closed the front door to his apartment and left for the village, where later, during the conflict, A. killed his village neighbor G. with a knife for killing his younger brother 30 years ago (hanging him, staging suicide). Leaving the house, A. also stabbed a woman who was shouting something."

Somato-neurologically: age changes.

Consultation of the therapist – chronic simple bronchitis, remission. Arterial hypertension of the 1st stage, 2nd degree.

Consultation of a neurologist – dyscirculatory encephalopathy I - II st.

Consultation with an ophthalmologist – mild hypermetropia, angiopathy, retinal degeneration.

EEG – moderate diffuse changes in the bioelectrical activity of the brain. Focal changes and epileptiform activity were not registered.

Mental status on forensic psychiatric examination. Oriented correctly in time, place and self. He reports information about himself quite fully, but finds it difficult to reproduce the dates of his life. By nature, he con-

нённым». Цель экспертизы определяет как «проверить, так как что-то нежелательное сделал». Себя считает психически здоровым. Охотно, подробно рассказывает, что с начала 2017 г. соседи его «атакуют» различными лазерными лучами, радарными, гидропулями». Ощущает это воздействие как покалывание, боль в различных частях тела, чаще в области сердца, костях, половых органах и заднем проходе. Зимой 2017 г. «понял», что это воздействие исходит через потолок из верхней квартиры. Уверен, что там следили за его передвижениями по квартире и где бы он не находился, в любое время суток «атаковали этими лучами». Замечал, что и телевизор в это время начинал по-другому работать, шли помехи. Пытался защищаться от этих излучений, но «ничего не помогало», писал в ФСБ, полицию, но «полиция поместила меня в психиатрическую больницу и ничего не изменилось». Уверен, что лечение там ему не помогло. Пытался скрыться от этих воздействий в деревне. Над спальным местом устроил «защиту» из металлических листов, голову помещал в чугунок и в таком виде спал. По деревне ходил, надев на голову керамическую миску, шапку, «чтобы защитить головной мозг». Уверен, что сосед сверху «излучатели» переместил на летательные аппараты, «дроны», слышал их гудение, но не видел. Когда «стало невыносимо жить в квартире, решил тоже им стрельбу устроить». Для этого соорудил устройство в виде грузов, которые прикрепил к ручкам на газовой плите, поместил эти грузы в тазик со льдом для того, чтобы по мере таяния льда эти грузы опускались бы и открыли газовые горелки. Также присоединил к обогревателю и газовой зажигалке таймеры, чтобы в определённое время они бы сработали и «всё хлопнуло» (произошёл взрыв газа в доме). Сам же поехал сначала к себе в деревню, а потом пошёл в дом, в котором, где по его предположению жили «убийцы брата». Уверен, что найденного повешенным около 30 лет назад его брата убили четыре человека и он «понял, что один из них Г.». Поэтому зашёл в дом к Г., «молча ударил его ножом, не знаю даже куда, но в тело», «Г. сразу упал, умер, наверно». Тут подбежала жена Г., он и её несколько раз ударил ножом, так как «она почтальонка, я как приеду, она сразу всем сообщает». После этого зашёл в соседний дом к братьям Г. – «ещё двоих хотел убить, ну, не убить, а пугнуть, но это оказались не убийцы брата, а если бы встретил

considers himself calm, unsociable, "solitary". The purpose of the examination is defined as "to check, as something undesirable has been done." He considers himself mentally healthy. Willingly, he tells in detail that since the beginning of 2017, his neighbors have been "attacking" him with various laser beams, radars, hydro bullets." He feels this effect as tingling, pain in various parts of the body, more often in the region of the heart, bones, genitals and anus. In the winter of 2017, he "understood" that this impact comes through the ceiling from the upper apartment. He was sure that they followed his movements around the apartment and wherever he was, at any time of the day they "attacked with these rays." He noticed that the TV at that time began to work differently, there was interference. He tried to protect himself from these radiations, but "nothing helped," wrote to the Federal Security Service, the police, but "the police put me in a psychiatric hospital and nothing changed." He was sure that the treatment there did not help him. He tried to hide from these influences in the village. He arranged a "protection" of metal sheets above the sleeping place, put his head in a cast iron and slept in this form. He walked around the village, putting a ceramic bowl on his head, a hat, "to protect the brain." He was sure that the neighbor from above moved the "emitters" to aircraft, "drones", heard them buzzing, but did not see it. When "it became unbearable to live in an apartment, I decided to shoot them too." To do this, he built a device in the form of weights, which he attached to the handles on the gas stove, placed these weights in a bowl of ice so that as the ice melted, these weights would fall and open the gas burners. He also attached timers to the heater and gas lighter so that at a certain time they would work and "everything would pop" (there was a gas explosion in the house). He himself went first to his village, and then went to the house in which, according to his assumption, the "murderers of his brother" lived. He was sure that his brother, who was found hanged about 30 years ago, was killed by four people and he "realized that one of them was G." Therefore, he went to G.'s house, "silently hit him with a knife, he didn't even know where exactly, but in the body", "G. immediately fell, died, probably. Then G.'s wife ran up, he also stabbed her several times, because "she is a postwoman, every

убийцу, то и их бы убил». Виноватым себя не считает. Убеждён в своей правоте, переубеждению не поддаётся. Мышление обстоятельное, вязкое, паралогичное, непоследовательное. Эмоционально сглажен, ригиден. Активно высказывает бредовые идеи воздействия. Критика к своему состоянию отсутствует.

При экспериментально-психологическом исследовании: выявлены изменения личности с наличием некорректируемых установок, значительным снижением контроля и прогноза своих действий и поведения, эмоциональной неустойчивостью при аффективной ригидности; обнаруживаются нарушения психических процессов по органическому типу со снижением внимания, непосредственной памяти, обстоятельностью мышления, снижением обобщения, отмечается своеобразие внутренней логики высказываний.

Комиссия приходит к выводу о том, что в момент инкриминируемых ему деяний испытуемый страдал и в настоящее время страдает хроническим ПР в виде органического бредового (шизофреноподобного) расстройства в связи с неуточнёнными причинами (F06.29 по МКБ-10). Признан невменяемым и отправлен на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением■

Представленный случай наглядно демонстрирует психопатологические мотивы больного с психозом, пытавшего с помощью взрыва убить «своих преследователей» (соседей с верхнего этажа). Также интересно, что в описанной истории отчётливо прослеживаются пассивный и активный варианты бредовой защиты. У больного наблюдается преимущественно сенсорный (чувственный, сенестопатический) автоматизм с чувством сделанности, воздействия, проявляющийся разнообразными алгиями, парестезиями и сенестопатиями в различных частях тела в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо. Больной связывал эти ощущения со стрельбой в него «лазерными (магнитными лучами (стрелами))» и «рентгеновскими пулями» разного калибра. Чтобы защититься от них надевал на голову кастрюлю (засовывал голову в котел), сооружал на кровати из листового железа защитные сооружения (баррикады), громко кричал, стучал молотком, лопал шары, придумывал специальные меха-

time I arrive in the village, she immediately informs everyone." After that, he went into the neighboring house to G's brothers because "I wanted to kill two more people, well, not to kill, but to scare, but these were not my brother's killers, but if I had met the killer, I would have killed them too." He doesn't consider himself guilty. He is convinced that he is right and cannot be persuaded. Thinking is detailed, viscous, paralogical, inconsistent. Emotionally flattened, rigid. Actively expresses delusional ideas of influence. There is no criticism of his condition.

An experimental psychological study revealed personality changes with the presence of uncorrected attitudes, a significant decrease in control and prediction of one's actions and behavior, emotional instability with affective rigidity; violations of mental processes are found according to the organic type with a decrease in attention, direct memory, thoroughness of thinking, a decrease in generalization, the originality of the internal logic of statements is noted.

The Commission comes to the conclusion that at the time of the acts incriminated to him, the subject suffered and is currently suffering from chronic MD in the form of an organic delusional (schizophrenia-like) disorder due to unspecified reasons (F06.29 according to ICD-10). He was declared insane and sent for compulsory treatment to a medical organization providing psychiatric care in inpatient conditions, a specialized type with intensive supervision■

The presented case clearly demonstrates the psychopathological motives of a patient with psychosis who tried to kill "his pursuers" (neighbors from the upper floor) with the help of an explosion. It is also interesting that passive and active variants of delusional defense are clearly traced in the described case. The patient has predominantly sensory (sensual, senestopathic) automatism with a sense of accomplishment, impact, manifested by various algias, paresthesias and senestopathies in various parts of the body as part of the Kandinsky-Clerambault syndrome. The patient associated these sensations with shooting at him with "laser (magnetic beams (arrows))" and "X-ray bullets" of various calibers. To protect himself from them, he put pots on his head (put his head into the pan), built protective structures on the bed from sheet iron), shouted loudly, banged with a

низмы со звуковыми эффектами, которыми пытался пугать соседей. Ходил к ним для разговора и выяснения отношений. Обращался за помощью в полицию и другие силовые структуры (ФСБ). Пытался скрываться от этих воздействий в деревне. Однако сосед переместил «излучатели на летательные аппараты (дроны), которые преследовали его везде». Исчерпав весь арсенал средств пассивной защиты, решил с помощью газа взорвать квартиру соседей, так как «в своей стало невыносимо жить». Атаку на преследователей тщательно спланировал и подготовил, она отличалась особой изощрённостью замысла и его воплощением. Кроме бредовой защиты у больного выявлялись мотивы бредовой мести, под воздействием которых он убил ножом якобы виновника смерти его родного брата, ранил его жену.

Среди обсуждаемых нами взрывов газа, совершённых лицами с ПР и/или суицидальным поведением, четыре оказались крупнейшими (с массивными разрушениями и массовыми гибелью людей) взрывами бытового газа в жилых домах в России [7]. Большинство из них по сути являются ПГСУ [18-20]. Их отличием является более молодой возраст (40% в возрасте до 30 лет) зачинщиков взрывов по сравнению с жертвами, более частое злоупотребление ими алкоголем (другими психоактивными веществами). По данным зарубежной литературы, 37,1% ПГСУ совершают мужчины в возрасте 50 лет и старше [18], либо зрелого возраста, обычно не имеющие судимости [19], реже, чем обычные граждане, злоупотребляющие психоактивными веществами (алкоголем) [20].

Взрыв газа как способ самоубийства описан и в зарубежной литературе. Суицидент после инцидента признался, что сам отсоединил газовую арматуру и поджёг газ; позднее умер в реанимации [10]. Мультицид и другие массовые убийства зачатую совершаются людьми с ПР [21], что вызывает повышенный интерес к ним на современном этапе [22]. Есть все основания предположить, что взрыв газа как способ самоубийства (убийства) может указывать на наличие выраженной психопатологии.

На наш взгляд, предупреждению таких деликтов может помочь своевременная постановка лиц с ПР под активное диспансерное наблюдение. Большой в Ижевске дважды включал газ (его утечку чувствовали соседи и вызывали газовиков), однако действенных мер к нему применено не было. Диа-

hammer, popped balloons, invented special mechanisms with sound effects that he tried to scare neighbors with. He went to them to talk and sort things out. He turned to the police and other law enforcement agencies (Federal Security Service) for help. He tried to hide from these influences in the village. However, the neighbor moved "emitters to aircraft (drones) that pursued him everywhere." Having exhausted the entire arsenal of passive defense means, he decided to blow up the neighbors' apartment with gas, since "it became unbearable to live in his own apartment." Attack on the pursuers was carefully planned and prepared, it was distinguished by a special sophistication of the idea and its implementation. Besides delusional defense, the motives of delusional revenge were revealed in the patient, under the influence of which he killed with a knife the alleged murderer of his own brother and wounded his wife.

Among the gas explosions discussed by us, committed by persons with MD and/or suicidal behavior, four turned out to be the largest (with massive destruction and mass death of people) household gas explosions in residential buildings in Russia [7]. Most of them are essentially PGSUs [18-20]. Their difference is the younger age of the instigators of the explosions (40% were under the age of 30) compared to the victims, their more frequent abuse of alcohol (other psychoactive substances). According to foreign literature, 37.1% of PGSU are committed by men aged 50 and older [18], or of mature age, who usually do not have a criminal record [19], less often than ordinary citizens who abuse psychoactive substances (alcohol) [20].

A gas explosion as a way of suicide is also described in foreign literature. After the incident, the suicide admitted that he himself disconnected the gas fittings and set fire to the gas; later died in intensive care [10]. Multicide and other mass murders are conceived by people with MD [21], which causes an increased interest in them at the present stage [22]. There is every reason to assume that a gas explosion as a method of suicide (murder) may indicate the presence of severe psychopathology.

In our opinion, the timely placement of persons with MD under active dispensary observation can help prevent such delicts. A patient in Izhevsk turned on the gas twice

гноз шизофрении ему поставили только на судебно-психиатрической экспертизе после взрыва с массовой гибелью людей и разрушенным домом. Мета-анализ показывает, что убийства (преступники, совершающие преступления против личности «насильственные» деликты) связаны с враждебным аффектом (ОШ=3,52), употреблением запрещённых веществ (ОШ=2,33), более низким уровнем образования (ОШ=1,99), более молодым возрастом (ОШ=1,85), мужским полом (ОШ=1,61) и длительностью нелеченого психоза (ОШ=1,56) [23]. Уровень убийств при первом эпизоде психоза оказывается выше, чем предполагалось ранее, тогда как ежегодный уровень убийств больных шизофренией после лечения ниже, чем предыдущие оценки. Раннее лечение первого эпизода психоза может предотвратить некоторые убийства (нелеченные случаи психоза – эквивалентны 1 убийству на 629 обращений, после лечения психоза – эквивалентны 1 убийству на 9090 больных шизофренией в год) [24]. Другой описанный нами больной с проявлениями бредовой защиты также оказался вне активного психиатрического наблюдения (без противоречивой терапии), хотя его поведение было с явными тенденциями к совершению общественно опасных действий [13].

Случаи со взрывами газа, как и ПГСУ, совершённые другими способами, также пока редко рассматриваются на судебно-психиатрической экспертизе, что не позволяет в полной мере оценить роль ПР в их совершении и разработать меры какой-либо профилактики [25].

Заключение

Проведённое исследование продемонстрировало особенности редких случаев самоубийств (убийств) и убийств-самоубийств (ПГСУ), совершённых с помощью взрывов бытового газа (метана) в многоквартирных жилых домах. Исполнителями таких деликтов были лица с различными ПР и суицидальными тенденциями. Больные шизофренией (психозом) устраивали взрывы, чтобы «защититься от преследователей» (своих соседей), но не хотели погибать сами. В других случаях – это были так называемые ПГСУ, которые в большинстве случаев приводили к гибели соседей и самого зачинщика взрыва. Многие злоупотребляли алкоголем и другими психоактивными веществами, находились в конфликтных отношениях с окружающими людьми (соседями), имели финансовые проблемы. Вино-

(neighbors felt the leak and called the gas workers), but no effective measures were taken against him. He was diagnosed with schizophrenia only during a forensic psychiatric examination after an explosion with mass deaths of people and a destroyed a building. Meta-analysis shows that homicide (criminals committing crimes against the person "violent" delicts) are associated with hostile affect (OR=3.52), use of illegal substances (OR=2.33), lower education level (OR=1.99), younger age (OR=1.85), male gender (OR=1.61), and duration of untreated psychosis (OR=1.56) [23]. The homicide rate for first-episode psychosis appears to be higher than previously thought, while the annual homicide rate for schizophrenic patients after treatment is lower than previous estimates. Early treatment of the first episode of psychosis may prevent some homicides (untreated cases of psychosis are equivalent to 1 homicide per 629 visits, after psychosis treatment is equivalent to 1 homicide per 9090 schizophrenic patients per year) [24]. Another patient described by us with manifestations of delusional defense also turned out to be out of active psychiatric observation (without anti-relapse therapy), although his behavior was with obvious tendencies to commit socially dangerous actions [13].

Cases with gas explosions, as well as PGUSUs committed by other means, are also rarely considered in forensic psychiatric examination, which does not allow us to fully assess the role of MD in their commission and develop any preventive measures [25].

Conclusion

The conducted study demonstrated the features of rare cases of suicides (murders) and murder-suicides (PSSU) committed with the help of household gas (methane) explosions in multi-apartment residential buildings. The perpetrators of such delicts were persons with various MD and suicidal tendencies. Patients with schizophrenia (psychosis) staged explosions in order to “protect themselves from their pursuers” (their neighbors), but did not want to die themselves. In other cases, these were the so-called PGUSU, which in most cases led to the death of neighbors and the instigator of the explosion. Many abused alcohol and other psychoactive substances, were in conflict with other people (neighbors), and had financial problems. The

ники этих инцидентов были в среднем моложе своих жертв, зачастую в анамнезе у них прослеживалось суицидальное поведение. В ряде случаев преднамеренность взрыва, как способа совершить самоубийства, выявляли следователи по горячим следам совершённого деликта. Имеет смысл назначать комплексные судебно - медицинские экспертизы с привлечением судебных психиатров для выяснения психопатологических мотивов таких аварий (чрезвычайных ситуаций).

perpetrators of these incidents were, on average, younger than their victims, often with a history of suicidal behavior. In a number of cases, the intentionality of the explosion, as a way to commit suicide, was revealed by investigators in hot pursuit of the committed tort. It makes sense to appoint complex forensic medical examinations with the involvement of forensic psychiatrists to clarify the psychopathological motives for such accidents (emergency situations).

Литература / References:

1. Byard R.W. Lethal explosions in a non-terrorist civilian setting. *Med. Sci. Law.* 2018; Jul.; 58 (3): 156-158. DOI: 10.1177/0025802418767797
2. Galante N., Franceschetti L., Del Sordo S., Casali M.B., Genovese U. Explosion-related deaths: An overview on forensic evaluation and implications. *Forensic Sci. Med. Pathol.* 2021; Sep.; 17 (3): 437-448. DOI: 10.1007/s12024-021-00383-z
3. Rajs J., Moberg B., Olsson J.E. Explosion-related deaths in Sweden – a forensic-pathologic and criminalistic study. *Forensic Sci. Int.* 1987; May-Jun.; 34 (1-2): 1-15. DOI: 10.1016/0379-0738(87)90079-x
4. Koo Y.W., Kölves K., de Leo D. Profiles by suicide methods: an analysis of older adults. *Aging Ment. Health.* 2019; Mar.; 23 (3): 385-391. DOI: 10.1080/13607863.2017.1411884
5. Латышенко Г.И., Новосельский Н.К. Пути решения проблемы обеспечения взрывобезопасности в жилом секторе. *Менеджмент социальных и экономических систем.* 2020; 2: 10–14. [Latyshenko G.I., Novoselsky N.K. Ways to solve the problem of ensuring explosion safety in the residential sector. *Management of social and economic systems.* 2020; 2: 10–14.] (In Russ)
6. Взрывы бытового газа в жилых домах в России в 2020-2021 годах. <https://ria.ru/20210419/vzryvy-1729016224.html>. [Household gas explosions in residential buildings in Russia in 2020-2021. <https://ria.ru/20210419/vzryvy-1729016224.html>]. (In Russ)
7. Крупнейшие взрывы бытового газа в жилых домах с 2000 года. <https://news.mail.ru/card/110/> [The largest explosions of domestic gas in residential buildings since 2000. <https://news.mail.ru/card/110/>]. (In Russ)
8. İnanç B.B. Suicide Cause and Method from 2009-2017 in Turkey. *Iran J. Public Health.* 2021; Jul.; 50 (7): 1389-1397. DOI: 10.18502/ijph.v50i7.6628
9. Tsokos M., Türk E.E., Madea B., Koops E., Longauer F., Szabo M., Huckenbeck W., Gabriel P., Barz J. Pathologic features of suicidal deaths caused by explosives. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2003; Mar.; 24 (1): 55-63. DOI: 10.1097/01.PAF.0000052752.18930.44
10. El Demellawy D., Fernandes J. Suicide by explosion of natural gas: case report and review of literature. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2007; Mar.; 28 (1): 48-52. DOI: 10.1097/01.paf.0000221106.23587.3f
11. De Leo D., Evans R., Neulinger K. Hanging, firearm, and non-domestic gas suicides among males: a comparative study. *Aust. NZJ Psychiatry.* 2002; Apr.; 36 (2): 183-189. DOI: 10.1046/j.1440-1614.2001.01013.x
12. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: Изд-во Медицинское информационное агентство, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2019. 600 p.] (In Russ)
13. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Юрайт, 2015. 966 с. [Manual of Forensic Psychiatry / Ed. A.A. Tkachenko. 2nd ed., revised. and add. Moscow: Yurayt, 2015. 966 p.] (In Russ)
14. Golenkov A., Large M., Nielssen O., Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J. Psychiatry.* 2016; 23: 87-92. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.07.015
15. Взрыв бытового газа в Ижевске (2017). [https://ru.wikipedia.org/wiki/Explosion_of_domestic_gas_in_Izhevsk_\(2017\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Explosion_of_domestic_gas_in_Izhevsk_(2017)) <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (In Russ)
16. Flynn S., Gask L., Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *B.J. Psych. Bull.* 2015; 39 (6): 268-272. DOI: 10.1192/pb.bp.114.049676
17. Roma P., Spacca A., Pompili M., Lester D., Tatarelli R., Girardi P., Ferracuti S. The epidemiology of homicide-suicide in Italy: a newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Sci. Int.* 2012; 10, 214 (1-3). e1-5. DOI: 10.1016/j.forsciint.2011.06.022
18. Logan J., Hill H.A., Black M.L., Crosby A.E., Karch D.L., Barnes J.D., Lubell K.M. Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: National Violent Death Reporting System – 17 US States, 2003-2005. *Am. J. Epidemiol.* 2008; 168 (9): 1056-1064. DOI: 10.1093/aje/kwn213
19. McPhedran S., Eriksson L., Mazerolle P., De Leo D., Johnson H., Wortley R. Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison with Homicide-Only and Suicide-Only Cases. *J. Interpers. Violence.* 2018; 33 (11): 1805-1829. DOI: 10.1177/0886260515619172
20. Panczak R., Geissbühler M., Zwahlen M., Killias M., Tal K., Egger M. Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis. *Forensic Sci. Int.* 2013; 233 (1-3): 28-36. DOI: 10.1016/j.forsciint.2013.08.017
21. Auxemery Y. The mass murderer history: modern classifications, sociodemographic and psychopathological characteristics, suicidal dimensions, and media contagion of mass murders. *Compr. Psychiatry.* 2015; Jan.; 56: 149-154. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.09.003
22. Fridel E.E. A Multivariate Comparison of Family, Felony, and Public Mass Murders in the United States. *J. Interpers. Violence.* 2021; Feb.; 36 (3-4): 1092-1118. DOI: 10.1177/0886260517739286
23. Large M.M., Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2011; Feb.; 125 (2-3): 209-220. DOI: 10.1016/j.schres.2010.11.026
24. Nielssen O., Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Bull.* 2010; Jul.; 36 (4): 702-712. DOI: 10.1093/schbul/sbn144
25. Голеньков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. *Психическое здоровье.* 2018; 16 (2): 9-13. [Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Mental health.* 2018; 16 (2): 9-13.]. DOI: 10.25557 / 2074- 014X.2018.02.9-13 (In Russ)

HOUSEHOLD GAS EXPLOSION AS A METHOD OF HOMICIDES AND SUICIDES COMMITTED BY PERSONS WITH MENTAL DISORDERS: A SERIES OF CASES IN THE REGIONS OF RUSSIA (2012-2021)

F.V. Orlov^{1,2}, A.V. Golenkov¹, I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia: golenkovav@inbox.ru
E.S. Deomidov¹, I.E. Bulygina¹ ²Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Abstract:

Every month there are reported household gas explosions with fatalities in various regions Russian Federation (RF). At the same time, methane explosions as a way of suicide and murder of other people committed by patients with mental disorders (MD) are not fully considered. *The aim of the study* is to study cases of natural gas explosions in the regions of the Russian Federation, committed with suicidal and homicidal intentions. *Materials and methods.* Through the electronic media we collected information about 10 cases of household gas explosions in 10 regions of the Russian Federation that occurred in 2012-2021. We only considered cases with the presence of MD and deliberate suicidal behavior in the instigators of the explosion. The detonators were 10 males aged 19 to 70 (mean age 41.7±16.5), the victims were 37 people (14 males and 23 females, including five children) aged 1,5 months to 84 years (mean age 45.5±23.0). For each case of the explosion, socio-demographic indicators and psychopathological features of the delict were collected from all participants in the incident. *Results.* In seven cases, the incidents can be qualified as post- homicidal suicides carried out with the help of a household gas explosion, two cases can be classified as suicides without the death of other residents, and one case is classified as the murder of hostile neighbors. All the causes of the gas explosion that caused the collapse of a residential building with the death of people were suicide attempts and/or murders committed in a generally dangerous way. Besides suicidal behavior (five cases) due to family disagreements, conflicts with neighbors, financial problems with court decisions to confiscate an apartment for a loan taken, waiting for a court decision for a criminal offense, suicide bombers suffered from addiction to alcohol and other psychoactive substances, mental retardation, chronic MD complicated by alcohol abuse. The murder with the help of a gas explosion was committed by a patient with schizophrenia under the influence of auditory hallucinations and recognized by the court as insane. Another case is analyzed as an attempt to kill neighbors under the influence of passive and active variants of delusional defense. *Conclusion.* The explosions of domestic gas with the purpose of murder and/or suicide, as a rule, are accompanied by mass casualties. The perpetrators of the incidents were, on average, younger than their victims; they had a history of suicidal behavior and various MDs. It makes sense to appoint complex forensic medical examinations with the involvement of forensic psychiatrists to clarify the psychopathological motives for such incidents.

Keywords: household gas (methane) explosions in apartment buildings, murders, suicides, post- homicidal suicides, mental disorders

Вклад авторов:

Ф.В. Орлов: разработка дизайна исследования; подбор и описание случая по теме статьи;
А.В. Голенков: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи; перевод текста статьи на английский язык;
Е.С. Деомидов: обзор публикаций и их перевод по теме статьи;
И.Е. Булыгина: обзор публикаций и их перевод по теме статьи.

Authors' contributions:

F.V. Orlov: developing the research design, article writing; article editing; reviewing and translating relevant publications and the article itself in English;
A.V. Golenkov: selection and description of the case on the topic of the article;
E.S. Deomidov: reviewing of publications of the article's theme;
I.E. Bulygina: a review of publications on the topic of the article.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 15.12.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.02.2022.

Для цитирования: Орлов Ф.В., Голенков А.В., Деомидов Е.С., Булыгина И.Е. Взрыв бытового газа как способ убийств и самоубийств, совершённых лицами с психическими расстройствами: серия случаев в регионах России (2012-2021 гг.). *Суицидология.* 2022; 13 (1): 45-58. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-45-58

For citation: Orlov F.V., Golenkov A.V., Deomidov E.S., Bulygina I.E. Household gas explosion as a method of homicides and suicides committed by persons with mental disorders: a series of cases in the regions of Russia (2012-2021). *Suicidology.* 2022; 13 (1): 45-58. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-45-58 (In Russ / Engl)

РАСШИРЕННАЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, СОВЕРШИВШИХ РАНЕЕ ПОПЫТКУ САМОУБИЙСТВА

А.В. Меринов, М.А. Байкова, К.В. Полкова, З.Е. Газарян, А.С. Краморева, А.Ю. Алексеева

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Минздрава России, г. Рязань, Россия

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», г. Рязань, Россия

EXTENDED SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUTH AND GIRLS WHO HAVE PREVIOUSLY ATTEMPTED SUICIDE

A.V. Merinov, M.A. Baykova, K.V. Polkova, Z.E. Gazaryan, A.S. Kramoreva, A.Yu. Alekseeva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov, Ryazan, Russia

Информация об авторах:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542; Researcher ID: M-3863-2016). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Байкова Мария Александровна – врач-психиатр (SPIN-код: 8162-8750; Researcher ID: T-7129-2017; ORCID iD: 0000-0002-7009-0705). Место работы и должность: врач-психиатр ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова». Адрес: Россия, 390035, г. Рязань, ул. Баженова, 35. Телефон: +7 (4912) 92-22-06, электронный адрес: baikovamari@gmail.com

Полкова Ксения Владимировна (SPIN-код: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Место учёбы и должность: аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7 (915) 590-65-41, электронный адрес: polkovaksu@gmail.com

Газарян Зинаида Егоровна (SPIN-код: 9128-7918; Researcher ID: AAR-1680-2021; ORCID iD: 0000-0002-8082-6077). Место учёбы и должность: студентка ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: gazaryan.zinaida@mail.com

Краморева Анна Сергеевна (Researcher ID: AGG-0366-2022; ORCID iD: 0000-0003-1649-7915). Место учёбы: студентка ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (930) 886-04-32, электронный адрес: anya.kramoreva@yandex.ru

Алексеева Алевтина Юрьевна – врач-психиатр (SPIN-код: 5577-2705; ResearcherID: I-6896-2018; ORCID iD 0000-0001-7311-3282). Место работы и должность: врач-психиатр ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова». Адрес: Россия, 390035, г. Рязань, ул. Баженова, 35. Телефон: +7 (920) 962-10-70, электронный адрес: enjoy.the.silence@icloud.com

Information about the authors:

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltnaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Baykova Maria Alexandrovna – psychiatrist (SPIN-code: 8162-8750; Researcher ID: T-7129-2017, ORCID iD: 0000-0002-7009-0705). Place of work and position: psychiatrist of Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov. Address: Russia, 390035, Ryazan, 35 Bazhenova str. Phone: +7 (4912) 92-22-06, e-mail: baikovamari@gmail.com

Polkova Xenia Vladimirovna (SPIN-code: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Place of study: Graduate student of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltnaya str. Phone: +7 (915) 590-65-41, email: polkovaksu@gmail.com

Gazaryan Zinaida Egorovna (SPIN-code: 9128-7918; Researcher ID: AAR-1680-2021; ORCID iD: 0000-0002-8082-6077). Place of study: student of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltnaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: gazaryan.zinaida@mail.com

Kramoreva Anna Sergeevna (Researcher ID: AGG-0366-2022; ORCID iD: 0000-0003-1649-7915). Place of study: student of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovolt'naya str. Phone: +7 (930) 886-04-32, email: anya.kramoreva@yandex.ru

Alekseeva Alevtina Yurievna – psychiatrist (SPIN-code: 5577-2705; Researcher ID: I-6896-2018; ORCID iD 0000-0001-7311-3282). Place of work and position: psychiatrist of Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov. Address: Russia, 390035, Ryazan, 35 Bazhenova str. Phone: +7 (920) 962-10-70, email: enjoy.the.silence@icloud.com

По данным официальной статистики ВОЗ, в 2015 году количество самоубийств среди молодёжи в мире в возрастном диапазоне 20-24 лет составило 83692, в сравнении с группой лиц 15-19 лет процент выше на 34,1% (55228) и на 2% больше в возрастной группе 25-29 лет. Согласно данным Росстата на 2019 год в Российской Федерации в результате самоубийств погибло 17192 человека, из них 14299 мужчин и 2893 женщины. Статья посвящена рассмотрению вопроса аутоагрессивного поведения в группе молодых людей из условно благополучного социального пласта общества, которые имеют попытку суицида в анамнезе. Целью данного исследования является изучение особенностей поведения парасуицидентов молодого возраста путём сравнения групп студентов с суицидологической попыткой в анамнезе и без неё. Задачи: выявить отличительные черты студентов - парасуицидентов от контрольной выборки; сравнение респондентов, совершивших парасуицид по гендерному принципу; поиск опорных пунктов приложения профилактической активности в данной возрастной группе. *Материалы и методы.* В проведённом исследовании приняли участие 983 испытуемых: 245 юношей (с суицидальной попыткой – 30, без неё – 215), 738 девушек (с суицидальной попыткой – 56, без неё – 682). В изучаемую группу всего вошли 86 студентов обоих полов, соответственно, в контрольную – 897. Критерием включения в исследуемую группу являлся попытка суицида в анамнезе. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS. *Результаты и их обсуждение.* Девушки, имеющие в прошлом суицидальную попытку, статистически значимо характеризовались фактами серьёзного физического насилия в анамнезе, намеренным самоповреждающим поведением и наличием ЧМТ. Показатели по данным признакам превышают таковые в контрольной группе в 4,5; 2,6; 4,3 раза. В три раза чаще респондентки исследуемой группы самостоятельно оценивают себя как злоупотребляющих алкоголем, почти 45% из них курят (в группе контроля таковых – 17,7%), 21,4% употребляли наркотические препараты и/или иные ПАВ. В группе в два раза выше показатели по признаку «наличие суицида у родственника». 79% из респондентов исследуемой группы склонны к переживанию периодов сниженного настроения, 64% – испытывают моменты безысходности; 62,5% – испытывают моменты острого одиночества, что значимо отличает их от представительниц группы контроля. Юноши, имеющие в прошлом суицидальную попытку, статистически значимо характеризовались рядом несуйцидальных аутоагрессивных феноменов. Помимо фактов серьёзного физического насилия в анамнезе, несуйцидального самоповреждающего поведения, которые, к слову, представлены чаще, нежели аналогичные показатели среди исследуемой группы девушек, здесь также присутствуют и опасные для жизни хобби (43,3%), склонность к неоправданному риску (40%). «Наркологический спектр» реализации аутоагрессивных импульсов у юношей исследуемой группы представлен несистематическим употреблением ПАВ (40%), табакокурением (46,7%), субъективной оценкой себя, как злоупотребляющего алкоголем (36,7%). Обращают на себя внимание частые периоды сниженного настроения и моменты безысходности (и в том, и в другом случае 63,3%). 50% респондентов исследуемой группы сообщили, что испытывают навязчивое чувство стыда, в контрольной группе данный показатель в 3,5 раза ниже. В 36,7% лица исследуемой группы признались, что не имеют чёткого смысла жизни. Отличия в серии сравнений девушек и юношей, имевших в прошлом суицидальную попытку, незначительны, что говорит в пользу их родства, однако можно говорить о некой полоролевой окраске обнаруживаемого спектра: значительно большая частота несистематического употребления ПАВ, намеренных самоповреждений и опасных для жизни увлечений в юношеской группе. *Выводы.* Группы парасуицидальных девушек и юношей – это в целом весьма специфические срезы изучаемой возрастной и образовательной части населения, концентрирующие в себе значительное количество всех паттернов аутоагрессивности, что лишним раз подчеркивает «родство» всех паттернов, направленных на самодеструкцию. Полученные в исследовании результаты могут быть использованы в диагностических алгоритмах оценки суицидального риска.

Ключевые слова: парасуицид, суицидальная попытка, аутоагрессия, суицид, суицидология

По официальным данным Росстата на 2019 год статистика гласит: в Российской Федерации в резуль-

According to the official 2019 Rosstat data in the Russian Federation

тате самоубийств погибло 17192 человека, из них 14299 мужчин и 2893 женщины [1, 2]. Важнейшим предиктором возможного самоубийства является парасуицид, который в широком смысле включает как попытки самоубийства, так и преднамеренное причинение себе вреда без намерения умереть [3, 4]. Парасуицид значительно увеличивает риск возникновения повторной попытки самоубийства, которая в дальнейшем может стать суицидом «завершённым». Доказательством этого служит обзор, проведённый D. Gunnell и S. Frankel, который показал, что у 30-47% суицидентов в анамнезе был парасуицид [5]. Каждый второй, пытавшийся покончить с собой, в течение года повторяет свою попытку, обычно в более тяжёлой форме, каждый третий покончивший с собой совершал суицидную попытку в прошлом, причём попытки самоубийства совершают в основном люди психически здоровые, находящиеся в трудоспособном возрасте [6, 7]. По данным официальной статистики ВОЗ, в 2015 году количество самоубийств среди молодёжи в мире в возрастном диапазоне 20-24 лет составило 83692, в сравнении с группой лиц 15-19 лет процент выше на 34,1% (55228) и на 2% больше в возрастной группе 25-29 лет (81889) [8]. Именно поэтому в данной работе было проведено сравнение суицидологических характеристик в возрастной группе 19-23 лет, в которой наблюдается наибольшая встречаемость суицидов среди молодёжи [9, 10].

Целью данного исследования является изучение особенностей поведения парасуицидентов молодого возраста путём сравнения групп студентов с суицидологической попыткой в анамнезе и без неё. Задачи: выявить отличительные черты студентов - парасуицидентов от контрольной выборки; сравнение респондентов, совершивших парасуицид по гендерному принципу; поиск опорных пунктов приложения профилактической активности в данной возрастной группе.

Материалы и методы.

В проведённом нами исследовании (2019 г.) приняли участие 983 испытуемых: 245 юношей (с суицидальной попыткой – 30, без неё – 215), 738 девушек (с суицидальной попыткой – 56, без неё – 682). В изучаемую группу всего вошли 86 студентов обоих полов, соответственно, в контрольную – 897. Критерием включения в исследуемую группу являлся парасуицид. Под парасуицидом в своем исследовании мы понимаем суицидальную попытку, без учёта мотивов лица, её совершившего. Средний возраст в исследуемой группе девушек с суицидологической попыткой

17,192 people died of suicide, of whom 14,299 were men and 2,893 were women [1, 2]. The most important predictor of possible suicide is parasuicide, which broadly includes both suicide attempts and intentional self-harm without the intention to die [3, 4]. Parasuicide significantly increases the risk of a second suicide attempt, which may later become a "completed" suicide. The proof of this is the survey carried out by D. Gunnell and S. Frankel who showed that 30-47 % of suicide attempters had a history of parasuicide [5]. Every second person who tried to commit suicide repeats their attempt within a year, usually in a more severe form, and every third person who committed suicide made a suicide attempt in the past, and suicide attempts are made mainly by mentally healthy people of working age [6, 7]. According to official WHO statistics, in 2015 the world number of suicides among young people aged 20-24 was 83,692, which exceeds the number of suicides among teenage group aged 15-19 by 34.1% (55,228) and exceeds the age group of 25-29 by 2% (81,889) [8]. That is why in this work we compared suicidological characteristics in the group aged 19-23, since there is observed the highest incidence of suicide among young people [9, 10].

The aim of this study is to study the behavioral characteristics of young parasuicide attempters by comparing groups of students with and without a history of a suicide attempt. Tasks: to identify the distinctive features of students who attempted parasuicides and compare them with the control sample; to compare respondents who committed parasuicide by gender; to search for strong points for the application of preventive activities in this age group.

Materials and methods.

In our study (2019), 983 subjects took part: 245 boys (30 with a suicide attempt and 215 without it), 738 girls (56 with a suicide attempt and 682 without it). The study group included 86 students of both sexes and the control group counted 897 participants. The criterion for inclusion in the study group was committing parasuicide. By parasuicide in our study, we mean a suicide attempt

составил $20,8 \pm 1,7$ лет, в контрольной группе – $20,9 \pm 1,3$ лет, в исследуемой группе юношей с парасуицидом – $20,8 \pm 1,3$ лет; в контрольной группе – $21,5 \pm 1,8$ лет. Критерии включения в исследуемые группы: молодой возраст (до 29 лет); условно благополучный социальный уровень респондентов – обучение в ВУЗе; согласие на участие в исследовании.

Все результаты получены на основании применения клинико-анамнестического опросника для выявления аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем [11]. Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев χ^2 . Описание статистических данных для непараметрических критериев представлено в виде n (%) (абсолютное количество признаков группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение.

Для оценки встречаемости феномена парасуицида в исследуемой субпопуляции сравним статистические данные, полученные нами в 2019 году и полученные ранее на аналогичной выборке в 2007 году [9]. Хорошо заметно, что и спустя 12 лет значения оцениваемых показателей остаются приблизительно на том же уровне, являясь в определённом смысле константными (таблица 1). Увы, их нельзя назвать низкими, а значит, актуальность более детального изучения суицидологических особенностей групп остается крайне актуальной задачей.

Таблица / Table 1

Распределение случаев суицидов в 2007 и 2019 годах
Parasuicide cases distribution from 2007 to 2019

Год Year	Девушки Women, %	Юноши Men, %	Без разделения по полу Without gender segregation, %
2007	8,60	6,20	8,05
2019	7,22	3,45	6,60

Исходя из поставленных задач исследования, была предпринята попытка детального изучения аутоагрессивного «профиля» лиц молодого возраста, имеющих в анамнезе суицидальную попытку, с целью изучения и понимания прочих имеющихся отличий между группами, возможно дающей материал для оттачивания диагностических алгоритмов и создания терапевтических алгоритмов.

without taking into account the motives of the person who committed it. The mean age in the study group of girls with a suicide attempt was 20.8 ± 1.7 and in the control group it was 20.9 ± 1.3 . The mean age in the study group of boys with parasuicide was 20.8 ± 1.3 and in the control group it was 21.5 ± 1.8 . Criteria for inclusion in the study groups were the following: young age (up to 29 years); relatively well-off social level of respondents including studying at a university; consent to participate in the study.

All results were obtained based on the use of a clinical and anamnestic questionnaire to identify autoaggressive patterns in the past and present [11]. Statistical analysis and data processing was carried out using parametric and nonparametric methods of mathematical statistics using χ^2 criteria. The description of statistical data for non-parametric criteria is presented as n (%) (the absolute number of features in the group and its percentage to the total number of group members). Mathematical data processing was carried out using the SPSS program.

Results and its discussion.

To assess the occurrence of the phenomenon of parasuicide in the subpopulation under study, we compare the statistical data obtained by us in 2019 and obtained earlier on a similar sample in 2007 [9]. It is clearly seen that even after 12 years the values of the estimated indicators remain approximately at the same level, being constant in a certain sense (Table 1). Alas, they cannot be called low, which means that the relevance of a more detailed study of the suicidological characteristics of groups remains an extremely urgent task.

Based on the aims of the study, an attempt was made to study the autoaggressive "profile" of young people with a history of a suicide attempt in detail, in order to study and understand other existing differences between the groups, possibly providing material for honing diagnostic algorithms and creating therapeutic algorithms.

Таблица / Table 2

Сравнение группы девушек – парасуицидентов с представительницами контрольной группы
 Comparison of females who committed parasuicides with the control group

Критерий Criterion	Исследуемая группа Study group, n=56		Контрольная группа Control group, n=682		χ^2	P
	n	%	n	%		
Несуицидальная аутоагрессия, рискованно-виктимное поведение Nonsuicidal autoaggression, risky-victim behavior						
Факты серьезного физического насилия в анамнезе / History of serious physical violence	10	17,9	27	4	20,6	0,0000
Намеренное самоповреждение (брatание, порезы) / Deliberate self-harm	16	28,6	74	11	14,9	0,0001
Черепно-мозговая травма / Traumatic brain injury	10	17,9	28	4,1	19,9	0,0000
Наркологически-опосредованная аутоагрессия / Drug-mediated autoaggression						
Субъективная оценка себя как злоупотребляющего алкоголем Subjective self-assessment as an alcohol abuser	13	23,2	55	8,1	13,6	0,0002
Курение / Smoking	25	44,6	121	17,7	23,5	0,0000
Несистематическое употребление ПАВ Non-systematic psychoactive substances abuse	12	21,4	66	9,7	7,5	0,0060
Анамнестические факторы / Anamnestic factors						
Воспитание одним родителем Single-parent family	19	33,9	134	19,7	6,4	0,0110
Алкогольная зависимость у отца Father's alcohol abuse	25	44,6	194	28,5	6,5	0,0100
Предикторы аутоагрессивного поведения / Predictors of auto-aggressive behavior						
Желание обратиться за помощью к психиатру Desire to seek psychiatric help	5	8,9	14	2,1	7,2	0,0070
Суицид родственника / Suicide of a relative	11	19,6	67	9,8	5,3	0,0210
Эмоциональные состояния значимые в суицидологической практике Emotional states significant in suicidological practice						
Моменты безысходности Moments of hopelessness	36	64,3	241	35,3	18	0,0000
Периоды сниженного настроения Periods of low mood	44	78,6	318	46,6	20,8	0,0000
Острое чувство одиночества Acute feeling of loneliness	35	62,5	260	38,1	13,6	0,0002
Отсутствие смысла жизни Lack of meaning in life	19	33,9	55	8,1	37,9	0,0000
Навязчивые угрызения совести Obsessive remorse	31	55,3	222	32,6	11,7	0,0000
Навязчивое чувство стыда / Obsessive shame	22	39,2	147	21,6	9,2	0,0020

Начнём с сравнения девушек, имевших в прошлом попытку суицида, с представительницами контрольной группы (отсутствуют указания на наличие попытки самоубийства).

Проанализируем данные таблицы 2. При изучении несуйцидальной аутоагрессии нетрудно заметить, что у девушек - парасуйциденток она представлена в основном рискованно - виктимным «блоком». При этом его спектр достаточно ограничен и представлен фактами серьёзного физического насилия в анамнезе, намеренным самоповреждающим поведением и наличием ЧМТ. Показатели по данным признакам превышают таковые в контрольной группе в 4,5; 2,6; 4,3 раза соответственно. Вероятно, такие высокие показатели связаны со склонностью девушек из исследуемой группы к виктимному поведению, опосредующему аутоагрессивные импульсы менее одиозными способами (безусловно, наряду с имеющимся в группе образующим её признаком – наличие незавершённой суицидальной попытки в анамнезе). Возможно, что данное поведение можно оценить не просто в качестве паттерна, проявляющегося в определённых ситуациях, но и в качестве жизненного стиля [11, 12]. В отдельный блок вынесены данные наркологически опосредованной аутоагрессии. Из него следует, что девушки, совершившие суицидальную попытку, склонны использовать различные варианты аддитивного поведения, часто сами по себе расцениваемые, как выраженно аутоагрессивные [11]. В три раза чаще респондентки исследуемой группы самостоятельно оценивают себя как злоупотребляющих алкоголем, почти 45% из них курят (в группе контроля таковых – 17,7%), 21,4% употребляли наркотические препараты и/или иные ПАВ. По последнему показателю девушки - парасуйцидентки опережают девушек из контрольной группы более чем в два раза.

Среди анамнестических факторов обращает на себя внимание то, что девушки, совершившие суицидальную попытку, в 44,7% случаев воспитывались в семье, где отец страдает алкогольной зависимостью (девушки из контрольной группы – в 28,5% случаев), что согласуется с данными, полученными в других исследованиях [13]. При этом наличие алкогольной зависимости у матери, которое также проверялось нами в качестве фактора, оказывающего влияния на наличие и частоту парасуйцида в исследуемых группах, при статистической проверке не достигало необходимого уровня значимости, по данному показателю респондентки группы контроля и девуш-

Let's start by comparing females who have had a suicide attempt in the past with the control group (who have never committed a suicide attempt).

Let's analyze the data presented in Table 2. When studying non-suicidal auto-aggression, it is obvious that risky-victim "block" is more common for parasuicidal females. At the same time, its spectrum is quite limited and is represented by a history of serious physical abuse, intentional self-damaging behavior, and the presence of TBI. Indicators for these traits exceed those in the control group by 4.5; 2.6; 4.3 times respectively. Probably, such high rates are associated with the propensity of females from the study group to victim behavior that mediates auto-aggressive impulses in less odious ways (of course, if there is a history of an incomplete suicidal attempt). It is possible that this behavior can be assessed not only as a pattern that manifests itself in certain situations, but also as a lifestyle [11, 12]. The data of drug-mediated autoaggression are presented in a separate block. What follows from this is that females who have made a suicidal attempt tend to use various forms of additive behavior, often regarded in themselves as pronouncedly auto-aggressive [11]. Three times more often, the respondents of the study group self-assess themselves as alcohol abusers, almost 45% of them smoke (17.7% in the control group), 21.4% used narcotic drugs and/or other psychoactive substances. It should be noted that females with parasuicides exceed female form the control group by more than twice in this indicator.

Among the anamnestic factors, it is worth mentioning that in 44.7% of cases females who made a suicidal attempt were brought up in a family where the father suffers from alcohol addiction (for control group females this indicator is 28.5%), which is consistent with the data obtained in other studies [13]. At the same time, having a mother with alcohol addiction, which was also tested by us as a factor influencing the presence and frequency of parasuicide in the study groups, did not reach the required level of significance during statistical testing; according to this indicator, the respondents of the control group and the parasuicide females do not differ from each other. We find this observation curious and

ки - парасуицидентки не отличаются между собой. Данное наблюдение кажется нам весьма любопытным и требующим дальнейшего изучения. Также почти 34% девушек из исследуемой группы воспитывались в семье одним родителем, в то время как среди девушек из контрольной группы таких 19,7%.

При рассмотрении предикторов суицидального поведения, мы можем видеть, что девушки контрольной группы и девушки - парасуицидентки отличаются между собой лишь по двум признакам. У первых по сравнению с респондентками группы контроля в два раза выше показатели по признаку «наличие суицида у родственника». Наличие в анамнезе суицида у родственника создает некий «флёр фатализма», при этом данный факт указывает на определённую наследственную предрасположенность. Более чем в четыре раза в исследуемой группе выше желание обратиться за помощью к психиатру, что часто подразумевает выраженность комплекса психоэмоциональных проблем или отношение к этим проблемам самих респондентов.

Анализ блока эмоциональных состояний, значимых для суицидологической практики, убедительно демонстрирует нам, что почти 79% из респондентов исследуемой группы склонны к переживанию периодов сниженного настроения, 64% – испытывают моменты безысходности; 62,5% – испытывают моменты острого одиночества. При этом почти 34% из девушек парасуициденток, по собственному признанию, не имеют смысла жизни, больше половины из них испытывают навязчивые угрызания совести, а почти 40% – навязчивое чувство стыда. Что кажется примечательным, лишь 8,1% девушек контрольной группы сообщили, что не видят смысла в своей жизни. Все это в совокупности отражает существование в рассматриваемой группе некоего эмоционального фона, обладающего весьма неблагоприятным суицидальным потенциалом.

Суммируя полученные данные, складывается впечатление о том, что девушки исследуемой группы изо всех сил стараются уйти от реальности, предпочитают не сталкиваться и не взаимодействовать с ней, вероятно, даже «уйти», дабы не искать выход из сложившейся ситуации или, наоборот, когда выход из ситуации не представляется возможным. В пользу данного предположения говорит достаточно высокий процент девушек исследуемой группы, которые в значительной мере эксплуатируют наркологически опосредованное саморазрушающее поведение, а также используют «пассивные» формы аутоагрессии в виде рискованных модусов поведения [14, 15].

believe it requires further study. Also, almost 34% of the study group females were brought up in the family by one parent, while only 19.7% of study group females had one parent.

When considering the predictors of suicidal behavior, we can see that the control group and parasuicidal females differ from each other only in two ways. Compared to the respondents of the control group, the former have two times higher indicators on the basis of "the presence of suicide in a relative." The presence of a history of suicide in a relative creates a certain "veil of fatalism", while this fact indicates a certain hereditary predisposition. The desire to seek help from a psychiatrist is more than four times higher in the study group, which often implies the severity of a complex of psycho-emotional problems or the attitude of the respondents themselves to these problems.

An analysis of the block of emotional states that are significant for suicidological practice convincingly demonstrates that almost 79% of the respondents in the study group are prone to experiencing periods of low mood, 64% experience moments of hopelessness; 62.5% experience moments of acute loneliness. At the same time, almost 34% of the parasuicidal females, by their own reports, do not have the meaning of life, more than half of them experience obsessive remorse, and almost 40% experience an obsessive sense of shame. Remarkably, only 8.1% of girls in the control group reported that they see no meaning in their lives. All this together reflects there is a certain emotional background that has a very unfavorable suicidal potential for the females in the study group.

Summing up the data obtained, one clearly gets an impression that the study group females are trying their best to escape from reality, prefer not to face or interact with it, probably even "leave" so as not to look for a way out of the current situation or believe there is no way out of the situation. This assumption is supported by a rather high percentage of girls in the study group, who largely exploit drug-mediated self-destructive behavior, as well as use "passive" forms of auto-aggression in the form of risky forms of behavior [14, 15]. Thus, the study group females become, as it were, victims of circumstances, they cannot resist "doom" or "evil fate".

Таблица / Table 3

Сравнение группы юношей – парасуицидентов с представителями контрольной группы
 Comparison of a young parasuicide males with their control group

Критерий Criterion	Исследуемая группа Study group, n=30		Контрольная группа Control group, n=215		χ^2	P
	n	%	n	%		
Несуицидальная аутоагрессия, рискованно-виктимное поведение Nonsuicidal autoaggression, risky-victim behavior						
Опасные для жизни хобби Life-threatening hobbies	13	43,3	47	22	31,5	0,0000
Склонность к неоправданному риску Propensity to take unnecessary risks	12	40	62	28,97	7,2	0,0070
Факты серьёзного физического насилия в анамнезе / History of serious physical violence	8	26,7	12	5,61	26,6	0,0000
Намеренное самоповреждение (братание, порезы) / Intentional self-harm (fraternization, cuts)	16	53,3	27	12,62	46,5	0,0000
ЧМТ / Traumatic brain injury	8	26,7	28	13,1	25,8	0,0000
Наркологически-опосредованная аутоагрессия / Drug-mediated autoaggression						
Субъективная оценка себя как злоупотребляющего алкоголем Subjective self-assessment as an alcohol abuser	11	36,7	39	18,2	27,1	0,0000
Курение / Smoking	14	46,7	78	36,5	15,6	0,0000
Несистематическое употребление ПАВ Non-systematic psychoactive substances abuse	12	40	40	18,9	27	0,0000
Анамнестические факторы / Anamnestic factors						
Алкогольная зависимость у отца Father's alcohol abuse	22	73,3	60	28	25,2	0,0000
Наличие физических наказаний в детстве родителями / The presence of physical punishments in childhood by parents	11	36,7	37	17,3	9,2	0,0020
Предикторы аутоагрессивного поведения / Predictors of auto-aggressive behavior						
Желание обратиться за помощью к психиатру Desire to seek psychiatric help	8	26,7	4	1,9	50,2	0,0000
Суицид родственника / Suicide of a relative	7	23,3	16	7,5	4,3	0,0390
Близкое общение с будущим с суицидентом Close communication with the future with a suicidal person	8	26,7	16	7,5	4,7	0,0300
Эмоциональные состояния значимые в суицидологической практике Emotional states significant in suicidological practice						
Моменты безысходности Moments of hopelessness	19	63,3	53	24,8	9,5	0,0020
Периоды сниженного настроения Periods of low mood	19	63,3	69	32,2	3,5	0,0630
Отсутствие смысла жизни Acute feeling of loneliness	11	36,7	18	8,4	27,6	0,0000
Навязчивое чувство стыда Obsessive sense of shame	15	50	31	14,5	13,2	0,0000

Таким образом, исследуемые девушки становятся как бы жертвами обстоятельств, не могут противостоять «судьбе», «злему року».

Перейдем к анализу отличий в группах юношей - парасуицидентов и юношей группы контроля. Данные представлены в таблице 3. Прежде всего, оценим представленность паттернов несуицидальной аутоагрессии, встретившихся у юношей исследуемой группы. Данный блок в группе юношей - парасуицидентов представлен более широко, чем аналогичный у исследуемой группы девушек. Помимо фактов серьезного физического насилия в анамнезе, несуицидального самоповреждающего поведения, которые, к слову, представлены чаще, нежели аналогичные показатели среди сопоставимой исследуемой группы девушек, здесь присутствуют и опасные для жизни хобби (43,3%), склонность к неоправданному риску (40%). Все вышеописанное говорит в пользу гипотезы о неосознанном стремлении к контакту с заведомо опасными ситуациями, постоянному «нахождению на грани», стремлению к опасности, что может быть следствием «привычки» жить в «эпицентре бури».

«Наркологический спектр» реализации аутоагрессивных импульсов у юношей исследуемой группы представлен несистематическим употреблением ПАВ (40%), табакокурением (46,7%), субъективной оценкой себя, как злоупотребляющего алкоголем (36,7%). Подобные паттерны говорят не только о высокой степени аутоагрессивности, но также показывают их потребность в своеобразном уходе от реальности через присутствие разного рода химических аддикций [16, 17]. При этом стоит остановиться на особенностях выборки: все исследуемые респонденты – это представители условно благополучного социального слоя, с весьма стабильным и высоким уровнем социальной адаптации. В противном случае цифры по представленным показателям были бы вероятно выше и не являлись бы столь показательными, так как воспринимались бы «как само собой разумеющееся».

При анализе полученных данных обращает на себя внимание, что в 73% случаев у юношей - парасуицидентов отец страдает алкогольной зависимостью. При этом аналогичный показатель у девушек - парасуицидентов составил 45%. Примечательно, что и в текущем случае, при сравнении исследуемой группы юношей и юношей группы контроля в отношении наличия алкогольной зависимости у матери, как и в случае с аналогичной серией сравнений среди девушек, нами не было обнаружено никаких отличий.

При изучении анамнестических факторов обраца-

Let's move on to the analysis of differences in the groups of young parasuicidal males and control group males. The data are presented in Table 3. First of all, let's evaluate the representation of patterns of non-suicidal auto-aggression encountered in the boys of the study group. This block in the group of young males who committed parasuicides is presented more widely than the similar block in the female study group. In addition to the history of serious physical abuse, non-suicidal self-damaging behavior, which, by the way, are more common than similar indicators among the female study group, there are also life-threatening hobbies (43.3%), a tendency to unjustified risk (40%). All of the above speaks in favor of the hypothesis of an unconscious desire for contact with obviously dangerous situations, constant "being on the edge", striving for danger, which may be a consequence of the "habit" of living in the "epicenter of the storm".

The "narcological spectrum" of the realization of auto-aggressive impulses in the young males in the study group is represented by non-systematic use of psychoactive substances (40%), smoking (46.7%), subjective self-assessment as an alcohol abuser (36.7%). Such patterns indicate not only a high degree of autoaggression, but also show their need for a kind of escape from reality through the presence of various kinds of chemical addictions [16, 17]. At the same time, it is worth considering the features of the sample: all the studied respondents are representatives of a conditionally prosperous social stratum, with a very stable and high level of social adaptation. Otherwise, the figures for the indicators presented would probably be higher and not as revealing as they would be taken "for granted".

When analyzing the data obtained, it is worthy to note that in 73% of cases among young parasuicide males, the father suffers from alcohol addiction. At the same time, the similar figure for parasuicidal females was only 45%. It is noteworthy that in the current case, when comparing the male study group and male control group regarding mother alcohol addiction, as in the case of a similar series of com-

ет на себя гораздо больший процент респондентов исследуемой группы, к которым применялось физическое наказание в детстве. Таковых в группе юношей - парасуицидентов в два раза больше, чем в группе контроля. Физическое насилие, применяемое к ребёнку, является не только актом сурового наказания, но и вызывает у акцептора чувство унижения, обесценивания не только телесного образа, но и личности. Это в свою очередь создаёт предпосылки для аутоагрессивного поведения, крайним проявлением которого является парасуицид [18, 19].

Перейдём к предикторам аутоагрессивного поведения. Здесь мы можем видеть определённые параллели с группой предикторов у девушек - парасуицидентов, представленных в таблице 2. Это желание обратиться к психиатру (26,7%), что в 14 раз больше, чем у респондентов группы контроля; наличие суицида у родственника (23,3%). Последний показатель в три раза ниже у юношей контрольной группы. Данный спектр у юношей - парасуицидентов дополняется близким общением с будущим суицидентом – 26,7%. В совокупности данный пул признаков наводит на мысли о неких особенностях круга общения юношей, совершивших суицидальную попытку. Сведения о наличии в семейном анамнезе суицидента позволяют предположить транслируемые неадаптивные стратегии совладания, которые с большой степенью вероятности в устной форме передаются родственниками друг другу.

Что касается эмоциональных паттернов, обращают на себя внимание частые периоды сниженного настроения и моменты безысходности (и в том, и в другом случае 63,3%). 50% респондентов исследуемой группы сообщили, что испытывают навязчивое чувство стыда, в контрольной группе данный показатель в 3,5 раза ниже. В 36,7% лица исследуемой группы признались, что не имеют чёткого смысла жизни. Данный факт стоит рассматривать не столько с позиции отсутствия оформленного знания о своём предназначении в жизни, сколько с позиции бессилия, отсутствия желаний и воли к формированию жизненных целей, отсутствия собственного жизненного плана, что в свою очередь, проистекает из возможного обесценивания личностных желаний и побуждений, что перекликается с данными о физическом наказании [18, 19]. В группе контроля лишь 8,4% юношей признались, что не знают, зачем живут.

Перейдем теперь к сравнению девушек и юношей, имевших в прошлом попытку суицида. Данные этой серии сравнений представлены в таблице 4.

parisons among females, we did not find any differences.

When studying anamnestic factors, a depreciation of not only the bodily image, but also the personality. This, in turn, creates prerequisites for autoaggressive behavior, the extreme manifestation of which is parasuicide [18, 19].

Let's move on to the predictors of autocontrol group males. This spectrum in young parasuicidal males is supplemented by close communication of the future suicide – 26.7%. Taken together, this pool of signs suggests certain features of the social circle of young males who have made a suicidal attempt. Information about the presence of a suicide in the family history suggests broadcast non-adaptive coping strategies, which are most likely orally transmitted by relatives to each other.

As for emotional patterns, frequent periods of low mood and moments of hopelessness attract attention (63.3% in both cases). 50% of the respondents in the study group reported that they experience an obsessive sense of shame, while in the control group this figure is 3.5 times lower. 36.7% of the study group males admitted that they do not have a clear meaning of life. This fact should be considered not so much from the standpoint of the lack of formalized knowledge about one's purpose in life, but from the standpoint of impotence, lack of desire and will to form life goals, lack of one's own life plan, which in turn stems from the possible depreciation of personal desires and motives, which echoes the data on physical punishment [18, 19]. In the control group, only 8.4% of young males admitted that they do not know why they live.

Now let's move on to comparing girls and boys who have had a suicide attempt in the past. The data of this series of comparisons are presented in Table 4.

Differences in this table regarding non-suicidal auto-aggressive patterns of comparisons are small, represented by the frequency of intentional self-damaging behavior and life-threatening hobbies in the male group. In general, this is not surprising, since both groups compared are initially the most unfavorable in terms of suicidology.

Таблица / Table 4

Сравнение группы девушек и парней - парасуицидентов
Comparison of parasuicidal females and males groups

Критерий Criterion	Контрольная группа девушек / Control group of women, n=56		Контрольная группа юношей / Control group of men, n=30		χ^2	P
	n	%	n	%		
Несуицидальная аутоагрессия, рискованно-виктимное поведение Nonsuicidal autoaggression, risky-victim behavior						
Намеренное самоповреждение (братание, порезы) Intentional self-harm (fraternization, cuts)	16	28,6	16	53,3	5,1	0,0230
Опасные для жизни хобби Life-threatening hobbies	6	10,7	13	43,3	11,4	0,0000
Наркологически-опосредованная аутоагрессия Drug-mediated autoaggression						
Несистематическое употребление ПАВ Non-systematic psychoactive substances abuse	12	21,4	12	40	9,9	0,0016
Анамнестические факторы Anamnestic factors						
Воспитание одним родителем Single-parent family	19	33,9	4	13,3	4,2	0,0390
Алкогольная зависимость у отца Father's alcohol addiction	25	44,6	22	73,3	6,5	0,0100
Вера в Бога Faith in God	51	91,1	16	53,3	18	0,0000
Вера в то, что души грешников попадают в ад Belief that sinners' souls go to hell	36	64,2	7	23,3	14,5	0,0000
Эмоциональные состояния значимые в суицидологической практике Emotional states significant in suicidological practice						
Навязчивые угрызения совести Obsessive remorse	31	55,3	7	23,3	8,1	0,0040
Оценка возможности нарушения общественных норм морали и нравственности Assessment of the possibility of violating social norms of morality and ethics	26	46,4	25	83,3	11	0,0000
Моменты безысходности Moments hopelessness	32	57,1	7	23,3	9	0,0020

Отличия в данной серии в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов сравнений невелики, представлены частотой намеренного самоповреждающего поведения и опасных для жизни увлечений в юношеской группе. В целом это не вызывает удивления, поскольку сравниваются две группы,

Both of these signs are significantly more represented in the group of young males, which may also indicate not only a higher suicidal potential of the group, but also the fact that this behavior has its own gender-role coloration and is more condescendingly perceived by society as an

изначально максимально неблагоприятные в аспекте суицидологии. Оба данных признака в значительно большей степени представлены в группе юношей, что также может указывать не только на более высокий суицидальный потенциал группы, но и на то, что данное поведение имеет свою полоролевою окраску и в большей степени снисходительно воспринимается обществом как атрибут мужского поведения. В остальном данные группы не имеют статистически значимых отличий, что говорит в пользу их сходства в отношении рассматриваемого блока признаков.

В отношении наркологически-опосредованной аутоагрессии между представленными группами есть одно значимое отличие: значительно большая частота несистематического употребления ПАВ юношами - парасуицидентами (36,6%). Данное значение больше аналогичного в группе девушек - парасуициденток в два раза. При этом в отношении частоты табакокурения, субъективной оценки себя в качестве лица, злоупотребляющего алкоголем, данные группы статистически значимо не отличаются между собой, что также указывает на схожесть этих двух групп между собой.

Перейдем к сравнению отличий в отношении эмоционально значимых для суицидологии состояний. Девушки, совершившие суицидальную попытку, чаще воспитывались одним родителем, 91,1% из них являются набожными, 64,2% согласны с парадигмой существования ада и согласны с тем, что грешники после смерти «не наследуют Царства Божьего». Подобные установки с детства настраивают индивида на долготерпение, склонность до последнего пытаться вынести все те злоключения, что выпадают на их долю, так как последние ниспосланы Богом. Данные установки кажутся удивительными с учётом темы исследования, так как в большей степени призваны защищать человека – носителя подобных убеждений от суицидального поведения [20]. С учётом более низких показателей по вышеописанным признакам в исследуемой группе юношей, подобный парадокс наводит на мысли о гендерно-обусловленном или социально-одобряемом поведении.

Любопытным анамнестическим фактом является и то, что в семьях юношей, совершивших суицидальную попытку, значительно чаще отец страдает алкогольной зависимостью – 77,3% (в группе девушек - парасуициденток данный показатель составил 44,6%).

В отношении предикторов аутоагрессивного поведения и специфических аффективных паттернов,

attribute of male behavior. Otherwise, these groups do not have statistically significant differences, which speaks in favor of their similarity in relation to the considered block of features.

As for drug-mediated autoaggression, there is one significant difference between the presented groups: the frequency of non-systematic use of psychoactive substances by young parasuicidal males is significantly higher (36.6%). This value is twice as high compared to the group of parasuicidal females. At the same time, indicators of the frequency of smoking and subjective assessment of oneself as a person who abuses alcohol do not statistically significantly differ from each other, which also indicates the similarity of these two groups.

Let's move on to comparing the differences in emotionally significant states for suicidology. Females who made a suicide attempt were more likely to be raised by a single parent, 91.1% of them are devout, 64.2% agree with the paradigm of the existence of hell and agree that sinners after death "do not inherit the Kingdom of God." Such attitudes inflicted in childhood years set the individual for long-suffering, make them tend to try to endure all those misfortunes that fall to their lot since the latter are sent down by God. Given the research topic, these attitudes seem surprising, since they are more designed to protect a person who has such beliefs from suicidal behavior [20]. Taking into account the lower indicators for the above characteristics in the studied group of young males, such a paradox suggests gender-conditioned or socially approved behavior.

An interesting anamnestic fact is that in the families of young males who have made a suicidal attempt, the father is much more likely to suffer from alcohol addiction – 77.3% (in the group of parasuicidal females this figure was 44.6%).

With regard to predictors of auto-aggressive behavior and specific affective patterns, parasuicidal females experience remorse more often than young parasuicidal males (55.3% and 23.3%, respectively), and are also much more characteristic of moments of hopelessness (57.1% and 23.3% respectively). 83.3%

девушки - парасуицидентки чаще испытывают угрызения совести, чем юноши - парасуициденты (55,3% и 23,3% соответственно), а также значительно чаще характеризуются моментами безысходности (57,1% и 23,3% соответственно). Юноши в 83,3% наблюдений готовы переступить через общепринятые нормы морали и нравственности, что почти в два раза превышает аналогичный показатель в группе девушек. Данный показатель скорее подтверждает гипотезу о гендерно-опосредованном поведении и перекликается с данными таблицы 3. Касаясь остальных эмоциональных состояний, значимых для суицидологии, не было обнаружено статистически значимых отличий, что подтверждает гипотезу о большом сходстве исследуемых групп.

Выводы:

1. Представленность изучаемого группообразующего фактора – суицидальная попытка, выявляемая в анамнезе у респондентов данной возрастной группы, практически не претерпела изменений за десять лет.

2. Группы парасуицидальных девушек и юношей – это в целом весьма специфические срезы изучаемой возрастной и образовательной части населения, концентрирующие в себе значительное количество всех паттернов аутоагрессивности, что лишним раз подчёркивает «родство» всех паттернов, направленных на самодеструкцию.

3. Как и ожидалось, попытка суицида в анамнезе не является изолированным феноменом. Наше исследование убедительно демонстрирует присутствие у изучаемых лиц ряда иных, несуйцидальных аутоагрессивных паттернов. Безусловно, суицидальная попытка может являться единственным паттерном рассматриваемого «аутоагрессивного спектра» (в случае импульсивных реакций), но в подавляющем большинстве случаев, так или иначе, сочетается с иными аутоагрессивными паттернами и целым рядом анамнестических предикторов и аффективных маркеров.

4. Отличия аутоагрессивного «профиля» между группами девушек и юношей, совершившими в прошлом суицидальную попытку, минимальны и обусловлены полоролевыми моделями поведения.

5. Полученные в исследовании результаты могут быть использованы в диагностических алгоритмах оценки суицидального риска.

of observed males are ready to step over the generally accepted norms of morality and ethics, which almost twice exceeds the same indicator in the female group. This indicator rather confirms the hypothesis of gender-mediated behavior and echoes the data in Table 3. As for other emotional states significant for suicidology, no statistically significant differences were found, which confirms the hypothesis of a great similarity of the studied groups.

Conclusions:

1. The representation of the studied group-forming factor – history of committing a suicide attempt – has practically not changed over ten years for respondents of this age group.

2. Groups of parasuicidal females and males are, on the whole, very specific sections of the studied age and educational part of the population, concentrating a significant number of all patterns of autoaggression, which once again emphasizes the "kinship" of all patterns aimed at self-destruction.

3. As expected, a history of suicide attempt is not an isolated phenomenon. Our study convincingly demonstrates a number of other, non-suicidal autoaggressive patterns in the studied individuals. Of course, a suicidal attempt may be the only pattern of the "autoaggressive spectrum" under consideration (in the case of impulsive reactions), but in the overwhelming majority of cases, one way or another, it is combined with other autoaggressive patterns and a number of anamnestic predictors and affective markers.

4. Differences in the auto-aggressive "profile" between the groups of girls and boys who have made a suicidal attempt in the past are minimal and are due to gender role models of behavior.

5. The results obtained in the study can be used in diagnostic algorithms for assessing suicidal risk.

Литература / References:

1. <http://www.demoscope.ru/weekly/2021/0911/suicide.php>
2. <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0869/suicide.php>
3. Linehan M.M. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes, in *The Neurobiol-*

ogy of Suicide: From the Bench to the Clinic / Edited by Stoff D.M., Mann J.J. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997; 836: 302–328.

4. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиятология*. 2018; 2 (1): 30–35. [Umansky M.S., Zotova E.P. Suicide attempts: the ratio of

- men and women. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (1): 30-35.] (In Russ)
5. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*. 1994; 308: 1227-1233.
 6. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито - Центр, 2018. 376 с. [Starshenbaum G.V. Suicidology and crisis psychotherapy. M.: Kogito - Center, 2018. 376 p.] (In Russ)
 7. Меринов А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально - психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 58-63. [Merinov A.V. Effect of past suicidal activity on other autoaggressive, experimental psychological and substance abuse characteristics of men suffering from alcohol dependence. *Suicidology*. 2013; 4 (3): 58-63. (In Russ)]
 8. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325650>
 9. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. Москва, 2012. 48 с. [Merinov A.V. Autoaggressive behavior and assessment of suicidal risk in patients with alcohol dependence and their families: Ph.D. dis. ... Dr. med. Sciences: 14.01.27; 14.01.06. Moscow, 2012. 48 p.] (In Russ)
 10. Сапожников С.П., Козлов В.А., Карышев П.Б., Голенков А.В. Возрастная динамика суицидов. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 3-5. [Sapozhnikov S.P., Kozlov V.A., Karyshev P.B., Golenkov A.V. Age dynamics of suicides. *Academic journal of Western Siberia*. 2021; 17 (1): 3-5.] (In Russ)
 11. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017. 192 с. [Merinov A.V. The role and place of the phenomenon of autoaggression in the families of patients with alcohol addiction. St. Petersburg: Expert solutions, 2017. 192 p.] (In Russ)
 12. Drego P. The cultural parent. *Transactional Analysis Journal*. 1983; 13: 224-227.
 13. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2014; 4: 82-87. [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Clinical and a suicide and experimentally-psychological characteristics of young people brought up in the "spirits" of young families. *Young Science (Eruditio Juvenium)*. 2014; 4: 82-87.] (In Russ)
 14. Сафронова А.В., Меринов А.В. Распространенность употребления психоактивных веществ среди юношей и девушек, обучающихся в высших учебных заведениях. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2014; 3: 109-113. [Safronova A.V., Merinov A.V. Prevalence of substance use among boys and girls enrolled in higher education. *Young Science (Eruditio Juvenium)*. 2014; 3: 109-113.] (In Russ)
 15. Braitman A.L., Kelley M.L., et al. Alcohol and drug use among college student adult children of alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 2009; 53: 69-88.
 16. Hill E.M., Ross L.T., et al. Adulthood functioning: the joint effects of parental alcoholism, gender and childhood socioeconomic stress. *Addiction*. 1997; 92: 583-596.
 17. Земляных М.В., Изотова М.Х. Система отношений к себе, значимым людям и миру у подростков, подвергающихся жестокому обращению в семье. *Педагогика*. 2019; 10 (5): 87-92. [Zemlyanykh M.V., Izotova M.Kh. The system of attitudes towards oneself, significant people and the world in adolescents subjected to abuse in the family. *Pediatrician*. 2019; 10 (5): 87-92.] DOI: [10.17816/PED10587-9](https://doi.org/10.17816/PED10587-9) (In Russ)
 18. De Haan H.A., Joosten E.A., et al. A family history of alcoholism relates to alexithymia in substance use disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54 (7): 911-917. DOI: [10.1016/j.comppsy.2013.03.021](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.021)
 19. Марголина И.А. Психический дизонтогенез у детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия: дис. ... кандидата мед. наук: 14.00.18. Москва, 2006. - 200 с. [Margolina I.A. Mental dysontogenesis in children from the conditions of chronic intrafamily physical violence: dis. ... candidate med. Sciences: 14.00.18. Moscow, 2006. 200 p.] (In Russ)
 20. Меринов А.В., Байкова М.А. Анализ влияния наличия веры в Бога на суицидологические показатели и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 29-40. [Merinov A.V., Bajkova M.A. Analysis of the impact of having faith in God sociological indicators, clinical and psychological characteristics of senior students of the university. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 29-40.] (In Russ)

EXTENDED SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUTH AND GIRLS WHO HAVE PREVIOUSLY ATTEMPTED SUICIDE

A.V. Merinov¹, M.A. Baykova², K.V. Polkova¹,
Z.E. Gazaryan¹, A.S. Kramoreva¹, A.Yu. Alekseeva²

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

²Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov, Ryazan, Russia

Abstract:

According to official WHO statistics in 2015 the number of suicides among young people aged 20-24 in the world reached 83,692, compared with teenagers aged 15-19 the percentage is higher by 34.1% (55,228) and by 2% compared to the age group of 25-29. According to 2019 Rosstat data in the Russian Federation, 17,192 people died by suicide, of whom 14,299 were men and 2,893 were women. The article is devoted to the issue of auto-aggressive behavior in a group of young people from a relatively well-off social stratum of society who have a history of suicide attempt. *The aim of this study* is to study the behavioral characteristics of young parasuicide attempters by comparing groups of students with and without a history of a suicide attempt. Tasks: to identify the distinctive features of students who committed parasuicides comparing them to the control sample; to compare parasuicide attempters by gender; to search for strong points for the application of preventive activities in this age group. *Materials and methods*. The study involved 983 subjects: 245 young men (30 with a suicide attempt and 215 without it), 738 girls (56 with a suicide attempt and 682 without it). The study group included 86 students of both sexes, and the control group consisted of 897 subjects. The criterion for inclusion in the study group was a history of suicide attempt. Mathematical data processing was carried out using the SPSS program. *Results and its discussion*. Girls who had a suicide attempt in the past were statistically significantly character-

ized by a history of serious physical abuse, intentional self-injurious behavior and the presence of TBI. Indicators for these traits exceed those in the control group by 4.5; 2.6; 4.3 times. Three times more often, the respondents of the study group self-assess themselves as alcohol abusers, almost 45% of them smoke (17.7% in the control group), 21.4% used narcotic drugs and/or other psychoactive substances. In the group, the indicators on the basis of "the presence of suicide in a relative" are twice as high. 79% of the respondents of the study group tend to experience periods of low mood, 64% experience moments of hopelessness; 62.5% experience moments of acute loneliness, which significantly distinguishes them from the representatives of the control group. Young men who had a suicide attempt in the past were statistically significantly characterized by a number of non-suicidal autoaggressive phenomena. In addition to the facts of serious physical abuse in history, non-suicidal self-damaging behavior, which, by the way, are more common than similar indicators among the studied group of girls, there are also life-threatening hobbies (43.3%), a tendency to unjustified risk (40%). The "narcological spectrum" of the realization of auto-aggressive impulses in young men of the study group is represented by non-systematic use of psychoactive substances (40%), smoking (46.7%), subjective self-assessment as an alcohol abuser (36.7%). Frequent periods of low mood and moments of hopelessness (in both cases, 63.3%) should also be noted. 50% of the respondents in the study group reported that they experience an obsessive sense of shame, in the control group this figure is 3.5 times lower. In 36.7%, the persons of the study group admitted that they do not have a clear meaning of life. Differences in a series of comparisons of girls and boys who had a suicidal attempt in the past are insignificant, which speaks in favor of their relationship, but we can talk about a certain sex-role coloring of the detected spectrum: a significantly higher frequency of non-systematic use of psychoactive substances, intentional self-harm and life-threatening hobbies in the youth group. *Conclusions.* Groups of parasuicidal girls and boys are, on the whole, very specific sections of the studied age and educational part of the population, concentrating a significant number of all patterns of autoaggression, which once again emphasizes the "kinship" of all patterns aimed at self-destruction. The results obtained in the study can be used in diagnostic algorithms for assessing suicidal risk.

Keywords: parasuicide, suicide attempt, autoaggression, suicide, suicidology

Вклад авторов:

А.В. Меринов: разработка дизайна обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
М.А. Байкова: обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
К.В. Полкова: обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
З.Е. Газарян: перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
А.С. Краморева: перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
А.Ю. Алексеева: обзор публикаций по теме статьи, статистическая обработка данных исследования, написание текста рукописи

Authors' contributions:

A.V. Merinov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article editing;
M.A. Baykova: reviewing and translated relevant publications, article writing;
K.V. Polkova: translated relevant publications, article editing;
Z.E. Gazaryan: translated relevant publications, article editing;
A.S. Kramoreva: translated relevant publications, article editing;
A.Yu. Alekseeva: review of publications on the topic of the article, statistical processing of research data, writing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.02.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.03.2022.

Для цитирования: Меринов А.В., Байкова М.А., Полкова К.В., Газарян З.Е., Краморева А.С., Алексеева А.Ю. Расширенная суицидологическая характеристика юношей и девушек, совершивших ранее попытку самоубийства. *Суицидология.* 2022; 13 (1): 59-73. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-59-73

For citation: Merinov A.V., Baykova M.A., Polkova K.V., Gazaryan Z.E., Kramoreva A.S., Alekseeva A.Yu. Extended suicidological characteristics of youth and girls who have previously attempted suicide. *Suicidology.* 2022; 13 (1): 59-73. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-59-73 (In Russ / Engl)

МЕТОД СТРУКТУРНОГО ТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ФИНАНСОВОЙ ЗАДОЛЖЕННОСТЬЮ И СУИЦИДАМИ

С.В. Дорошенко, О.В. Санаева

ФГБУН «Институт экономики Уральского отделения РАН», г. Екатеринбург, Россия

STRUCTURAL TOPIC MODELING IN STUDIES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FINANCIAL DEBT AND SUICIDE

S.V. Doroshenko, O.V. Sanaeva

Institute of Economics of the Ural Branch of RAS, Ekaterinburg, Russia

Информация об авторах:

Дорошенко Светлана Викторовна – доктор экономических наук, доцент (SPIN-код: 9789-7160; Web of Science Researcher ID: L-6719-2017; ORCID iD: 0000-0002-8282-6062). Место работы: заведующая сектором исследований адаптации региональных систем ФГБУН «Институт экономики Уральского отделения РАН». Адрес: Россия, 620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 29. Телефон: +7 (343) 359-83-57, электронный адрес: doroshenkos@mail.ru

Санаева Ольга Владимировна (Web of Science Researcher ID: AHD-5936-2022; ORCID iD: 0000-0002-9826-9547). Место работы: младший научный сотрудник ФГБУН «Институт экономики Уральского отделения РАН». Адрес: 620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 29. Телефон: +7 (343) 359-83-57, электронный адрес: olg.sanaev@yandex.ru

Information about the authors:

Doroshenko Svetlana Viktorovna – Doctor of Economics, Associate Professor (SPIN-code: 9789-7160; Web of Science Researcher ID: L-6719-2017; ORCID iD: 0000-0002-8282-6062). Place of work and position: Head of the Sector for Research on Adaptation of Regional Systems, Institute of Economics of the Ural Branch of RAS. Address: Russia, 620014, Ekaterinburg, 29 Moskovskaya str. Phone: +7 (343) 359-83-57, email: doroshenkos@mail.ru

Sanaeva Olga Vladimirovna (SPIN-code: 8912-0325; Web of Science Researcher ID: AHD-5936-2022; ORCID iD: 0000-0002-9826-9547). Place of work and position: Junior researcher, Institute of Economics of the Ural Branch of RAS. Address: Russia, 620014, Ekaterinburg, 29 Moskovskaya str. Phone: +7 (343) 359-83-57, email: olg.sanaev@yandex.ru

Факторы суицида, способы его предотвращения постоянно находятся в фокусе внимания международного научного сообщества. Исследовательский интерес охватывает различные сферы, не исключая и экономику, поскольку, являясь одной из причин смертности трудоспособного населения, самоубийство влечёт за собой серьёзные экономические потери. *Цель исследования* – установление дополнительных детерминант связи между самоубийствами и финансовой задолженностью посредством современных методов машинного обучения, применение которых позволяет эффективнее проанализировать значительно большее количество публикаций за короткий срок. *Методы*: для анализа информации применен Structural Topic Modeling (структурное тематическое моделирование), позволяющий анализировать небольшие тексты. Информационная база: 3324 аннотации научных статей соответствующей проблематики, размещенных в международной базе Scopus. Период опубликования статей – 2015-2021 гг. Статьи были подобраны из различных отраслей знаний, включая: социальные науки; медицину; искусство и гуманитарные науки; экономику, эконометрику и финансы; психологию. Исследование проводилось в пакете RStudio. *Результаты*: 1) анализ статистических данных показал рост интереса к изучению связи самоубийств и финансовой задолженности с 400 публикаций в 2015 г. до 600 в 2021 г.; 2) исходя из трёх критериев – качества прогнозирования модели, эксклюзивности и семантической когерентности – была сформирована 21 тема, что подтверждает как высокий исследовательский интерес к проблеме, так и ее многогранность и сложность; 3) подтверждены возрастающая значимость и актуальность исследований относительно таких предположений, как усиление связи задолженностей, самоубийств и экономических кризисов; важность сохранения традиционных ценностей; необходимость особого, в том числе и медицинского, внимания в условиях социальных ограничений; повышенная предрасположенность к суициду на фоне финансовых трудностей отдельных социальных групп и профессиональных сообществ. Полученные результаты могут быть реализованы исследователям, в том числе путём использования эксклюзивных слов в выделенных темах для поиска интересующей литературы по проблемам взаимозависимости самоубийств и финансовой задолженности.

Ключевые слова: суициды, финансовая задолженность, структурное тематическое моделирование, факторы, взаимосвязь

Самоубийства во многих странах считаются одной из основных причин смерти [1], влекущих за собой серьёзные социально-экономические и демографические потери, поскольку часто затрагивают трудоспособное население. По данным ВОЗ, каждый год примерно 800000 человек умирают от суицида, что более чем в два раза превышает число смертей от убийств [2]. Неслучайно в Целях в области устойчивого развития, определённых странами-членами ООН до 2030 года [3], в рамках достижения цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» присутствует показатель «Смертность от самоубийств».

На рисунках 1 и 2 представлена информация о динамике уровня самоубийств за последние 20 лет в относительно неблагоприятных по данному показателю, по статистике ВОЗ, странам.

Графики на рис. 1 отражают ситуацию в странах постсоветского пространства. Очевидно, что за анализируемый период достаточно заметно снизился уровень самоубийств в России, Белоруссии, Казахстане, в меньшей степени – Литве и Латвии, в последней наблюдается даже рост показателя за 2018-2019 гг.

Графики на рис. 2 фокусируют внимание на динамике в странах ЕС, где уровень самоубийств практически не снижался за обозначенный временной интервал, а также в Южной Корее и ЮАР, в которых показатель заметно вырос, особенно в азиатской стране.

Suicide is considered one of the leading causes of death in many countries [1] that entails serious socio-economic and demographic losses, since they often affect the working-age population. According to WHO, approximately 800,000 people die each year from suicide, which exceeds the number of deaths from homicide more than twice [2]. It is no coincidence that the Sustainable Development Goals defined by the UN member countries until 2030 [3] there is an indicator “Deaths from suicide” within the framework of achieving goal 3 “Ensuring a healthy lifestyle and promoting well-being for all at any age”.

Figures 1 and 2 provide information on the dynamics of suicide rates over the past 20 years in countries that are relatively disadvantaged in terms of this indicator, according to WHO statistics.

Graphs in fig. 1 reflect the situation in the countries of the post-Soviet space. It is obvious that during the analyzed period, the level of suicides in Russia, Belarus, Kazakhstan, and to a lesser extent, Lithuania and Latvia decreased quite noticeably, for the latter there is even an increase in the indicator for 2018-2019.

Graphs in fig. 2 focus on dynamics in the EU countries where the suicide rate has hardly decreased over the indicated time interval, as well as in South Korea and South Africa, where the rate has increased markedly, especially in the Asian country.

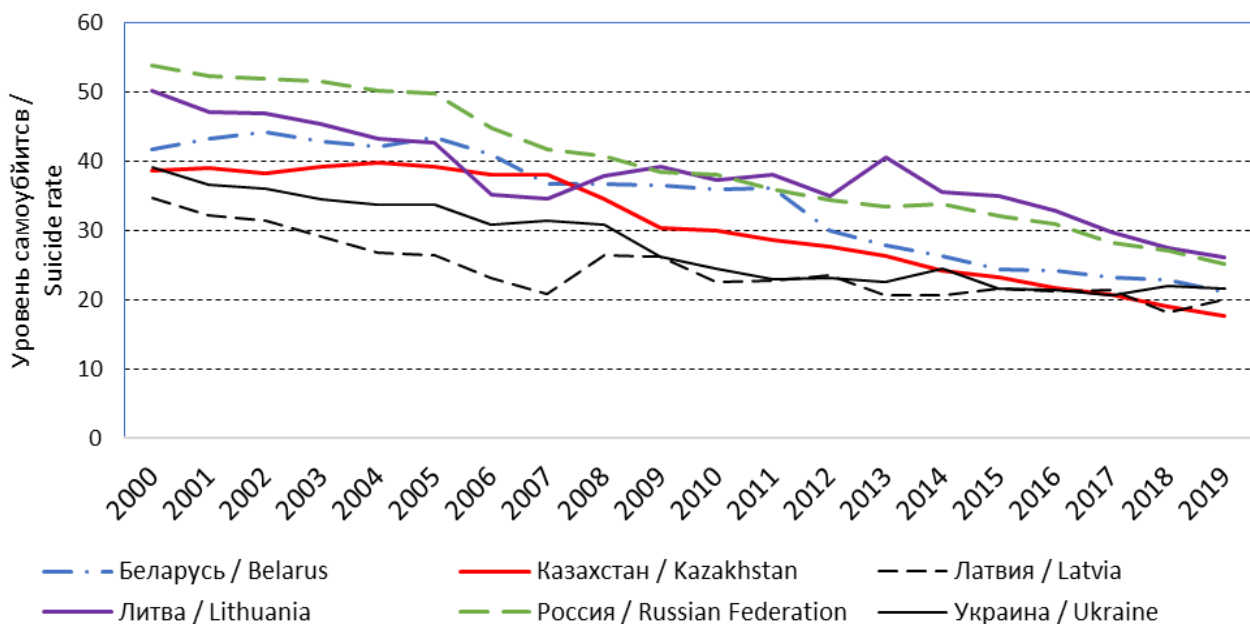


Рис. / Fig. 1. Общие показатели самоубийств (на 100 000 населения) по данным ВОЗ / Crude suicide rates (per 100000 population) according to WHO.

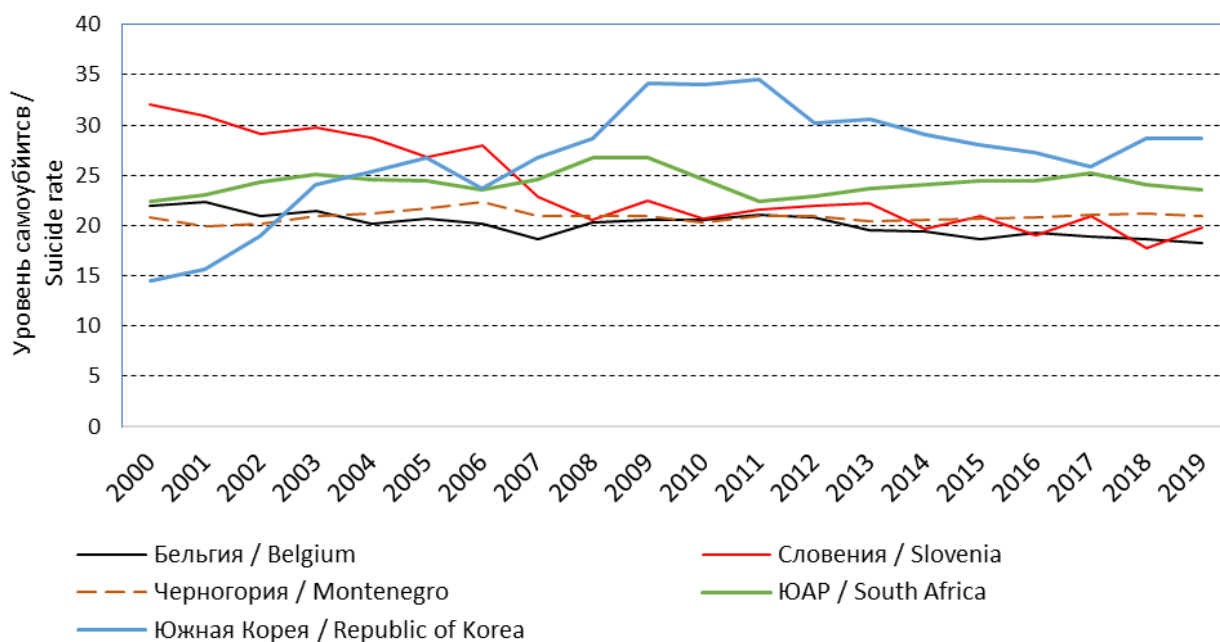


Рис. / Fig. 2. Общие показатели самоубийств (на 100000 населения) по данным ВОЗ / Crude suicide rates (per 100000 population) according to WHO.

Следует заметить, что исследователями отмечается как раз большая распространённость самоубийств именно, в так называемых, развитых демократических странах [4].

Причины суицида, механизмы его выявления и предотвращения постоянно находятся в фокусе внимания международного научного сообщества. Исследовательский интерес охватывает различные сферы: медицину, социологию, психологию, юриспруденцию, экономику, теологию и т.д., в рамках которых проблема изучается в аспекте различных взаимосвязей.

Экономистов среди прочих связей интересует влияние финансовой составляющей (долгов, кредитов, займов и чрезмерной задолженности) на суицидальное поведение. В ряде работ [5, 6] доказывается, что люди с долгами страдали от суицидальных мыслей и депрессии больше, чем те, кто их не имел.

Наше исследование направлено на более глубокое изучение взаимосвязей между самоубийствами и финансовой задолженностью, выявление дополнительных факторов влияния с использованием одного из методов тематического моделирования (далее ТМ). Не секрет, что обычное чтение научной литературы зачастую не позволяет выявить все факторы, провоцирующие суициды, поскольку часть из них может быть не замечена или иметь, на взгляд исследователя, слабое значение, что в итоге снижает уровень раскрываемости проблемы. Одновременно исследовательские классификации могут быть и чересчур широкими, объединяющими несколько факторов. Эти недостатки можно нивелировать благодаря применению современных методов тек-

It should be noted that researchers report high prevalence of suicides in the so-called developed democratic countries [4].

The causes of suicide, the mechanisms for its detection and prevention are constantly in the focus of attention of the international scientific community. Research interest covers various areas: medicine, sociology, psychology, jurisprudence, economics, theology, etc., within which the problem is studied in the aspect of various relationships.

Among other inspects, economists are interested in the influence of the financial component (debts, loans, loans and over-indebtedness) on suicidal behavior. A number of works [5, 6] prove that people with debts suffered from suicidal thoughts and depression more than those who did not have debts.

Our research is aimed at a deeper study of the relationship between suicide and financial debt identifying additional factors of influence using one of the topic modeling methods (hereinafter TM). It is no secret that the usual reading of scientific literature often

стового анализа, что позволяет добиться большей эффективности результатов и за более короткий срок.

В целом, применение методов машинного обучения, к которым относится ТМ, значительно сокращает не только время на анализ научных публикаций, но и количество недочётов, связанных с человеческим фактором.

Теоретический обзор.

Выявление связи между финансово-экономическими факторами и самоубийствами получило определённое развитие в научных исследованиях. Так, подтверждён рост самоубийств в периоды финансово-экономических кризисов [7, 8] и других потрясений. К примеру, исследование поведения сотрудников отелей в период COVID-19 подтвердило гипотезу, что беспокойство о нестабильности работы повышает уровень эмоционального выгорания и, как следствие, суицидального поведения [9]. В целом, пандемия COVID-19, существенно изменившая привычный образ жизни, определила начало новой волны исследовательского интереса к теме самоубийств и факторов, их провоцирующих. Неожиданный и весьма неопределённый во временном отношении вызов внешней среды, сопровождающийся серьёзными ограничениями социального взаимодействия, вызвал сбой механизмов адаптации индивидуумов, что привело к росту смертности населения от самоубийств [10, 11].

Прямая связь долговой нагрузки и числа самоубийств также подтверждается результатами зарубежных исследований, особенно в странах с высокой закредитованностью населения [12, 13], или там, где по отношению к должникам проводится определенная политика дискриминации, а также стигматизации из-за психических расстройств (например, страны Азии) [14, 15]. Кроме того, отмечается и влияние чрезмерной долговой нагрузки на уровень суицидов среди малых и мелких предпринимателей [16, 17].

Одновременно, как показали проведённые ранее исследования на примере регионов России, где общий уровень закредитованности населения хотя и возрастает, но остаётся существенно ниже, чем в других странах, переменная кредитной задолженности в эконометрических моделях оценки, хотя и является статистически значимой, но оказывает обратное влияние на уровень самоубийств [18]. Кроме того, сохранение традиционных ценностей в нашей стране тоже играет положительную роль, поскольку исследованиями подтверждено, что поддержка семьи, друзей ослабляет суицидальные мысли и поведение на фоне депрессивного состояния, вызванного финансовыми трудностями [19]. Социальная поддержка имеет важность и для людей, получивших инвалидность, которая увеличивает риски появления суицидальных мыслей граждан, в том числе на фоне возникающих финансовых проблем [20].

В нашем исследовании мы постарались расширить

does not allow one to identify all the factors that provoke suicides, since some of them may not be noticed or, in the opinion of the researcher, have a weak value, which ultimately reduces the level of disclosure of the problem. At the same time, research classifications can be too broad, combining several factors. These shortcomings can be offset through the use of modern methods of text analysis, which makes it possible to achieve greater efficiency of results and in a shorter period of time.

In general, the use of machine learning methods, which include TM, significantly reduces not only the time for the analysis of scientific publications, but also the number of shortcomings associated with the human factor.

Theoretical review.

Identification of the relationship between financial and economic factors and suicides has received some development in scientific research. Thus, an increase in suicides during periods of financial and economic crises [7, 8] and other breakdowns has been confirmed. For example, a study of the behavior of hotel employees during the COVID-19 period confirmed the hypothesis that anxiety about job instability increases the level of emotional burnout and, as a result, suicidal behavior [9]. In general, the COVID-19 pandemic, which significantly changed the habitual way of life, determined the beginning of a new wave of research interest in the topic of suicide and the factors that provoke them. An unexpected and very temporally uncertain challenge of the external environment, accompanied by serious restrictions on social interaction, caused a failure in the mechanisms of adaptation of individuals, which led to an increase in the death rate of the population from suicide [10, 11].

A direct relationship between the debt burden and the number of suicides is also confirmed by the

спектр взаимосвязей между финансовой задолженностью и уровнем самоубийств, используя современные методы обработки информации.

Следует отметить, что метод ТМ сегодня используется при изучении проблемы самоубийств при анализе предсмертных записок [21], сообщений из соцсетей [22-26], полицейских отчётов о расследованиях [27], а также научных статей для выявления факторов влияния и определения формирующихся исследовательских тенденций [28].

Мы же применили этот метод для анализа научных публикаций не только для подтверждения актуальности выбранной темы, но и для более глубокого изучения влияния финансовой задолженности на самоубийства, определения новых ракурсов проблемы.

Результаты статистического и текстового анализа.

Информационной базой исследования послужила выборка из 3324 аннотаций научных статей, размещённых в базе Scopus за период с января 2015 по октябрь 2021 года. В качестве ключевых слов поисковых запросов были использованы: «suicide AND debt OR indebtedness OR overindebtedness OR credit OR loan OR "financial problems"» (самоубийство И долги, ИЛИ задолженность, ИЛИ чрезмерная задолженность, ИЛИ кредит, ИЛИ ссуда, ИЛИ «финансовые проблемы»). Статьи были подобраны из различных отраслей знаний, включая: социальные науки; медицину; искусство и гуманитарные науки; экономику, эконометрику и финансы; психологию. Исследование проводилось в пакете RStudio.

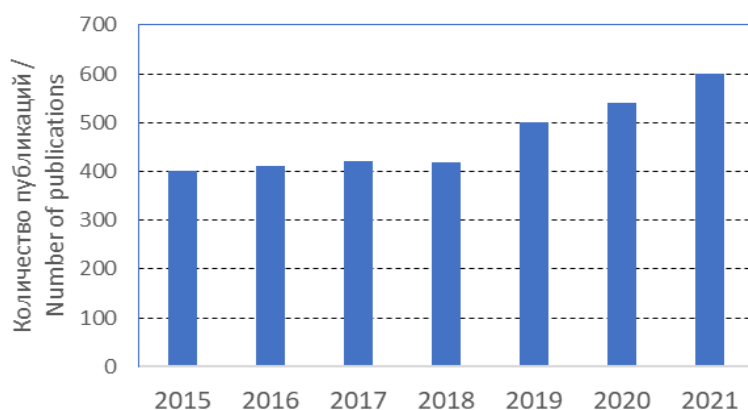


Рис. / Fig. 3. Число публикаций по годам / Number of publications by year.

Анализ статистических данных (рис. 3) показал, что с каждым годом интерес к изучению связи самоубийств и финансовой задолженности возрастает. Если на 2015 г. приходилось около 400 публикаций, то на 2021 г. – уже около 600.

Для текстового анализа были использованы не только аннотации, но и названия статей. В среднем длина аннотации составляет 212 слов. Самая короткая аннотация содержит 28 слов, а самая длинная – 674 (рис. 4).

results of foreign studies, especially in countries with a high debt load of the population [12, 13], or where there is a certain policy of discrimination against debtors, as well as stigmatization due to mental disorders (for example, Asian countries) [14, 15]. In addition, the influence of excessive debt burden on the level of suicides among small entrepreneurs is also noted [16, 17].

At the same time, as shown by previous studies on the example of Russian regions where the overall level of debt load of the population although increasing remains significantly lower than in other countries, the variable credit debt in econometric assessment models, although statistically significant, has the opposite effect on suicide rate [18]. In addition, the preservation of traditional values in our country also plays a positive role, since studies have confirmed that the support of family and friends weakens suicidal thoughts and behavior against the background of a depressive state caused by financial difficulties [19]. Social support is also important for people who have disability as it increases the risk of suicidal thoughts of citizens, including against the background of emerging financial problems [20].

In our study, we tried to expand the range of relationships between financial debt and suicide rates using modern information processing methods.

It should be noted that the TM method is currently used in the study of the problem of suicide in the analysis of suicide notes [21] and messages from social media [22-26], police investigation reports [27], as well as scientific articles to identify factors of influence and determination of emerging research trends [28].

We used this method to analyze scientific publications not only to confirm the relevance of the chosen topic, but also to study the im-

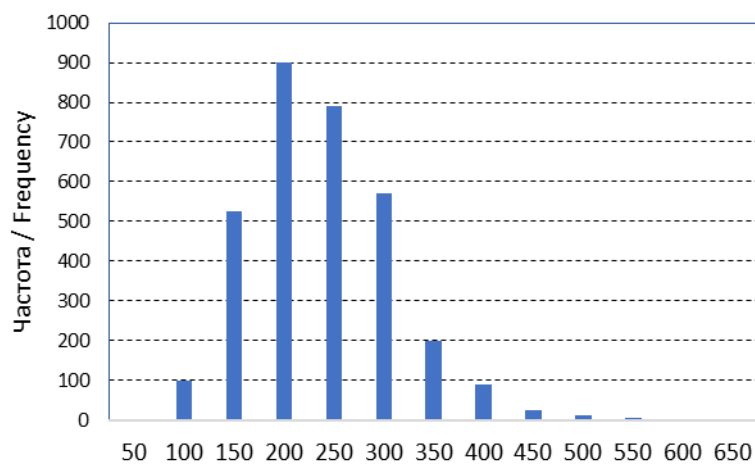


Рис. / Fig. 4. Распределение количества слов в аннотациях
/ The distribution of the number of words in abstracts.

Методология тематического моделирования.

В работе был применен метод структурного тематического моделирования (STM), преимущество которого по сравнению с другими алгоритмами состоит в том, что он может быть использован для анализа коротких текстов, таких как аннотации статей, а также может включать в анализ дополнительную информацию о статьях – метаданные (год публикации, количество цитирований и т.п.). Как и другие методы тематического моделирования, он группирует слова по темам на основе их совместного появления в документах.

После процедуры лемматизации и другой «чистки» используемых текстов было получено из 219366 слов 5178 уникальных. В качестве метаданных мы использовали год публикации, что позволило нам оценить изменение частоты публикаций выделенных тем относительно времени.

Исходя из трёх важнейших критериев – качества прогнозирования модели, эксклюзивности и семантической когерентности – было сформировано оптимальное число – 21 тема, что подтверждает высокий исследовательский интерес к проблеме.

В табл. 1 представлены 10 наиболее эксклюзивных слов для каждой темы и их процентное соотношение от общего объема всех тем, которым мы дали условные названия.

На рис. 5 представлены графические результаты построения линейной регрессии для доли каждой темы относительно времени (доверительный интервал 0,95). Мы видим, что существует положительная зависимость во времени для тем 4, 5, 7, 10, 12, 14, 16 и 19, а для тем 9, 11, 15, 18 и 20 – отрицательная. В отношении остальных тем наблюдается относительное постоянство научного интереса, но без демонстрации роста или снижения.

Результаты структурного тематического моделирования.

Для выявления дополнительных факторов взаимосвязи

part of financial debt on suicide, to identify new perspectives on the problem in more depth.

Results of statistical and textual analysis.

3324 abstracts of scientific articles published in the Scopus database from January 2015 to October 2021 were selected for the information base of the study. The keywords of the search queries were: "suicide AND debt OR indebtedness OR overindebtedness OR credit OR loan OR financial problems". Articles were selected from various fields of knowledge, including: social sciences; medicine; arts and humanities; econometrics and finance, psychology. The study was conducted in the RStudio package.

Analysis of statistical data (Fig. 3) showed that every year the interest in studying the relationship between suicide and financial debt increases. If in 2015 there were about 400 publications, there are already about 600 in 2021.

For text analysis, not only abstracts were used, but also the titles of articles. The average abstract length is 212 words. The shortest abstract contains 28 words, and the longest one – 674 (Fig. 4).

Topic Modeling Methodology.

The method of structural topic modeling (STM) was applied in the study, the advantage of which compared to other algorithms is that it can be used to analyze short texts, such as abstracts of articles, and can also include additional information about articles in the analysis - metadata (year of publication, number of citations, etc.). Like other topic modeling techniques, it groups words into topics based on their co-occurrence in documents.

After the lemmatization procedure and other “cleanup” of the used texts, 5178 unique words were obtained from 219366 words. We used the year of publication as metadata, which allowed us to assess the change in the frequency of

финансовой задолженности и самоубийств сформированные темы мы рассмотрели более укрупненно, объединив в шесть условных групп:

- 1) экономика и финансы, куда вошли темы 2, 4, 10, 20;
- 2) ценности – темы 9, 15, 18, 19;
- 3) здоровье – темы 5, 7, 12, 14, 16;
- 4) жертвы негативного воздействия – темы 6, 8, 13;
- 5) профессия и статус – темы 1, 3, 11, 21;
- 6) способы суицида – темы 17.

publications of selected topics relative to time.

Based on the three most important criteria – the quality of model prediction, exclusivity and semantic coherence – the optimal number was formed – 21 topics, which confirms the high research interest in the problem.

Таблица / Table 1

Темы, определенные из аннотаций научных работ / Topics identified from abstracts of scientific articles

№	Название темы Topic name	Доля темы, % Topic share, %	Эксклюзивные слова темы Exclusive topic words
1	Фермеры Farmers	5	farmer (фермер), farm (ферма), agricultural (сельскохозяйственный), agriculture (сельское хозяйство), crop (урожай), agrarian (аграрий), farmers (фермеры), india (Индия), cotton (хлопок), smallholder (мелкий землевладелец)
2	Финансовый сектор Financial sector	4	financial (финансовый), debt (долг), money (деньги), credit (кредит), lend (давать в долг), loan (заем), literacy (грамотность), payment (платеж), indebtedness (задолженность), borrow (занимать)
3	Эмоциональное выгорание Emotional burnout	3,65	burnout (выгорание), physician (врач), wellness (здоровье), resident (резидент), trainee (стажер), cancer (рак), medical (медицинский), patient (пациент), residency (местожительство), breast (грудь)
4	Экономический кризис Economic crisis	6,2	recession (рецессия), income (доход), unemployment (безработица), economic_crisis (экономический кризис), greece (Греция), austerity (строгость), decline (упадок), socioeconomic (социально-экономический), inequality (неравенство), economic (экономический)
5	Психическое здоровье Mental health	5,8	review (обзор), systematic (систематический), mental_health (психическое здоровье), intervention (вмешательство), disability (инвалидность), inclusion (включение), scope (сфера применения), literature (литература), database (база данных), wellbeing (благополучие)
6	Терроризм Terrorism	4,2	terrorism (терроризм), terrorist (террористический), foreign (иностранный), attack (атака), Islamic (исламский), inform (информировать), east (восток), terror (террор), corruption (коррупция), trade (торговля)
7	Здравоохранение Healthcare	3,9	covid (ковид), pandemic (пандемия), health (здоровье), healthcare (здравоохранение), lockdown (изоляция), care (уход), tobacco (табак), disease (болезнь), epidemic (эпидемия), diabetes (диабет)
8	Дискриминация Discrimination	3,2	foreclosure (обращение взыскания), partner (партнер), woman (женщина), discrimination (дискриминация), women (женщины), house (дом), live (жить вместе), sexual (сексуальный), intimate (интимный), violence (насилие)
9	Литература Literature	6,7	literary (литературный), edition (издание), film (фильм), philosophy (философия), heritage (наследие), genre (жанр), classic (классика), tradition (традиция), cinema (кино), fiction (фантастика)
10	Загрязнение и зеленые кредиты Pollution and green loans	3,9	stock (акции), air (воздух), pollution (загрязнение), bank (банк/берег), hypothesis (гипотеза), happiness (счастье), firm (фирма), return (доход), variable (переменная), forecast (прогноз)
11	Самоубийства среди заключенных Suicide among prisoners	3,3	prison (тюрьма), law (закон), crime (преступление), court (суд), criminal (уголовный), legal (правовой), fraud (мошенничество), gun (пистолет), cyber (кибер), harm (вред)

Таблица (продолжение) / Table 1

№	Название темы Topic name	Доля темы, % Topic percentage	Эксклюзивные слова темы Exclusive words topic
12	Игровое расстройство Gaming disorder	4,25	gamble (азартная игра), disorder (расстройство), item (предмет), gambler (игрок), suicidality (суицидальность), validity (действительность), substance (вещество), thought (мысль), psychometric (психометрия), lifetime (жизнь)
13	Киберзапугивание Cyberbullying	3,2	digital (цифровой), user (пользователь), privacy (конфиденциальность), cyberbullying (киберзапугивание), medium (среда), mobile (мобильный), communication (общение), internet (интернет), platform (платформа), online (онлайн)
14	Изучение головного мозга Study of the brain	4,5	machine (машина), evolutionary (эволюционный), brain (мозг), animal (животное), algorithm (алгоритм), genetic (генетический), biological (биологический), neural (нейронный), cognitive (когнитивный), classification (классификация)
15	Самоубийства и мораль Suicide and morality	7	discourse (дискурс), moral (моральный), everyday (повседневный), ethic (этический), feminist (феминистский), capitalist (капиталистический), neoliberal (неолиберальный), critique (критика), space (пространство), frame (рамка)
16	Психопатологические симптомы Psychopathological symptoms	5,8	sleep (сон), depressive (депрессивный), symptom (симптом), anxiety (тревога), depression (депрессия), stress (стресс), insomnia (бессонница), sectional (секционное), mood (настроение), suicidal (суицидальное), ideation (идея)
17	Основные характеристики Main characteristics	4,25	suicide (самоубийство), death (смерть), poison (яд), homicide (убийство), firearm (огнестрельное оружие), male (мужчина), injury (травма), burn (ожог), female (женщина), age (возраст)
18	Демократия Democracy	6,9	democracy (демократия), globalization (глобализация), politic (политичный), religious (религиозная), party (партия), movement (движение), political (политическая), liberal (либеральная), America (Америка), democratic (демократическая)
19	Семья Family	3,2	child (ребенок), migrant (мигрант), eviction (выселение), family (семья), parent (родитель), parental (родительский), children (дети), gratitude (благодарность), young (молодые), childhood (детство)
20	Микрофинансы Microfinance	6,8	microfinance (микрофинансирование), industry (промышленность), sustainable (устойчивое развитие), climate (климат), environmental (экология), economy (экономика), business (бизнес), corporate (корпорация), chain (сеть), innovation (инновации)
21	Студенты Students	4,25	student (студент), school (школа), students (студенческий), college (колледж), undergraduate (бакалавриат), education (образование), campus (кампус), academic (академический), teacher (учитель), educational (образовательные)

Примечание: составлено авторами с помощью пакета RStudio / Note: compiled by the authors using the RStudio package

Группа «экономика и финансы» включает темы, объединённые финансово-экономической проблематикой, и эксклюзивные слова которых характеризуют следующие основные моменты:

- финансовое и долговое поведение (тема 2), нерациональность которого приводит к стрессовому состоянию из-за невозможности погашения накопленных долгов;

- ситуацию экономических кризисов (тема 4), сопровождающихся такими явлениями как снижение доходов, рост безработицы, что актуализирует суицидальное поведение;

Table 1 shows the 10 most exclusive words for each topic and their percentage of the total volume of all topics that we have given conditional names.

Figure 5 shows the graphical results of building a linear regression for the proportion of each topic relative to time (confidence interval 0.95).

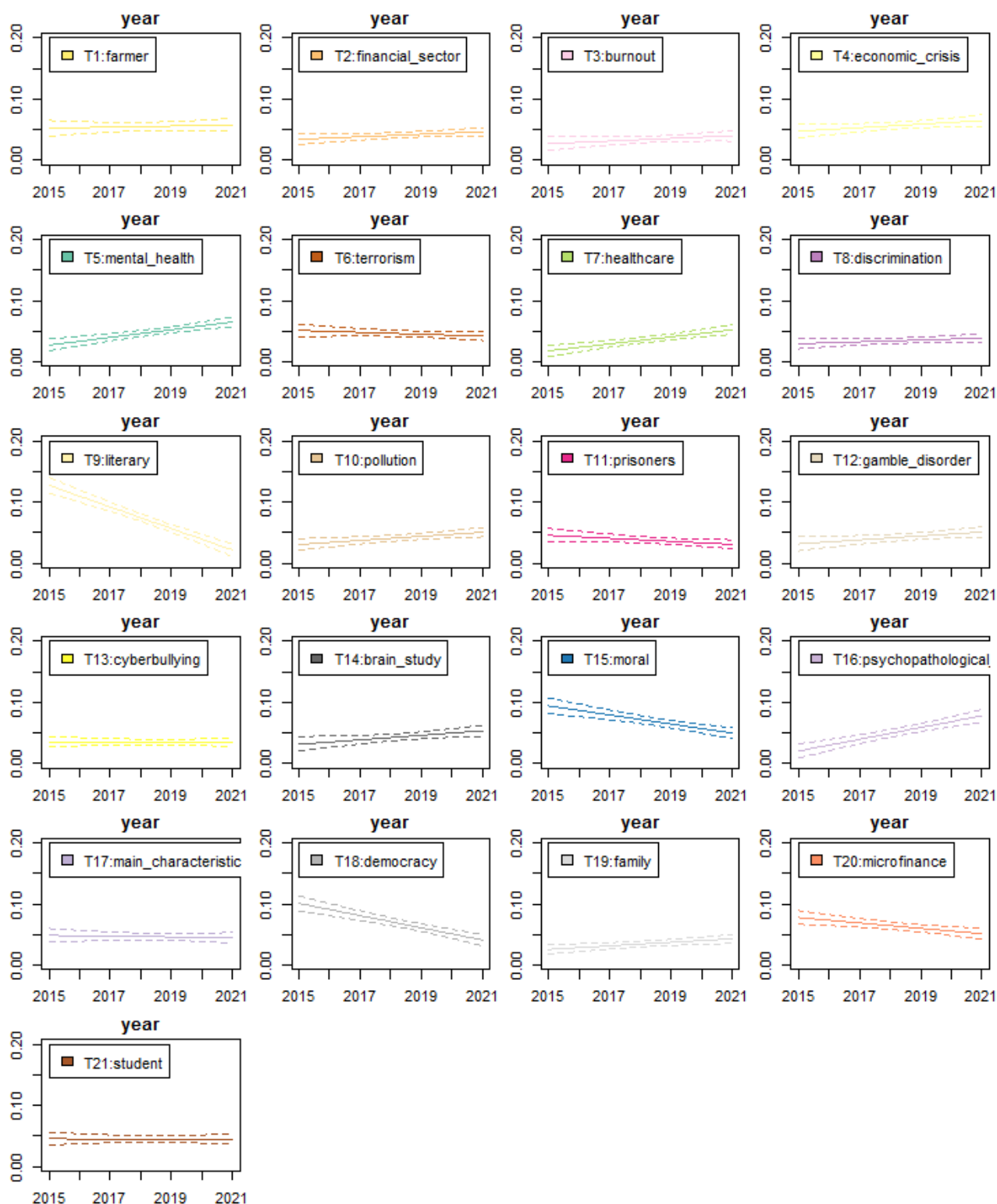


Рис. / Fig. 5. Зависимость доли темы относительно времени / Dependence of the share of the topic on time.

– специфику кредитной политики государства (тема 10), а именно так называемых «зелёных» кредитов, предоставляемых компаниям, имеющим лучшие экологические показатели [29], поскольку установлено, что среди

We see that there is a positive correlation in time for topics 4, 5, 7, 10, 12, 14, 16 and 19, and negative correlation for topics 9, 11, 15, 18 and 20. For the rest of the topics, there is a relative constancy of scientific interest, but without showing an increase or decrease.

прочих болезней загрязнение окружающей среды провоцирует рост и психических заболеваний [30] и является одним из основных факторов суицидов. Одновременно рост заболеваемости, безусловно, ведёт к финансовым проблемам, как по причине дорогостоящего лечения, так и временной или даже постоянной нетрудоспособности;

– бизнес-климат (тема 20), в первую очередь, для малого бизнеса, часто прибегающего из-за недоступности банковских кредитов к микрофинансированию, но не учитывающего огромные проценты этой системы и нарастающие долги.

В группу «ценности» включены темы, где взаимосвязь задолженности и самоубийства просматривается через призму ценностных ориентиров, которые формируются через литературу и искусство, (тема 9), обсуждаются с позиции морали, политики, религии, системы координат современного общества (темы 15 и 18), и выделяется особая значимость традиционных институтов, прежде всего, семьи (тема 19).

Группа «здоровье» – самая многочисленная по составу – объединяет темы, связанные с физическим и душевным здоровьем (темы 5), психопатологическими симптомами, причинами появления которых зачастую становятся именно финансовые проблемы (тем 16), а также с медицинскими исследованиями головного мозга (тема 14).

Кроме того, алгоритмом отдельно была выделена тема 12, относящаяся к проблеме расстройств, связанных с азартными играми. Это говорит о высокой значимости взаимосвязи неконтролируемости игрового поведения, росте долговой нагрузки и суицидов на этой почве. По статистике люди, страдающие игровым расстройством, в два раза чаще совершают попытки самоубийства [31].

Особо в этой группе следует выделить отдельную тему 7, среди эксклюзивных слов которой присутствуют «ковид», «пандемия». Выделение этой группы в качестве самостоятельной говорит о важности нового ракурса изучения проблем взаимосвязи задолженности и суицидов, обострившихся на фоне беспрецедентного сочетания экономической рецессии, ограничений социального общения населения и роста заболеваемости (и не только ковидом).

Results of structural topic modeling.

To identify additional factors of the relationship between financial debt and suicide, we considered the formed topics in a more integrated way combining them into six conditional groups:

- 1) economics and finance included in topics 2, 4, 10, 20;
- 2) values – topics 9, 15, 18, 19;
- 3) health – topics 5, 7, 12, 14, 16;
- 4) victims of negative impact – topics 6, 8, 13;
- 5) profession and status – topics 1, 3, 11, 21;
- 6) ways of suicide – topics 17.

The group "Economics and Finance" includes topics combined by financial and economic issues, and the exclusive words of which characterize the following main points:

– financial and debt behavior (topic 2), the irrationality of which leads to a stressful state due to the impossibility of repaying accumulated debts;

– the situation of economic crises (topic 4) accompanied by such phenomena as a decrease in income, an increase in unemployment, which actualizes suicidal behavior;

– the specifics of the state credit policy (topic 10), namely the so-called “green” loans provided to companies with the best environmental performance [29], since it has been established that, among other diseases, environmental pollution also provokes the growth of mental illness [30] and is one of the main causes of suicide. At the same time, the increase in the incidence, of course, leads to financial problems, both due to expensive treatment, and temporary or even permanent disability;

– business climate (topic 20), primarily for small businesses, which often resort to micro-finance due to the unavailability of bank loans, but do not take into account the huge interest of this system and growing debts.

The “values” group includes topics where the relationship between debt and suicide is viewed through the prism of value orientations that are formed through literature and art (topic 9), discussed from the standpoint of morality, politics, religion, the coordinate system of modern society (topics 15 and 18), and highlights the special significance of traditional institutions, primarily the family (topic 19).

The “health” group, the largest in terms of composition, combines topics related to physical and mental health (topic 5), psychopathological symptoms, the causes of which are often precisely financial problems (topic 16), as well as medical research of the brain (topic 14).

В группу «жертвы негативного воздействия» включены темы, выделение которых отражает значимость исследований связи финансовых проблем и выбора определённых жизненных стратегий, как в теме 6, охватывающей проблемы терроризма и ставящей вопрос – почему люди становятся террористами-смертниками? Всегда ли это только религиозный выбор? Безусловно, тема самоубийств террористов - смертников сохраняет свою актуальность [32].

Тема 8 поднимает вопросы сложного решения материальных проблем для людей, столкнувшихся с расовой дискриминацией, для жертв домашнего насилия, прежде всего женщин, которым часто запрещают работать, принуждая их находиться в постоянной зависимости и унижительном положении [33].

Тема 13 посвящена более современной проблеме, а именно доведению до самоубийства путем киберзапугивания, что может проявляться, в том числе и через прямое вымогательство денежных средств [34].

Группа «профессия и статус» объединила темы, затрагивающие проблемы особого влияния финансовой задолженности на определённые социальные группы. Так, тема 1 затрагивает проблемы самоубийств среди фермеров, сельского населения, что актуально для многих стран, включая Россию. Выделение темы 11 подтверждает не только сохраняющуюся значимость проблемы повышенного числа самоубийств среди заключённых [35], но и предлагает обратить внимание на связь с этим финансовых проблем. Тема 21 затрагивает проблемы молодёжи, а именно студентов, у которых наличие финансовых затруднений может дополнительно усугубить депрессивные симптомы, распространённость которых и так велика среди них. К примеру, распространённость депрессивных симптомов среди студентов Бангладеш составляет 53% от общего числа [36].

Примечательно, что алгоритм сформировал отдельную тему 3, в которой самым частым и одновременно эксклюзивным словом является «выгорание», уровень которого тревожно высок среди медицинских работников (это подтверждает слово «медицинский»). Ранними исследованиями установлено, что медицинские работники подвержены высоко-

In addition, topic 12 related to the problem of gambling disorders was separately highlighted by the algorithm. This indicates the high significance of the relationship between uncontrollable gambling behavior, the growth of the debt burden and suicides that can be induced by them. According to statistics, people with a gambling disorder are twice as likely to attempt suicide [31].

A separate topic 7 in this group among the exclusive words of which there are “covid”, “pandemic” should be singled out specifically. The selection of this group as an independent one speaks of the importance of the new perspective on studying the problems of the relationship between debt and suicide, which have become aggravated against the backdrop of an unprecedented combination of economic recession, restrictions on social communication of the population and an increase in the incidence (and not only of covid).

The “victims of negative impact” group includes topics the highlighting of which reflects the importance of research into the relationship between financial problems and the choice of certain life strategies, as in topic 6, which covers the problems of terrorism and raises the questions why people become suicide bombers and if it is always just a religious choice. Of course, the topic of suicide by suicide bombers remains relevant [32].

Topic 8 raises questions about the complex solution of material problems for people who face racial discrimination, domestic violence, especially women, who are often prohibited from working, forcing them to constantly stay in dependent and humiliating position [33]. Topic 13 is devoted to a more modern problem, namely, incitement to suicide through cyberbullying which can manifest itself, including through direct extortion of funds [34].

The “Profession and Status” group united topics that touch upon the problems of the special impact of financial debt on certain social groups. Thus, topic 1 concerns problems of suicide among farmers and rural population, which is relevant for many countries including Russia. Singling out topic 11 not only confirms the continuing importance of the problem of increased suicide rates among prisoners [35], but also suggests that attention should be paid to the financial problems associated with it.

Topic 21 deals with problems of young people, namely students, who can develop exacerbate depressive symptoms in the presence of financial difficulties the prevalence of which is high among this group. For example, the prevalence of depres-

му риску суицида, выгорания и депрессии по сравнению с другими профессиями [37]. Все это ставит под угрозу здоровье и безопасность пациентов и самих медицинских работников [38]. Финансовые сложности усугубляют подобное положение.

И наконец, в отдельную группу – «способы суицида» – мы выделили тему 17, посвящённую описанию основных характеристик жертв суицидов (пол, возраст) и самых частых их способов (яд, огнестрельное оружие). Очевидно, что финансовые проблемы напрямую здесь проявляются в качестве характеристики индивидуума, совершившего самоубийство.

Заключение.

Исследователями выделяется множество факторов, влияющих на уровень самоубийств и суицидального поведения. Данная работа была направлена на изучение лишь одного фактора, а именно финансовых проблем, включая долги, кредиты и займы.

Применение метода STM позволило подтвердить возрастающую значимость и актуальность исследований относительно предположения усиления связи задолженностей, самоубийств и экономических кризисов; важности сохранения традиционных ценностей; необходимости особого, в том числе и медицинского внимания в условиях социальных ограничений; повышенной предрасположенности к суициду на фоне финансовых трудностей отдельных социальных групп и профессиональных сообществ.

В целом, исследования с использованием методов тематического моделирования позволяют глубже оценить зависимость между финансовыми проблемами и самоубийствами, раскрыть дополнительные факторы суицидов, а также рассмотреть динамику выделенных тем. Полученные результаты могут быть полезны исследователям, в том числе путём использования эксклюзивных слов в выделенных нами темах для поиска интересующей литературы.

Литература / References:

1. Abubakar I.I., Tillmann T., Banerjee A. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: A systematic analysis for the global burden of disease study. *Lancet*. 2015; 385: 117–171. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2
2. 25 стран мира с наибольшим количеством самоубийств. Электронный ресурс. URL: <https://geografishka.ru/25-stran-mira-s-naibolshim-kolichestvom-samoubijstv/>

sive symptoms among students in Bangladesh is 53% of their total number [36].

It is noteworthy that the algorithm generated a separate topic 3 where the most frequent and at the same time exclusive word is “burnout”, the level of which is alarmingly high among medical workers (this is confirmed by the word “medical”). Early studies found that healthcare professionals are at higher risk of suicide, burnout, and depression compared to other professions [37]. All this jeopardizes the health and safety of patients and healthcare workers themselves [38]. Financial difficulties exacerbate this situation.

And finally, in a separate group - "methods of suicide" – we singled out topic 17, dedicated to describing the main characteristics of suicide victims (gender, age) and their most common methods (poison, firearms). Obviously, financial problems are directly manifested here as a characteristic of the individual who committed suicide.

Conclusion.

Researchers have identified many factors that affect the level of suicide and suicidal behavior. This work was aimed at studying only one factor, namely financial problems including debts, credits and loans.

The application of the STM method allowed us to confirm the growing importance and relevance of research on the assumption of a strengthening relationship between debts, suicides and economic crises; the importance of preserving traditional values; the need for special, including medical attention in conditions of social restrictions; increased predisposition to suicide against the background of financial difficulties of certain social groups and professional communities.

In general, studies using topic modeling methods allow a deeper assessment of the relationship between financial problems and suicide, reveal additional suicide factors, and also consider the dynamics of the selected topics. The results obtained can be useful to researchers, including by using exclusive words in the topics we have identified to search for literature of interest.

- mira-s-naibolshim-kolichestvom-samoubijstv/ (дата доступа: 10.02.2022). [25 countries in the world with the highest number of suicides. Electronic resource. URL: <https://geografishka.ru/25-stran-mira-s-naibolshim-kolichestvom-samoubijstv/> / Date Views 10.02.2022] (In Russ)
3. Повестка дня в области устойчивого развития. Электронный ресурс. URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/> (дата обращения: 12.02.2022). [Agenda for Sustainable

- Development. Electronic resource. URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/> [Date Views 12.02.2022] (In Russ)
4. Marotta P., Lee B.X. Government political structure and violent death rates: A longitudinal analysis of forty-three countries, 1960–2008. *Aggression and Violent Behavior*. 2019; 47: 101313. DOI: 10.1016/j.avb.2019.07.008
 5. Amit N., Ismail R., Zumrah A. Relationship Between Debt and Depression, Anxiety, Stress, or Suicide Ideation in Asia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11: 32–39. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01336
 6. Turunen E., Hiiilamo H. Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014; 14: 123–133. DOI: 10.1186/1471-2458-14-489
 7. Chang D., Stuckler P., Yip D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study of 54 countries. *BMJ*. 2013; 347: 39–52. DOI: 10.1136/bmj.f5239
 8. Miller M., Anderson-Luxford D., Mojica-Perez Y., Sjödin L., Room R., Jiang H. A time-series analysis of the association between alcohol and suicide in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*. 2022; 231: 109203. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109203
 9. Üngüren E., Tekin Ö.A., Avsallı H., Kaçmaz Y. The moderator role of financial well-being on the effect of job insecurity and the covid-19 anxiety on burnout: A research on hotel-sector employees in crisis. *Sustainability (Switzerland)*. 2021; 13 (16): 9031. DOI: 10.3390/su13169031
 10. Ettman C.K., Gradus J.L., Galea S. Invited commentary: Reckoning with the relationship between stressors and suicide attempts in a time of COVID-19. *American Journal of Epidemiology*. 2020; 189 (11): 1275–1277. DOI: 10.1093/aje/kwaa147
 11. Watanabe M., Tanaka H. Increased suicide mortality in Japan during the COVID-19 pandemic in 2020. *Psychiatry Research*. 2022; 309: 114422. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114422
 12. Narishige R., Kawashima Y., Otaka Y., Saito T., Okubo Y. Gender differences in suicide attempters: A retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC Psychiatry*. 2014; 14 (1). DOI: 10.1186/1471-244X-14-144
 13. Shiratori Y., Tachikawa H., Nemoto K., Endo G., Aiba M., Matsui Y., Asada T. Network analysis for motives in suicide cases: A cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014; 68 (4): 299–307. DOI: 10.1111/pcn.12132
 14. Awanis S., Schlegelmilch B.B., Cui C.C. Asia's materialists: reconciling collectivism and materialism. *Journal of International Business Studies*. 2017; 48: 964–991. DOI: 10.1057/s41267-017-0096-6
 15. Lauber C., Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International review of psychiatry*. 2007; 9 (2): 157–178. DOI: 10.1080/09540260701278903
 16. Ashta A., Khan S., Otto P. Does Microfinance Cause or Reduce Suicides? Policy Recommendations for Reducing Borrower Stress. *Strategic Change*. 2015; 24 (2): 165–190. DOI: 10.1002/jsc.2004
 17. Sravanth K.R., Sundaram N. Agricultural Crisis and Farmers Suicides in India. *International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering*. 2019; 8 (11): 1576–1580. DOI: 10.35940/ijitee.K1855.0981119
 18. Дорошенко С.В., Санаева О.В. Оценка влияния долговой нагрузки на число самоубийств в регионах России. *Пространственная экономика*. 2021; 17 (4): 97–117. DOI: 10.14530/se.2021.4.097-117 [Doroshenko S.V., Sanaeva O.V. The impact of debt burden on the number of suicides in the Russian regions. *Spatial Economics*. 2021; 17 (4): 97–117. DOI: 10.14530/se.2021.4.097-117.] (In Russ)
 19. Stevenson C., Wakefield J.R. Financial distress and suicidal behaviour during COVID-19: Family identification attenuates the negative relationship between COVID-related financial distress and mental ill-health. *Journal of Health Psychology*. 2021; 26 (14): 2665–2675. DOI: 10.1177/13591053211014597
 20. Roy R., Sommer J.L., Bolton J.M., El-Gabalawy R. Understanding correlates of suicidality among those with usual pain and discomfort: A Canadian nationally representative study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021; 151: 110651. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110651
 21. Zhang T., Schoene A. M., Ananiadou S. Automatic identification of suicide notes with a transformer-based deep learning model. *Internet Interventions*. 2021; 25: 100422. DOI: 10.1016/j.invent.2021.100422
 22. Ophir Y., Tikochinski R., Asterhan C.S. Deep neural networks detect suicide risk from textual facebook posts. *Scientific Reports*. 2020; 10: 16685. DOI: 10.1038/s41598-020-73917-0
 23. Brown R.C., Fischer T., Goldwich A.D., Keller F., Young R., Plener P.L. #cutting: non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*. 2018; 48 (2): 337–346. DOI: 10.1017/S0033291717001751
 24. Koltai J., Kmetty Z., Bozsonyi K. From Durkheim to machine learning: finding the relevant sociological content in depression and suicide-related social media discourses. *Pathways Between Social Science and Computational Social Science*. 2020; 237–258. DOI: 10.1007/978-3-030-54936-7_11
 25. Fodeh S., Li T., Menczynski K., Gemmel J., Raicu D. Using machine learning algorithms to detect suicide risk factors on Twitter. *IEEE International Conference on Data Mining Workshops*. 2019; 8955490: 941–948.
 26. Kmetty Z., Koltai J., Bokányi E., Bozsonyi K. Seasonality pattern of suicides in the US – a comparative analysis of a Twitter based bad-mood index and committed suicides. *Intersections. East European Journal of Society and Politics*. 2017; 3 (1): 56–75. DOI: 10.17356/ieejsp.v3i1.302
 27. Davidson J.E., Ye G., Deskins F., Moutier C., Zisook S. Exploring nurse suicide by firearms: A mixed-method longitudinal (2003–2017) analysis of death investigations. *Nursing Forum*. 2021; 56 (2): 264–272. DOI: 10.1111/nuf.12536
 28. Cho K., Kim S., Park J.H. Topic modeling of papers related to suicide using text mining. *Health Service Management Review*. 2021; 15 (2): 35–45. DOI: 10.18014/hsmr.2021.15.2.35
 29. Shen H., Wu H., Long W., Luo L. Environmental performance of firms and access to Bank Loans. *International Journal of Accounting*. 2021; 56 (2): 2150007. DOI: 10.1142/S1094406021500074
 30. Khan A., Plana-Ripoll O., Antonsen S., Brandt J., Geels C., Landecker H., Sullivan P.F., Pedersen C.B., Rzhetsky A. Environmental pollution is associated with increased risk of psychiatric disorders in the US and Denmark. *PLOS Biology*. 2019; 17 (10). DOI: 10.1371/journal.pbio.3000513
 31. Sundqvist K., Wennberg P. The association between problem gambling and suicidal ideations and attempts: a case control study in the general Swedish population. *Journal of Gambling Studies*. 2021. DOI: 10.1007/s10899-020-09996-5
 32. Tin D., Galehan J., Markovic V., Ciottone G.R. Suicide bombing terrorism. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2021; 36 (6): 664–668. DOI: 10.1017/S1049023X21001151
 33. Weaver T.L., Kelton K., Riebel J. The relationship between women's resources and health-related quality of life in a sample of female victims of intimate partner violence. *Journal of Social Service Research*. 2021; 47 (4): 565–578. DOI: 10.1080/01488376.2020.1859433
 34. Galyashina E.I., Nikishin V.D. The concepts of aggressive information impact through the lens of internet users' worldview security. *Journal of Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences*. 2021; 14 (11): 1660–1673. DOI: 10.17516/1997-1370-0848
 35. Bebbington P.E., McManus S., Coid J.W., Garside R., Brugha T. The mental health of ex-prisoners: analysis of the 2014 English National Survey of Psychiatric Morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021; 56 (11): 2083–2093. DOI: 10.1007/s00127-021-02066-0
 36. Kundu S., Bakchi J., Al Banna M.H., Sarker N., Islam Khan M.S. Depressive symptoms associated with loneliness and physical activities among graduate university students in Bangladesh: findings from a cross-sectional pilot study. *Heliyon*. 2021; 7 (3): e06401. DOI: 10.1016/j.heliyon.2021.e06401

37. Stallones L, Doenges T, Dik BJ, Valley MA. Occupation and suicide: Colorado, 2004-2006. *American Journal of Industrial Medicine*. 2013; 56 (11): 1290–1295. DOI: 10.1002/ajim.22228
38. Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., West C.P., Wang H., Trockel M. Suicidal ideation and attitudes regarding help seeking in US physicians relative to the US working population. *Mayo Clinic Proceedings*. 2021; 96 (8): 2067–2080. DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.01.033

STRUCTURAL TOPIC MODELING IN STUDIES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FINANCIAL DEBT AND SUICIDE

S.V. Doroshenko, O.V. Sanaeva

Institute of Economics of the Ural Branch of RAS, Ekaterinburg, Russia

Abstracts:

Suicide factors and ways to prevent it are in the constant attention focus of the international scientific community. Research interest covers various areas, not excluding the economy, since suicide entails serious economic losses since it is one of the causes of death among the working population. *The aim of this work* is to establish additional determinants of the relationship between suicide and financial debt using modern machine learning methods, the use of which makes it possible to more effectively analyze a significantly larger number of publications in a short time. *The research method* is Structural Topic Modeling. This method works well on short texts and allows the use of metadata. The information base consists of 3324 abstracts of scientific articles on relevant issues posted in the international Scopus database during 2015-2021. Articles were selected from various fields of knowledge: social sciences; medicine; arts and humanities; economics, econometrics and finance; psychology. The research was conducted in the RStudio package. *Results*: 1) the analysis of statistical data showed an increase in interest in the study of the connection between suicide and financial debt from 400 publications in 2015 to 600 in 2021; 2) based on three criteria – the quality of model prediction, exclusivity and semantic coherence – we formed 21 topics, which confirms both the high research interest in the problem and its versatility and complexity; 3) we confirmed the growing importance and relevance of research on such assumptions as the strengthening of the link between debt, suicide and economic crises; the importance of preserving traditional values; the need for special, including medical, attention in conditions of social restrictions; increased predisposition to suicide against the background of financial difficulties of certain social groups and professional communities. The results obtained can be implemented by researchers, including by using exclusive words in selected topics to search for literature of interest on the problems of the interdependence of suicide and financial debt.

Keywords: suicide, financial debt, Structural Topic Modeling, factors, relationship

Вклад авторов:

С.В. Дорошенко: написание и редактирование текста рукописи;

О.В. Санаева: обзор публикаций и статистической информации по теме, проведение тематического моделирования.

Authors' contributions:

S.V. Doroshenko: article writing, article editing;

O.V. Sanaeva: reviewing of publications and statistical information, conducting Topic modeling.

Финансирование: Исследование проводится в рамках государственного задания Института экономики УрО РАН на 2021–2023 гг. «Институциональные модели и факторы социальной и экономической адаптации населения региона в условиях перехода к динамичному развитию».

Financing: The research is carried out within the framework of the research plan of the Institute of Economics of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences for 2021–2023. “Institutional models and factors of social and economic adaptation of the population of the region in the transition to dynamic development”.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 15.04.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.05.2022.

Для цитирования: Дорошенко С.В., Санаева О.В. Метод структурного тематического моделирования в исследованиях взаимосвязи между финансовой задолженностью и суицидами. *Суицидология*. 2022; 13 (1): 74-87. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-74-87

For citation: Doroshenko S.V., Sanaeva O.V. Structural topic modeling in studies of the relationship between financial debt and suicide. *Suicidology*. 2022; 13 (1): 74-87. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-74-87 (In Russ / Engl)

АДАПТАЦИЯ «ОПРОСНИКА СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА» (SCI-2) НА РОССИЙСКОЙ ИНТЕРНЕТ-ВЫБОРКЕ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19

*К.А. Чистопольская, М.Л. Rogers, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев,
Н.А. Кравцова, В.С. Садовнича, С.Э. Дровосеков*

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ, г. Москва, Россия
Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel», Нью-Йорк, США
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Владивосток, Россия
ФГБОУ ВО «Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия
ГБОУ «СОШ № 619», г. Санкт-Петербург, Россия

ADAPTATION OF THE SUICIDE CRISIS INVENTORY (SCI-2) IN A RUSSIAN INTERNET SAMPLE DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

*K.A. Chistopolskaya, M.L. Rogers,
S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev,
N.A. Kravtsova, V.S. Sadovnichaya,
S.E. Drovosekov*

Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia
Mount Sinai Beth Israel, New York, USA
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
Secondary General School no. 619, Saint-Petersburg, Russia

Информация об авторах:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения №2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ. Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Rogers Megan L. – кандидат психологических наук (Researcher ID: AAC-1894-2021; ORCID iD: 0000-0002-4969-7035). Место работы и должность: Постдок, Медицинский центр Маунт-Синай. Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, Нью-Йорк, 10003, США. Электронный адрес: megan.l.rogers4@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6574-0189; Researcher ID: P-8907-2016; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X). Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdorovie@bk.ru

Кравцова Наталья Александровна – доктор психологических наук, доцент (SPIN-код: 5518-0541; Researcher ID: F-4465-2019; ORCID iD: 0000-0003-2841-4144). Место работы и должность: заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия. Адрес: Россия, 690002, Владивосток, пр. Острякова, 2. Электронный адрес: kranatali@yandex.ru

Садовнича Вероника Сергеевна – клинический психолог (SPIN-код: 6775-7202; Researcher ID: AAC-1598-2021; ORCID iD: 0000-0002-3244-658X). Место работы и должность: студентка факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова». Адрес: Россия, 125009, г. Москва, ул. Моховая, 11, стр. 9. Электронный адрес: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Дровосеков Сергей Эдуардович – психолог (SPIN-код: 2723-2966; Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Место работы и должность: педагог-психолог ГБОУ СОШ № 619. Адрес: Россия, 195265, г. Санкт-Петербург, ул. Черкасова, 7, корп. 2. Электронный адрес: sergo.nevsky@yandex.ru

Information about the authors:

Chistopolskaya Ksenia A. – clinical psychologist (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, Lenskaya st., 15. Email: ktchist@gmail.com

Rogers Megan L. – PhD in Clinical Psychology (Researcher ID: AAC-1894-2021; ORCID iD: 0000-0002-4969-7035). Place of work and position: Postdoctoral Fellow, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. Email: megan.l.rogers4@gmail.com

Enikolopov Sergey N. – PhD in Clinical Psychology, Professor (Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Place of work and position: head of clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, Kashirskoe highway, 34. Email: enikolopov@mail.ru

Nikolaev Evgeni L. – DSc in Medicine, Professor (Researcher ID: P-8907-2016; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X). Place of work and position: Head of the Chair of Social and Clinical psychology, Ulianov Chuvash State University. Address: Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky prospect, 15. Email: pzdorovie@bk.ru

Kravtsova Natalia A. – DSc in Psychology, Associated Professor (Researcher ID: F-4465-2019; ORCID iD: 0000-0003-2841-4144). Place of work and position: head of clinical psychology department, Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia. Address: Russia, 690002, Vladivostok, prospect Ostryakova, 2. Email: kranatali@yandex.ru

Sadovnichaya Veronika S. – psychology student (Researcher ID: AAC-1598-2021; ORCID iD: 0000-0002-3244-658X). Place of study: Student, Psychology Department, Lomonosov Moscow State University. Address: Russia, 125009, Moscow, Mokhovaya st., 11/9. Email: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Drovoisekov Sergei E. – psychologist (Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Place of work and position: pedagogue-psychologist, Secondary General School no. 619. Address: Russia, 195265, Saint Petersburg, ul. Cherkasova, 7, build. 2. Email: sergo.nevsky@yandex.ru

В статье представлена новая диагностическая категория, синдром суицидального кризиса (ССК), предложенная в следующую версию диагностического и статистического руководства по психиатрии (DSM). *Цель исследования:* адаптация «Опросника суицидального кризиса» (ОСК) на российской выборке. *Участники:* было использовано 618 ответов на интернет-исследование, проходившее с 16 июня 2020 года по 26 апреля 2021 года. *Возраст участников:* от 18 до 99 лет ($M=26,9$; $SD=12,8$). *Пол:* 451 женщина (74,2%), 135 мужчин (22,2%), 32 участника (3,6%) предпочли не отвечать или указали иную гендерную идентичность. *Методики:* «Опросник суицидального кризиса», «Опросник суицидального нарратива», «Опросник стрессовых событий», «Колумбийская шкала самоотчёта оценки суицидальной тяжести», ответы на вопросы о суицидальных действиях. *Результаты:* конфирматорный факторный анализ подтвердил пятифакторную ($\chi^2[1420]=5003,56$; $p<0,001$; CFI=0,99; TLI=0,99; RMSEA=0,07; SRMR=0,06) и однофакторную ($\chi^2[1430]=9847,34$; $p<0,001$; CFI=0,98; TLI=0,98; RMSEA=0,10; SRMR=0,07) структуру опросника, отдав предпочтение пятифакторной модели ($\Delta\chi^2[10]=4843,78$; $p<0,001$). На основе ретроспективных данных (самоотчёты респондентов о суицидальных попытках за последний месяц) ОСК показал хорошую диагностическую точность (AUC=0,85; 95% CI [0,72; 0,97]). Был выделен пороговый балл (80), который свидетельствует о наличии актуального суицидального риска. *Выводы:* адаптация «Опросника суицидального кризиса» прошла хорошо, инструмент готов к использованию в рамках стационарных и популяционных исследований.

Ключевые слова: суицид, суицидальная идеация, синдром суицидального кризиса, опросник суицидального кризиса, модель нарративного суицидального кризиса, COVID-19

Феномен суицида представляет собой проблему здравоохранения во всём мире [1], и пандемия COVID-19 усугубляет эту ситуацию [2, 3, 4]. Так, российские исследования показывают, что на фоне эпидемии наблюдается рост числа суицидальных идеаций [5], отчасти вызванный усугублением чувства одиночества в периоды самоизоляции [6].

Диагностика краткосрочных рисков суицида на сегодняшний день затруднена, так как в общепринятой практике специалисты опираются преимущественно на сообщение человеком суицидальных мыслей, хотя исследования показывают, что вероятность ложноотрицательных ответов на вопрос о наличии суицидальных мыслей составляет около 60% и доходит до 80% в неклинической популяции [7]. Это происходит по разным причинам: во-первых, суицид может случиться неожиданно.

The phenomenon of suicide poses a mental health problem around the world [1], and COVID-19 pandemic worsens this situation [2-4]. For example, Russian studies show an increase in suicidal ideation during the epidemic [5], partly provoked by an amplified feeling of loneliness in periods of lockdown [6].

Nowadays, diagnostics of short-term suicide risks is insufficient, as it is a common practice to rely primarily on self-reports of suicidal ideation, though research shows that the probability of false negative answers about suicidal thoughts is approximately 60% and reaches 80% in non-clinical population [7]. This is due to various reasons: first-

данно для самого человека, и суицидальные мысли возникают за несколько мгновений до совершения суицидальных действий (импульсивные суициды); во-вторых, человек может скрывать суицидальную идеацию, поскольку не желает сталкиваться с психиатрической системой, чувствует стыд, не верит, что ему могут помочь, или потому что намерен выполнить задуманное [8, 9]. Кроме того, существует проблема определения острого суицидального кризиса в популяции пациентов с изначальным суицидальным риском: сообщение или несообщение о суицидальной идеации оказывается недостаточным критерием для принятия клинических решений [10].

По сравнению с этим, новая диагностическая единица, синдром суицидального кризиса (ССК), предложенная И. Галынкером [11], способна помочь клиницисту в распознавании острого суицидального состояния пациента, а опросник самоотчёта, составленный с учётом главных симптомов этого синдрома, может применяться для различных клинических задач: диагностики, самодиагностики, научных исследований. Важная отличительная черта этого синдрома – суицидальная идеация не является его обязательным компонентом. Этим ССК отличается от другой концептуализации острого суицидального кризиса – острого суицидального аффективного расстройства (*acute suicidal affective disturbance, ASAD*), диагностической категории, предложенной группой Т. Джойнера [12].

ССК был сформулирован на основе исследований суицидального триггерного состояния, для определения которого была создана Шкала суицидальных триггеров (*suicide trigger scale*) [10, 13, 14]. Изначально в шкалу входили 2 субшкалы: шкала предпсихотической соматизации и руминативного затопления, и шкала отчаянной безнадёжности. Предполагалось, что мысли о смерти у таких пациентов могут быть эго-дистонными и выражаться, в том числе, в панических атаках. Исследование показало, что повышенные (90-й перцентиль), а также чрезмерно пониженные баллы (10-й перцентиль) по опроснику перед выпиской предсказывали последующие суицидальные попытки в течение 1-2 месяцев, и предположительно формировали группы импульсивных и спланированных суицидальных попыток [10].

В настоящее время ССК состоит из 5 компонентов, разделённых на два критерия. В критерий А входит чувство западни или жизненного тупика, безысходности («отчаянная безнадёжность»), острое желание избежать непереносимой ситуации, а критерий Б сочетает в себе аффективные нарушения, потерю когнитивного контроля, перевозбуждение и социальное отчуждение.

ly, suicide may occur unexpectedly even for the person at risk, and suicidal thoughts become conscious in few moments before the suicidal actions (*impulsive suicides*); secondly, a person may conceal suicidal ideation, not wanting to contact mental health services, experiencing shame, not believing that they can be helped, or because they intend to fulfill their plans [8; 9]. Besides, there is a problem of identifying acute suicidal risk in a population of inpatients with baseline suicidality: a report or non-report of suicidal ideation becomes an insufficient criterion for clinical decision-making [10].

In contrast to that, a new diagnostic category, *Suicide Crisis Syndrome (SCS)*, proposed by I. Galynker [11], can help a clinician to detect acute suicidal state, and a self-report questionnaire, composed with consideration of the main symptoms of the syndrome, may be used for various clinical and scientific purposes, such as diagnostics, self-diagnostics, and research. An important distinguishing feature of this syndrome is that suicidal ideation is not considered an obligatory component of it. In this, SCS differs from another conceptualization of an acute suicide crisis – *Acute Suicidal Affective Disturbance, ASAD*, a diagnostic category, proposed by T. Joiner team [12].

SCS was formulated during the research on suicide trigger state, which was studied with the *Suicide Trigger Scale* [10; 13; 14]. At first, the scale had two subscales: *near-psychotic somatization and ruminative flooding*, and *frantic hopelessness*. It was supposed that death thoughts in such patients could be ego-dystonic and manifest in panic attacks. Studies showed that elevated (90th percentile), as well as excessively lowered scores (10th percentile) on the STS before the discharge predicted suicide attempts during next 1-2 months, and presumably formed groups of impulsive and planned suicide attempts [10].

Currently, SCS consists of 5 components, combined into 2 criteria. Criterion A is presented by entrapment ('frantic hopelessness') and acute need to es-

Предполагается, что такое состояние пациента представляет риск суицидальных действий от нескольких часов до месяца [15]. Данная концептуализация была предложена в следующую версию диагностического и статистического руководства по психиатрии (DSM) [11]. Все 5 компонентов должны присутствовать для постановки диагноза.

Обзор литературы показал [16], что для данного состояния могут быть характерны многочисленные психофизиологические сдвиги. Нарушения работы гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и уровня кортизола могут быть характерны для чувства загнанности и переживания тупика. Для аффективных нарушений и переживаний душевной боли свойственны изменения в дофаминэргической системе и выработке эндогенных опиоидов. Потеря когнитивного контроля является следствием ослабления исполнительных функций, внимания и принятия решений. Сверхбдительность (перевозбуждение) связана с нарушениями регуляции автономной нервной системы, что можно обнаружить при измерении вариабельности сердечного ритма и кожно - гальванической реакции. Социальное отчуждение может проявляться в снижении уровня окситоцина. Все это также свидетельствует в пользу выделения отдельной диагностической категории.

ССК – последняя ступень Модели нарративного суицидального кризиса. Ему предшествуют часто встречающиеся у суицидентов черты личности и уязвимости (например, импульсивность, перфекционизм, наличие детской травмы и ненадёжного стиля привязанности), которые под воздействием стрессового события преобразуются в суицидальный нарратив (ощущение тупика, чувство личного поражения, воспринимаемая обременительность себя для близких, нарушенная принадлежность, унижение, неспособность переключаться с недостижимых целей на достижимые) и в итоге приводят синдрому острого суицидального кризиса [17, 18, 19].

Исследование

Наше исследование было проведено в течение первого года обнаружения COVID-19 в мире и на территории России, с 16 июня 2020 г. по 26 апреля 2021 г., как часть крупного международного исследования суицидального риска в период пандемии COVID-19. Одна из целей исследования заключалась в адаптации методик, которые отражают модель нарративного суицидального кризиса, точнее, две её главные составляющие: опросники суицидального нарратива и суицидального кризиса.

В данной статье изложены результаты адаптации «Опросника суицидального кризиса» (Suicidal Crisis

cape unbearable situation, while Criterion B combines affective disturbances, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal. It is assumed that such a state in an inpatient poses a risk of suicidal actions from several hours to a month [15]. This conceptualization was proposed for the next version of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [11]. All 5 components must be present for establishing this diagnosis.

Literature review [16] showed that various psychophysiological changes might accompany this state. Disturbances in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and cortisol levels may be characteristic of the experience of entrapment. Affective disturbances and psychache may be mediated by changes in dopaminergic circuits and reward / anti-reward systems with production of endogenous opioids. Loss of cognitive control may be linked to weakened executive function, attention, and decision-making. Hypervigilance (hyperarousal) may be associated with autonomic dysregulation, which can be registered by heart rate variability and galvanic skin response. Social withdrawal may manifest itself in lowered oxytocin levels. All this also speaks for establishing a new diagnostic category.

SCS is the last step of the Narrative-Crisis Model of Suicide. It is preceded by the personality traits and vulnerabilities that are often present in suicidal persons (such as impulsivity, perfectionism, childhood trauma and insecure attachment), which, under the influence of a stressful life event, are transformed into suicidal narrative (entrapment, feeling of personal defeat, perceived burdensomeness, thwarted belongingness, humiliation, inability to disengage from unattainable goals and reengage in attainable goals), and in the end lead to Suicide Crisis Syndrome [17-19].

The Study

Our study was conducted during the first year of COVID-19 pandemic in the world and in Russia, from June 16, 2020 to April 26, 2021, as a part of a larger international survey on suicide risk dur-

Inventory-2 [20]). Гипотезы исследования: русская версия «Опросника суицидального кризиса» покажет хорошее соответствие пяти- и однофакторной модели, то есть обнаружит чёткое разделение на пять симптомов, которые составляют единый синдром. Кроме того, его субшкалы также будут верно коррелировать с главными компонентами нарративной модели суицидального кризиса, а также с суицидальными мыслями и действиями (на протяжении последнего месяца – больше, в течение жизни – меньше).

Материалы и методы

Характеристика выборки

Исследование проводилось с 16 июня 2020 года по 26 апреля 2021 года, за все время в нём приняли участие 1068 человек, однако полностью прошли опрос 618 человек (57,9%), что отчасти связано с его трудоёмкостью. Среднее время заполнения составляло 51 минуту.

Возраст участников – от 18 до 99 лет ($M=26,9$; $SD=12,8$). Женщин было большинство – 74,2% ($n=451$), мужчин – 22,2% ($n=135$), трансгендеров – 1,9% ($n=12$), отказались отвечать на вопрос о половой принадлежности – 1,7% ($n=10$), ещё 10 человек пропустили этот вопрос, так как он не являлся обязательным. По регионам страны респонденты распределились следующим образом: из Чувашской республики опрос полностью заполнили 245 человек (39,6%), Москвы и Московской области – 139 (22,5%), Приморья – 72 (11,7%), Санкт-Петербурга и Ленинградской области – 26 (4,2%), остальные 22% пришлось на другие регионы России.

Опросники

1. «Опросник суицидального кризиса» (ОСК) – в окончательной англоязычной версии опросник состоит из 61 пункта и 5 субшкал, оцениваемых по 5-балльной шкале Ликертовского типа (от 0 – «совсем нет», до 4 – «крайне выражено») с предваряющей фразой «Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о том, как вы чувствовали себя в течение последней недели. В течение этого времени, когда вы чувствовали себя хуже всего...» [20]. Опросник был переведён профессиональным психологом - переводчиком, результат был отредактирован носителем английского и русского языка из команды авторов методики.

Субшкалы:

– Чувство заплывания (10 пунктов, пример: «Вы чувствовали, что выхода нет?»).

– Аффективные нарушения (18 пунктов), включая тематические вопросы, посвященные *душевной боли* (5 пунктов, пример: «Вы ощущали неотступную, мучительную душевную боль?»); *резким всплескам негативных эмоций* (2 пункта, пример: «Вы чувствовали необы-

ing COVID-19. One of the objectives of the study was to adapt the questionnaires that capture the Narrative-Crisis Model of Suicide, or, specifically, its two main components: Suicidal Narrative Inventory, and Suicide Crisis Inventory-2. The article presents the results of adaptation of Suicide Crisis Inventory-2 [20]. We hypothesize that the Russian version of Suicide Crisis Inventory-2 will show good fit to 5- and 1-factor models, i.e. will clearly distinguish 5 symptoms, which comprise a single syndrome. Besides, its subscales will correlate accordingly to the main components of Narrative-Crisis Model of Suicide, as well as with suicidal ideation and actions (higher with past month ideation and actions, lower with lifetime ideation and actions).

Materials and Methods

Characteristics of the Sample

The study was conducted from June 16, 2020 to April 26, 2021, during this period 1068 people took part in the study, but full responses were registered for 618 persons (57.9% response rate), in part, it was due to laboriousness of the survey. Mean response time was 51 minutes.

Age of the respondents differed from 18 to 99 ($M = 26.9$; $SD = 12.8$). The majority were females (451, 74.2%), there were 135 males (22.2%), 12 transgender persons (1.9%), 10 people refused to answer the question about gender (1.7%), and 10 people omitted this question as it was not obligatory. In Chuvash Republic, 245 respondents (39.6%) answered the survey in full, in Moscow and Moscow Region, 139 respondents (22.5%), in Primorie, 72 respondents (11.7%), in Saint Petersburg and Leningrad Region, 26 people (4.2%), other 22% were distributed among other regions of Russia.

Instruments

1. Suicide Crisis Inventory (SCI-2): in its current English version the inventory consists of 61 items, comprising 5 subscales, which are estimated by a 5-point Likert-type scale (from 0 – *not at all* to 4 – *extremely*) with the entering phrase *Please answer the following questions about the way you were feel-*

чайно сильные или крайне негативные эмоции или перепады настроения, связанные с представлениями о себе?»; *острой тревоге* (7 пунктов, пример: «Вы чувствовали, как кровь пульсирует в ваших венах?»); *острой ангедонии* (4 пункта, пример: «Вы чувствовали, что потеряли интерес к другим людям?»).

– Потеря когнитивного контроля (15 пунктов), включая тематические вопросы, посвящённые *руминации* (4 пункта, пример: «Вам докучали бессмысленные мысли?»); *когнитивной ригидности* (4 пункта, пример: «Вы чувствовали, что можете передумать после того, как уже пришли к какому-то решению?» (обратный вопрос)); *руминативному затоплению* (4 пункта, пример: «Вы замечали сниженную способность мыслить, сосредотачиваться или принимать решения, вследствие чрезмерного количества мыслей?»); *нарушению механизма вытеснения мыслей* (3 пункта, пример: «Вы хотели, чтобы беспокоящие вас мысли прекратились, но они не уходили?»).

– перевозбуждение (13 пунктов), включая тематические вопросы, посвящённые *ажитации* (5 пунктов, пример: «Вы чувствовали сильные эмоции, которые вызывали неприятные ощущения в животе?»); *сверхбдительности* (3 пункта, пример: «Вам казалось, что если вы не будете бдительным (-ой), случится что-то плохое?»); *раздражительности* (2 пункта, пример: «У вас наблюдались вспышки гнева, которые вы не могли контролировать?»); *бессоннице* (2 пункта, пример: «Вы просыпались уставшим и не отдохнувшим?»).

– Социальное отчуждение (5 пунктов, пример: «Вы отталкивали людей, которые заботятся о вас?»).

2. «Опросник суицидального нарратива» (ОСН) – шкала, состоящая из 38 пунктов, которые оцениваются по 5-балльной шкале ликертовского типа (от 1 – «абсолютно неверно», до 5 – «крайне верно»), включает 8 субшкал в соответствии с ведущими теориями суицидального риска, в том числе Модели нарративного суицидального кризиса. Субшкалы: «Воспринимаемая обременительность», «Нарушенная принадлежность», «Перфекционизм», «Отказ от цели», «Смена цели», «Поражение», «Западня», «Страх унижения» [17, 19].

3. «Опросник стрессовых событий» (ОСС) – опросник из 21 пункта, на которые предполагается ответ «да/нет», с вводным предложением «Случались ли с вами в последнее время следующие события?» Необходимо было указывать события, произошедшие на *последней неделе* и *за последние 3 месяца*, при этом ответы не должны пересекаться (если что-то случилось на последней неделе, не следовало включать это в последние три месяца, и наоборот – указание об этом давалось

ing over the last several days. During this time when you were feeling your worst... [20].

A professional psychologist-translator translated the inventory, and a native English and Russian speaker (bilingual person) from the team of the developers of the scale edited the translation and produced the final version. Subscales are:

– Entrapment (10 items, ex.: *Did you feel there was no exit?*).

– Affective Disturbances (18 items), including thematic questions about *psychache* (5 items, ex.: *Did you feel relentless, agonizing emotional pain?*); *rapid spikes of negative emotions* (2 items, ex.: *Did you feel any unusually intense or deep negative feelings or mood swings directed towards someone else?*); *acute anxiety* (7 items, ex.: *Did you feel blood rushing through your veins?*); *acute anhedonia* (4 items, ex.: *Did you feel you had lost your interest in other people?*).

– Loss of Cognitive Control (15 items), including thematic questions about *ruminations* (4 items, ex.: *Did you feel bothered by thoughts that did not make sense?*); *cognitive rigidity* (4 items, ex.: *Did you feel you could change your mind once you've come to a conclusion? Reverse-scored*); *ruminative flooding* (4 items, ex.: *Did you have a decreased ability to think, concentrate or make decisions, due to many thoughts?*); *failed thought suppression* (3 items, ex.: *Did you want your troubling thoughts to go away, but they wouldn't?*).

– Hyperarousal (13 items), including thematic questions about *agitation* (5 items, ex.: *Did you feel a lot of emotional turmoil in your gut?*); *hypervigilance* (3 items, ex.: *Did you feel if you didn't stay alert and watchful, something bad would happen?*); *irritability* (2 items, ex.: *Did you feel temper outbursts that you could not control?*); *insomnia* (2 items, ex.: *Did you wake up from sleep tired and not refreshed?*).

– Social Withdrawal (5 items, ex.: *Did you push away people who care about you?*).

респонденту). В стрессовые события входили смерть, серьёзная болезнь или травма близкого человека или питомца, стресс отношений, угроза «Я» (роли или идентичности), угроза «Я» (личной безопасности). Для нужд данного анализа (проверка конвергентной валидности русской версии ОСК) мы использовали общий балл ОСК для последней недели и для последних 3 месяцев.

4. Оценка суицидальной идеации в течение последнего месяца – использовалась Колумбийская шкала самоотчёта оценки суицидальной тяжести [21] из 5 пунктов, предполагавших ответы «да/нет», использовался суммарный балл по шкале.

5. Оценка наличия суицидальных попыток в течение жизни («Вы когда-нибудь пытались покончить с собой?») и в течение последнего месяца («Вы пытались покончить с собой за последний месяц?»), вопросы предполагали ответ «да/нет».

Анализ данных

Вначале данные были проверены с использованием критерия адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина (КМО) [22] и теста сферичности Бартлетта [23], чтобы подтвердить, что данные пригодны для проведения факторного анализа. Затем был проведён подтверждающий факторный анализ для проверки однофакторной и пятифакторной структуры ОСК на соответствие оригинальной английской версии опросника. В однофакторной модели все пункты нагружались на один фактор. В пятифакторной модели пункты распределялись по субшкалам «чувство западни», «аффективные нарушения», «потеря когнитивного контроля», «перевозбуждение», «социальное отчуждение». Поскольку пункты относились к порядковой шкале (ранжировались по пятибалльной шкале ликертовского типа), мы использовали метод взвешенных наименьших квадратов с использованием только диагональных элементов матрицы весов (WLS). Соответствие модели эмпирическим данным оценивалось с помощью статистики хи-квадрат (χ^2), сравнительного индекса согласия Бентлера (CFI), индекса Такера-Льюиса (TLI), корень среднеквадратичной ошибки аппроксимации (RMSEA) и стандартизованного корня среднеквадратичного остатка (SRMR), в соответствии с рекомендациями [24]. Хорошее соответствие модели эмпирическим данным принималось в случае незначимой статистики χ^2 , CFI $\geq 0,95$; TLI $\geq 0,95$; RMSEA $\leq 0,08$ и SRMR $\leq 0,06$. Сравнение однофакторной и пятифакторной моделей подсчитывалось при помощи робастного варианта теста отношения правдоподобий χ^2 -квадрат.

Внутренняя согласованность общего балла по шка-

2. Suicidal Narrative Inventory (SNI) is a scale of 38 items, which are estimated by a 5-point Likert-type scale (from 1 – *absolutely untrue* to 5 – *extremely true*), comprised of 8 subscales, according to the leading theories of suicidal risk, including Narrative-Crisis Model of Suicide. The subscales are Perceived Burdensomeness, Thwarted Belongingness, Perfectionism, Goal Disengagement, Goal Re-Engagement, Defeat, Entrapment, Fear of Humiliation [17; 19].

3. Stressful Life Events Questionnaire (SLE) is a questionnaire of 21 items, which suppose the answer *yes* or *no*, with the entering sentence: *Have any of the following life events below happened to you recently?* It was specified that the events referred to *last week* or *last 3 months*, and the answers should not overlap (if something happened last week, it need not to include it in the last 3 months, end vice versa – it was also clarified for the respondent). The stressful life events included death, grave illness or trauma of one's relative, close person or pet; relationships stress; threat to self (role or identity), threat to self (personal safety). For the purposes of the present analysis (exploration of the convergent validity of the Russian version of SCI-2), we used SLE general score for the last week and for the last 3 months.

4. The assessment of suicidal ideation during the past month: the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, [21]) was used. It consists of 5 items, which suppose answers *yes* or *no*, and the total score was implemented.

5. The assessment of lifetime (*Have you ever attempted suicide / tried to kill yourself?*) and past month suicidal attempts (*Have you attempted suicide / tried to kill yourself in the past month?*) with the answers *yes* or *no*.

Data Analysis

Data were first screened using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy [22] and Bartlett's test of sphericity [23] to establish that these data were suitable to undergo factor analysis. We then conducted con-

ле ОСК и отдельных субшкал оценивалась с использованием альфы Кронбаха. Конвергентная и текущая валидность с другими шкалами исследовалась с помощью двумерных корреляций между общим баллом ОСК и баллами по субшкалам с другими опросниками.

Наконец, была проанализирована кривая ошибок (ROC) для определения оптимального порогового балла для ОСК на материале сообщений о суицидальных попытках за последний месяц. Была подсчитана площадь под кривой ошибок (AUC) для измерения диагностических характеристик шкалы, оптимальный пороговый балл был определён с помощью максимального значения индекса Юдена, который рассчитывает балл, при котором чувствительность и специфичность шкалы максимальна [25].

Все измерения выполнены в R с помощью пакетов lavaan [26], semTools [27], psych [28], ROCit [29] и OptimalCutoffs [30].

Результаты исследования

Конфирматорный факторный анализ «Опросника суицидального кризиса»

Статистика КМО (0,97) и тест сферичности Барлетта ($\chi^2[1830] = 27205,03; p < 0,001$) показали, что данные имеют достаточно значимых корреляций для использования в факторном анализе. Результаты однофакторного КФА русской версии ОСК показали адекватное, хотя и не вполне оптимальное соответствие модели эмпирическим данным ($\chi^2[1769]=11905,06, p < 0,001; CFI=0,98; TLI=0,98; RMSEA=0,10; SRMR=0,08$). Исследование факторных нагрузок и индексов модификации позволили предположить, что два пункта, оценивающие ангедонию (пункты 56 «Вы находили удовольствие в своих хобби и других занятиях?» и 57 «Вам нравилось проводить время с семьёй или близкими друзьями?», обратные) и четыре пункта, оценивающие когнитивную ригидность (пункты 63 «Вы часто меняли свои решения?», 64 «Вы чувствовали, что можете легко изменить свои решения о жизненной ситуации, которая вас беспокоит?», 65 «Вы чувствовали, что можете передумать после того, как уже пришли к какому-то решению?», обратные, и 66 «Вы чувствовали, что ваши взгляды постоянны на протяжении долгого времени?», прямой) не нагружаются значимо на фактор, как ожидалось, и были удалены. Предположительно, с фактором когнитивной ригидности интерферировала чрезмерная когнитивная лабильность, когда человек в дистрессе слишком часто меняет свои решения и действует хаотически. Что касается пунктов, оценивающих ангедонию, возможно, в интернет-выборке, в отличие от клинической выборки (на которой проводилась разработка англоязычного

firmatory factor analyses (CFAs) to test the proposed one-factor and five-factor structures of the SCI-2 and to examine its consistency with the original English version of the SCI-2. All items were set to load onto a single factor in the one-factor model. In the five-factor model, items were set to load onto their respective subscale factors: entrapment, affective disturbance, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal. Because items were ordinal (i.e., rated on a 5-point Likert-type scale), we utilized diagonally weighted least squares (WLS) estimation. Model fit was evaluated using the chi-square statistic (χ^2), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root mean squared error of approximation (RMSEA), and standardized root mean residual (SRMR), per recommended guidelines [24]. Specifically, good model fit was indicated by a non-significant χ^2 statistic, $CFI \geq .95$, $TLI \geq .95$, $RMSEA \leq .08$, and $SRMR \leq .06$. Comparison of the one-factor and five-factor models was computed using the robust chi-square difference test.

Internal consistency of the SCI-2 total and subscales was assessed using Cronbach's alpha. Convergent and concurrent validity with other related scales was examined by conducting bivariate correlations between the SCI-2 total / subscale scores and all other measures.

Finally, Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses were conducted to determine an optimal threshold/cutoff score for the SCI-2 in relation to past-month suicide attempts. Area under the curve (AUC) was calculated to measure diagnostic test performance, and cutoff scores were determined by the maximum Youden's index value, which calculates the value at which the sum of both sensitivity and specificity is maximized [25].

All analyses were conducted in R using the lavaan [26], semTools [27], psych [28], ROCit [29], and OptimalCutoffs [30] packages.

Results

Confirmatory Factor Analysis of the Russian Version of SCI-2

The KMO statistics (.97) and Bart-

опросника), больше доля людей, которые способны отвлечься от кризисных переживаний и вернуться в повседневное функционирование.

Обновленная однофакторная модель показала адекватное соответствие данным ($\chi^2[1430] = 9847,34$; $p < 0,001$; CFI=0,98; TLI=0,98; RMSEA=0,10; SRMR=0,07). Также, результаты пятифакторной модели КФА этой версии ОСК, исключаяющей пункты 56, 57, 63, 64, 65 и 66, показали превосходное соответствие модели эмпирическим данным ($\chi^2[1420] = 5003,56$, $p < 0,001$; CFI=0,99; TLI=0,99; RMSEA=0,07; SRMR=0,06). Сравнение однофакторной и пятифакторной модели показало, что пятифакторная модель демонстрирует лучшее соответствие эмпирическим данным ($\Delta\chi^2[10] = 4843,78$, $p < 0,001$). Это свидетельствует о том, что выделенные факторы-симптомы действительно составляют единый синдром (ССК).

Стандартизированные факторные нагрузки и ковариации между латентными факторами представлены в Таблицах 1 и 2, соответственно. Все пункты показали значимые нагрузки на соответствующие факторы. Все латентные факторы в пятифакторной модели значимо коррелировали друг с другом на уровне $p < 0,001$.

Таблица / Table 1

Стандартизированные факторные нагрузки пунктов окончательной русскоязычной версии «Опросника суицидального кризиса»¹ (55 пунктов) / Standardized factor loadings of the final Russian version of the SCI-2 (55 items)

Фактор Factor	Пункт, № Item, no.	1-факторная модель 1-factor model	5-факторная модель 5-factor model
Чувство западни Entrapment	4	0,81	0,86
	12	0,87	0,92
	13	0,86	0,90
	17	0,72	0,78
	29	0,77	0,82
	30	0,84	0,88
	35	0,86	0,91
	42	0,77	0,82
	44	0,86	0,90
Аффективные нарушения Affective Disturbances	49	0,81	0,86
	5	0,48	0,50
	6	0,54	0,56
	7	0,82	0,84
	9	0,59	0,61
	19	0,85	0,87
	20	0,72	0,83
22	0,64	0,66	

¹ Пункты взяты из расширенного пула вопросов (77 утверждений), в анализе участвовали утверждения, входящие в окончательную версию англоязычного опросника (61 пункт), однако нумерация 77 пунктов была сохранена / Items were drawn from the larger pool of questions (77 items), but only items, which comprised the final version of the English scale, were used for the analysis (61 items), though the numbering of 77 items was saved.

lett's test of sphericity ($\chi^2[1830] = 27205.03$, $p < .001$) each indicated that there were sufficient significant correlations in the data for its use in factor analysis. Results of the one-factor CFA of the Russian version of the SCI-2 resulted in adequate, though less than optimal, model fit ($\chi^2[1769] = 11905.06$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .10, SRMR = .08). Examination of factor loadings and modification indices suggested that two items assessing anhedonia (i.e., Items 56, *Did you find pleasure in your hobbies and pastimes?* and 57, *Did you enjoy being with your family or close friends*, which were each reverse-coded), and four items assessing cognitive rigidity (i.e., Items 63, *Did you often change your mind?* 64, *Did you feel you could easily change your mind over things that bother you?* 65, *Did you feel you could change your mind once you've come to a conclusion?*, which were reverse-coded, and 66, *Did you feel your views were very consistent over time?*, straight), did not significantly load onto the factor as expected; these items were subsequently removed. Supposedly, excessive cognitive lability interfered with the factor of cognitive rigidity, when a person in distress changes his decisions too often and acts chaotically. Concerning items, which measured anhedonia, it was possible that in the internet sample, as opposed to a clinical one (which was used for development of the English version of the inventory), there were more people who were able to distract themselves from crisis and return to everyday functioning.

The revised one-factor model exhibited adequate model fit ($\chi^2[1430] = 9847.34$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .10, SRMR = .07). On the other hand, results of the five-factor CFA of the Russian version of the SCI-2, excluding Items 56, 57, 63, 64, 65, and 66, exhibited excellent model fit ($\chi^2[1420] = 5003.56$, $p < .001$, CFI = .99,

	32	0,61	0,63
	38	0,84	0,87
	41	0,87	0,90
	48	0,81	0,84
	51	0,79	0,82
	52	0,69	0,71
	53	0,80	0,83
	54	0,82	0,84
	55	0,69	0,71
Потеря когнитивного контроля Loss of Cognitive Control	3	0,61	0,66
	8	0,72	0,77
	11	0,81	0,88
	14	0,74	0,80
	24	0,71	0,76
	26	0,66	0,71
	34	0,78	0,84
	39	0,81	0,86
	40	0,84	0,90
	45	0,76	0,82
	47	0,74	0,79
Перевозбуждение Hyperarousal	1	0,59	0,64
	15	0,65	0,71
	58	0,79	0,86
	59	0,71	0,77
	60	0,77	0,83
	61	0,74	0,79
	62	0,70	0,76
	67	0,55	0,60
	68	0,73	0,79
	69	0,55	0,60
	70	0,64	0,69
	71	0,57	0,62
72	0,67	0,73	
Социальное отчуждение Social withdrawal	73	0,60	0,74
	74	0,65	0,80
	75	0,74	0,93
	76	0,78	0,92
	77	0,75	0,88

Внутренняя согласованность общего балла ОСК и субшкал достаточно высока: для общего балла $\alpha=0,97$, по специфическим факторам показатель колеблется от 0,87 до 0,95 (см. Табл. 2 по диагонали).

Конвергентная и текущая валидность «Опросника суицидального кризиса»

Корреляции между субшкалами ОСК (табл. 2) показывают, что наиболее связаны между собой первые четыре субшкалы («чувство западни», «аффективные нарушения», «потеря когнитивного контроля», «перевозбуждение»), шкала «социальное отчуждение» имеет чуть меньшие показатели корреляций, предположительно это связано с тем, что изменения в сфере социального общения вторичны по отношению к психическому состоянию острого суицидального кризиса.

TLI = .99, RMSEA = .07, SRMR = .06). Comparison of the one-factor and five-factor models indicated that the five-factor model demonstrated superior model fit ($\Delta\chi^2[10] = 4843.78, p < .001$). This points to the fact that the extracted factors aka symptoms comprise the single syndrome (SCS).

Standardized factor loadings and covariances among latent factors are presented in Tables 1 and 2, respectively.

All items loaded significantly onto their respective factors. All latent factors in the five-factor model were significantly correlated with each other ($ps < .001$).

Internal consistencies of the SCI-2 total score and its proposed subscales were all good to high: total score ($\alpha = .97$), and the indices for the specific factors ranged from .87 to .95 (Table 2, diagonal).

Correlations between the subscale scores (Table 2) show that the first 4 factors are linked more closely (entrapment, affective disturbances, loss of cognitive control, hyperarousal), while the social withdrawal subscale has somewhat lower correlation coefficients, supposedly, because changes in socializing are secondary to the psychic state of acute suicidal crisis. But, the overall level of correlations are high enough to include this factor into the syndrome (SCS).

Correlations between the SCI-2 total and subscale score with the subscales of Suicidal Narrative Inventory, Stressful Life Events Questionnaire, and the variables ‘past-month suicidal ideation’ and ‘lifetime suicide attempts’, are presented in Table 3.

The total and subscale scores on SCI-2 were positively associated with all the subscales of Suicidal Narrative Inventory, except for perfectionism and goal disengagement. The lack of these correlations corresponds to the results of adaptation of the latter Inventory [19], specifically, the need to work further on aforementioned subscales, or to use full versions of the scales, from which the items were extracted.

Таблица / Table 2

Стандартизованные ковариации между латентными факторами ОСК (в скобках по диагонали – показатели альфы Кронбаха для соответствующих факторов) / Standardized covariances between latent factors of SCI-2 (diagonally in parentheses are the Cronbach's alpha indices for the corresponding factors)

Переменная / Variable	1	2	3	4	5
1. Чувство западни / Entrapment	(0,95)	0,89	0,81	0,78	0,67
2. Аффективные нарушения / Affective Disturbances		(0,91)	0,89	0,89	0,73
3. Потеря когнитивного контроля / Loss of Cognitive Control			(0,93)	0,85	0,65
4. перевозбуждение / Hyperarousal				(0,90)	0,71
5. Социальное отчуждение / Social Withdrawal					(0,87)

Примечание: Все коэффициенты корреляций значимы на уровне $p < 0,001$
 Note: All coefficients are significant at level $p < 0.001$

Однако уровень корреляций достаточно высок, чтобы этот фактор можно было включить в синдром (ССК).

Корреляции между субшкалами и общим баллом ОСК и субшкалами опросников суицидального нарратива, стрессовых событий, переменными «суицидальные мысли на протяжении последнего месяца» и «суицидальные попытки на протяжении жизни» представлены в таблице 3.

Общий балл и баллы по субшкалам ОСК были положительно связаны со всеми конструктами суицидального нарратива, за исключением субшкал перфекционизма и отказа от цели. Отсутствие данных корреляций соответствует результатам адаптации «Опросника суицидального нарратива» [19], а именно необходимости доработки опросников, из которых были взяты пункты.

Кроме того, общий балл и баллы по субшкалам ОСК значимо коррелировали с показателями «Опросника стрессовых событий», причём корреляции с показателями за последние три месяца были выше, за последнюю неделю – ниже. Это косвенно свидетельствует о том, что суицидальный кризис – результат длительного развития кризисного ответа на тяжёлую жизненную ситуацию, который, в соответствии с Моделью нарративного суицидального кризиса, опосредуется концептуализацией этой ситуации (суицидальным нарративом).

Общий балл и баллы по субшкалам ОСК значимо коррелировали с переменными «недавняя суицидальная идеация» (выше) и «суицидальные попытки на протяжении жизни» (ниже). Это свидетельствует о том, что ОСК больше соответствует острому суицидальному кризису, нежели чем наличию суицидальных действий в прошлом.

The SCI-2 total score and all subscale scores correlated positively with Stressful Life Events subscales, so that the correlations were higher for stressful events occurred 3 months before, and lower for those occurred last week.

This indirectly indicates that suicidal crisis is the result of a long developing process, a crisis response to a difficult life situation, which, according to the Narrative-Crisis Model of Suicide, is mediated by a conceptualization of this situation (a suicidal narrative).

The SCI-2 total and subscale score correlated significantly with the variables of past-month suicidal ideation (higher) and lifetime suicide attempts (lower). This shows that SCI-2 corresponds more to acute suicide crisis and less to occurrence of suicidal actions in the past.

Diagnostic test performance of the Russian version of SCI-2 and the threshold / cutoff score for suicidal risk

Finally, ROC analyses indicated that the SCI-2 exhibited good diagnostic test performance in determining who reported a past-month suicide attempt (AUC = .85, 95% CI [.72, .97]) (Fig. 1). The optimal cutoff for identifying at-risk individuals was 80, based on Youden's index ($J = .609$, sensitivity = 1.00, specificity = .61, PPV = .02, NPV = 1.00). However, this cutoff should be interpreted in light of the retrospective nature of the analysis, as well as the low proportion of participants who reported past-month suicide attempts ($n = 6$).

Таблица / Table 3

Описательные статистики и двумерные корреляции между общим баллом ОСК, субшкалами ОСК и другими конструктами / Descriptive statistics and bivariate correlations between SCI-2 total and subscale scores and other relevant constructs

Показатель Indicator	Общий балл ОСК SCI-2 total score	Чувство западни Entrapment	Аффективные нарушения Affective Disturbances	Потеря когнитивного контроля Loss of Cog- nitive Control	Пере- возбуждение Hyperarousal	Социальное отчуждение Social Withdrawal
ОСН: нарушенная принадлежность SNI: Thwarted Belongingness	0,34***	0,34***	0,34***	0,21***	0,25***	0,37***
ОСН: воспринимаемая обременительность SNI: Perceived Burdensomeness	0,48***	0,49***	0,49***	0,37***	0,40***	0,38***
ОСН: страх унижения SNI: Fear of Humiliation	0,42***	0,40***	0,39***	0,35***	0,36***	0,35***
ОСН: поражение SNI: Defeat	0,64***	0,68***	0,62***	0,52***	0,49***	0,49***
ОСН: смена цели SNI: Goal Reengagement	0,18***	0,20***	0,18***	0,11**	0,12**	0,17***
ОСН: отказ от цели SNI: Goal Disengagement	-0,01	-0,03	-0,01	-0,01	0,02	-0,09*
ОСН: западня SNI: Entrapment	0,66***	0,71***	0,63***	0,53***	0,51***	0,53***
ОСН: перфекционизм SNI: Perfectionism	0,06	0,04	0,06	0,06	0,06	-0,01
ОСС: на прошлой неделе Past Week SLE	0,28***	0,25***	0,29***	0,18***	0,26***	0,24***
ОСС: 3 месяца назад SLE 3 months ago	0,41***	0,36***	0,42***	0,34***	0,37***	0,33***
Суицидальные мысли: прошлый месяц / Past Month Suicidal Ideation	0,46***	0,47***	0,47***	0,35***	0,40***	0,35***
Суицидальные попытки: на протяжении жизни Lifetime Suicide Attempts	0,29***	0,29***	0,30***	0,24***	0,23***	0,24***
Среднее Mean	69,49	12,42	21,52	15,08	17,73	6,35
Стандартное отклонение Standard Deviation	45,59	10,52	14,23	10,66	10,86	4,95
Разброс Range	0-211	0-40	0-70	0-43	0-50	0-20
Асимметрия Skewness	0,35	0,68	0,55	0,38	0,32	0,55
Экцесс Kurtosis	-0,66	-0,44	-0,45	-0,66	-0,58	-0,42

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. ОСК – Опросник суицидального кризиса, ОСН – Опросник суицидального нарратива, ОСС – Опросник стрессовых событий. Точечно-бисериальная корреляция была использована для проверки связей с переменной «суицидальные попытки на протяжении жизни», поскольку она была дихотомической / Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. SNI = Suicide Narrative Inventory; TB = Thwarted Belongingness; PB = Perceived Burdensomeness; GD = Goal Disengagement; GR = Goal Reengagement; SLE = Stressful Life Events; SI = Suicidal Ideation; SA = Suicide Attempt; SCI-2 = Suicide Crisis Inventory-2. Point biserial correlations were conducted when examining lifetime suicide attempts, given that this variable was dichotomous.

Диагностическая точность «Опросника суицидального кризиса» и определение оптимального порогового балла, указывающего на суицидальный риск респондента

Анализ кривой ошибок (ROC) показал, что ОСК демонстрирует хорошую диагностическую точность, верно определяя тех, кто сообщил о недавней суицидальной попытке (AUC=0,85, 95% CI [0,72; 0,97]) (Рис. 1). На основании индекса Юдена, оптимальный пороговый балл для определения людей с суицидальным риском – 80 ($J=0,609$, чувствительность = 1,00, специфичность = 0,61, PPV (положительная предсказательная значимость) = 0,02, NPV (отрицательная предсказательная значимость) = 1,00). Однако следует учитывать, что этот балл был рассчитан на основе ретроспективных данных, а также при низкой доле участников, сообщивших о суицидальной попытке за последний месяц (6 человек).

Обсуждение, перспективы и ограничения исследования

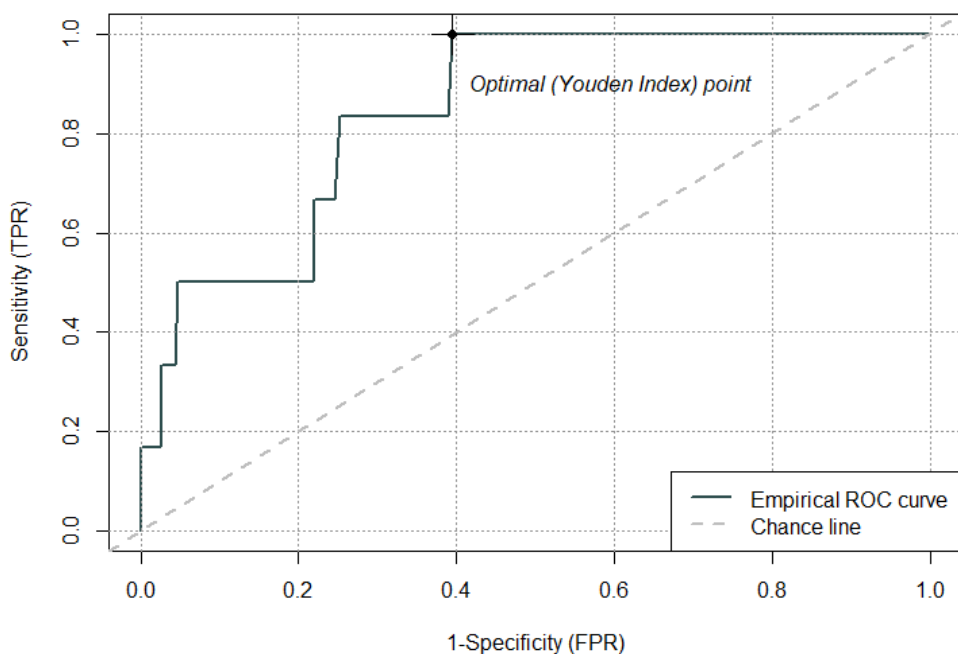
Адаптация русской версии «Опросника суицидального кризиса» прошла хорошо. Сохранились 55 пунктов из 61 оригинального пункта, вошедшего в окончательную версию англоязычного опросника. Конфирматорный факторный анализ показал хорошее соответствие теоретической модели эмпирическим данным.

Discussion, Study Limitations and Research Perspectives

Adaptation of the Russian version of the SCI-2 went well. Fifty-five items out of 61 original items, which comprised the final English version of the SCI-2, were retained. Confirmatory factor analyses showed good fit, 5-factor solution of the inventory demonstrated superior model fit to the 1-factor solution, i.e. all 5 subscales were taken into account in the Russian version, they showed good consistency and reliability.

Convergent and concurrent validity with Suicidal Narrative Inventory (SNI) confirmed problems of SNI questionnaire, its subscales Perfectionism and Goal Disengagement, as was found in our paper on adaptation of SNI [19].

Higher correlation coefficients of SCI-2 with the Stressful Life Events Questionnaire subscale ‘last 3 months’ in comparison with the subscale ‘last week’ indirectly indicate that suicidal process ripens gradually: it does not appear immediately after the stressful event, but develops with time, after suicidal narrative forms.



Легенда:

Sensitivity (TPR) – чувствительность (доля истинно положительных ответов)

Specificity (FPR) – специфичность (доля ложноположительных ответов)

Optimal (Youden Index) point – оптимальное значение (индекс Юдена)

Empirical ROC curve – эмпирическая кривая ошибок

Chance line – линия случайного угадывания

Рис. / Fig. 1. Кривая ошибок ROC, показывающая способность общего балла ОСК определять респондентов, сообщивших о суицидальной попытке за последний месяц" / Receiver Operating Characteristics (ROC) curve examining ability of the SCI-2 total score to classify those who reported Past-Month Suicide Attempts.

Пятифакторная структура опросника показала преимущество перед однофакторным решением, то есть все 5 субшкал были учтены в русскоязычной версии, они продемонстрировали хорошую внутреннюю согласованность и надёжность.

Конвергентная и текущая валидность с «Опросником суицидального нарратива» (ОСН) подтвердила проблемы опросника ОСН, его субшкал «Перфекционизм» и «Отказ от цели», выявленные в работе по адаптации данной методики [19].

Более высокие корреляции ОСК с субшкалой «Опросника стрессовых событий» «3 месяца назад» по сравнению с корреляциями с субшкалой «на прошлой неделе» косвенно свидетельствуют о постепенном вызревании суицидального кризиса – он возникает не сразу после стрессового события, а спустя некоторое время, после формирования суицидального нарратива. Однако в данной работе мы не проверяли причинно-следственные и временные связи, постулируемые Моделью нарративного суицидального кризиса, поскольку этого не позволял дизайн исследования.

Более высокие корреляции субшкал и общего балла ОСК с показателем недавней суицидальной идеации по сравнению с показателем наличия суицидальных попыток в прошлом свидетельствует о том, что методика больше отражает состояние острого суицидального кризиса, как и было задумано, чем хроническую суицидальность.

Наконец, в работе была предварительно оценена диагностическая точность ОСК: на основе ретроспективных данных о числе суицидальных попыток респондентов за последний месяц (6 человек) был получен оптимальный пороговый балл (80) по общей шкале ОСК, который свидетельствует о суицидальном кризисе. Дальнейшие исследования в данной парадигме должны использовать проспективные данные для определения оптимального порогового балла, поскольку ценность опросника заключается в том, что потенциально он способен определять склонность к совершению суицидальных действий в ближайшем будущем, а не просто регистрировать суицидальный кризис или недавно совершённые суицидальные действия. Методика была создана именно для определения близкого суицидального риска в популяции суицидальных пациентов.

Ещё одним ограничением исследования является состав выборки (преимущественно женщины и люди молодого возраста). Женщины традиционно чаще отвечают на подобные опросы (и чаще обращаются за помощью); этот перекокс наблюдается в большинстве суицидологических исследований [31]. Что касается молодого возраста респондентов, он является значимым фактором риска суицидального поведения и манифеста психических расстройств, и в этом плане исследование отвечает вызову среды, в том числе, в ситуации пандемии [4].

However, in this paper we did not test causal relationships, postulated by the Narrative-Crisis Model of Suicide, as it was not possible with the design of the current study.

Higher correlations of the total and subscale scores of SCI-2 with the variables for recent suicidal ideation and lifetime suicide attempts demonstrates that the inventory reflects the acute suicide state more than the chronic suicidality, as supposed by the Model.

Finally, the diagnostic accuracy of the Russian version of SCI-2 was preliminary evaluated: based on the retrospective data on the number of past month suicide attempts (6 people), an optimal cutoff score (80) was found, which indicates a suicide crisis in respondents. Further studies in this framework should use prospective data for identifying the optimal threshold / cutoff score, as the value of the inventory lies in its potential ability to identify the propensity to suicidal actions in near future, and not only register suicide crisis or recently performed suicidal actions. The inventory was composed specifically for identifying imminent suicide risk in a population of suicidal inpatients.

Another limitation of the study is the sample structure (mostly women, mostly young). Women traditionally have a higher response-rate in such surveys (and more often turn for help), and this imbalance is found in most suicide studies [31]. As for the young age of the respondents, it is a significant risk factor for suicidal behavior and manifestation of psychic disorders, and in this regard, the study meets the challenge of the environment, including the situation of pandemic [4].

Литература / References:

1. Саксена Ш., Круг Э. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 97 с. [Saxena S., Krug E. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO, 2014. 97 p.]. (In Russ)
2. O'Connor R., Wetherall K., Cleare S., et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health and Wellbeing Study. *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 6: 326–333. DOI: 10.1192/bjp.2020.212
3. Owens M., Townsend E., Hall E., et al. Mental health and wellbeing in young people in the UK during lockdown (COVID-19) *Environmental Research and Mental Health*. 2022; 19: 1132. DOI: 10.3390/ijerph19031132
4. Santomauro D.F., Mantilla Herrera A.M., Shadid J. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021; 398: 1700–1712. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7
5. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 3–16. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16. [Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu. The dynamics of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia. *Suicidology*. 2020; 11(3): 3-16]. (In Russ / Engl)
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовническая В.С., Дровосеков С.Э., Роджерс М., Галынкер И., Ричардс Дж., Као Э. Одиночество и суицидальность в эпидемию COVID-19 в России: Взаимодействие опосредующих факторов воспринимаемой обременительности и сочувствия к себе. *Психологические проблемы личности и общества в условиях эпидемиологической угрозы: сборник статей Всероссийской конференции с международным участием*. Под ред. И.В. Антоненко, Н.В. Калининой, И.Н. Карицкого. М.: ФГБОУ ВО «РГУ им. А.Н. Косыгина», 2021. С. 87-94. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Sadovnichaya V.S., Drovosekov S.E., Rogers M., Galynker I., Richards J., Cao E. Loneliness and suicidality during the COVID-19 epidemic in Russia: Interplay of the mediating factors of perceived burdensomeness and self-compassion. *Psychological problems of personality and society in conditions of an epidemiological threat: proceedings of the All-Russian conference with international participation*. Eds. I.V. Antonenko, N.V. Kalinina, I.N. Karitskiy. Moscow: Kosygin Russian State University, 2021. P. 87-94]. (In Russ)
7. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J., et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *British Journal of Psychiatry Open*. 2019; 5(e1): 1–12. DOI: 10.1192/bjo.2018.88
8. McMullen L., Parghi N., Rogers M.L., et al. The role of suicide ideation in assessing near-term suicide risk: A machine learning approach. *Psychiatry Research*. 2021; 304: 114118. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114118
9. Чистопольская К.А., Садовническая В.С., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э., Галынкер И. Эпидемия коронавируса и суицидальность: зона риска. *Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции (18-19 ноября 2020 г.)* / Под ред. Холмогоровой А.Б. и др. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2020. С. 161-164. [Chistopolskaya K.A., Sadovnichaya V.S., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Drovosekov S.E., Galynker I. COVID-19 pandemic and suicidality: zone of risk. *Zeygarnik Readings. Diagnostics and psychological help in modern clinical psychology: a problem of scientific and ethical foundations: Materials of International academic and applied conference (November 18-19, 2020)* / Ed. By Kholmogorova A.B., et al. Moscow: MSUPE, 2020. P. 161–164]. (In Russ)
10. Yaseen Z.S., Kopeykina I., Gutkovich Z., et al. Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLoS One*. 2014; 9 (1): e86768. DOI: 10.1371/journal.pone.0086768
11. Galynker I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. New York, NY: Oxford University Press, 2017. 328 p.
12. Stanley I.H., Rufino K.A., Rogers M.L., et al. Acute Suicidal Affective Disturbance: a confirmatory factor analysis among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Research*. 2016; 80: 97–104. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.06.012
13. Yaseen Z.S., Katz C., Johnson M.S., et al. Construct development: The Suicide Trigger Scale-2 (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 110. DOI: 10.1186/1471-244X-10-110
14. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An acute presuicidal state. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019; 49 (4): 1124–1135. DOI: 10.1111/sltb.12495
15. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*. 2019; 37 (3): 223–239. DOI: 10.1002/bsl.2397
16. Calati R., Nemeroff C.B., Lopez-Castroman J., Cohen L.J., et al. Candidate biomarkers of Suicide Crisis Syndrome: What to test next? A concept paper. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2020; 23 (3): 192–205. DOI: 10.1093/ijnp/pyz063
17. Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., et al. The suicidal narrative and its relationship to the Suicide Crisis Syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019; 49 (2): 419–422. DOI: 10.1111/sltb.12439
18. Bloch-Elkouby S., Gorman B., Loveras L., et al. How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277: 914–926. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.088
19. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовническая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 76-90. [Chistopolskaya K.A., Rogers M.L., Cao E., Galynker I., Richards J., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Sadovnichaya V.S., Drovosekov S.E. Adaptation of the Suicidal narrative inventory in a Russian sample. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 76-90.] DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90 (In Russ / Engl)
20. Bloch-Elkouby S., Barzilay S., Gorman B., et al. The revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 295: 1280-1291. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.048
21. Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (12): 1266–1277. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704
22. Kaiser H.F., Rice J. Little jiffy, mark IV. *Educational and Psychological Measurement*. 1974; 34: 111–117. DOI: 10.1177/001316447403400115
23. Bartlett M.S. The effect of standardization on a Chi-square approximation in factor analysis. *Biometrika*. 1951; 38: 337–344. DOI: 10.2307/2332580
24. Hu L., Bentler P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999; 6: 1–55. DOI: 10.1080/10705519909540118

25. Youden W.J. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950; 3: 32–35. DOI: 10.1002/1097-0142(1950)3:1<32::aid-cnrcr2820030106>3.0.co;2-3
26. Rosseel Y. Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*. 2012; 48: 1–36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02
27. Jorgensen T.D., Pornprasertmanit S., Schoemann A.M., Rosseel Y. SemTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-4. 2021. <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
28. Revelle, W. *psych: Procedures for personality and psychological research*. Evanston, IL: Northwestern University. 2015.
29. Khan M.R.A., Brandenburger T. *ROCit: Performance assessment of binary classifier with visualization* (2.1.1) [Computer software]. 2020. <https://CRAN.R-project.org/package=ROCit>
30. López-Ratón M., Rodríguez-Álvarez M.X., Cadarso-Suárez C., Gude-Sampedro F. OptimalCutpoints: An R package for selecting optimal cutpoints in diagnostic tests. *Journal of Statistical Software*. 2014; 61: 1–36. DOI: 10.18637/jss.v061.i08
31. Wendt D., Shafer K. Gender and attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health & Social Work*. 2016; 41: e20–e28. DOI: 10.1093/hsw/hlv089

ADAPTATION OF THE SUICIDE CRISIS INVENTORY (SCI-2) IN A RUSSIAN INTERNET SAMPLE DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

K.A. Chistopolskaya¹, M.L. Rogers²,
S.N. Enikolopov³, E.L. Nikolaev⁴,
N.A. Kravtsova⁵, V.S. Sadovnichaya⁶,
S.E. Drovosekov⁷

¹Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

²Mount Sinai Beth Israel, New York, USA

³Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

⁴Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

⁵Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

⁶Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁷Secondary General School no. 619, Saint-Petersburg, Russia

Abstract:

The article presents a new diagnostic category, Suicide Crisis Syndrome (SCS), which was proposed to the next revision of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Study objective:* Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) on a Russian sample. Participants: 618 responses to an internet-survey were used, the study lasted from June 16, 2020 to April 26, 2021. Age of the participants: 18-99 (M=26.9; SD=12.8). Gender: 451 females (74.2%), 135 males (22.2%), 32 participants preferred not to answer or chose other gender identity. *Instruments:* Suicide Crisis Inventory (SCI-2), Suicidal Narrative Inventory (SNI), Stressful Life Events Questionnaire, Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), questions about recent and lifetime suicidal behavior. *Results:* Confirmatory factor analyses confirmed the five-factor ($\chi^2[1420]=5003.56, p < .001, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .07, SRMR = .06$) and one-factor ($\chi^2[1430] = 9847.34, p < .001, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .10, SRMR = .07$) solutions of the inventory, with five-factor as a better solution ($\Delta\chi^2[10] = 4843.78, p < .001$). Based on retrospective data (self-reports on suicidal attempts during the last month), SCI-2 showed good diagnostic qualities (AUC = .85, 95% CI [.72; .97]). The cut-off score was established (80), which indicates the presence of acute suicidal risk. *Conclusions:* Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) went well, the instrument is ready for use for clinical and research purposes.

Keywords: suicide, suicidal ideation, suicide crisis syndrome, suicide crisis inventory, narrative-crisis model of suicide, COVID-19

Вклад авторов:

K.A. Чистопольская: исследования, перевод опросников, координация исследования, анализ данных, написание текста и редактирование статьи;

M.L. Rogers: анализ данных, написание статьи, редактирование статьи;

S.N. Ениколопов: дизайн исследования, редактирование перевода, редактирование статьи;

E.L. Николаев: сбор данных, редактирование статьи;

N.A. Кравцова: сбор данных, редактирование статьи;

V.S. Садовнича: сбор данных, анализ данных;

S.E. Дровосеков: сбор данных.

Authors' contributions:

K.A. Chistopolskaya: study design, survey translation, study coordination, data analysis, article writing, article editing;

M.L. Rogers: data analysis, article writing, article editing;

S.N. Enikolopov: study design, translation editing, article editing;

E.L. Nikolaev: data collection, article editing;

N.A. Kravtsova: data collection, article editing;

V.S. Sadovnichaya: data collection, data analysis;

S.E. Drovosekov: data collection.

Приложение 1

Окончательная русскоязычная версия «Опросника суицидального кризиса»

Инструкция: Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о том, как вы чувствовали себя в течение последней недели, отмечая цифру от 0 до 4, где: 0 – совсем нет, 1 – скорее нет, 2 – нечто среднее, 3 – скорее да, 4 – крайне выражено

За это время, когда Вам было особенно плохо:

1. Вы испытывали чувство душевной боли, которую требовалось прекратить?
2. Вы чувствовали, что выхода нет?
3. Вы замечали, что думаете о том, что жизненная ситуация никогда не изменится?
4. Вы замечали сниженную способность мыслить, сосредотачиваться или принимать решения вследствие чрезмерного количества мыслей?
5. Вы чувствовали внезапный испуг такой силы, что возникали физиологические симптомы или паническая атака?
6. Вы чувствовали, что постоянно выискиваете признаки беды?
7. Вы чувствовали необычайно сильные или крайне негативные эмоции или перепады настроения, связанные с другим человеком?
8. Вы чувствовали, что потеряли интерес по отношению к другим людям?
9. Вам докучали бессмысленные мысли?
10. Вы чувствовали, как кровь пульсирует в ваших венах?
11. Вы чувствовали нервозность или внутреннюю дрожь?
12. Вы чувствовали давление в голове из-за обилия мыслей?
13. Вы чувствовали себя как в ловушке?
14. Вы чувствовали, будто хотите выпрыгнуть из кожи?
15. Вы чувствовали, что вам трудно перестать беспокоиться?
16. Вы боялись, что можете умереть?
17. Вам казалось, что не существует хороших решений ваших проблем?
18. Вы чувствовали, что большинству людей нельзя доверять?
19. Вы просыпались уставшим и не отдохнувшим?
20. У вас бывали странные ощущения в теле или на коже?
21. Вы чувствовали себя отделенным от остальных?
22. Вы чувствовали, что не можете ничего изменить?
23. Вы хотели, чтобы беспокоящие вас мысли прекратились, но они не уходили?
24. Вы чувствовали себя обреченным?
25. Вам было трудно засыпать из-за мыслей, которые вы не могли контролировать?
26. Вы чувствовали, что обычные вещи выглядят странно или искаженно?
27. Вы чувствовали, что не откровенны с членами своей семьи / друзьями?
28. Вам казалось, что если вы не будете бдительным(-ой), случится что-то плохое?
29. Вы чувствовали, что мысли крутятся в вашей голове и никак не уходят?
30. Вы чувствовали безнадежность?
31. Вы чувствовали сильные эмоции, которые вызывали неприятные ощущения в животе?
32. Вы чувствовали недовольство или тоску из-за всего сразу?
33. Вы чувствовали, будто у вас нет выхода?
34. Вы отталкивали людей, которые заботятся о вас?
35. У вас наблюдались вспышки гнева, которые вы не могли контролировать?
36. Вы часто вовлекались в ссоры?
37. Вы чувствовали порыв избежать боли, который было слишком трудно контролировать?
38. У вас было ощущение душевной боли, которую слишком трудно терпеть?
39. Вы чувствовали необычайно сильные или крайне негативные эмоции или перепады настроения, связанные с представлениями о себе?
40. Вы ощущали неотступную, мучительную душевную боль?
41. Вы чувствовали напряжение, будто вы на взводе?
42. Вы чувствовали себя бессильным(-ой) остановить мысли, которые вас расстраивали?
43. Вы чувствовали такое беспокойство, что вам трудно было усидеть на месте?
44. Вы испытывали необычные физические ощущения, которых никогда прежде не было?
45. Вы чувствовали, что мысли проносятся в вашей голове с огромной скоростью?
46. Вы меньше общались с людьми, которые заботятся о вас?
47. Вы чувствовали, что вас легко задеть или рассердить?
48. Вы чувствовали, что ваша душевная боль невыносима?
49. Вы избегали общения с людьми, которые заботятся о вас?
50. Вы чувствовали, что не можете выйти из ситуации?
51. Вы ощущали головную боль из-за обилия мыслей?
52. Вы чувствовали, будто все навалилось на вас разом?
53. Вы чувствовали, что ваша голова вот-вот взорвется от обилия мыслей?
54. Вы чувствовали такую взбудораженность, что хотелось кричать?
55. У вас было много мыслей в голове?

Приложение 2

Ключи к «Опроснику суицидального кризиса»

Чувство западни: 2, 3, 13, 17, 22, 24, 30, 33, 50, 52 (10 пунктов)

Аффективные нарушения: 1, 5, 7, 8, 10, 11, 16, 20, 26, 32, 37, 38, 39, 40, 44, 48 (16 пунктов)

Потеря когнитивного контроля: 4, 9, 12, 15, 23, 29, 42, 45, 51, 53, 55 (11 пунктов)

Перевозбуждение: 6, 14, 18, 19, 25, 28, 31, 35, 36, 41, 43, 47, 54 (13 пунктов)

Социальное отчуждение: 21, 27, 34, 46, 49 (5 пунктов)

Все пункты опросника прямые.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 12.01.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 03.03.2022.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Rogers M.L., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Кравцова Н.А., Садовническая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19. *Суицидология*. 2022; 13 (1): 88-104. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104

For citation: Chistopolskaya K.A., Rogers M.L., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Kravtsova N.A., Sadovnichaya V.S., Drovoskov S.E. Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) in a Russian internet sample during the COVID-19 epidemic. *Suicidology*. 2022; 13 (1): 88-104. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104 (In Russ / Engl)

СУПРУЖЕСКИЕ (ПАРТНЕРСКИЕ) ПОСТГОМИЦИДНЫЕ САМОУБИЙСТВА (ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В РЕГИОНАХ РОССИИ)

А.В. Голенков

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

SPOUSAL (PARTNER) POST-HOMICIDAL SUICIDES (ACCORDING TO ELECTRONIC MEDIA IN THE REGIONS OF RUSSIA)

A.V. Golenkov

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Информация об авторе:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Information about the author:

Golenkov Andrei Vasilievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatric, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Phone: +7 (905) 197-35-25, email: golenkovav@inbox.ru

Супружеские (партнёрские) постгомицидные самоубийства (ПГСУ) самый частый тип таких деликтов. В Российской Федерации (РФ) они практически не анализировались. *Цель исследования* – изучить случаи супружеских ПГСУ в регионах РФ, их варианты и мотивы совершения. *Материалы и методы.* В электронных средствах массовой информации за 20 лет (2002-2021 гг.) удалось собрать информацию о 130 случаях ПГСУ в 59 регионах РФ (от 1 до 9 случаев в регионе), 128 мужчинах и 2 женщинах, совершивших убийства с последующим самоубийством в возрасте от 21 до 86 лет (средний возраст – 45,9±12,1 года), и 156 жертвах (19 лиц мужского пола и 137 женского пола) в возрасте от 1,5 месяцев до 84 лет (средний возраст – 39,6±15,7 года). На каждый случай ПГСУ выписывались социально-демографические и криминологические показатели, особенности деликта (наличие психических расстройств, вероятные мотивы). Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики и χ^2 -распределения. *Результаты.* В 80% супружеских (партнёрских) ПГСУ жертвой была только жена (сожительница, любимая). В 6,2% – супруга и её дети, в 6,2% – супруга и кто-то из членов семьи (взрослые дети, внуки, родственники, тёща), в 7,6% – супруга и её любовники, либо знакомые мужчины. Только в двух случаях женщины в результате конфликтов убивали ножом своих пожилых мужей (64 и 84 лет). Средний возраст агрессоров и жертв оказался самым низким в супружеско-детских ПГСУ и самый высокий возраст в супружеско-семейных ПГСУ. При этом убитые жёны из подгруппы супружеско-внесемейных ПГСУ были примерно на 10 лет младше своих агрессоров мужей, как и их любовники и убитые мужчины. В этих случаях орудиями и убийств, и последующих самоубийств выступало огнестрельное оружие, а ведущим мотивов агрессии являлась сильная ревность. Мужчины (любовники) были в среднем такого же возраста (38,3±10,7, от 21 до 53 лет) как убитые женщины в этой группе. Убийства чаще всего совершали с помощью колюще-режущих предметов (41,5%), огнестрельного оружия (39,2%) и путём удушения (6,2%), а самоубийства – огнестрельным (42,3%) и холодным (23,1%) оружием, повешением (20%). Ревность (синдром Отелло для патологической ревности) являлся самым частым мотивом смертельной агрессии (26,2%), однако психотический уровень встречался в единичных случаях. Разрыв отношений (расставание) наблюдался в 14,6%, конфликты, ссоры – в 11,6%, развод – в 9,2%. Психические расстройства указывались в 10,8% случаев, чаще всего (60%) зависимость от психоактивных веществ (алкоголя). В 20,8% причины агрессии были не известны. *Заключение.* Супружеские ПГСУ достоверно чаще совершают мужчины, которые в среднем старше своих жен (партнерш). Предложенная типо-

логия супружеских ПГСУ является рабочей и пригодной для практики. Ведущими причинами ПГСУ являются ревность, разрыв отношений между партнерами (супругами), развод, конфликты и ссоры. ПГСУ совершаются, в том числе и людьми с психическими расстройствами, что позволяет предполагать психопатологический фактор в качестве агрессии и аутоагрессии.

Ключевые слова: супруги (партнеры, любовники), постгомицидные самоубийства, ревность (синдром Отелло), психические расстройства

Самоубийство, совершённое после убийства, названное нами как постгомицидное самоубийство (ПГСУ), – редкое криминальное явление, которое периодически встречается во всех регионах нашей страны [1]. Точные цифры распространённости ПГСУ в Российской Федерации (РФ) отсутствуют, но по нашим данным, их число может колебаться от одного до шести случаев (в среднем – $3,3 \pm 1,6$) в год на 1 млн жителей [2]; имеются прямые корреляции таких деликтов с уровнем убийств и самоубийств в стране (регионе) [3-4], совершённых чаще всего с помощью огнестрельного оружия [5-7].

Согласно многочисленным исследованиям ПГСУ в разных странах мира самым частым типом являются супружеские (партнёрские) ПГСУ [1, 8], которые встречаются в 40-70% случаев. Этот вариант ПГСУ больше характерен для относительно молодых людей (в возрасте до 55 лет) [9]. Убийства, чаще супруги (любовницы, партнерши), совершаются на фоне ревности, разрыве отношений, значимых межличностных конфликтов (ссор) [5, 6, 10].

Психические расстройства обычно представлены весьма широко как у агрессоров, так и у их жертв [11-13], могут иметь социокультурную специфику [14, 15]. В литературе описываются региональные различия, когда сравниваются «западные» и «восточные» (не западные) страны [13, 16, 17]. Всё это настоятельно требует систематических исследований ПГСУ в каждой стране, включая РФ.

Цель исследования – изучить случаи супружеских ПГСУ в регионах РФ, их варианты и мотивы совершения.

Материалы и методы.

В электронных средствах массовой информации за 20 лет (2002-2021 гг.) удалось собрать информацию о 130 случаях ПГСУ в 59 регионах РФ (от 1 до 9 случаев), 128 мужчинах и 2 женщинах, совершивших убийства с последующим самоубийством в возрасте от 21 до 86 лет (средний возраст – $45,9 \pm 12,1$ года), и 156 жертвах (19 лиц мужского пола и 137 женского пола) в возрасте от 1,5 месяцев до 84 лет (средний возраст – $39,6 \pm 15,7$ года). На каждый случай ПГСУ выписывались социально-демографические показатели (год и месяц преступления, регион России, пол,

Suicide committed after a murder, which we called post-homicidal suicide (PHSU), is a rare criminal phenomenon that occurs periodically in all regions of our country [1]. There are no exact figures for the prevalence of PHSU in the Russian Federation (RF), but according to our data, their number can vary from one to six cases (on average, 3.3 ± 1.6) per year per 1 million inhabitants [2]; there are direct correlations of such delicts with the level of murders and suicides in the country (region) [3-4] committed most often with firearms [5-7].

According to numerous studies of PHSU in different countries of the world, the most common type is spousal (partner) PHSU [1, 8] which occur in 40-70% of cases. This type of PHSU is more often committed by relatively young people (under the age of 55) [9]. Murders, more often spouses (mistresses, partners), are committed because of jealousy, relationship breakups, significant interpersonal conflicts (quarrels) [5, 6, 10].

Mental disorders are usually quite common for both aggressors and their victims [11-13] and may have sociocultural specifics [14, 15]. The literature describes regional differences when “Western” and “Eastern” (non-Western) countries are compared [13, 16, 17]. All this urgently requires systematic research of PHSU in each country, including the Russian Federation.

The aim of the study is to study cases of spousal PHSU in the regions of the Russian Federation, their varieties and motives for committing them.

Materials and methods.

In the electronic media that encompassed over 20 years (2002-2021), we managed to collect information on 130 cases of murders that were followed by suicide committed in 59 regions of the Russian Federation (from 1 to 9 cases) by 128 men and 2 women aged 21 to 86 (mean age 45.9 ± 12.1) and 156 victims (19 males and 137 females) aged 1.5 months to 84 years (mean age 39.6 ± 15.7). For each case of

возраст убийцы / самоубийцы и его жертв) и особенности деликта (совершённое в алкогольном опьянении, место совершения, способ убийства и самоубийство, число жертв, указание психических расстройств у преступника и его жертв, вероятные причины деликта).

Критериями включения случаев ПГСУ в исследование являлись:

- убийство супруги(а) (партнёрши, любимой), в том числе вместе с другим человеком (неродного для агрессора ребёнка, либо родственника, либо человека, не относящегося к семье);
- законченное самоубийство агрессора после убийства, совершённое не позднее 1 месяца после преступления.

Критериями исключения случаев ПГСУ из анализа были:

- убийство агрессором своих родных детей;
- убийство супруги(а) из сострадания (милосердия; “mercy killing”);
- убийство более двух человек.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (M – среднее значение, σ – стандартное отклонение) и χ^2 -распределения.

Результаты исследования.

В 80% супружеских (партнёрских) ПГСУ жертвой была только жена (сожительница, любимая). В 6,2% – супруга и её дети, в 6,2% – супруга и кто-то из членов семьи (взрослые дети, внуки, родственники, тёща), в 7,6% – супруга и её любовники, либо знакомые мужчины. Только в двух случаях женщины в результате конфликтов убивали ножом своих пожилых мужей (64 и 84 лет).

Как видно из табл. 1, доля жён, сожительниц и любимых во всех подгруппах ПГСУ было примерно одинаковым ($p > 0,05$). Средний возраст агрессоров и жертв оказался самым низким в супружеско-детских ПГСУ, а самый высокий возраст был в супружеско-семейных ПГСУ. При этом убитые жены из подгруппы супружеско-внесемейных ПГСУ были примерно на 10 лет младше своих агрессоров мужей, как и их любовники и убитые мужчины. В этих случаях орудиями и убийств (90% vs 36,5-62,3% в других подгруппах; $\chi^2=12,180$; $df=3$; $p=0,006$), и последующих самоубийств (90% vs 35,5-62,3% в других подгруппах; $\chi^2=12,779$; $df=3$; $p=0,005$) выступало огнестрельное оружие, а ведущим мотивов агрессии являлась сильная ревность (90% vs 12,5-25% в других подгруппах; $\chi^2=23,230$; $df=3$; $p < 0,001$). Мужчины (любовники) были в среднем такого же возраста

PHSU, socio-demographic indicators were written out (year and month of the crime, region of Russia, gender, age of the murderer/suicide attempter and their victims) and the features of the delict (committed while intoxicated, place of commission, method of murder and suicide, number of victims, indication of mental disorders in the offender and his victims, probable causes of the act).

The criteria for inclusion of cases of PHSU in the study were:

- the murder of a spouse (partner, lover), involvement of another person (a child from another marriage, or a relative, or a person who is not related to the family);
- completed suicide of the aggressor committed no later than 1 month after the crime.

The criteria for excluding cases from PHSU category and further analysis were:

- killing aggressor’s own children during the delict;
- the murder of a spouse (a) out of compassion (mercy; “mercy killing”);
- the murder of more than two people.

Mathematical and statistical processing was carried out using descriptive statistics (M – mean value, σ – standard deviation) and χ^2 -distribution.

Research results.

In 80% of spousal (partner) PHSUs the victim was only the wife (partner, lover). In 6.2% cases the victims were the spouse and stepchildren, in 6.2% cases victims were the spouse and one of the family members (adult children, grandchildren, relatives, mother-in-law), in 7.6% cases victims were the spouse and their lovers or male acquaintances. There were only two registered cases when a woman killed her elderly husband with a knife as a result of conflicts (64 and 84 years of age).

As it can be seen from Table 1, the ratio between wives, partners and lovers in all subgroups of PHSU was approximately the same ($p > 0.05$). The mean age of the aggressors and victims turned out to be the lowest in the spousal and child PHSU, while the oldest mean age was observed in the spousal-family PHSUs. At the same time, the wives murdered in the subgroup of spousal-out-of-family- PHSUs were about 10 years younger than their aggressor husbands, as were their lovers and murdered men. In these cases, weapons of both mur-

(38,3±10,7, от 21 до 53 лет) как и убитые женщины (37,8±6,5, от 30 до 47 лет) в этой группе. В подгруппе супружеско-детских ПГСУ 50% агрессоров имели судимость (50% vs 0-4,8% в других подгруппах; $\chi^2=24,592$; $df=3$; $p<0,001$), что оказалось существенной характеристикой этого деликта, как и самый молодой средний возраст фигурантов ПГСУ (табл. 1).

ders (90% vs 36.5-62.3% in other subgroups; $\chi^2=12.180$; $df=3$; $p=0.006$), and subsequent suicides (90% vs 35.5-62.3% in other subgroups; $\chi^2=12.779$; $df=3$; $p=0.005$) were firearms, and the leading motives of aggression were strong jealousy (90% vs 12.5-25% in other subgroups; $\chi^2=23.230$; $df=3$; $p<0.001$).

Таблица / Table 1

Демографические показатели агрессоров и их жертв в подгруппах
Demographic indicators of aggressors and their victims in subgroups

Показатель Indicator	Всего Total (n, %)	ПГСУ супругов Spouses PHSU	Супружеско- детские ПГСУ Spousal and child PHSU	Супружеско- семейные ПГСУ Spousal and family PHSU	Супружеско- внеfamilial ПГСУ Spousal-out-of- family PHSU
Супруги (партнерши, любимые) Spouses (partners, lovers)					
Жены (мужья) Wives (husbands)	93 (71,5)	74	3	7	9
Сожительницы Partners	26 (20,0)	21	3	1	1
Любимые Lovers	11 (8,5)	9	2	-	-
Всего Total	130 (100,0)	104	8	8	10
Подгруппа жертв Victim subgroup					
Неродные дети (жёны, сожительницы) Stepchildren (wives, cohabitants)	8	-	8	-	-
Взрослые дети, внуки, родственники Adult children, grandchildren, relatives	8	-	-	8	-
Любовники, сожители Lovers, partners	9	-	-	-	9
Знакомые мужчины Male acquaintances	1	-	-	-	1
Возраст агрессоров и их жертв The age of the aggressors and their victims					
Возраст агрессоров (минимум и максимум)* Age aggressors (minimum and maximum)*	21-86	21-79	32-54	29-86	34-55
Средний возраст Average age (M±SD)**	45,9±12,1	45,3±12,4	43,3±7,4	54,6±19,7	47,6±6,2
Возраст агрессоров (минимум и максимум)* Age aggressors (minimum and maximum)*	0,1-84	17-84	0,1-45	27-84	30-53
Средний возраст Mean age (M±SD)**	39,6±15,7	41,4±11,9	36,6±6,0	52,7±16,8	37,8±6,5

Примечание: *Размах – минимальное и максимальное значение; minimum, maximum; **M – среднее значение; SD – стандартное отклонение / **M – mean; SD – standard deviation.

Убийства чаще всего совершали с помощью колюще-режущих предметов (41,5%), огнестрельного оружия (39,2%) и путём удушения (6,2%), а самоубийства – огнестрельным (42,3%) и холодным (23,1%) оружием, повешением (20%). Последний способ (повешение) был особенно характерен для убийц своих жён (25% vs 0% в других подгруппах; $\chi^2=8,125$; $df=3$; $p=0,043$). На другие методы убийств и самоубийств приходилось в сумме от 13,1 до 14,6%. Ревность (синдром Отелло для патологической ревности) являлся самым частым мотивом смертельной агрессии (26,2%), однако психотический уровень встречался в единичных случаях. Приводим одно из таких наблюдений.

Анамнез. З., 78 лет. Родился в семье колхозников третьим ребёнком из четверых детей. Отец погиб на войне в 1942 г., мать в 1984 г. покончила жизнь самоубийством (выпила хлорофос). В школу пошёл вовремя, закончил 6 классов. С детства у подэкспертного было плохое зрение, носил очки, поэтому в армии не служил. Всю жизнь вплоть до выхода на пенсию работал в колхозе. В возрасте 24 лет женился. Имел шестерых детей. Проживал с женой. Долгие годы злоупотреблял спиртными напитками, но под наблюдением у врачей психиатров и наркологов не находился.

Перенесённые заболевания. Согласно медицинской документации, подэкспертный наблюдался окулистом по поводу миопии высокой степени, являлся инвалидом III группы по зрению (в 2007 г. проведена операция с имплантацией искусственного хрусталика, в 2014 г. – лазерная дисцизия задней капсулы на оба глаза, в 2016 г. – интравитреальное введение афлиберцепта в правый глаз). Страдал гипертонической болезнью (2008), дисциркуляторной энцефалопатией (2009), атеросклерозом церебральных сосудов (2012), хронической обструктивной болезнью лёгких, органическим правосторонним пневмофиброзом (2018), хроническим гепатитом, остеоартрозом левого коленного сустава, правосторонним отитом.

В 2012 г. выявлены признаки аденомы простаты. В октябре 2015 г. темно-клеточная аденокарцинома, в мае 2016 г. диагностирован рак простаты (T_{3a}N₀M₀ StIII). 21.11.2017 г. введена двусторонняя орхоэпидидимэктомия (хирургическая кастрация). Была наложена эпицистостома в сентябре 2018 г.

По месту жительства жалоб и замечаний о его недостойном поведении со стороны односельчан и соседей не поступало. По сведению правоохра-

In this group male lovers were on average the same age (38.3±10.7, 21 to 53 years of age) as the murdered women (37.8±6.5, 30 to 47 years of age). In the subgroup of spousal and child PHSU, 50% of the aggressors had a criminal record (50% vs 0-4.8% in other subgroups; $\chi^2=24.592$; $df=3$; $p<0.001$), which turned out to be an essential characteristic of this delict, as well as the youngest mean age of the PHSU parties (Table 1).

Murders were most often committed with the help of piercing objects (41.5%), firearms (39.2%) and by strangulation (6.2%), while suicides were committed with firearms (42.3%) and cold weapons (23.1%) weapons and hanging (20%). Hanging was especially typical for murderers of their wives (25% vs 0% in other subgroups; $\chi^2=8.125$; $df=3$; $p=0.043$). Other methods of murder and suicide accounted for a total of 13.1 to 14.6%. Jealousy (Othello's syndrome for pathological jealousy) was the most common motive for lethal aggression (26.2%), but the psychotic level was encountered in isolated cases. Here is one such observation.

Anamnesis. Z., 78 years old. He was born into a family of collective farmers as the third of four children. The father died in the war in 1942, the mother committed suicide in 1984 by drinking insecticide. He started school on time and finished 6 classes. Since childhood, Z. had poor eyesight and wore glasses, so he did not serve in the army. All his life until his retirement he worked on a collective farm. At the age of 24 he got married and had six children living with his wife. For many years he abused alcohol but was not under the supervision of psychiatrists and narcologists.

Past illnesses. According to medical records, the subject was observed by an ophthalmologist for high myopia, was visually impaired as III group disability (in 2007, an operation was performed with the implantation of an artificial lens, in 2014 had laser dissection of the posterior capsule in both eyes, in 2016 underwent intravitreal injection of aflibercept into the right eye). He suffered from hypertension (2008), dyscirculatory encephalopathy (2009), cerebral atherosclerosis (2012), chronic obstructive pulmonary disease, organic right-sided pneumofibrosis (2018), chronic hepatitis, osteoarthritis of the left knee joint, right-sided otitis media.

In 2012, signs of prostate adenoma were revealed. In October 2015, dark cell adenocarcinoma, in May 2016 prostate cancer was diag-

нительных органов характеризуется удовлетворительно, в общении с собеседниками грубость не допускал, по характеру спокойный, в употреблении спиртных напитков не замечен.

Отчётливые психические расстройства начались после двусторонней орхэпидидимэктомии (удаления яичек и придатков яичек) в конце 2017 г. (77 лет). Стал беспричинно ревновать свою жену преклонного возраста, которая «еле-еле ходила, продолжительное время страдала сахарным диабетом, жила на инсулине», подозревать её в изменах с окружающими мужчинами. Считал, что она «гуляет с мужиками». На почве ревности постоянно конфликтовал с женой, оскорблял и упрекал её. Не пускал жену в магазин, к соседям, сильно ругался, если видел её в окружении знакомых мужчин, не разрешал звонить и отвечать на звонки по телефону, даже, когда звонили дети и близкие родственники.

В последнее время был в подавленном состоянии, высказывал мысли о смерти и нежелании жить. Стал чаще алкоголизироваться, особенно после эпицистостомии (установки медицинского катетера), сопровождающейся сильными болями и плохим самочувствием.

Чтобы как-то успокоить отца и отвести его от ревнивых подозрений, дочери периодически забирали мать к себе домой в соседнюю деревню. Однако отец (З.) через короткое время приезжал и забирал её обратно домой. Говорил, что трудно ухаживать за домашними животными, вести хозяйство и жить одному. Обращался в полицию по поводу «пропажи жены», хотя она в это время находилась в гостях у одной из дочерей.

В день убийства супруги выпили водки, произошла ссора, в ходе которой З. кухонным ножом нанёс «не менее 32 ударов по различным частям тела, в том числе в область расположенных жизненно-важных органов – головы и шеи». Потерпевшая умерла по дороге в больницу. В тот же день на допросе в отделе полиции З. «... по существу подозрения в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 105 УК РФ, заданных вопросов и известных обстоятельств пояснил следующее: «В последнее время между мной и женой А. были конфликтные взаимоотношения, что было связано с тем, что она «гуляла», а я в сексуальном плане бессилён: у меня из-за аденомы простаты удалены «яйца». С мужиками я её «не ловил», но по вечерам она часто уходила из дома, прихо-

nosed (Т_{за} N₀ M₀ StIII). On November 21, 2017, bilateral orchiepididymectomy (surgical castration) was performed. An epicystostomy was performed in September 2018.

At the place of residence, there were no complaints and remarks about Z's misbehavior from fellow villagers and neighbors. According to law enforcement agencies, he is characterized as satisfactory, he did not allow rudeness in communication with people he was communicating with, he was calm by nature, he was not noticed in the use of alcoholic beverages.

Distinct mental disorders began after bilateral orchiepididymectomy (removal of the testicles and epididymis) at the end of 2017 (aged 77). He became unreasonably jealous of his elderly wife, who "barely walked, suffered from diabetes for a long time, lived on insulin", suspected her of cheating with other men. He thought that she was "walking with a men". Ignited by jealousy, he constantly clashed with his wife, insulted and reproached her. He didn't let his wife go to the store, to the neighbors, he swore strongly if he saw her surrounded by male acquaintances, he didn't allow her to call and answer calls on the phone, even when children and close relatives called.

Recently he was in a depressed state, expressed thoughts about death and unwillingness to live. He began to abuse more alcohol, especially after an epicystostomy (installation of a medical catheter) that was accompanied by severe pain and poor health.

In order to somehow calm their father and take him away from jealous suspicions, the daughters periodically took their mother to their home in a neighboring village. However, shortly after that Z. came and took her back home. He said that it was difficult to take care of pets, run a household and live alone. He turned to the police about the "disappearance of his wife", although at that time she was visiting one of their daughters.

On the day of the murder, the couple drank vodka followed by a quarrel during which Z. inflicted "at least 32 blows on various parts of the body, including in the area of located vital organs – the head and neck" with a kitchen knife. The victim died on the way to the hospital. On the same day, at the interrogation in the police department, Z. "... being suspected of committing a crime under Part 1 of Art. 105 of the Criminal Code of the Russian Federation, he explained the following: "Recently, there

дила только утром. Я постоянно говорил, чтобы она перестала «гулять», но она всё продолжала уходить из дома, где-то пропадала, меня не слушалась. Летом этого года был случай, что она ушла из дома, и я её потерял, а одному ухаживать за скотиной (у нас куры и коза) мне сложно. Тогда я сообщил о пропаже жены в полицию, позвонив в дежурную часть, и через три дня она нашлась, сама приехала, как я понял, её тогда нашли сотрудники полиции. Я ревновал её. Сегодня днём жена А. сказала, что хочет выпить немного водки. Поэтому я сходил в магазин и купил маленькую бутылочку водки емкостью 0,25 л. Вернувшись домой, мы с женой выпили её на двоих, при этом я пил мало, она выпила больше. Потом около 15 часов к нам домой пришла дочь С., долго она не была, уходя к себе домой, звала жену А. с собой, но последняя к ней не поехала, осталась дома. После ухода дочери мы с женой водку больше не пили. Через некоторое время, около 16 часов 30 минут, А. легла в зале на диван, полностью разделась ниже пояса, а выше пояса у нее было какое-то платье. И вот, лежа ниже пояса голой на диване, она раздвинула ноги и сказала мне, чтобы я поцеловал её половой орган. Почему она так сказала, не знаю, раньше она так мне никогда не говорила. С её этих слов я понял, что она специально смеется надо мной, над тем, что у меня удалены «яйца», прося поцеловать её половой орган. Тогда я не стерпел такого оскорбления, разнервничался, взял кухонный нож, схватил лежащую А. за руку, стащил её с дивана на пол, после чего, держа нож в правой руке, стал наносить его клинком удары по телу А. в область ребер, грудной клетки, при этом она переворачивалась с боку на бок. Ударил её я ножом много раз, но сколько именно, не помню. Куда, в какие части её туловища я попадал ножом, тоже точно не помню. Затем она перестала двигаться, осталась лежать на полу. Сразу после этого я позвонил в полицию и сообщил, что убил свою жену, попросил «забрать меня в тюрьму» ... Я очень сожалею о случившемся. Все получилось из-за того, что обида к ней у меня копилась продолжительное время... она постоянно уходила из дома и где-то «шлялась», мои просьбы остановиться, прекратить свои похождения, выходки, игнорировала. А сегодня ещё она вдобавок, зная мои проблемы со здоровьем, стала насмехаться над этим, обидела меня сильно, и я не стерпел. Сейчас я понимаю, что совершил

was a conflict relationship between me and A., my wife, which was caused by the fact that she was “cheating on him”, while I was sexually invalid because my "balls" were removed due to prostate adenoma. Even though I didn't “catch” her with other men, but in the evenings she often left home and came back only in the morning. I constantly told her to stop “cheating on” me, but she kept leaving the house, disappeared somewhere, did not listen to me. This summer, there was a case that she left home, I couldn't find her, and it's difficult for me to take care of cattle alone (we have chickens and a goat). Then I reported the disappearance of my wife to the police by calling the duty unit, and three days later she was found, she came herself, as I understand it the police officers found her. I was jealous of her. This afternoon A. said she wanted to drink some vodka. So, I went to the store and bought a small 0.25 liters bottle of vodka. When I came back home, my wife and I drank it for two, while I drank a little, she was drinking more. Then, at about 3 pm, our daughter S. came to our house, she was not there for a long time, and when she was leaving, she called A. with her, but the latter decided not to go and stay at home. After my daughter left, my wife and I no longer drank vodka. In a while later, at about 4.30 pm, A. lay down on the sofa in the hall, completely undressed below her waist, and above the waist she had some kind of dress. And so, lying half naked on the couch, she spread her legs and told me to kiss her genitals. I don't know why she said that as she had never said that to me before. From these words of hers I realized that she was deliberately laughing at me, over the fact that my "balls" were removed asking me to kiss her genitals. Then I could not stand such an insult, I got nervous, took a kitchen knife, grabbed A. who was still lying by the hand, pulled her off the sofa to the floor, after which, holding the knife in my right hand, I began to strike with its blade on A.'s body in the area of the ribs, chest, while she turned over from side to side. I stabbed her many times, but I don't remember exactly how many. What parts of her body exactly I hit with a knife, I don't remember either. Then she stopped moving, remained lying on the floor. Immediately after that, I called the police and said that I had killed my wife, asked them to “take me to jail” ...I am very sorry about what happened. Everything turned out due to the fact that I had accumulated resentment towards her for a long time ...

непоправимое, но уже поздно. Прошу с учётом возраста и ввиду плохого состояния здоровья меня не «арестовывать», отпустить под домашний арест».

После похорон жены в тот же день вечером З. повесился в своей бане. Уголовное дело в отношении З. в связи с его смертью было прекращено (п. 4 ч. 1 ст. 24 УПК РФ).

Психологический анализ: в представленных материалах уголовного дела имеются сведения об изменении психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший совершению инкриминируемого ему деянию, в виде нарастания эгоцентричности, субъективизма, выраженного своеобразия и избирательности восприятия, ригидности, вязкости переживаний, наличия некорректируемых аффективно насыщенных построений, связанных с представлениями об изменах, неверности его жены при отсутствии для этого реальных поводов со стороны его жены, с охваченностью своими негативными переживаниями, неустойчивости эмоциональной сферы, нарушений критико-прогностических способностей. Подэкспертный в момент совершения инкриминируемого ему деяния не находился в эмоциональном состоянии неболезненного характера, которое оказало бы существенное влияние на его поведение.

Комиссия экспертов с наибольшей степенью вероятности может утверждать о наличии у З. 78 лет в период исследуемых событий признаков Хронического органического бредового расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.29 по МКБ-10). Исходя из вышеизложенного, комиссия приходит к вероятностному выводу о том, что подэкспертный по своему психическому состоянию не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими при совершении инкриминируемого ему деяния.

Представленный случай интересен по ряду обстоятельств. ПГСУ в пожилом и старческом возрасте не такое уж частое явление [18, 19], особенно когда участники деликта выступают супруги, один из которых высказывает бредовые идеи ревности [20]. В нашей предыдущей работе супружеские ПГСУ у лиц преклонного возраста составили 28% [21]. Бредовая мотивация, совершённого убийства и факторы, способствующие формированию бреда ревности, безусловно, заслужи-

she constantly left the house and “cheated on me”, she ignored my requests to stop, stop her adultery. And today, in addition, knowing my health problems, she began to laugh at it, offended me greatly, and I could not stand it. Now I understand that I did something irreparable, but it's too late. Given my age and poor health, I ask you not to “arrest” me, but to release me under house arrest.”

After the funeral of his wife, the same day in the evening, Z. hanged himself in his bathroom. The criminal case against Z. was dismissed due to his death (clause 4, part 1, article 24 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation).

Psychological analysis: in the presented materials of the criminal case there is information about the change in the mental state of the subject in the period preceding the commission of the act incriminated to him, in the form of an increase in self-centeredness, subjectivism, pronounced originality and selectivity of perception, rigidity, viscosity of experiences, the presence of uncorrectable affectively saturated constructions associated with ideas of betrayal, infidelity of his wife in the absence of real reasons for this on the part of his wife, with the preoccupation with his negative experiences, instability of the emotional sphere, violations of critical and predictive abilities. At the time of the commission of the act incriminated to him the subject was not in an emotional state of a non-painful nature, which would have a significant impact on his behavior.

Commission of Experts with the highest degree of probability can assert that Z., aged 78, during the period of the events under study had signs of Chronic organic delusional disorder due to mixed diseases (F 06.29 according to ICD-10). Based on the facts listed above, the commission comes to the probabilistic conclusion that the subject, due to his mental state, could not realize the actual nature and social danger of his actions and manage them when committing the act incriminated to him.

The presented case is interesting for a number of reasons. PHSU in the elderly and senile age does not occur very frequently [18, 19], especially when the participants in the delict are spouses, one of whom expresses delusional ideas of jealousy [20]. In our previous work, spousal PHSU in the elderly reached only 28% [21]. The delusional motivation of the committed murder and the factors contributing to the formation of the delusion of jealousy certainly

вают внимания. В литературе нам встретился всего один описанный клинический случай молодого мужчины с эротоманией после семиномы и орхихэктомии [22]. Как свидетельствуют немногочисленные исследования, бред ревности встречается довольно редко (в 0,5% случаев) [23], но несколько чаще бывает у пожилых людей (1,4%) [24]. Данная фабула бреда является известным фактором риска насилия и убийства [25], включая больных с органическими расстройствами и деменцией [26]. Известно, что бред ревности чаще наблюдается у мужчин и агрессивность при нём встречается в три раза чаще, чем в общей популяции [23]. Систематический обзор показывает, что ревность является важным мотивирующим фактором во многих случаях, в том числе с участием неинтимных партнёров [27].

Различные психические расстройства являются одним из основных факторов совершения ПГСУ в пожилом и старческом возрасте, в то время как ревность, драки и потребление психоактивных веществ больше характерны для молодых людей, совершивших ПГСУ [28].

deserve attention. In the literature, we met only one described clinical case of a young man with erotomania after seminoma and orchietomy [22]. As evidenced by a few studies, delusions of jealousy are quite rare (0.5% of cases) [23] but are somewhat more common for older people (1.4%) [24]. This delusional plot is a known risk factor for violence and homicide [25], including patients with organic disorders and dementia [26]. It is known that delusions of jealousy are more often observed in men and aggressive episodes occur three times more often than in the general population [23]. A systematic review shows that jealousy is an important motivating factor in many cases, including those involving non-intimate partners [27]. Various mental disorders are one of the main factors in the commission of PHSU in the elderly and senile age, while jealousy, fights and the use of psychoactive substances are more typical for young people who have committed PHSU [28]. Male depression has been recognized as an important factor in some cases of intimate partner violence. They had almost 1.5 times more risk factors than offenders without depression [29].

Таблица / Table 2

Причины (мотивы) ПГСУ в подгруппах
Causes (motives) of PHSU in subgroups

Причина Cause	Всего Total (n, %)	ПГСУ супругов Spousal PHSU	Супружеско-детские ПГСУ Spousal and child PHSU	Супружеско- семейные ПГСУ Spousal and family PHSU	Супружеско- внесемейные ПГСУ Spousal- out-of-family PHSU
Ревность Jealousy	34 (26,2)	22	2	1	9
Разрыв отношений The end of the relationship	19 (14,6)	15	3	1	-
Конфликты, ссоры Conflicts, quarrels	15 (11,6)	11	1	2	1
Психические расстройства Mental disorders	14 (10,8)	13	-	1	-
Развод Divorce	12 (9,2)	10	1	1	-
Материальные Material	5 (3,8)	3	1	1	-
Прочее Other	5 (3,8)	4	-	1	-
Не известна Unknown	26 (20,0)	26	-	-	-
Всего Total	130 (100,0)	104	8	8	10

Мужская депрессия была признана важным фактором в некоторых случаях насилия со стороны интимного партнёра. У них было почти в 1,5 раза больше факторов риска, чем у преступников без депрессии [29].

Как видно из табл. 2, разрыв отношений (расставание) наблюдались в 14,6%, конфликты, ссоры – в 11,6%, развод – в 9,2%. Психические расстройства указывались в 10,8% случаев, чаще всего (60%) зависимость от психоактивных веществ (алкоголя). В 20,0% причины агрессии были не известны.

Обсуждение.

В проведённом исследовании предложена, по сути, новая классификация супружеских (партнёрских) ПГСУ, в случаях, когда кроме жены (мужа) второй жертвой оказывается ребёнок (неродной для агрессора), член семьи (родственник) и другие посторонние люди. Доля таких случаев в нашей выборке составила 20%. Хотим обратить особое внимание, что если жертвами оказывается родной ребёнок и жена агрессора, то это ПГСУ мы предложили относить к детско-супружеским ПГСУ. В этом их различие: если ребёнок неродной для агрессора, а вторая жертва его жена (супруга, партнёрша), то это супружеско-детское ПГСУ. Может возникнуть трудности при квалификации семейных ПГСУ. Если жертв две, одна из них супруга (партнёрша), а вторая – член семьи родственник, включая совершеннолетнего ребёнка, то это супружеско-семейное ПГСУ. Когда среди двух жертв нет супруги(а), несовершеннолетних детей, то это семейное ПГСУ.

Три типа ПГСУ с участием интимного партнёра (супруги) выделяют J. Jordan, D.E. McNiel (2021): интимный партнёр – родственник, интимный партнёр – дистресс, интимный партнер – физическое здоровье. Отчётливо прослеживаются критерии такой систематизации – жертва(ы) и мотивы ПГСУ [10]. Схожие идеи в виде двух типов партнёрских (супружеских) ПГСУ предлагает J.L. Knoll [30]. Предложенные этими авторами типологии трудны для использования на практике, так как мотивы ПГСУ нередко не известны, а проведение аутопсии невозможно по многим обстоятельствам. Описанные в литературе так называемое убийство из сострадания (милосердия; “mercy killing”), в которых зачастую участвуют пожилые супруги [18, 19, 21] отнесено нами к особым формам (типам) ПГСУ и в данной работе не учитывались (исключались из анализа).

Как следует из настоящей работы женщины

As can be seen from Table. 2, relationships breakup (separation) was observed in 14.6%, conflicts, quarrels were reported in 11.6%, divorce was registered in 9.2%. Mental disorders were indicated in 10.8% of cases, most common of which (60%) was psychoactive substances abuse (alcohol). In 20.0%, the reasons for the aggression were not known.

Discussion.

In the conducted study, in fact, a new classification of spousal (partner) PHSUs is proposed, in cases where, in addition to the wife (husband), the second victim is a child (step child for the aggressor), a family member (relative) and other out of family people. The proportion of such cases in our sample was 20%. We want to pay special attention to the fact that if the victims are the aggressor's own child and wife, then we proposed to refer this PHSU to the child-spousal PHSU. This is how they differ: if the child is a step-child to the aggressor, and the second victim is his wife (wife, partner), then this is a spousal-child PHSU. Difficulties may arise in the qualification of family PHSUs. If there are two victims, one of them is a spouse (partner), and the second is a family member, a relative, including an adult child, then this is a spousal-family PHSU. When there are no spouses or minor children among the two victims, then this is a family PHSU.

J. Jordan, D. E. McNiel (2021) distinguish three types of PHSU with the participation of an intimate partner (spouse): intimate partner – relative, intimate partner – distress, intimate partner – physical health. The criteria for such systematization are clearly traced – the victim(s) and the motives of the PHSU [10]. Similar ideas in the form of two types of partner (spousal) PHSU are offered by J. L. Knoll [30]. The typologies proposed by these authors are difficult to use in practice, since the motives of PHSU are often not known, and autopsy is impossible for many reasons. Described in the literature, the so-called mercy killing often typical for elderly spouses [18, 19, 21], we attributed them to special forms (types) of PHSU and were not taken into account in this work (excluded from the analysis).

As follows from this work, women extremely rarely committed spousal (partner)

чрезвычайно редко совершали супружеские (партнёрские) ПГСУ (всего 2 случая из 130). Перечисленные орудия убийств / самоубийств в нашем исследовании встречаются в литературе [3, 7, 9, 27], но для обычных убийств и самоубийств в российской популяции такие показатели не характерны. Например, колюще-режущие предметы встречались в 54,7% случаев таких убийств в Чувашии, а огнестрельное оружие только в 1 случае из 265. Редко мы наблюдали много жертв (всего 3,4% случаев). Без психических расстройств было 40,8% убийц, многие совершили преступление в состоянии алкогольного опьянения (80%). Различия возможно обусловлены тем, что случаи супружеских убийств были взяты нами после проведения судебно-психиатрической экспертизы в 1981-2010 гг. [31]. Ниже оказался средний возраст убийц ($42,2 \pm 13,9$) по сравнению с агрессорами, совершивших супружеские ПГСУ ($43,3 \pm 7,4$). В этой связи не случайным, видимо, оказалась частая (50%) судимость у убийц супружеско-детских ПГСУ, как и самый низкий средний возраст у них, приближающийся к возрасту обычных убийц. О меньшем возрасте агрессоров и наличие судимости в прошлом особо характерно для обычных убийц [4]. Для лиц, совершающих ПГСУ судимость является редкостью, как и состояние опьянения [6, 7, 30].

Среди причин ПГСУ довольно низкой выглядит доля психических расстройств, что можно обосновать сбором материала в электронных средствах массовой информации [16] и отсутствие сведений о психической патологии, хотя, как свидетельствуют обзоры литературы, такие цифры укладываются в широкий диапазон психической патологии, встречающейся у агрессоров ПГСУ [11, 12]. Другие мотивы соответствуют концепции о превалирующей роли ревности, разрыву отношений, конфликтам, ссорам между супругами (партнёрами) [9, 27].

Заключение

Таким образом, супружеские ПГСУ достоверно чаще совершают мужчины, которые в среднем старше своих жён (партнёрш). Предложенная типология супружеских ПГСУ является рабочей и пригодной для практики, так как имеются различия по методам совершения убийств / самоубийств, по социально-демографическим и криминологическим характеристикам, мотивам деликтов между предложенными подгруппами.

Ведущей причиной супружеских ПГСУ является ревность. Среди других причин преобладают разрыв

PHSU (only 2 cases out of 130). The listed murder/suicide weapons in our study are found in the literature [3, 7, 9, 27], but such indicators are not typical for ordinary murders and suicides in the Russian population. For example, piercing objects were found in 54.7% of cases of such murders in Chuvashia, and firearms in only 1 case out of 265. We rarely observed many victims (only 3.4% of cases). 40.8% of the killers had no mental disorders, many committed the crime while intoxicated (80%). The differences may be caused by the fact that the cases of spousal murders were taken by us after the forensic psychiatric examination in 1981-2010 [31]. The mean age of the killers turned out to be lower (42.2 ± 13.9) compared to the aggressors who committed spousal PHSU (43.3 ± 7.4). In this regard, the frequent (50%) convictions of the killers of spousal and child PHSUs, as well as their lowest mean age, approaching the age of ordinary killers, apparently turned out to be not accidental. The younger age of the aggressors and the presence of a criminal record in the past are especially characteristic of ordinary murderers [4]. For persons committing PHSU, a criminal record is a rarity, as is the state of intoxication [6, 7, 30].

Among the causes of PHSU, the proportion of mental disorders seems to be rather low, which can be justified by the collection of material in the electronic media [16] and the lack of information about mental pathology, although, as literature reviews show, such figures fit into a wide range of mental pathology found in PHSU aggressors. [11, 12]. Other motives correspond to the concept of the prevailing role of jealousy, rupture of relations, conflicts, quarrels between spouses (partners) [9, 27].

Conclusion

Thus, spousal PHSU is significantly more often performed by men who, on average, are older than their wives (partners). The proposed typology of spousal PHSU is working and suitable for practice, as there are differences in the methods of committing murders / suicides, in socio-demographic and criminological characteristics, motives of torts between the proposed subgroups.

The leading cause of spousal PHSU is jealousy. Among other reasons, the break-

отношений между партнерами (супругами), развод, конфликты и ссоры. В ряде случаев ПГСУ совершаются людьми с психическими расстройствами, что позволяет предполагать психопатологический фактор в качестве агрессии и аутоагрессии. Наблюдаются в основном психические расстройства, обусловленные психоактивными веществами (алкоголем), психотические проявления, органические и личностные расстройства.

down of relations between partners (spouses), divorce, conflicts and quarrels predominate. In a number of cases, PHSU are committed by people with mental disorders, which suggests a psychopathological factor as aggression and auto-aggression. There are mainly mental disorders caused by psychoactive substances (alcohol), psychotic manifestations, organic and personality disorders.

Литература / References:

1. Голенков А.В., Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Деомидов Е.С. Постгомицидные самоубийства в России. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 32-41. [Golenkov A.V., Orlov F.V., Bulygina I.E., Deomidov E.S. Post-homicide suicides in Russia. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 32-41.] DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-32-41 (In Russ)
2. Голенков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. Психическое здоровье. 2018; 16 (2): 9-13. [Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Ment. health*. 2018; 16 (2): 9-13.] DOI: 10.25557/2074-014X.2018.02.9-13 (In Russ)
3. Large M., Smith G., Nielsens O. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. *Suicide Life Threat Behav*. 2009; Jun.; 39 (3): 294-306. DOI: 10.1521/suli.2009.39.3.294
4. McPhedran S., Eriksson L., Mazerolle P., De Leo D., Johnson H., Wortley R. Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison with Homicide-Only and Suicide-Only Cases. *J. Interpers Violence*. 2018; 33 (11): 1805-1829. DOI: 10.1177/0886260515619172
5. Regoeczi W.C., Gilson T. Homicide-Suicide in Cuyahoga County, Ohio, 1991-2016. *J. Forensic Sci*. 2018; Sep.; 63 (5): 1539-1544. DOI: 10.1111/1556-4029.13729
6. Byard R.W. Murder-Suicide: An Overview. *Forensic Pathology Reviews*. 2005; 3: 337-347.
7. Zeppego P., Gramaglia C., di Marco S., Guerriero C., Consoletti C., Loreti L., Martelli M., Marangon D., Carli V., Sarchiapone M. Intimate partner homicide suicide: a mini-review of the literature (2012-2018). *Curr. Psychiatry Rep*. 2019; Feb. 21; 21 (3): 13. DOI: 10.1007/s11920-019-0995-2
8. Marzuk P.M., Tardiff K., Hirsch C.S. The epidemiology of murder-suicide. *AMA*. 1992; 267 (23): 3179-3183.
9. De Koning E., Piette M.H. A retrospective study of murder-suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935-2010. *Med. Sci. Law*. 2014; 54 (2): 88-98. DOI: 10.1177/0025802413518018
10. Jordan J.T., McNeil D.E. Homicide-Suicide in the United States: Moving Toward an Empirically Derived Typology. *J. Clin. Psychiatry*. 2021; Feb. 23; 82 (2): 20m13528. DOI: 10.4088/JCP.20m13528
11. Roma P., Pazzelli F., Pompili M., Lester D., Girardi P., Ferracuti S. Mental illness in homicide-suicide: a review. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2012; 40 (4): 462-468.
12. Flynn S., Gask L., Appleby L., Shaw J. Homicide-suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2016; Jun.; 51 (6): 877-884. DOI: 10.1007/s00127-016-1209-4
13. Sun Q., Zhou J., Guo H., Gou N., Lin R., Huang Y., Guo W., Wang X. Incomplete homicide-suicide in Hunan China from 2010 to 2019: characteristics of surviving perpetrators. *BMC Psychiatry*. 2021; Nov. 17; 21 (1): 577. DOI: 10.1186/s12888-021-03574-8
14. Dayan H. Sociocultural Aspects of Femicide-Suicide: The Case of Israel. *J. Interpers Violence*. 2021; May; 36 (9-10): NP5148-NP5166. DOI: 10.1177/0886260518792983
15. Sela-Shayovitz R. Femicide and Femicide-Suicide in Israel: The Role of Immigration and the Cultural Context. *Violence Vict*. 2021; Jun. 1; 36 (3): 347-362. DOI: 10.1891/VV-D-19-00087
16. Densley J., Hilal S.M., Li S.D., Tang W. Homicide-Suicide in China: an Exploratory Study of Characteristics and Types. *Asian. J. Criminology*. 2017; 12 (3): 199-216. DOI: 10.1007/s11417-016-9238-1
17. Satoh F., Osawa M. Trend of homicide-suicide in Kanagawa Prefecture (Japan): Comparison with western countries. *Med. Sci. Law*. 2016; Oct. 3. pii: 0025802416668769. DOI: 10.1177/0025802416668769
18. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin. Interv. Aging*. 2007; 2 (3): 441-452.
19. Bourget D., Gagné P., Whitehurst L. Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2010; 38 (3): 305-311.
20. Терентьев Е.И. Бред ревности. М.: Медицина, 1991; 272 с. [Terentyev E.I. Delirium of jealousy. Moscow: Medicine, 1991; 272 p.] (In Russ)
21. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства у лиц пожилого возраста. *Девуантология*. 2021; 5 (1): 9-13. [Golenkov A.V. Posthomicidal suicide in the elderly people. *Deviant Behavior (Russia)*. 2021; 5 (1): 9-13. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-9-13 (In Russ)
22. Mazeh D., Merimsky O., Melamed Y., Inbar M. Erotomania following an orchiectomy: a case report. *J. Sex Marital Ther*. 1997; Summer; 23 (2): 154-155. DOI: 10.1080/00926239708405316
23. Soyka M., Schmidt P. Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders. *J. Forensic Sci*. 2011; Mar.; 56 (2): 450-452. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01664.x
24. Chiu H.F. Delusional jealousy in Chinese elderly psychiatric patients. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol*. 1995; Jan.; 8 (1): 49-51.
25. Leong G.B., Silva J.A., Garza-Treviño E.S., Oliva D.Jr., Ferrari M.M., Komanduri R.V., Caldwell J.C. The dangerousness of persons with the Othello syndrome. *J. Forensic Sci*. 1994; Nov.; 39 (6): 1445-1454.
26. Cipriani G., Vedovello M., Nuti A., di Fiorino A. Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2012; Oct.; 66 (6): 467-473. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2012.02386.x
27. Rouchy E., Germanaud E., Garcia M., Michel G. Characteristics of homicide-suicide offenders: A systematic review. *Aggress. Violent. Behav*. 2020; Nov.-Dec. 55. DOI: 10.1016/j.avb.2020.101490

28. Schwab-Reese L.M., Murfree L., Coppola E.C., Liu P.J., Hunter A.A. Homicide-suicide across the lifespan: a mixed methods examination of factors contributing to older adult perpetration. *Aging Ment. Health*. 2021; Sep.; 25 (9): 1750-1758. DOI: 10.1080/13607863.2020.1795620
29. Cheng P., Jaffe P. Examining Depression Among Perpetrators of Intimate Partner Homicide. *J. Interpers. Violence*. 2021; Oct; 36 (19-20): 9277-9298. DOI: 10.1177/0886260519867151
30. Knoll J.L. 4 th. Understanding Homicide-Suicide. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2016; Dec.; 39 (4): 633-647. DOI: 10.1016/j.psc.2016.07.009
31. Голенков А.В. Супружеские убийства (судебно-психиатрические аспекты). Психическое здоровье. 2017; 15 (1): 45-49. [Golenkov A.V. Spousal homicides (forensic and psychiatric aspects). *Ment. health*. 2017; 15 (1): 45-49]. (In Russ)

SPOUSAL (PARTNER) POST-HOMICIDAL SUICIDES (ACCORDING TO ELECTRONIC MEDIA IN THE REGIONS OF RUSSIA)

A. V. Golenkov

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia: golenkovav@inbox.ru

Abstract:

Spousal (partner) post-homicidal suicide (PHSU) are most frequent type such delict which were practically not analyzed in Russian Federation (RF). *The aim of the study* is to study cases of spousal PHSU in the regions of the Russian Federation, their variety and motives for committing them. *Materials and methods*. It was possible to collect information in the electronic media for over 20 years (2002-2021) on 130 cases of PHSU in 59 regions of the Russian Federation (from 1 to 9 cases in the region), 128 men and 2 women aged 21 to 86 (mean age 45.9 ± 12.1) who committed murders followed by suicide, and 156 victims (19 males and 137 females) aged 1.5 months to 84 (mean age 39.6 ± 15.7). For each case of PHSU, socio-demographic and criminological indicators, features of the delict (presence of mental disorders, probable motives) were written out. Mathematical and statistical processing was carried out using descriptive statistics and χ^2 -distribution. *Results*. In 80% of spousal (partner) PHSUs the victim was only the wife (partner, beloved). In 6.2% victims were the spouse and her children, in 6.2% victims were the spouse and one of the family members (adult children, grandchildren, relatives, mother-in-law), in 7.6% victims were the spouse and her lovers, or male acquaintances. In only two cases women killed their elderly husbands with a knife because of conflicts (64 and 84 years of age). The average age of the aggressors and victims turned out to be the lowest in the spousal and child PHSU and the oldest age in the spousal and family PHSU. At the same time, the murdered wives from the subgroup of spousal and out-of-family PHSU were about 10 years younger than their husbands' aggressors, as were their lovers and murdered men. In these cases, firearms were used as a method of both murders and subsequent suicides, and strong jealousy was the leading motive for aggression. The males (lovers) were, on average, the same age (38.3 ± 10.7 , from 21 to 53 years of age) as the murdered women in this group. Murders were most often committed with the help of piercing objects (41.5%), firearms (39.2%) and by strangulation (6.2%), and suicides were committed with firearms (42.3%) and cold weapons (23.1%), hanging (20%). Jealousy (Othello's syndrome for pathological jealousy) was the most common motive for lethal aggression (26.2%), but in isolated cases there were encountered psychotic incidents. Relationship breakup (separation) was observed in 14.6%, conflicts, quarrels were reported in 11.6%, divorce was reported in 9.2%. Mental disorders were indicated in 10.8% of cases, most often (60%) psychoactive substances (alcohol) addiction. In 20.8% the reasons for the aggression were not known. *Conclusion*. Spouse PHSUs are significantly more often performed by men who, on average, are older than their wives (partners). The proposed typology of marital PHSU is working and suitable for practice. The leading causes of PHSU are jealousy, relationship breakup, divorce, conflicts and quarrels. PHSUs are also committed by people with mental disorders, which suggests a psychopathological factor as aggression and auto-aggression.

Keywords: spouses (partners, lovers), post-homicidal suicides, jealousy (Othello syndrome), mental disorders

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 27.02.2022.
Принята к публикации / Accepted for publication: 01.04.2022.

Для цитирования: Голенков А.В. Супружеские (партнёрские) постгомицидные самоубийства (по данным электронных средств массовой информации в регионах России). *Суицидология*. 2022; 13 (1): 105-117. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-105-117

For citation: Golenkov A.V. Spousal (partner) post-homicidal suicides (according to electronic media in the regions of Russia). *Suicidology*. 2022; 13 (1): 105-117. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-105-117 (In Russ)

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, Н.А. Бохан

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

*S.N. Vasilyeva, G.G. Simutkin,
E.D. Schastnyy, N.A. Bokhan*

Mental Health Research Institute, Tomsk National
Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Информация об авторах:

Васильева Светлана Николаевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856). Место работы и должность: научный сотрудник отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-38-24, электронный адрес: vasilievasn@yandex.ru

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-38-24, электронный адрес: ggsimutkin@gmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6482-2439; Researcher ID: S-3674-2016; ORCID iD: 0000-0003-2148-297X). Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-38-24, электронный адрес: evgeny.schastnyy@gmail.com

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Author's information:

Vasilyeva Svetlana Nikolaevna – MD, PhD (SPIN-code: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856). Place of work and position: Researcher at the Department of Affective States of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-38-24, email: vasilievasn@yandex.ru

Simutkin German Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 6482-2439; Researcher ID: I-9405-2017; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789). Place of work and position: Leading researcher at the Department of Affective States of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-38-24, email: ggsimutkin@gmail.com

Schastny Evgeny Dmitrievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6482-2439; Researcher ID: S-3674-2016; ORCID iD: 0000-0003-2148-297X). Place of work and position: Head of the Department of Affective States of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str. Phone: +7 (3822) 72-38-24, email: evgeny.schastnyy@gmail.com

Bokhan Nikolay Aleksandrovich – Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of Addiction Department, Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow T. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: bna909@gmail.com

Цель: Выявление факторов риска суицидального поведения пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР). *Материал.* В специализированном психиатрическом отделении обследовано 164 пациента с верифицированным диагнозом БАР. В обследуемой группе преобладали женщины (70,1%), воз-

раст женщин составил 44 года [28; 54], мужчин – 35 лет [30; 51]. Проведён сравнительный анализ социально-демографических показателей и клинико - динамических характеристик БАП в двух группах пациентов с наличием (n=42) и отсутствием (n=122) суицидальных попыток в течение аффективного расстройства. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы SPSS Statistics v26. *Результаты.* Выявлен значительный удельный вес пациентов с БАП, совершивших суицидальную попытку (25,6%). Пациенты с суицидальной попыткой в анамнезе, по сравнению с пациентами без таковой, чаще страдали БАП I типа, имели коморбидное расстройство личности и алкогольную зависимость, более ранний возраст манифестации аффективного расстройства, более частое обострение аффективной симптоматики и смешанные эпизоды в течение БАП. Также данные пациенты были менее адаптированы: чаще не состояли в браке, имели незаконченное высшее образование, были безработными или имели инвалидность вследствие психического заболевания. *Выводы.* Более тяжёлое течение БАП, наличие коморбидной психической патологии и снижение уровня социального функционирования повышают риск суицидального поведения пациентов.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, факторы риска, биполярное аффективное расстройство, БАП

У пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАП) завершённые суициды регистрируются в 20-30 раз чаще, по сравнению с общей популяцией [1]. До 20% больных БАП (в основном не леченных) заканчивают свою жизнь самоубийством, а 20-60% совершают суицидальные попытки [2].

Данные литературы в отношении влияния подтипа БАП на уровень суицидальности разнятся. А. Schaffer и соавт. [3] в ходе мета-анализа не выявили различий в частоте встречаемости суицидальных попыток у пациентов с разным подтипом БАП. L. Plans с коллегами [1] при систематическом обзоре статей, посвящённых завершённому суициду, выявили самый высокий риск смерти от суицида у пациентов с БАП II типа. Так же было показано, что при депрессивной полярности первого эпизода настроения при БАП пациенты почти в два раза чаще предпринимают попытку самоубийства [3]. При анализе взаимосвязи суицидального риска и клиническими проявлениями депрессии при БАП наибольший риск суицидального поведения выявляется у пациентов с психотическими и выраженными тревожными симптомами [4].

Коморбидная психическая патология при БАП способствует аутодеструктивному поведению больных [5–7]. Пациенты, страдающие БАП I типа и коморбидностью по оси I, в 40 раз чаще предпринимают суицидальную попытку, чем пациенты без наличия психической коморбидности [8]. Согласно результатам мета-аналитических исследований смертность от самоубийств ассоциирована с мужским полом [3], а суицидальные попытки – с женским [9].

К наиболее значимым факторам риска суицидального поведения в случае БАП относят [10]: ран-

Completed suicides are recorded 20-30 times more often in patients with bipolar affective disorder (BAD) compared to general population [1]. Up to 20% of patients with bipolar disorder (mostly untreated) end their lives by suicide, and 20-60 % make suicide attempts [2].

Literature data regarding the influence of the bipolar disorder subtype on the level of suicidality vary. In the course of a meta-analysis [3] A. Schaffer et al. did not reveal differences in the incidence of suicide attempts in patients with different subtypes of bipolar disorder. In a systematic review of articles on completed suicide [1] L. Plans et al found the highest risk of death from suicide in patients with BAD type II. It has also been shown that with the depressive polarity of the first episode of mood in bipolar disorder, patients are almost twice as likely to attempt suicide [3]. When analyzing the relationship between suicidal risk and clinical manifestations of depression in bipolar disorder, the highest risk of suicidal behavior is found in patients with psychotic and severe anxiety symptoms [4].

Comorbid mental pathology in bipolar disorder contributes to the self-destructive behavior of patients [5–7]. Patients with BAD type 1 and Axis I comorbidity are 40 times more likely to attempt suicide than patients without psychiatric comorbidity [8]. According to the results of meta-analytic studies, mortality from suicide is associated with the male sex [3], while suicide attempts are more characteristic of the female sex [9].

The most significant risk factors for

ний возраст к началу заболевания, отягощённая наследственность, выраженная тяжесть депрессии, быстрая цикличность течения БАР, смешанные эпизоды. Среди других: мужской пол, проживание в одиночестве, отсутствие детей, европеоидная раса, молодой и пожилой возраст, суицидальная попытка в анамнезе, отсутствие работы, семейный анамнез попытки самоубийства или самоубийства, преобладающая депрессивная полярность [11].

Медикаментозное лечение уменьшает смертность от суицидов более чем в 5 раз [12]. Поэтому приверженность к терапии имеет огромное значение в профилактике суицидального поведения пациентов. Лекарственные средства уменьшают риск суицидального поведения за счёт стабилизации состояния пациентов при обострении БАР. При профилактическом приёме психофармакологические средства предотвращают возникновение депрессивных и смешанных фаз, во время которых чаще совершаются суицидальные попытки пациентами. При этом собственно антисуицидальное действие на сегодняшний день доказано лишь у одного препарата, к которому относится литий [13]. В целом, по сравнению с плацебо, литий снижает риск самоубийства более чем на 60% при расстройствах настроения [1, 14]. Зарубежом в качестве скорой помощи при высоком суицидальном риске используют эскетамин (интраназальный спрей) с быстрым, но относительно коротким антисуицидальным действием [15, 16].

Наряду с наличием у пациентов высокой приверженности лечению к защитным факторам от суицида относят: социальную поддержку, высокое качество жизни, религиозность, сильное осознание смысла жизни, гипертимический аффективный темперамент [2, 8, 17].

Учитывая вышеизложенное, нами была принята попытка исследования, целью которого явилось выявление факторов риска суицидального поведения пациентов при БАР.

В задачи исследования входило определение удельного веса пациентов с БАР, у которых в анамнезе отмечались суицидальные попытки, с последующим сравнительным анализом социально-демографических и клинико-динамических показателей БАР у пациентов с наличием и отсутствием в анамнезе суицидальных попыток.

Материал и методы.

Сплошным методом в специализированном психиатрическом отделении нами было обследовано 164 пациента с БАР в возрасте от 18 до 65 лет (табл. 1).

suicidal behavior in the case of bipolar disorder include [10]: early age at the onset of the disease, aggravated heredity, pronounced severity of depression, rapid cyclicity of the course of bipolar disorder, mixed episodes. Other factors include: male gender, living alone, no children, Caucasian race, young and old age, history of suicide attempt, lack of work, family history of suicide attempt or suicide, predominant depressive polarity [11].

Drug treatment reduces suicide mortality by more than 5 times [12]. Therefore, adherence to therapy is of great importance in the prevention of suicidal behavior in patients. Medicines reduce the risk of suicidal behavior by stabilizing the condition of patients with an exacerbation of bipolar disorder. When taken prophylactically, psychopharmacological agents prevent the occurrence of depressive and mixed phases, during which suicidal attempts are more often made by patients. At the same time, the actual anti-suicidal effect has been proven to date only in one drug, which includes lithium [13]. Overall, compared with placebo, lithium reduces the risk of suicide by more than 60% in mood disorders [1, 14]. Esketamine (intranasal spray) with a quick but relatively short anti-suicidal effect is used abroad as an ambulance for high suicidal risk [15, 16].

Along with the high adherence of patients to treatment, protective factors against suicide include: social support, high quality of life, religiosity, strong awareness of the meaning of life, hyperthymic affective temperament [2, 8, 17].

Considering the above, we attempted to study the aim of which was to identify risk factors for suicidal behavior in patients with bipolar disorder.

The objectives of the study included determining the proportion of patients with BAD who had a history of suicide attempts, followed by a comparative analysis of the socio-demographic and clinical-dynamic parameters of BAD in patients with and without a history of suicidal attempts.

Material and methods.

Using a continuous method in a specialized psychiatric department, we examined 164 patients with bipolar disorder aged 18 to 65 (Table 1).

Таблица / Table 1

Социально-демографические показатели обследованных пациентов
Socio-demographic indicators of examined patients

Показатель / Indicator		Результат Result	
		n	%
Пол Sex	Женский / Female	115*	70,1
	Мужской / Male	49	29,9
Семейное положение Marital status	В браке / Married	70	42,7
	Холост / Single	50	30,5
	В разводе / Divorced	32	19,5
	Вдовы / Widowed	12	6,3
Уровень образования Education level	Среднее / Secondary	12	7,3
	Средне-специальное / Secondary Professional	37	22,6
	Незаконченное высшее / Incomplete higher	23	14,0
	Высшее / Higher	92	56,1
Профессиональный статус Professional status	Работает / Has a job	85	51,8
	Не работает / Has no job	53	32,
	Не работает, вследствие психической патологии Has no job due to psychopathology	26	15,9

Примечание / NB: * $p < 0,05$

Возраст обследуемых пациентов: женщины – 44 года (28; 54), мужчины – 35 лет [30; 51]. В обследуемой группе преобладали женщины ($p < 0,01$). Распределение пациентов в зависимости от текущего аффективного эпизода было следующим: эпизод депрессии – 61,6% ($n=101$), эпизод смешанный – 33,5% ($n=55$), эпизод гипомании – 3,1% ($n=5$), эпизод мании – 1,8% ($n=3$).

Использовались клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и психометрический методы исследования. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением программы IBM SPSS Statistics v26.

Результаты и обсуждение.

Анамнестические и катамнестические сведения показали, что среди обследованных пациентов БАР 25,6% пациентов в течение аффективного заболевания предпринимали суицидальную попытку.

Для оценки риска суицидального поведения пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациенты с наличием суицидальных попыток в анамнезе в количестве 42 человек в возрасте 35,5 (25; 51). Из них женщин 64,3% ($n=27$). С суицидальной целью пациенты использовали самоповешение, самоотравление, колющие и режущие предметы.

The mean age of the examined patients are: 44 years (28; 54) for women, 35 years [30; 51] for men. The examined group was dominated by women ($p < 0.01$). The distribution of patients depending on the current affective episode was the following: 61.6% ($n=101$) episode of depression, 33.5% ($n=55$) mixed episode, 3.1% ($n=5$) episode of hypomania, 1.8% ($n=3$) episode of mania.

Clinical-catamnestic, clinical - psychopathological and psychometric research methods were used. Statistical data processing was carried out on a personal computer using the IBM program SPSS Statistics v26 (IBM SPSS, USA).

Results and discussion.

Anamnestic and follow-up information showed that among the examined patients with bipolar disorder, 25.6% of patients made a suicidal attempt during an affective illness.

To assess the risk of suicidal behavior, patients were divided into 2 groups. Group 1 included patients with a history of suicidal attempts in the amount of 42 people aged 35.5 (25; 51). Of these women made up 64.3% ($n=27$).

Таблица / Table 2

Уровень образования пациентов сравниваемых групп
The level of education of patients of the compared groups

Уровень образования Level of education of patients	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток в анамнезе No History of suicide attempts (n=122)	
	Среднее Secondary	2	4,8	10
Средне-специальное Secondary Professional	8	19,1	29	23,7
Незаконченное высшее Incomplete Higher	11	26,1	*17	9,9
Высшее Higher	21	50,0	71	58,2

Примечание / NB: *p<0,05

Вторую группу составили пациенты без суицидальных попыток в анамнезе (n=122) в возрасте 42,5 (30; 55). Удельный вес женщин составил 72,1% (n=88).

Сравниваемые группы по давности БАР были сопоставимы (p>0,05). У пациентов с наличием суицидальных попыток в анамнезе данный показатель составил 8,5 (5; 16) лет, с отсутствием таковых – 10,5 (6; 17) лет.

В группах оценивались возраст к началу БАР, подтип БАР, индекс цикличности, наличие в течение БАР смешанных эпизодов, наличие коморбидной психической патологии, возраст, пол, образование, трудовой и семейный статус.

В группе с попытками суицида в анамнезе количество пациентов с незаконченным высшим образованием оказалось больше (p<0,05), чем в группе без суицидальных попыток в анамнезе (табл. 2). Вероятно, пациенты не смогли закончить ВУЗ в связи с более ранним возрастом манифестации БАР, на что указывают результаты нашего исследования, представленные выше.

For suicidal purposes, patients used self-hanging, self-poisoning, stabbing and cutting objects.

The second group consisted of patients without a history of suicide attempts (n=122) aged 42.5 (30; 55). The proportion of women was 72.1% (n=88).

The compared groups were comparable in terms of BAD prescription (p>0.05). In patients with a history of suicidal attempts, this indicator was 8.5 (5; 16) years, with no suicidal attempts this indicator was 10.5 (6; 17) years.

Age at the onset of bipolar disorder, subtype of bipolar disorder, index of cyclicity, presence of mixed episodes during bipolar disorder, presence of comorbid mental pathology, age, gender, education, labor and marital status were assessed in the groups.

In the group with a history of suicide attempts, the number of patients with incomplete higher education was higher (p < 0.05) than in the group without a history of suicide attempts (Table 2).

Таблица / Table 3

Разделение пациентов исследуемых групп в зависимости от трудового статуса
Distribution of patients of the studied groups on the grounds of their labor status

Трудовой статус пациентов Patients' labor status	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток No history of suicide attempts (n=122)	
	Работает Has a job	21	50,0	64
Не работает, вследствие БАР Has no job due to BAD	8	19,1	*12	9,8
Инвалидность по психическому заболеванию Disability due to mental illness	4	9,5	*2	1,6
Не работает по другим причинам Has no job for other	9	21,4	44	36,1

Примечание / NB: *p<0,05

Таблица / Table 4

Распределение пациентов исследуемых групп в зависимости от семейного статуса
Distribution of patients in the study groups depending on marital status

Семейный статус пациентов Patients' marital status	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток в анамнезе No history of suicide attempts (n=122)	
Холост / Single	16	38,1	34	27,9
Замужем / Married	12	*28,6	58	47,5
Разведён / Divorced	12	28,6	20	16,4
Вдов / Widowed	2	4,7	10	8,2

Примечание / NB: * $p < 0,05$

Исходя из данных, представленных в таблице 3, удельный вес работающих пациентов в группах сравнения не имел статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Однако анализ в группе неработающих пациентов причин, по которым они не работают, выявил межгрупповые различия ($p < 0,05$). Количество больных, не работающих из-за аффективного расстройства и больных, имеющих инвалидность по психическому заболеванию, было больше в группе с наличием суицидальной попытки в анамнезе.

Оценка данных таблицы 4 показала, что в группе лиц с суицидальными попытками в анамнезе удельный вес пациентов, не состоящих в браке, оказался больше ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. Возможно, это связано с более выраженными сложностями в создании семьи из-за более тяжёлого течения аффективного расстройства и его более раннего начала.

При оценке возраста к началу аффективного расстройства в группах сравнения были выявлены межгрупповые различия, свидетельствующие о более молодом возрасте к манифестации БАР у пациентов с наличием суицидальных попыток в анамнезе – 20,5 (17 до 29) лет, по сравнению с пациентами без суицидальных попыток в анамнезе – 28 (20; 39) лет ($p < 0,05$).

Согласно данным таблицы 5 у пациентов, совершивших суицидальную попытку в анамнезе, возраст к началу БАР чаще ($p < 0,05$) приходился на второе десятилетие. У пациентов, не проявляющих суицидальной активности в прошлом, БАР чаще манифестировало в период между 30 и 40 годами ($p < 0,05$).

Эти данные согласовались и с значениями индекса цикличности течения заболевания. При суицидальных попытках в анамнезе данный показатель был достоверно меньше – 0,87 (0,5; 1,5), чем в группе сравнения – 1,2 (0,8; 1,8) ($p < 0,05$).

It is likely that patients were not able to graduate from the university due to the earlier age of manifestation of bipolar disorder, as indicated by the results of our study presented above.

Based on the data presented in table 3, the proportion of working patients in the comparison groups had no statistically significant differences ($p > 0,05$). However, analysis in the group of non-working patients of the reasons why they do not work revealed intergroup differences ($p < 0,05$). The number of patients not working due to an affective disorder and patients with disability due to mental illness was higher in the group with a history of a suicide attempt.

An evaluation of the data in Table 4 showed that in the group of individuals with a history of suicidal attempts, the proportion of unmarried patients was higher ($p < 0,05$) than in the comparison group. Perhaps this is due to more pronounced difficulties in creating a family due to the more severe course of affective disorder and its earlier onset.

When assessing the age of the onset of an affective disorder in the comparison groups, intergroup differences were revealed, indicating a younger age of the onset of bipolar disorder in patients with a history of suicidal attempts – 20.5 (17 to 29) years of age, compared with patients without suicidal attempts in history – 28 (20; 39) years of age ($p < 0,05$).

According to Table 5, in patients with a history of suicide attempts, the onset of bipolar disorder more often ($p < 0,05$) took place in their second decade. In patients who did not show suicidal activity in the past, BAD more often manifested between 30 and 40 years of age ($p < 0,05$).

Таблица / Table 5

Возраст к началу БАР у пациентов сравниваемых групп
Age of the onset of bipolar disorder in patients of the compared groups

Возраст к началу БАР Age of BAD onset	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)		Без суицидальных попыток в анамнезе No history of suicide attempts (n=122)	
	Число	Процент	Число	Процент
< 20 лет / years of age	*20	47,6	34	27,9
20-30 лет / years of age	13	31,0	34	27,9
30-40 лет / years of age	*3	7,1	28	23,0
40-50 лет / years of age	4	9,5	19	15,5
> 50 лет / years of age	2	4,8	7	5,7

Примечание / NB: * p<0,05

То есть, у пациентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, выявлялось более частое повторение аффективных фаз, что свидетельствует о более тяжёлом течении БАР.

Пациенты с наличием суицидальной попытки в анамнезе чаще (p<0,05) страдали БАР I типа. При этом частота смешанного эпизода в этой группе была выше (66,7%), чем в группе сравнения (49,2%, p<0,05). Это согласуется с данными литературы, указывающих на высокую ассоциированность смешанных эпизодов с суицидальной активностью.

Поскольку коморбидная психическая патология усугубляет течение БАР, следующим шагом нашего исследования явился анализ наличия коморбидной психической патологии. В изучаемой выборке половина (50,6%; n=83) пациентов помимо БАР имели другое психическое расстройство, 17,1% (n=28) – два, а 6,1% (n=10) – три коморбидных психических расстройства. В группе лиц с суицидальным анамнезом коморбидная патология выявлялась чаще (71,4%; p<0,05), по сравнению с группой без суицидальных попыток (43,4%).

Распределение пациентов с БАР в зависимости от диагноза коморбидного расстройства в сравниваемых выборках продемонстрировано в таблице 6.

Вероятно, частота встречаемости расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), при БАР в рутинной клинической практике является более высокой по сравнению с данными, полученными в нашем исследовании, поскольку наличие выраженных актуальных симптомов синдрома зависимости являлось противопоказанием для госпитализации в отделение аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

These data were also consistent with the values of the disease cyclicity index. With a history of suicide attempts, this indicator was significantly lower – 0.87 (0.5; 1.5), than in the comparison group – 1.2 (0.8; 1.8) (p<0.05).

That is, in patients with a history of suicidal attempts, a more frequent repetition of affective phases was detected, which indicates a more severe course of bipolar disorder.

Patients with a history of a suicide attempt were more likely (p<0.05) to suffer from type I bipolar disorder. At the same time, the frequency of a mixed episode in this group was higher (66.7%) than in the control group (49.2%, p<0.05). This is consistent with literature data indicating a high association of mixed episodes with suicidal activity.

Since comorbid mental pathology exacerbates the course of bipolar disorder, the next step in our study was to analyze the presence of comorbid mental pathology. In the study sample, half (50.6%; n=83) of patients had another mental disorder besides bipolar disorder, 17.1% (n=28) had two, and 6.1% (n = 10) had three comorbid mental disorders. In the group of persons with a history of suicide, comorbid pathology was detected more often (71.4%; p<0.05), compared to the group without suicide attempts (43.4%).

The distribution of patients with bipolar disorder depending on the diagnosis of a comorbid disorder in the compared samples is shown in Table 6.

Таблица / Table 6

Психические расстройства, коморбидные БАР, у исследуемых пациентов
Psychiatric disorders comorbid with BAD in the studied patients

Коморбидное психическое расстройство Comorbid mental disorder	Суицидальные попытки в анамнезе History of suicide attempts (n=42)	Без суицидальных попыток в анамнезе No history of suicide attempts (n=122)
	n/N (%)	
<i>Расстройства тревожного спектра</i> <i>Anxiety Spectrum Disorders:</i>	12/42 (28,5%)	25/122 (20,5%)
– агорафобия с паническим расстройством <i>agoraphobia with panic disorder</i>	1/12 (8,3%)	0/25 (0%)
– агорафобия без панического расстройства <i>agoraphobia without panic disorder</i>	1/12 (8,3%)	1/25 (4,0%)
– паническое расстройство / <i>panic disorder</i>	6/12 (50,0%)	15/25 (60,0%)
– генерализованное тревожное расстройство <i>generalized anxiety disorder</i>	1/12 (8,4%)	3/25 (12,0%)
– социальная фобия <i>social phobia</i>	0/12 (0%)	1/25 (4,0%)
– смешанное тревожное расстройство <i>mixed anxiety disorder</i>	3/12 (25,0%)	5/25 (20,0%)
<i>Расстройство личности</i> <i>Personality disorders:</i>	17/42 (40,5)*	26/122 (21,3%)
– смешанное расстройство личности <i>mixed personality disorder</i>	10/17 (58,8%)	18/26 (69,2%)
– пограничное расстройство личности <i>borderline personality disorder</i>	7/17 (41,2%)	3/26 (11,5%)
– истерическое расстройство личности <i>hysterical personality disorder</i>	0/17 (0%)	4/26 (15,4%)
– шизоидное расстройство личности <i>schizoid personality disorder</i>	0/17 (0%)	1/26 (3,9%)
<i>ОКР / OCD</i>	1/42 (2,4%)	2/122 (1,6%)
<i>Расстройства, связанные с употреблением ПАВ</i> <i>Substance abuse disorders</i>	16/42 (38,1%)*	19/122 (15,6%)
– алкогольная зависимость <i>alcohol addiction</i>	15/16 (93,8%)	17/19 (89,5%)
– зависимость от каннабиноидов, снотворных средств <i>cannabinoids, sleeping pills addiction</i>	1/16 (6,2%)	2/19 (10,5%)
<i>Нарушение пищевого поведения</i> <i>Eating disorders</i>	2/42 (4,8%)	1/122 (0,8%)

Примечание/NB: * p<0,05

В группе пациентов с наличием суицидальных попыток в анамнезе чаще в качестве коморбидной патологии выявлялись расстройство личности и алкогольная зависимость (p<0,05).

Учитывая вышеизложенное, коморбидность БАР с расстройством личности и алкогольной зависимостью можно отнести к факторам риска суицидального поведения пациентов.

Заключение.

Среди пациентов с БАР каждый четвертый (25,6%) имел в анамнезе опыт совершения суи-

It is likely that the frequency of occurrence of disorders associated with the use of psychoactive substances (PAS) in BAD in routine clinical practice is higher compared to the data obtained in our study, since the presence of severe actual symptoms of the addiction syndrome was a contraindication for hospitalization in the department of affective states of the Research Institute mental health of the Tomsk NIMC. In the group of patients with a history of suicidal attempts, personality disorder and alcohol addiction were more often detected as a comorbid pathology (p < 0.05). Given the above, the comorbidity of bipolar disorder with personality disorder and alcohol addiction can

цидальной попытки. По сравнению с больными, отрицающими покушения на самоубийства, эти пациенты чаще: имеют возраст к началу БАР до 20 лет, страдают от обострения аффективной симптоматики, переносят смешанные эпизоды, имеют БАР I типа и коморбидные расстройство личности и алкогольную зависимость. Эти пациенты чаще: не состоят в браке, имеют незаконченное высшее образование, не работают вследствие аффективного расстройства, либо инвалидности по психическому заболеванию.

Полученные результаты исследования в целом позволяют дать более точную характеристику суицидоопасного контингента среди лиц, страдающих БАР. Они более могут быть использованы при оценке суицидального риска, а также при разработке диагностических и лечебно-реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Литература / References:

- Plans L., Barrot C., Nieto E., Rios J., Schulze T.G., Papiol S. et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2019; 242: 111–122. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.054
- Dome P., Rihmer Z., Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina* (Kaunas). 2019; 55 (8): 403. DOI: 10.3390/medicina55080403
- Schaffer A., Isometsä E.T., Tondo L., Moreno D.H., Sinyor M., Kessing L.V., et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015; 49 (9): 785–802. DOI: 10.1177/0004867415594427
- Шелехов И.Л., Корнетов А.Н., Гребенникова Е.В. Суицидология: история и современные представления. Учебное пособие. Томск, 2016: 300. [Shelekhov I.L., Kor-netov A.N., Grebennikova E.V. Suicidology: history and modern ideas. Study guide. Tomsk, 2016: 300.] (In Russ)
- Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders -- Who, when, and why? *Can J Psychiatry.* 2014; 59: 120–130. DOI: 10.1177/070674371405900303
- Simhandl C., König B., Amann B.L., Radua J. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016; 50 (4): 345–351.
- Bauer M., Glenn T., Alda M., Andreassen O.A., Angelopoulos E., Ardaur R. et al. Association between solar insolation and a history of suicide attempts in bipolar I disorder. *J Psychiatr Res.* 2019; 113: 1–9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.03.001
- Mazaheri M., Gharraee B., Shabani A., Lotfi M. Studying the predictive factors of suicide attempts in patients with type I bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2019; 275: 373–378. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.04.012
- Tondo L., Pompili M., Forte A., Baldessarini R.J. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand.* 2016; 133 (3): 174–186. DOI: 10.1111/acps.12517
- Hawton K., Sutton L., Haw C., et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66 (6): 693–704.
- Miller J.N., Black D.W. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2020; 18; 22 (2): 6. DOI: 10.1007/s11920-020-1130-0
- Angst F., Stassen H.H., Clayton P.J., Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord.* 68 (2–3): 167–181. DOI: 10.1016/S0165-0327(01)00377-9
- Smith K.A., Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord.* 2017; 19: 575–586. DOI: 10.1111/bdi.12543
- Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013; 346: f3646. DOI: 10.1136/bmj.f3646
- Fedgchin M., Trivedi M., Daly E.J., Melkote R., Lane R., Lim P., et al. Efficacy and safety of fixed-dose esketamine nasal spray combined with a new oral antidepressant in treatment-resistant depression: results of a randomized, double-blind, active-controlled study (TRANSFORM-1). *Int J Neuropsychopharmacol.* 2019; 22 (10): 616–630. DOI: 10.1093/ijnp/pyz039
- Canuso C.M., Ionescu D.F., Li X., Qiu X., Lane R., Turkoz I., et al. Esketamine nasal spray for the rapid reduction of depressive symptoms in major depressive disorder with acute suicidal ideation or behavior. *J Clin Psychopharmacol.* 2021; 41 (5): 516–524. DOI: 10.1097/JCP.0000000000001465
- Caribe A.C., Studart P., Bezerra-Filho S., Brietzke E., Nunes Noto M., Vianna-Sulzbach M. et al. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? *J Affect Disord.* 2015; 186: 156–161. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.024

RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

S.N. Vasilyeva¹, G.G. Simutkin¹,
E.D. Schastnyy¹, N.A. Bokhan^{1,2}

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia; vasilievasn@yandex.ru
²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

Abstract:

Aim: Identification of risk factors for suicidal behavior in patients with bipolar affective disorder (BAD). *Materials.* In a specialized psychiatric department, 164 patients with a verified diagnosis of bipolar disorder were examined. The examined group mostly consisted of women (70.1%) with mean age of 44 [28; 54], while the mean age for men was 35 [30; 51]. A comparative analysis of socio-demographic indicators and clinical-dynamic characteristics of BAD was carried out in two groups of patients with the presence (n=42) and absence (n=122) of suicidal attempts during an affective disorder episode. Statistical data processing was carried out using the SPSS program Statistics v26. *Results.* A significant proportion of patients with bipolar disorder who made a suicidal attempt (25.6%) was revealed. Patients with a history of suicide attempt, compared with patients without it, were more likely to suffer from BAD type 1, had comorbid personality disorder and alcohol addiction, an earlier age of onset of affective disorder, more frequent exacerbation of affective symptoms, and mixed episodes during BAD. Also, these patients were less adapted: they were more often unmarried, had incomplete higher education, were unemployed or had a disability due to mental illness. *Conclusions.* A more severe course of bipolar disorder, the presence of comorbid mental pathology and a decrease in the level of social functioning increase the risk of suicidal behavior in patients.

Keywords: suicide, suicidal behavior, risk factors, bipolar affective disorder, BAD

Вклад авторов:

С.Н. Васильева: разработка дизайна исследования, сбор данных, анализ данных, написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
Г.Г. Симуткин: сбор данных, анализ данных, написание статьи;
Е.Д. Счастныи: сбор данных, анализ данных, написание статьи;
Н.А. Бохан: редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

S.N. Vasilyeva: developing the research design, data collection, data analysis, article writing, article writing; article editing;
G.G. Simutkin: data collection, data analysis, article writing;
E.D. Schastnyy: data collection, data analysis, article writing;
N.A. Bokhan: article editing.

Финансирование: Работа выполнена в рамках ГЗ 075-01184-22-00, ПНИ «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов ее эффективности», номер государственной регистрации АААА-А20-120041690009-6.

Financing: The work was carried out within the framework of GZ 075-01184-22-00, PSI "Development of personalized therapy for affective and neurotic disorders taking into account clinical and dynamic characteristics and predictors of its effectiveness", state registration number ААААА-А20-120041690009-6.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 21.01.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 28.02.2022.

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастныи Е.Д., Бохан Н.А. Факторы риска суицидального поведения при биполярном аффективном расстройстве. *Суицидология.* 2022; 13 (1): 118-127. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-118-127

For citation: Vasilyeva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Bokhan N.A. Risk factors for suicidal behavior in bipolar affective disorder. *Suicidology.* 2022; 13 (1): 118-127. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-118-127 (In Russ / Engl)

МЫШЬЯК СРЕДИ СРЕДСТВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

*П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, И.А. Микушин, Е.Г. Скрябин, М.А. Аксельров,
Б.Ю. Приленский, О.А. Кичерова, В.А. Жмуров, А.Г. Бухна*

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

ARSENIC AMONG MEANS OF SUICIDE

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov, I.A. Mikushin,
E.G. Skryabin, M.A. Akselrov,
B.Yu. Prilensky, O.A. Kicherova,
V.A. Zhmurov, A.G. Buhna*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Russia
Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Микушин Иван Алексеевич (ORCID ID: 0000-0001-8382-0394). Место учёбы: студент 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: mikushin96@mail.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: Россия, 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Аксельров Михаил Александрович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Место работы и должность: заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; заведующий детским хирургическим отделением №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. Электронный адрес: akselrov@mail.ru

Приленский Борис Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 4215-8030, AuthorID: 551550; ORCID iD: 0000-0002-5449-5008). Место работы и должность: заведующий кафедрой медицинской психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: prilensk@mail.ru

Кичерова Оксана Альбертовна – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3162-0770; Scopus AuthorID: 56806916100; ORCID iD: 0000-0002-7598-7757). Место работы и должность: заведующая кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (3452) 28-74-47, электронный адрес: pan1912@mail.ru

Жмуров Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 9322-1117; AuthorID: 694196; ORCID iD: 0000-0002-7228-6197). Место работы и должность: профессор кафедры пропедевтической и факультетской терапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24. Электронный адрес: zhmurovva@yandex.ru

Бухна Андрей Георгиевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии и педагогики с курсом психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (912) 398-14-27, электронный адрес: Buhna_Andrey@mail.ru

Information about the authors:

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 625027, Tyumen, 67 Minskaya str., bild. 1, office 102. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Lyubov Evgeny Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: Chief Researcher, Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076, Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Mikushin Ivan Alekseevich (ORCID ID: 0000-0001-8382-0394). Place of study: student of the Pediatric Faculty of the Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: mikushin96@mail.ru

Skryabin Evgeny Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Place of work: Professor of the Department of Traumatology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Specialist of traumatological Department of children's hospital of Regional clinical hospital №2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Phone: +7 (3452) 28-70-18, email: skryabineg@mail.ru

Akselrov Mikhail Alexandrovich – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Place of work: Head of the Department of pediatric surgery, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Head of the children's surgical Department №1 of Regional clinical hospital №2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Email: akselrov@mail.ru

Prilensky Boris Yurievich – MD, PhD, Professor (SPIN code: 4215-8030, AuthorID: 551550; ORCID iD: 0000-0002-5449-5008). Place of work and position: Head of the Department of Medical Psychology and Pedagogy of the Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: prilensk@mail.ru

Kicherova Oksana Albertovna – MD, PhD (SPIN-code: 3162-0770; Scopus AuthorID: 56806916100; ORCID iD: 0000-0002-7598-7757). Place of work and position: Head of the Department of Neurology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (3452) 28-74-47, email: pan1912@mail.ru

Zhmurov Vladimir Aleksandrovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 9322-1117; AuthorID: 694196; ORCID iD: 0000-0002-7228-6197). Place of work and position: Professor of the Department of Propaedeutic and Faculty Therapy, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 24 Odesskaya str. Email: zhmurowva@yandex.ru

Buhna Andrey Georgievich – MD, PhD (SPIN-code: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Place of work: assistant of the Department of psychology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (912) 398-14-27, email: Buhna_Andrey@mail.ru

Мышьяк относится к одному из наиболее тяжёлых токсикантов, известных человечеству на протяжении многих веков. Несмотря на широкий выбор и доступность в современном мире других химических агентов, он, по-прежнему, используется как средство суицида, хотя эти случаи в России и зарубежных странах крайне редки. Казуистичность случаев ограничивает возможность более полного изучения и описания ведущих характеристик суицидоопасного контингента, выделения групп риска, ключевых мотивов и антисуицидальных факторов. Меры профилактики проработаны мало и требуют совершенствования. Обобщая данные преимущественно единичных наблюдений, представленных в литературе, авторы отмечают, что среди лиц, использующих при суицидальных действиях мышьяк, преобладают мужчины (не характерно для умышленных самоотравлений). Как правило, это лица молодого и среднего возраста с невысоким образованием, страдающие депрессией. Преобладают истинные мотивы умереть. Обычно используется триоксид мышьяка или его соли, принимаемые внутрь, реже – внутривенно. Первые симптомы отравления неспецифичны, что при отсутствии возможности сбора анамнеза вызывает сложности при постановке диагноза. Антидотная терапия, начатая в первые часы, чаще позволяет спасти жизнь пострадавшему. В заключении авторы указывают на необходимость проведения дальнейших более глубоких исследований.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, мышьяк, триоксид мышьяка, гербециды, умышленное отравление, отравление

Умышленные самоотравления являются наиболее распространённым способом самоубийства в мировом масштабе, ряде стран Азии, Востока и Африки [1, 2]. В государствах Европейского союза и США они занимают второе-третье место после механиче-

Deliberate self-poisoning is the most common way to commit suicide globally, including a number of countries in Asia, East and Africa [1, 2]. In the states of the European Union and the United States, this means of suicide takes the second or third

ской асфиксии при повешении и применения огнестрельного оружия [1, 3, 4].

В России доля самоотравлений среди избравших добровольную смерть невелика и по отдельным территориям составляет от 1,5 до 9,4% [5, 6, 7]. Среди наиболее часто используемых по суицидальным мотивам веществ преобладают лекарственные и психотропные препараты [6, 8]. Оставшийся список может включать самые различные химические агенты, доля которых с течением времени претерпевает изменения вследствие появления новых веществ, необычных способов применения или формирования в субкультурах новых «трендов». Несмотря на такую динамику многие исторически используемые токсиканты не уходят полностью и навсегда из практики применения, а занимают категорию «редкие средства суицида». Как следствие – утрата или значительная регрессия в медицинском сообществе навыков распознавания даже достаточно типичных и ярких симптомов специфического отравления, соответственно, увеличение сроков начала и снижение качества помощи (антидотной терапии – при её наличии), а также непроведение дифференцированных мер профилактики [9].

Подобные вопросы, конечно, возникают не при всех «утративших актуальность» средствах. Например, нечасто встречаемые в современной практике отравления уксусной кислотой, обычно не вызывают трудностей на этапе первичной диагностики и у молодого доктора, благодаря характерному запаху от пострадавшего и типичной картине ожогов [10, 11]. Чаще сложности возникают в случае приёма токсикантов, проявляющих на ранних этапах относительно неспецифичные симптомы (как правило проявления диспепсии, эндогенной интоксикации). К этой категории веществ обычно и относятся классические средства, доказавшие свою «верность» (эффективность) при отравлении с целью убийства и/или самоубийства. Главные среди них: мышьяк, ртуть (киноварь), сурьма, свинец и др.

Целью настоящей работы является обзор данных литературы с привлечением собственного клинического опыта о месте мышьяка среди средств суицидальных действий.

Общие сведения

Мышьяк (*Arsenicum, As*) – химический элемент V группы периодической системы Д.И. Менделеева. Атомный номер – 33, атомный вес – 74,9216. Валентность в соединениях +3, +5, –3, реже +2. Мышьяк (M) относят к микроэлементам. В природе в чи-

place after mechanical asphyxia during hanging and the use of firearms [1, 3, 4].

In Russia, the proportion of self-poisoning among those who chose voluntary death is small and ranges from 1.5 to 9.4% in some territories [5, 6, 7]. Medicinal and psychotropic drugs predominate among the most commonly used substances for suicidal motives [6, 8]. The remaining list may include a wide variety of chemical agents, the proportion of which changes over time due to the emergence of new substances, unusual uses or the formation of new “trends” in subcultures. Despite such dynamics, many historically used toxicants do not completely and forever disappear from the practice of use, but can be found in the category of “rare suicide drugs”. As a result, there is a loss or significant regression in the medical community of the skills to recognize even fairly typical and striking symptoms of a specific poisoning, respectively, an increase in the timing of the onset and a decrease in the quality of care (antidote therapy, if available), as well as the failure to carry out differentiated preventive measures [9].

Such questions, of course, do not arise with all means that “lost their relevance”. For example, poisoning with acetic acid, which is rare in modern practice, usually does not cause difficulties at the stage of primary diagnosis even for an inexperienced doctor, due to the characteristic smell from the victim and the typical picture of burns [10, 11]. More often, difficulties arise in the case of taking toxicants that exhibit relatively non-specific symptoms in the early stages (usually manifestations of dyspepsia, endogenous intoxication). This category of substances usually includes classical remedies that have proven their effectiveness in poisoning with the intent of murder and / or suicide. Most common of them are arsenic, mercury (cinnabar), antimony, lead, etc.

The aim of this work is to review the literature data as well as our own clinical experience on the place of arsenic among the means of suicidal means.

General information

Arsenic (*Arsenicum, As*) is a chemical element of Group V of D.I. Mendeleev chemical elements periodic table. Its atomic number is 33, its atomic weight is 74.9216. Valency in compounds varies from +3, +5, -

стом виде встречается редко; существует чаще в трёх формах: неорганическая соль, органическая соль и газообразная форма; распространён преимущественно в виде соединений с серой – сульфидов и сульфарсенидов, реже в виде арсенатов (соли кислот 5-валентного М) и арсенидов (соединения М с металлами). Известно свыше 200 минералов, содержащих М, из которых наиболее распространены мышьяковидный и мышьяковистый колчеданы, реильгар (As_4S_4). В рудах М чаще всего встречается в комплексе с благородными и цветными металлами, серой. При сплавлении со щелочами М образует очень ядовитый мышьяковидный водород – бесцветный газ без запаха. Весьма ядовиты арсенаты и арсениды, которые используются в качестве инсектицидов [12, 13].

Среднее содержание М в теле человека – 0,08-0,2 мг/кг, в крови он концентрируется в эритроцитах, где и связывается с гемоглобином. Наибольшее количество обнаружено в почках и печени. В тканях содержится в основном в белковой фракции. Он участвует в окислительно-восстановительных реакциях. Предполагается, что М способствует улучшению усвоения фосфора и азота, а также выполняет в организме другие полезные функции.

Мышьяк постепенно выводится из организма, однако, поскольку период его полувыведения велик (280 дней), при постоянном поступлении происходит его кумуляция (в частности, в волосах и ногтях).

Наиболее распространённый и доступный метод выявления М из субстратов биологического происхождения – это минерализация при помощи серной и азотной кислот. Качественно в минерализате М может быть обнаружен методом, основанным на способности соединений М восстанавливаться водородом до мышьяковистого водорода, который обнаруживается затем качественными реакциями. В промышленности М получают нагреванием минерала – мышьякового колчедана или (реже) восстановлением As_2O_3 с помощью угля [12, 13].

История

Мышьяк, точнее его природные соединения – золотисто-жёлтый аурипигмент As_2S_3 и тёмно-красный реильгар As_2S_2 – были известны ещё древним народам, которые пользовались этими веществами преимущественно для приготовления лекарств и красок, сплавов из меди и бронзы, позже – при производстве стекла и др. Латинское название *arsenicum* – связывают с прямым заимствованием греческого ἀρσενικόν («мощный, сильный»), когда в I веке н.э. греческий врач Диоскорид описал полуоче-

3, less often +2. Arsenic (As) is classified as a trace element. It is rarely found in nature in its pure form; and more often it exists in three forms: inorganic salt, organic salt and gaseous form; As is distributed mainly in the form of compounds with sulfur – sulfides and sulfarsenides, less often it is found in the form of arsenates (acid salts of 5-valent As) and arsenides (As compounds with metals). More than 200 minerals containing As are known, of which arsenic and arsenic pyrites, reilgar (As_4S_4), are the most common. In ores, As is most often found in combination with noble and non-ferrous metals, sulfur. When fused with alkalis, As forms very poisonous arsenic hydrogen, a colorless, odorless gas. Arsenates and arsenites, which are used as insecticides, are very poisonous [12, 13].

The average content of As in the human body is 0.08-0.2 mg/kg; in the blood, it is concentrated in erythrocytes, where it binds to hemoglobin. The largest amount is found in kidneys and liver. In tissues, it is found mainly in the protein fraction. It is involved in redox reactions. It is assumed that As improves the absorption of phosphorus and nitrogen, and also performs other useful functions in the body.

Arsenic is gradually excreted from the body, however, since its half-life is long (280 days), with a constant intake, it accumulates (in particular, in hair and nails).

The most common and accessible method for detecting As from substrates of biological origin is mineralization using sulfuric and nitric acids. Qualitatively, As can be detected in the mineralizate by a method based on the ability of As compounds to be reduced by hydrogen to arsenic hydrogen, which is then detected by qualitative reactions. In industry, As is obtained by heating the mineral, arsenic pyrites, or (more rarely) by reconstituting As_2O_3 with coal [12, 13].

Story

Arsenic, or rather its natural compounds – the golden yellow orpiment As_2S_3 and the dark red realgar As_2S_2 – were known to ancient peoples, who used these substances mainly for the preparation of medicines and paints, copper and bronze alloys, later they were used in the production of glass, etc. The Latin name *arsenicum* is associated with direct borrowing of the

ние трёхокси мышьяка As_2S_3 обжиганием аурипигмента (латинское название минерала переводится «золотая краска»). Получение свободного «металлического» М обычно приписывается немецкому алхимику Альберту фон Больштедту (ок. 1250 г.), хотя несомненно, что до него греческие и арабские алхимики получали М нагреванием его трёхокси с органическими веществами. В 1789 г. французский химик А. Лавуазье признал мышьяк химическим элементом [13].

С лечебной целью М и его соли широко использовались в медицине Древней Греции, Римской империи, врачами Востока и Азии. В начале XX века препараты М ввёл в медицинскую практику в качестве лекарственных средств П. Эрлих. С лечебной целью использовали как неорганические (мышьяковистый ангидрид, натрия арсенат и др.), так и органические соединения (новарсенол, миарсенол, осарсол), ранее широко используемые при лечении сифилиса. До недавнего времени в стоматологической практике местно для некротизации пульпы широко применялся мышьяковистый ангидрид [12]. Однако ввиду высокой токсичности применение препаратов М всё более ограничивается, но не исключается полностью. Например, для лечения острого промиелоцитарного лейкоза и сегодня используется триоксид мышьяка [14].

Много веков мышьяк применялся в качестве красителя. Например, натурального, модного в XVIII веке, изумрудного цвета ткани можно было добиться с помощью М. Женщины наряжались в изумрудный с ног до головы: покупали шляпки, платья, туфли, перчатки – всё крашенное мышьяком. Кроме тканей, им красили всевозможные аксессуары и даже кондитерские изделия. Если при пошиве платьев и шляп использовали подкладку, то выкрашенные мышьяком перчатки контактировали с кожей рук напрямую. Такое производство наносило большой вред здоровью не только производителям ткани, но и портнихам и обладательницам красивейших платьев изумрудного цвета. Тем не менее, в то время никто не предполагал, что причиной появления гнойных нарывов на коже милых дам являются красивые бирюзовые перчатки, а точнее краска на основе мышьяка [15].

С другой стороны, высокотоксичные свойства М были хорошо известны отдельным народам не одно тысячелетие назад. Так ещё в VII-VI веках до новой эры применение скифскими лучниками в бою стрел с наконечниками, отлитыми из мышьяковой бронзы,

Greek $\alpha\rho\sigma\epsilon\nu\kappa\acute{o}\nu$ (“powerful, strong”), when in the 1st century AD the Greek physician Dioscorides described the preparation of arsenic trioxide As_2S_3 by firing orpiment (the Latin name of the mineral is translated as “gold paint”). Obtaining free “metal” As is usually attributed to the German alchemist Albert von Bolstedt (c. 1250), although it is certain that before him Greek and Arab alchemists obtained As by heating its trioxide with organic substances. In 1789 the French chemist A. Lavoisier recognized arsenic as a chemical element [13].

With a therapeutic purpose, As and its salts were widely used in medicine in ancient Greece, the Roman Empire, by doctors of the East and Asia. At the beginning of the twentieth century, As drugs were introduced into medical practice as medicines by P. Ehrlich. For therapeutic purposes, both inorganic (arsenic anhydride, sodium arsenate, etc.) and organic compounds (novarsenol, miarsenol, osarsol), previously widely used in the treatment of syphilis, were used. Until recently, arsenic anhydride was widely used locally in dental practice for pulp necrosis [12]. However, due to the high toxicity, the use of As preparations is increasingly limited, but not completely excluded. For example, arsenic trioxide is still used to treat acute promyelocytic leukemia [14].

Arsenic has been used as a dye for many centuries. For example, natural, fashionable in the 18th century, emerald color of the fabric could be achieved with the help of As. Women dressed up in emerald from head to toe: they bought hats, dresses, shoes, gloves – all dyed with arsenic. In addition to fabrics, they dyed all kinds of accessories and even confectionery. There was a lining used when sewing dresses and hats, but gloves dyed with arsenic were in direct contact with the skin of the hands. Such production caused great harm to the health not only of fabric manufacturers, but also of dressmakers and owners of the most beautiful emerald-colored dresses. However, at that time no one assumed that the cause of the appearance of purulent abscesses on the skin of lovely ladies was beautiful turquoise gloves, or rather arsenic-based paint [15].

On the other hand, the highly toxic properties of As were well known to indi-

приводило к отравлению мышьяком поражённого организма, не редко являясь причиной летального исхода. Благодаря наличию шипов глубоко застрявший в ране наконечник начинал отравлять организм, выводя из строя воина. Медно – оловянистый сплав застревающий в тканях начинал активно окисляться, приводя к химическому отравлению за счёт ядовитой мышьяковой составляющей лигированного сплава [16].

Начиная со средних веков, в Европе, Руси, Китае и др. странах широкая доступность соединений мышьяка так же позволяла использовать их для истребления насекомых-вредителей и грызунов [13]. Именно с этим русское название «мышьяк» традиционно определяют как производное от слов «мышь» и «яд» [17]. Однако такая версия вызывает сомнения у некоторых современных исследователей. Среди доводов: «мышь» никак не указывает на греческое название этого полуметалла – арсеник (ἀρσενικόν); окись мышьяка (As_2O_3), которая и является сильнодействующим ядом, средневековыми алхимиками получалась из «арсенидов» под воздействием огня и выглядела как белый порошок; предполагается, что арабское *كك مش* «*мушаккак*» – «кодовое название» для этого белого ядовитого порошка через персидский или турецкий могло проникнуть в русский язык [18]. Несмотря на подобные этимологические сложности сегодня в России, как и последние два столетия со словом мышьяк в быту обычно ассоциируют мышьячный яд.

Не осталась без внимания возможность использования М и в качестве последнего аргумента при решении «сложных» межличностных вопросов [19]. Так, применение мышьяка при общении с оппонентами приписывают некоторым императорам Древнего Рима (часто приводится имя известной отравительницы Локусты), в средние века – Родриго Борджиа, больше известного под именем папы Александра VI, загадочным смертям ряда членов семьи Медичи, Наполеона и другим историческим личностям.

Доступность, известность и «эффективность» позволяли применять мышьяк практически всеми слоями населения Европы в различных бытовых ситуациях, как средство для аборта [20], а также спорах и сведения счетов с близкими. В России были нередки случаи отравлений крестьянками своих мужей из-за жестокого обращения, супружеской неверности или пьянства [21]. Реже, но не с меньшей успешностью мышьяк применялся и для добровольного ухода

видual people more than one millennium ago. So even in the 7th - 6th centuries BC, the use of arrows with arrowheads cast from arsenic bronze by Scythian archers in battle led to arsenic poisoning of the affected bodies, often causing death. Due to the presence of spikes, the tip deeply stuck in the wound began to poison the body, incapacitating the warrior. The copper-tin alloy, stuck in the tissues, began to actively oxidize, leading to chemical poisoning due to the toxic arsenic component of the ligated alloy [16].

Since the Middle Ages, in Europe, Russia, China and other countries the wide availability of arsenic compounds also made it possible to use them for the extermination of insect pests and rodents [13]. It is with this that the Russian name "arsenic" is traditionally defined as a derivative of the words "mouse" and "poison" [17]. However, this version is questionable by some modern researchers. Among the arguments: "mouse" does not indicate the Greek name for this semi-metal – arsenic (ἀρσενικόν); arsenic oxide (As_2O_3), which is a potent poison, was obtained by medieval alchemists from "arsenides" under the influence of fire and looked like a white powder; it is assumed that the Arabic *كك مش* "mushakkak" - "code name" for this white poisonous powder through Persian or Turkish could penetrate into the Russian language [18]. Despite such etymological difficulties today in Russia, as in the last two centuries, mouse poison is usually associated with the word arsenic in everyday life.

The possibility of using As as the last argument in solving "difficult" interpersonal issues did not go unnoticed [19]. Thus, the use of arsenic when communicating with opponents is attributed to some emperors of Ancient Rome (the name of the famous poisoner Locusta is often given), in the Middle Ages – Rodrigo Borgia, better known as Pope Alexander VI, the mysterious deaths of a number of members of the Medici family, Napoleon and other historical figures.

Availability, fame and "efficiency" made it possible to use arsenic by almost all segments of the European population in various everyday situations, as a means for abortion [20], as well as disputes and settling accounts with relatives. In Russia, there were frequent cases of peasant women

из жизни [22]. Первые научные описания случаев самоубийств с помощью мышьяка появляются в середине XIX века [23].

Токсичность мышьяка и его соединений

Мышьяк – токсичный для человека микроэлемент, относится к группе тиоловых ядов. Порог токсичности составляет примерно 20 мг, а единовременная доза в 50 мг может повлечь летальный исход [12]. Неорганический мышьяк обладает более высоким уровнем токсичности по сравнению с его органическими формами [24]. Токсичность снижается в следующем порядке: арсин > неорганический As^{3+} > органический As^{3+} > неорганический As^{5+} > соединения арсония > элементарный мышьяк. Способность взаимодействия с тиоловыми группами белков при повышении его концентрации в организме ведёт к инактивации до 200 ферментов, особенно тех, которые участвуют в клеточных энергетических путях, синтезе и репарации ДНК [14]. Среди других патогенетических эффектов – нарушение обмена серы, селена и фосфора, цистеина, глутатиона, липоевой кислоты и др. Мышьяк вызывает гибель эритроцитов, увеличивая концентрацию Ca^{2+} в цитозоле, стимулируя образование керамида и уменьшая доступность АТФ [25].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает мышьяк как один из десяти наиболее опасных химических веществ для общественного здравоохранения. Проблема обусловлена широкой представленностью М в промышленном производстве и отдельных природных экотонах. Мышьяк и его соединения применяются при производстве стекла, металлов, химических соединений и др. До настоящего времени As_2O_3 используют, как инсектицид, консервирующее средство при выделке мехов и кож, изготовлении чучел животных [26]. As_2O_5 применяют как гербицид, антисептик для пропитки древесины. Оксиды As входят в состав образующихся на поверхности полупроводниковых соединений (GaAs, InAs и др.) тонких оксидных плёнок, определяющих электрофизические параметры интегральных устройств на основе этих полупроводников [27, 28].

В глобальном масштабе неблагоприятные последствия обусловлены загрязнением мышьяком питьевой воды более чем 50 странах мира [29]. Отравлением подвергаются миллионы людей в Азии (Бангладеш, Индия, Китай, Вьетнам, Камбоджа, Лаос, Таиланд) [30, 31, 32], Америке (Никарагуа, Мексика и др.) [33, 34], и др. Как правило это мышьяк из вул-

poisoning their husbands due to cruel treatment, adultery or drunkenness [21]. Less often, but no less successfully, arsenic was also used for voluntary death [22]. The first scientific descriptions of suicides with arsenic appear in the middle of the 19th century [23].

Toxicity of arsenic and its compounds

Arsenic is a trace element toxic to humans, belongs to the group of thiol poisons. The toxicity threshold is approximately 20 mg, and a single dose of 50 mg can be fatal [12]. Inorganic arsenic has a higher level of toxicity compared to its organic forms [24]. Toxicity decreases in the following order: arsine > inorganic As^{3+} > organic As^{3+} > inorganic As^{5+} > arsonium compounds > elemental arsenic. The ability to interact with thiol groups of proteins with an increase in its concentration in the body leads to inactivation of up to 200 enzymes, especially those involved in cellular energy pathways, DNA synthesis and repair [14]. Among other pathogenetic effects, there is a disturbance in the metabolism of sulfur, selenium and phosphorus, cysteine, glutathione, lipoic acid, etc. Arsenic causes the death of erythrocytes by increasing the Ca^{2+} concentration in the cytosol, stimulating the formation of ceramide, and reducing the availability of ATP [25].

The World Health Organization (WHO) lists arsenic as one of the ten most hazardous chemicals to public health. The problem is due to the wide representation of As in industrial production and individual natural ecotones. Arsenic and its compounds are used in the production of glass, metals, chemical compounds, etc. Until now, As_2O_3 is used as an insecticide, a preservative in dressing furs and skins, and making stuffed animals [26]. As_2O_5 is used as a herbicide, antiseptic for wood impregnation. As oxides are included in the composition of thin oxide films formed on the surface of semiconductor compounds (GaAs, InAs, etc.), which determine the electrical parameters of integrated devices based on these semiconductors [27, 28].

On a global scale, adverse effects are caused by arsenic contamination of drinking water in more than 50 countries of the world [29]. Millions of people in Asia (Bangladesh, India, China, Vietnam, Cambodia, Laos, Thailand) [30, 31, 32], America (Nic-

канических пород, геотермальных жидкостей, грунтовых вод [24, 35, 36].

На территории Российской Федерации повышение концентрации М в почвах и воде регистрируется в Северной Осетии [37], отдельных территориях Дагестана [38], Западной Сибири [39] и др.

Помимо воды среди других источников токсиканта могут выступать морепродукты, отдельные сорта вин, а длительное и систематическое их потребление – фактор риска отравления мышьяком [28, 40, 41].

Хроническое отравление (мышьякоз) вызывается действием меньших концентраций, развивается исподволь и постепенно. Длительное воздействие мышьяка может вызвать серьёзные неврологические и психические нарушения, прогрессирующие симптомы цитотоксичности, хромосомные aberrации, повреждение клеточной ДНК, генотоксичность, развитие онкологических заболеваний. С другой стороны, длительное воздействие мышьяка может вызвать нейроповеденческие эффекты на ювенильной стадии, которые могут иметь пагубные последствия на более поздних этапах жизни [12, 24].

Среди причин острого отравления – техногенные, производственные, случайные и преднамеренные, включая совершённые по суицидальным мотивам. Последние и являются предметом обсуждения настоящей работы.

Клинические проявления острого отравления

Различают три формы острого отравления мышьяком [12].

При поступлении яда в желудок (напр., при отравлении инсектицидами и т.п.) наиболее вероятна *желудочно-кишечная форма*. При этом в течение первых 0,5-2 часов пострадавшие отмечают металлический вкус, ощущение царапания и жжения во рту. Начинается сильнейшая боль в животе, неукротимая рвота. Рвотные массы чаще всего желто-зеленого цвета, иногда содержат белое «ядро» из нерастворившегося мышьяка. Спустя несколько часов рвота оканчивается, но боли в животе не прекращаются. Уже в первый день клиническая картина этой формы острого отравления напоминает холеру. Наблюдается мучительный понос (испражнения напоминают рисовый отвар), наступает резкое обезвоживание организма, мочеотделение уменьшается, иногда до полной анурии. Голос пострадавшего становится хриплым, нарастают судороги (особенно в икрах), цианоз, коллапс. Смерть может наступить через несколько дней или даже часов.

aragua, Mexico, etc.) [33, 34], and other countries are exposed to poisoning from arsenic usually from volcanic rocks, geothermal fluids, groundwater [24, 35, 36].

On the territory of the Russian Federation, an increase in the concentration of As in soils and water is recorded in North Ossetia [37], certain territories of Dagestan [38], Western Siberia [39], etc.

In addition to water, other sources of the toxicant can be seafood, certain varieties of wine, and their long-term and systematic consumption is a risk factor for arsenic poisoning [28, 40, 41].

Chronic poisoning (arsenicosis) is caused by the action of lower concentrations, develops gradually and gradually. Long-term exposure to arsenic can cause severe neurological and psychiatric disorders, progressive symptoms of cytotoxicity, chromosomal aberrations, cellular DNA damage, genotoxicity, and the development of cancer. On the other hand, long-term exposure to arsenic can cause neurobehavioral effects in the juvenile stage, which may have detrimental consequences later in life [12, 24].

Among the causes of acute poisoning are man-made, industrial, accidental and deliberate, including those committed for suicidal reasons. The latter are the subject of discussion in this work.

Clinical manifestations of acute poisoning

There are three forms of acute arsenic poisoning [12].

When poison enters the stomach (for example, in case of poisoning with insecticides, etc.), the *gastrointestinal form* is most likely. At the same time, during the first 0.5-2 hours, the victims note a metallic taste, a sensation of scratching and burning in the mouth. Severe pain in the abdomen, indomitable vomiting begins. Vomit is most often yellow-green in color, sometimes containing a white "core" of undissolved arsenic. After a few hours, the vomiting ends, but the pain in the abdomen does not stop. Already on the first day, the clinical picture of this form of acute poisoning resembles cholera. Excruciating diarrhea is observed (feces resemble rice water), there is a sharp dehydration of the body, urination decreases, sometimes to complete anuria. The victim's voice becomes hoarse, there are con-

Вторая форма острого отравления соединениями мышьяка – *паралитическая* – наблюдается при поступлении в организм различными путями больших количеств яда (от 0,06 г и больше). Характерны общая слабость, болезненные судороги, потеря сознания, коматозное состояние, паралич дыхательного и сосудодвигательного центров. Смерть может наступить через несколько часов, самое позднее – через сутки, без появления расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта.

Третья форма острого отравления наблюдается *при вдыхании* пыли соединений мышьяка (например, при протравливании семян, добыче руды, содержащей М, и т.п.) или мышьяковистого водорода. При воздействии пыли М сначала поражаются конъюнктивы и слизистые оболочки дыхательных путей, иногда появляется кровохарканье. Если не принять надлежащих мер, все симптомы усиливаются, возникает сильная головная боль, иногда носовое кровотечение. Отмечают, что ранним симптомом этой формы острого отравления соединениями М является тупая боль в руках и ногах. При утяжелении состояния появляются сладкий вкус во рту, тошнота, рвота, боли в животе, ощущение жара и зуда в области половых органов. Выражено поражение нервной системы – дрожание, судороги. Прогноз при этой форме острого отравления относительно благоприятный, однако последствия одноразового отравления могут сказываться в течение месяца.

Острые отравления мышьяковистым водородом по клинической картине не отличается от отравлений, вызванных вдыханием других соединений М, что объясняется его гемолитическим действием. Первые симптомы отравления AsH_3 – общее недомогание, рвота, желтуха, красный цвет мочи (за счёт гемолиза крови), количество мочи уменьшено. В тяжёлых случаях в крови резко снижено содержание эритроцитов и гемоглобина. Смертность при острых отравлениях AsH_3 достигает 30% [12].

Описанные выше три формы не обязательно протекают согласно классическому сценарию, и у некоторых пострадавших могут сочетать в себе отдельные признаки каждой из них. Например, начинающаяся как классическая желудочно-кишечная форма с рвотой и болью в животе, может в динамике сменить ведущие проявления на неврологические или другие симптомы. Это может быть обусловлено рядом причин: разнообразием первоисточников, форм и солей мышьяка, в том числе с разной степенью их токсичности, дозой, характером параллельно

vulsions (especially in the calves), cyanosis, and collapse increase. Death can occur in a few days or even hours.

The second form of acute poisoning with arsenic compounds – *paralytic* – is observed when large amounts of poison enter the body in various ways (from 0.06g or more). Characterized by general weakness, painful convulsions, loss of consciousness, coma, paralysis of the respiratory and vasomotor centers. Death can occur in a few hours, at the latest – in a day, without the appearance of disorders from the gastrointestinal tract.

The third form of acute poisoning is observed *when inhaling* the dust of arsenic compounds (for example, when dressing seeds, mining ore containing As, etc.) or arsenic hydrogen. When exposed to As dust, the conjunctiva and mucous membranes of the respiratory tract are first affected, sometimes hemoptysis appears. If proper measures are not taken, all symptoms increase, there is a severe headache, sometimes nosebleeds. An early symptom of this form of acute poisoning with M compounds is noted to be a dull ache in the arms and legs. When the condition worsens, there appear a sweet taste in the mouth, nausea, vomiting, abdominal pain, a feeling of heat and itching in the genital area. Damages to the nervous system are expressed via trembling, convulsions. The prognosis for this form of acute poisoning is relatively favorable, but the consequences of a single poisoning can be felt within a month.

Acute poisoning with arsenic hydrogen in the clinical picture does not differ from poisoning caused by inhalation of other As compounds, which is explained by its hemolytic effect. The first symptoms of AsH_3 poisoning are general malaise, vomiting, jaundice, red color of urine (due to hemolysis of blood), the amount of urine is reduced. In severe cases, the content of red blood cells and hemoglobin is sharply reduced in the blood. Mortality in acute AsH_3 poisoning reaches 30% [12].

The three forms described above do not necessarily proceed according to the classical scenario, and some victims may combine individual features of each of them. For example, starting as a classic gastrointestinal form with vomiting and abdominal pain, it can change its leading

принятых веществ (яды, алкоголь, лекарственные препараты, средства гигиены, бытовая химия и др.), индивидуальными особенностями организма и др. [42]. Отклонение от «классических» вариантов способствует снижению вероятности и своевременности постановки правильного диагноза, ухудшению возможности терапии.

Дети обладают лучшей способностью к метилированию (второе отношение метилирования) мышьяка к DMA и, испытывают относительно менее тяжелое прогрессирование симптоматики во время острого отравления мышьяком [43].

Помощь при остром отравлении мышьяком:

– при приёме соединений мышьяка внутрь – промывание желудка, при необходимости – кишечника. Возможно, непрерывное промывания желудка и очистки кишечника высококонцентрированным NaHCO_3 (сода), полиэтиленгликолем [44, 45];

– энтеросорбенты [12];

– специфическое противоядие – хелатная терапия – DMPS, унитиол приём водных растворов тиосульфата натрия $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$) [12, 46, 47, 48]; пеницилламин, этилендиаминтетрауксусная кислота и другие современные средства против токсичности As [28]. Лечение хелаторами рекомендуется начинать как можно быстрее (от нескольких минут до нескольких часов), поскольку эффективность снижается или исчезает по мере увеличения временного интервала между воздействием мышьяка и началом хелатирования [49];

– инфузия электролитов и жидкости (по потребности) [50];

– кардиореспираторная поддержка (по потребности) [50];

– в редких случаях, спасая жизнь суициденту, прибегают к резекции желудка, чтобы избежать перфорации и снижения риска более тяжелого отравления мышьяком [51].

Неоднозначные взаимосвязи

Об использовании мышьяка в качестве средства самоубийства известно давно. Однако накопление научных знаний о широкой распространённости в отдельных территориях техногенного или природно-обусловленного мышьякоза ставит перед исследователями вопрос о возможной просуицидогенной роли токсиканта. Имеющиеся в настоящее время немногочисленные работы не позволяют дать однозначный ответ.

Так, например, сравнение стандартизированных по возрасту показателей самоубийств в 1639 насе-

manifestations to neurological or other symptoms in dynamics. This may be due to a number of reasons: a variety of primary sources, forms and salts of arsenic, including those with varying degrees of toxicity, dose, the nature of the substances taken in parallel (poisons, alcohol, drugs, hygiene products, household chemicals, etc.), individual characteristics organism, etc. [42]. Deviation from the "classic" options helps to reduce the likelihood and timeliness of making a correct diagnosis, worsening the possibility of therapy.

Children have a better methylation capacity (second methylation ratio) of arsenic to DMA and experience relatively less severe symptom progression during acute arsenic poisoning [43].

Help for acute arsenic poisoning includes:

– when taking arsenic compounds inside – gastric lavage, if necessary – intestines. Perhaps continuous gastric lavage and bowel cleansing with highly concentrated NaHCO_3 (soda), polyethylene glycol [44, 45];

– enterosorbents [12];

– specific antidote – chelation therapy – DMPS, unithiol intake of aqueous solutions of sodium thiosulfate $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$) [12, 46, 47, 48]; penicillamine, ethylenediaminetetraacetic acid and other modern agents against As toxicity [28]. Treatment with chelators is recommended to start as soon as possible (from several minutes to several hours), since the effectiveness decreases or disappears as the time interval between arsenic exposure and the onset of chelation increases [49];

– infusion of electrolytes and fluids (as needed) [50];

– cardiorespiratory support (as needed) [50];

– in rare cases, saving the life of a suicidal person, they resort to gastric resection to avoid perforation and reduce the risk of more severe arsenic poisoning [51].

Ambiguous relationships

The use of arsenic as a means of suicide has long been known. However, the accumulation of scientific knowledge about the wide prevalence of technogenic or natural arsenic in certain areas raises the question of the possible pro-suicidogenic role of the toxicant for researchers. The few works

ленных пунктах Венгрии с низким (≤ 10), средним (11-30), высоким (31-50) и очень высоким (≥ 51 мкг/л) уровнями мышьяка в питьевой воде выявило положительную связь между уровнем суицидов и потреблением загрязнённой воды. Самые высокие уровни мышьяка в воде были обнаружены в округах с традиционно высоким уровнем самоубийств, таких как Бакс-Кишкун, Чонград, Бекес и Хайду-Бихар. В итоге было сделано предположение, что в качестве фактора риска самоубийства может выступать депрессия, вызванная хронической мышьяковой интоксикацией [52, 53].

Оценка связи между местными концентрациями мышьяка в водопроводной воде и смертностью в отдельных регионах Италии в 1980-2011 гг. показала другой результат. Вопреки предположению о положительной взаимозависимости уровни мышьяка были отрицательно связаны с соответствующими показателями самоубийств, как среди мужчин, так и среди женщин во всех трёх десятилетиях исследования, в то время как смертность от естественных причин повышалась с увеличением уровня и токсическими эффектами мышьяка [54].

Противоречивые результаты, а также недостаток работ по данной теме в целом не позволяют сделать однозначные выводы [36]. Тем не менее, отдельные исследователи, оценивая распространённость психических нарушений в природных эндемичных районах сообщают о достаточно высоких показателях. Так, в Индии среди 1169 пациентов с мышьякозом психические заболевания выявлены практически у каждого пятого – 18,99%. В структуре патологии преобладала депрессия (8,47%) и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (4,61%), реже присутствовали расстройства адаптации в форме смешанной тревожно-депрессивной и кратковременной депрессивной реакций (2,22%). Попытки самоубийства были подтверждены у 1,53% человек [55].

Учитывая эти факты, важно продолжать исследования, которые могут дать более чёткий ответ о роли природного мышьяка в суицидальной активности населения, и определить возможные меры профилактики, необходимые в реализации для значительных групп населения, проживающих в этих территориях. Этот вопрос вполне правомерен и в отношении хронических мышьякозов, вызванных отравлениями на производстве. Психические нарушения, следуя по частоте после неврологических симптомов, у этих пациентов так же составляют значитель-

currently available do not allow a definite answer to be given.

For example, comparing age - standardized suicide rates in 1639 Hungarian localities with low (≤ 10), moderate (11-30), high (31-50), and very high (≥ 51 $\mu\text{g/L}$) levels of arsenic in drinking water found a positive relationship between suicide rates and contaminated water consumption. The highest levels of arsenic in water have been found in counties with traditionally high suicide rates such as Bax-Kiskun, Chongrad, Bekes and Hajdu-Bihar. As a result, it was suggested that depression caused by chronic arsenic intoxication may act as a risk factor for suicide [52, 53].

Estimation of the relationship between local concentrations of arsenic in tap water and mortality in selected regions of Italy in 1980-2011 showed a different result. Contrary to the suggestion of a positive relationship, arsenic levels were negatively associated with corresponding rates of suicide in both men and women in all three decades of the study, while mortality from natural causes increased with raising levels and toxic effects of arsenic [54].

Contradictory results, as well as the lack of works on this topic as a whole, do not allow us to draw unambiguous conclusions [36]. Nevertheless, some researchers, assessing the prevalence of mental disorders in natural endemic areas, report quite high rates. So, in India, among 1169 patients with arsenicosis, mental illness was detected in almost every fifth constituting 18.99%. The structure of pathology was dominated by depression (8.47%) and mixed anxiety-depressive disorder (4.61%), less often there were adjustment disorders in the form of mixed anxiety-depressive and short-term depressive reactions (2.22%). Suicide attempts were confirmed in 1.53% of people [55].

Given these facts, it is important to continue research that can give a clearer answer about the role of natural arsenic in the suicidal activity of the population, and determine the possible prevention measures that are necessary for implementation for significant populations living in these areas. This question is quite legitimate in relation to chronic arsenic infections caused by poisoning at work. Mental disorders, following in frequency after neurological symptoms,

ный процент, и помимо характерной депрессии могут иметь самые различные клинические проявления, в том числе психозы, галлюцинации, девиантные формы поведения и др. [12, 56]. Данная тема вполне актуальна и для Российской Федерации, в связи с выявлением новых экологических зон с повышенным содержанием этого микроэлемента, и развитием промышленного производства.

Эпидемиология суицидальных отравлений

Острые отравления мышьяком в современном мире носят преимущественно спорадический характер [57]. Единновременное увеличение числа пострадавших может быть при катастрофах на производстве, террористических актах или следствием злого умысла отдельных лиц. Среди последних, показателен случай вспышки «явной болезни пищевого происхождения» после церковного собрания в штате Мэн (США). Желудочно-кишечные симптомы у посетителей церкви первоначально объяснялись употреблением оставшихся сэндвичей, которые были поданы накануне. Однако быстрая эпидемиологическая и лабораторная оценка показала, что этиология болезни, включая смерть пожилого прихожанина, не была пищевого происхождения. Уголовное расследование установило, что причиной вспышки стало преднамеренное отравление кофе мышьяком одним из членов церкви [58].

Причины индивидуальных острых отравлений могут быть непреднамеренными (несчастные случаи) и умышленными – убийства и самоубийства. В разных странах их доли значительно различаются. Так, в Северной Каролине 28 смертей от отравления мышьяком включали 14 убийств (50%) и 7 самоубийств (25%) [59]. В Миссисипи из 44 случаев 27 были непреднамеренными, 7 были попытками самоубийства (15,9%), 6 – попытками убийства (13,6%) и 4 имели неизвестный умысел [60].

Несмотря на определённое внимание к теме, систематизированные данные по частоте суицидальных отравлений мышьяком отсутствуют. Публикуемые сегодня научные работы обычно включают описание единичных клинических наблюдений, что не позволяет сделать более точную эпидемиологическую оценку проблемы в целом. Тем не менее, доступные данные литературы подтверждают, стабильный интерес отдельных суицидентов к данному токсиканту в большинстве регионов мира – США [61, 62], Европейском союзе – Франция [57, 63], Германия [64, 65], Польша [42, 66], и других странах – Турция [19], Япония [51], Тайвань [48] и др.

also make up a significant percentage in these patients, and in addition to characteristic depression, they can have a variety of clinical manifestations, including psychoses, hallucinations, deviant behaviors, etc. [12, 56]. This topic is also quite relevant for the Russian Federation, in connection with the identification of new ecological zones with a high content of this trace element, and the development of industrial production.

Epidemiology of suicidal arsenic poisoning

Acute arsenic poisoning in the modern world is predominantly sporadic [57]. A one-time increase in the number of victims may be due to industrial accidents, terrorist attacks, or the result of malicious intent of individuals. Among the latter, a case of an outbreak of "obvious foodborne illness" after a church meeting in Maine (USA) is indicative. Gastrointestinal symptoms that church goers showed were initially attributed to eating leftover sandwiches that had been served the day before. However, a rapid epidemiological and laboratory evaluation showed that the etiology of the disease, including the death of an elderly parishioner, was not foodborne. A criminal investigation determined that the cause of the outbreak was the deliberate poisoning of coffee with arsenic by a member of the church [58].

The causes of individual acute poisonings can be unintentional (accidents) and intentional – murders and suicides. In different countries, their shares vary significantly. Thus, in North Carolina, 28 deaths from arsenic poisoning included 14 murders (50%) and 7 suicides (25%) [59]. In Mississippi, of 44 cases, 27 were unintentional, 7 were suicide attempts (15.9%), 6 were attempted murders (13.6%), and 4 had an unknown intent [60].

Despite some attention to the topic, there are no systematic data on the frequency of suicidal arsenic poisoning. Scientific papers published today usually include a description of single clinical observations, which does not allow for a more accurate epidemiological assessment of the problem as a whole. Nevertheless, the available literature data confirm the stable interest of individual suicide attempters in this toxicant in most regions of the world – the USA [61,

В России количество самоубийств, совершённых с помощью мышьяка, точно не известно. Ведущая причина – особенности учёта: отнесение в статистической отчётности этих случаев к категории «другие способы / средства». Как и в других странах обычно сообщается об единичных наблюдениях умышленных отравлений этим токсикантом.

Источники мышьяка

Как средство умышленного самоотравления используются многочисленные соединения мышьяка, получаемых из самых различных источников.

Анализ случаев суицидальных действий показывает, что классический триоксид мышьяка (As_2O_3) может быть доступен для лиц, близких к промышленному производству, химическим лабораториям, в том числе используемых в образовательных целях – контингенты риска: работники предприятий, обучающиеся [64, 67, 68]. Среди других специалистов, имеющих прямой доступ к мышьяку – сотрудники стоматологии и студенты соответствующего профиля, так же входящие в группы риска [19].

As_2O_3 так же включен в состав некоторых видов зубных паст, при содержании в пересчёте на сухое вещество до 50%, что делает его максимально доступным для широких групп населения. Описаны случаи приёма суицидентами от 1 до 4-5 г зубной пасты – в итоге 0,45-2,7 г чистого триоксида мышьяка [42, 69].

Во многих странах доступны в продаже и нередко используются по суицидальным мотивам мышьяксодержащие арсенатные гербициды [70], родентициды, поджигатель метана додециламмония [60, 71], большое количество веществ, применяемых как средство от насекомых и муравьев [72], консерванты древесины [73] и другие химические агенты [74].

Среди «достижений» последних лет – заказ потенциальными суицидентами и получение триоксида мышьяка в виде чистого порошка через Интернет [75].

В действительности перечень источников значительно шире, несмотря на вводимые ограничения производств токсических веществ и доступности отдельных ядов. Знание хотя бы основных из них, может быть использовано для повышения эффективности превентивных мер.

Почему мышьяк?

Такой вопрос всегда актуален с позиций понимания ситуации в целом, но относительная редкость использования мышьяка не позволяет сделать однозначные выводы. Анализ, основанный на изучении

[62], the European Union – France [57, 63], Germany [64, 65], Poland [42, 66], and other countries – Turkey [19], Japan [51], Taiwan [48], etc.

In Russia, the number of suicides committed with arsenic is not exactly known. The leading reason is the peculiarities of reporting: the classification of these cases in the statistical reporting goes as “other methods/means”. As in other countries, sporadic cases of intentional poisoning with this toxicant are usually reported.

Sources of arsenic

As a means of deliberate self - poisoning, numerous arsenic compounds are used, obtained from a wide variety of sources.

An analysis of cases of suicidal actions shows that classical arsenic trioxide (As_2O_3) can be available to people close to industrial production, chemical laboratories, including those used for educational purposes – risk groups include employees of enterprises and students [64, 67, 68]. Among other professionals who have direct access to arsenic are dentists and students of the relevant profile, who are also at risk [19].

As_2O_3 is also included in the composition of some types of toothpastes, with a content in terms of dry matter of up to 50%, which makes it extremely accessible for wide groups of the population. Cases of admission by suicide attempters from 1 to 4-5g of toothpaste resulting in 0.45-2.7g of pure arsenic trioxide [42, 69].

In many countries, arsenic-containing herbicides [70], rodenticides, dodecyl ammonium methane igniter [60, 71], a large number of substances used as insect and ant repellents [72], wood preservatives [73] and other chemical agents [74] are commercially available and often used for suicidal reasons.

Among the “achievements” of recent years are the ordering by potential suicide attempters and the receipt of arsenic trioxide in the form of a pure powder via the Internet [75].

In fact, the list of sources is much wider, despite the restrictions on the production of toxic substances and the availability of certain poisons. Knowledge of at least the main ones can be used to improve the effectiveness of preventive measures.

Why arsenic?

Such a question is always relevant

спорадических случаев, также значительно ограничивает возможности разработки эффективных мер профилактики.

Тем не менее, известно, что выбор способа самоубийства, как правило, зависит от целого ряда факторов, среди которых ведущее место занимают: представления о степени его летальности (вероятности достижения результата – умереть или выжить – исходя из цели), при истинном желании умереть – скорость наступления смерти, болезненность процесса, а также доступность.

Опасное токсическое влияние мышьяка на человека и животных известно давно. В массовом сознании это вещество однозначно ассоциируется не только с потенциальной возможностью умереть, но и высоким риском летальности даже при потреблении минимальных доз. Подобные представления могут способствовать предпочтению мышьяка преимущественно лицами с *истинными намерениями* добровольно завершить свой земной путь. И во многих случаях это отражает ключевую характеристику контингента, использующего данный токсикант.

Случаи импульсивного приёма мышьяка могут ассоциироваться с его лёгкой доступностью, например, для сотрудников на химическом производстве, стоматологий, или при контакте с инсектицидами.

Проявления «мучительной» смерти, неизбежных страданий, следующих за приёмом мышьяка, так же известны большинству замышляющих суицид, и для отдельных лиц может быть значимым сдерживающим фактором. Однако, как показывает практика, при истинном желании умереть на данный аспект в период острого суицидального кризиса обычно обращается мало внимания. В качестве подтверждения можно привести наблюдение из собственной клинической практики (*наблюдение П.Б.*): Е., 21 год, в день прибытия в родной город с призыва срочной службы в Вооружённых силах, надеялся встретиться с девушкой, с которой дружил до ухода в армию. В течение всего периода службы вели активную переписку, периодически созванивались. Однако на встречу она не пришла, телефон был вне зоны действия. Юноша пытался её найти, ходил в общежитие, где она проживала, но соседки по комнате сказали, что она съехала, и в день отъезда её сопровождал мужчина. На фоне этих известий у Е. резко ухудшилось настроение, «как будто что-то внутри оторвалось», нарушился сон, «не находил себе места». Девушка позвонила сама лишь спустя три дня и приехала к нему домой. При встрече сообщила, что они расстанутся,

from the standpoint of understanding the situation as a whole, but the relative rarity of the use of arsenic does not allow us to draw unambiguous conclusions. Analysis based on the study of sporadic cases also significantly limits the ability to develop effective prevention measures.

Nevertheless, it is known that the choice of a method of suicide, as a rule, depends on a number of factors, among which the leading place is taken by ideas about the degree of its lethality (the probability of achieving a result – to die or survive – based on the goal), with a true desire to die – the speed of death, the pain of the process, as well as accessibility.

The dangerous toxic effect of arsenic on humans and animals has long been known. In the mass consciousness, this substance is unequivocally associated not only with the potential to die, but also with a high risk of lethality even when consuming minimal doses. Such perceptions may contribute to the preference for arsenic, mainly by persons with *true intentions* to voluntarily end their earthly journey. And in many cases, this reflects a key characteristic of the population using this toxicant.

Instances of impulsive arsenic ingestion may be associated with its easy availability, for example, to employees in chemical production, dentistry, or through contact with insecticides.

The manifestations of "painful" death, the inevitable suffering that follows the use of arsenic are also known to most contemplating suicide and can be a significant deterrent for some. However, as practice shows, with a true desire to die, little attention is usually paid to this aspect during an acute suicidal crisis. As confirmation, we can cite an observation from our own clinical practice (*observation of P.B.*): E., 21 years old, on the day of arrival in his hometown from the call for military service in the Armed Forces, he hoped to meet a girl with whom he was friends before leaving for army. During the entire period of service, they actively corresponded, periodically called up. However, she did not come to the meeting, the phone was out of range. The young man tried to find her, went to the hostel where she lived, but the roommates said that she had moved out, and on the day of departure she was accompanied by a

так как планирует выйти замуж за другого молодого человека, с которым живёт уже два месяца. Не говорила об этом ранее, чтобы не расстраивать. После расставания *E.* пошёл в сарай с желанием повеситься, но не нашёл верёвки. Увидев на полке старые упаковки с крысиным ядом набрав воды из колодца, съел несколько горстей найденного вещества. Заставшая его за этим процессом мать со слезами уговорила остановиться и вызвала скорую помощь. В отделении токсикологии после оказания помощи он рассказал, что сожалеет о содеянном, но в момент покушения точно осознавал свои действия и хотел умереть. Не найдя верёвку и увидев упаковки с ядом «вспомнил как в военной части травили крыс и потом неделю их собирали по всей казарме и территории». «Сразу подумал, что это точно поможет, но нужно съесть побольше...» На вопрос «представляли ли он себе процесс мучительного умирания?» ответил, что в тот момент считал, что смерть наступит сразу после приёма яда и других сомнений не было.

Примеры такого поведения суицидентов не единичны. И это можно проследить на случаях использования других токсикантов, вызывающих боль и тяжёлые симптомы острого отравления – уксусной кислоты, других коррозионных веществ [10]. При их применении многие выжившие также указывают, что до момента покушения не думали о последующих неизбежных страданиях, и, по мнению некоторых из них, знание подобной информации вполне могло иметь предупреждающее действие [76]. Учитывая такую ситуацию вполне обоснованно рекомендовать при освещении случаев суицида в СМИ смещение акцентов с романтизирования покушений на повреждающее действие токсикантов, что в целом будет дополнительным элементом общей профилактической работы [77].

Пол и возраст суицидентов

Пол и возраст относятся к ключевым характеристикам любой социальной группы, в том числе суицидентов. Однако в отношении лиц, использующих мышьяк с целью самоубийства, точных цифр нет, что обусловлено редкостью случаев в целом и недостатками / отсутствием их учёта. Лишь в единичных работах приводятся цифры о малых контингентах, набранных специалистами в ходе отдельных исследований [60, 78].

С учётом такой ситуации мы оценили половозрастные показатели, опираясь на доступные работы, преимущественно включающие единичные наблюдения из практики.

man. Having heard the news, *E.*'s mood deteriorated sharply, "as if something inside had come off", his sleep was disturbed, "he could not find a place for himself." The girl called herself only three days later and came to his house. At the meeting, she said that they were breaking up, as she planned to marry another young man, with whom she had been living for two months. She didn't talk about it before, in order not to upset him. After she left, *E.* went to the barn with a desire to hang himself, but could not find a rope. Seeing old packages of rat poison on the shelf, having drawn water from the well, he ate several handfuls of the substance found. The mother, who caught him doing that, with tears, persuaded him to stop and called an ambulance. In the toxicology department, after rendering assistance, he said that he regretted what he had done, but at the time of the attempt, he was precisely aware of his actions and wanted to die. Not finding the rope and seeing the packages with poison, "I remembered how rats were poisoned in the military unit and then for a week they were collected throughout the barracks and the territory." "I immediately thought that this would definitely help, but I need to eat more..." To the question "did he imagine the process of painful dying?" replied that at that moment he believed that death would occur immediately after taking the poison and there were no other doubts.

Examples of such behavior of suicide attempters are not isolated. And this can be seen in cases of using other toxicants that cause pain and severe symptoms of acute poisoning – acetic acid, other corrosive substances [10]. When using them, many survivors also indicate that until the moment of the suicide attempt they did not think about the subsequent inevitable suffering, and, according to some of them, knowledge of such information could well have a warning effect [76]. Considering this situation, it is quite reasonable to recommend that when covering cases of suicide in the media, a shift in emphasis from the romanticization of attempts to the damaging effect of toxicants, which in general will be an additional element of the overall preventive work [77].

Gender and age of suicide attempters

Gender and age are key characteristics of any social group, including suicidal attempters.

Таблица / Table 1

Половозрастные показатели лиц, совершивших умышленное отравление мышьяком
Sex and age indicators of persons who committed intentional arsenic poisoning

Показатель Indicator	М : Ж M : F	Возраст, средний, лет Mean age, years	
		М / M	Ж / F
<i>Суицидальные попытки / Suicide attempts</i>			
Данные, рассчитанные по описаниям попыток в литературе Data calculated from descriptions of attempts in the literature	5 : 1	40,6 [18; 77]	33,2 [27; 37]
Миссисипи [60] Mississippi	2,25 : 1	28	
Тайвань [78] Taiwan	2,4 : 1	от 23 до 64 лет from 23 to 64 years of age	
<i>Летальные суициды / Lethal suicides</i>			
Данные, рассчитанные по описаниям летальных случаев в литературе Data calculated from descriptions of lethal suicides in the literature	10 : 1	25,8 [21; 57]	30

При анализе данных литературы всего было выявлено 47 описаний случаев умышленного отравления мышьяком. В 35 из них имелись указания на пол и/или возраст суицидентов и исход. После приёма мышьяка или его соединений 24 человека выжили (суицидальная попытка), 11 – погибли (летальный суицид). Рассчитанные возрастные показатели и соотношение – мужчины : женщины – представлены в таблице 1.

Можно отметить, что среди покушений количество мужчин в пять раз превышало число женщин, что не типично как для общей структуры попыток, так и совершаемых способом отравления. Тем не менее, эти цифры созвучны приведённым в двух доступных работах, описывающих 13 пациентов в Миссисипи [60] и 17 в Тайвани [78]. В обоих исследованиях было также показано преобладание мужчин, хоть и с меньшим соотношением.

Возраст суицидентов в собранной нами выборке у мужчин составлял от 18 до 77 лет, средний – 40,6; женщин – от 27 до 37, средний – 33,2 года. В Миссисипи средние показатели были несколько ниже – 28 лет [60], а в группе пострадавших в Тайвани варьировался от 23 до 64 лет [78].

В группе жертв самоубийства количество мужчин по выявленным нами описанным случаям в 10 раз превышало число женщин. Средний возраст мужчин – 25,8, женщин – 30 лет.

Безусловно, малое количество наблюдений не позволяет более точно охарактеризовать исследуемую группу в целом. Однако сравнивая и обобщая

However, there are no exact figures for arsenic users to commit suicide, due to the rarity of cases in general and the shortcomings/lack of reporting them. Only in a few works there can be found figures on small contingents recruited by specialists in the course of individual researchers [60, 78].

Taking into account this situation, we estimated age and sex indicators based on available works, mainly including single observations from practice. When analyzing literature data, a total of 47 case reports of intentional arsenic poisoning were identified. In 35 of them, there were indications of the sex and/or age of the suicide attempters and the outcome. After taking arsenic or its compounds, 24 people survived (suicide attempt), 11 died (lethal suicide). The calculated age indicators and the ratio – male : female – are presented in Table 1.

It can be noted that among the attempts, the number of men was five times higher than the number of women, which is not typical both for the general structure of attempts and those committed by the method of poisoning. However, these figures are consistent with those given in two available papers describing 13 patients in Mississippi [60] and 17 in Taiwan [78]. Both studies also showed a male predominance, albeit at a lower ratio.

The age of suicide attempters in our sample of men ranged from 18 to 77 years, the mean age was 40.6; for women age varied from 27 to 37, with mean age of 33.2 years. In Mississippi, the median was slight-

эти показатели, можно сделать вывод, что в отличие от многих других токсикантов, используемых при самоубийстве, в группе лиц, предпочитающих мышьяк преобладают мужчины преимущественно молодого возраста.

Социальный статус

Минимальный возраст суицидентов, приводимый в литературе, 18-21 год, подтверждает отсутствие среди пострадавших детей, подростков и школьников, что практически исключает их из группы риска, а выявляемые трагедии в юном возрасте, практически всегда могут быть отнесены к несчастным случаям [79]. Так же крайне редко среди этой категории встречаются пенсионеры. Напротив, преобладают лица молодого и трудоспособного возраста. Нет чёткой профессиональной принадлежности, кроме профессий, повышающих доступ к мышьяку: химическое, красильное производство и лаборатории [64, 68], стоматология [19], сельское хозяйство (в разделе удобрений и средств борьбы с грызунами), виноделие [65, 68].

Уровень финансового благополучия большинства пострадавших невысокий или ниже среднего.

Психическое состояние и ПАВ

Психопатологической основой суицидальных действий с помощью мышьяка в большинстве случаев являются депрессивные переживания различной выраженности. Часто присутствует тяжелая и длительная депрессия при сочетанном негативном воздействии факторов семейного и/или финансового неблагополучия, трудоустройства и др. [19, 61, 71]. Отягчающим фактором может выступать злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами [42, 70].

Дозы и куда вводятся

Среди путей поступления мышьяка и его соединений в организм при остром отравлении могут быть: приём внутрь (всасывание происходит преимущественно из тонкого кишечника), вдыхание газов, через кожу (например, втирание мазей), парентерально (подкожно, внутримышечно, внутривенно) [14].

Сегодня, как и в прежние века, основным является приём внутрь. Преобладает выбор триоксида мышьяка в виде порошка [80], реже зубной пасты [42]. У отдельных лиц его дозы могут сильно различаться – от минимальной в 0,6 г [81], до значительно превышающих смертельную – 4,8 г. [82], 8-9 г. [44, 65], 37,5 г триоксида мышьяка [48] и даже 75 г [83], при отсутствии прямой зависимости в пока-

ly lower at 28 years [60], while in the Taiwanese casualty group it ranged from 23 to 64 years [78].

In the group of suicide attempters, the number of men according to the described cases identified by us was 10 times higher than the number of women. The mean age is 25.8 for men and 30 years for women.

Of course, a small number of observations does not allow a more accurate characterization of the study group as a whole. However, comparing and summarizing these indicators, we can conclude that, unlike many other toxicants used in suicide, the group of people who prefer arsenic is dominated by young men.

Social status

The minimum age of suicide attempters given in the literature, 18-21 years, confirms there are no children, adolescents and schoolchildren among the victims, which practically excludes them from the risk group, and identified tragedies at a young age can almost always be classified as accidents [79]. Pensioners are also extremely rare among this category. On the contrary, people of young and employable age predominate. There is no clear professional affiliation, except for professions that increase access to arsenic: chemical, dyeing production and laboratories [64, 68], dentistry [19], agriculture (in the section of fertilizers and rodent control agents), winemaking [65, 68].

The level of financial well-being of most victims is low or below average.

Mental state and PAS

The psychopathological basis of suicidal actions with the help of arsenic in most cases are depressive experiences of varying severity. Severe and prolonged depression is often present with a combined negative impact of factors of family and/or financial distress, employment, etc. [19, 61, 71]. An aggravating factor can be the abuse of alcohol and drugs [42, 70].

Doses and where to inject

Among entry pathways for arsenic and its compounds into the body during acute poisoning can be: ingestion (absorption occurs mainly from the small intestine), inhalation of gases, through the skin (for example, rubbing in ointments), parenterally (subcutaneously, intramuscularly, intravenously) [14].

Today, as in previous centuries, the main way to get poisoned is through ingestion. The

зателях смертности, что, прежде всего, связано с современными возможностями антидотной и детоксикационной терапии [84].

Нередко при приёме внутрь мышьяк дополнительно смешивается с алкоголем и/или пищей [61]. В некоторых случаях с целью повышения вероятности достижения летального исхода суициденты дополнительно принимают один или несколько токсикантов – соли меди, хрома и др. [85].

Описаны случаи использования мышьяка в виде раствора арсенита натрия [46, 62], в том числе путём *внутривенного введения* [63, 86], иногда сочетая с дополнительным токсическим агентом (например, цианистый калий) [87].

Обращается внимание, что симптомы при парентеральном введении раствора арсенита натрия сопоставимы с пероральной интоксикацией, и при тяжёлых отравлениях могут закончиться летально. Постмортальные исследования подтверждают наличие типичных признаков миокардита [63].

Подобные симптомы и осложнения могут проявляться и при потреблении по суицидальным мотивам других солей мышьяка, входящих в состав консервантов для древесины, удобрений, средств для борьбы с грызунами, дозу приёма которых нередко рассчитать достаточно трудно [70, 71, 73].

Используемые при умышленных отравлениях дозы мышьяка и его солей не ассоциированы с полом, чаще определяются ведущими мотивами и возможностями доступа к токсиканту.

Последствия суицидальных отравлений

Нелетальный исход острого отравления мышьяком в настоящее время наиболее частый вариант разрешения ситуации. Однако даже правильная постановка диагноза, раннее начало и комплексность лечения не всегда определяет положительный прогноз на полное восстановление. Так же нет чёткой привязанности принятой дозы с тяжестью негативных последствий в отдалённом постсуицидальном периоде.

У выживших суицидентов могут сохраняться достаточно долго (месяцы, годы) различной распространённости и тяжести невропатии, плохо поддающиеся лечению, часто приносящие значительные страдания пострадавшему [44, 65, 88]. Симптомы могут развиваться в течение нескольких часов после приёма мышьяка, но обычно проявляются спустя 2-8 недель. Как правило, это симметричная сенсомоторная невропатия, часто напоминающая синдром Гийена-Барре. Преобладающими клиниче-

choice of arsenic trioxide in the form of powder prevails [80], while using toothpaste happens less often [42]. Individual doses can vary greatly – from a minimum of 0.6g [81] to significantly exceeding the lethal dose – 4.8g [82], 8–9g [44, 65], 37.5g of trioxide arsenic [48] and even 75g [83], in the absence of a direct relationship in mortality rates, which is primarily associated with modern possibilities of antidote and detoxification therapy [84].

Often, when taken orally, arsenic is additionally mixed with alcohol and/or food [61]. In some cases, in order to increase the probability of reaching a lethal outcome, suicide attempters additionally take one or more toxicants – copper, chromium salts, etc. [85].

Cases of using arsenic in the form of a sodium arsenite solution are described [46, 62], including by *intravenous administration* [63, 86], sometimes combined with an additional toxic agent (for example, potassium cyanide) [87].

Attention is drawn to the fact that the symptoms of parenteral administration of a solution of sodium arsenite are comparable to oral intoxication, and in severe poisoning can be fatal. Post-mortem studies confirm the presence of typical signs of myocarditis [63].

Similar symptoms and complications can also appear when other arsenic salts are consumed for suicidal reasons, which are part of wood preservatives, fertilizers, and rodent control agents, the dose of which is often quite difficult to calculate [70, 71, 73].

The doses of arsenic and its salts used in deliberate poisonings are not associated with sex, they are more often determined by the leading motives and possibilities of access to the toxicant.

Consequences of suicidal poisoning

Non-fatal outcome of acute arsenic poisoning is currently the most common option for resolving the situation. However, even the correct diagnosis, earlier initiation and complexity of treatment does not always determine a positive prognosis for full recovery. There is also no clear relationship between the dose taken and the severity of negative consequences in the late post-suicidal period.

Suicide survivors, neuropathies of varying prevalence and severity can persist for

скими признаками невропатии являются парестезии, онемение и боль, особенно в подошвах ног. Электрофизиологические исследования выявляют снижение скорости нервной проводимости, типичное для тех, которые наблюдаются при аксональной дегенерации [89]. Эти симптомы могут сочетаться с поражением некоторых черепно-мозговых нервов [90] и энцефалопатией, трудно поддающихся регрессии и требующих долгосрочного восстановления [91, 92]. Кроме клинически оформленных признаков токсического воздействия на периферические и черепно-мозговые нервы при нейрофизиологических исследованиях могут быть выявлены субклинические симптомы [90]. Обращается внимание, что длительное хелатирование мышьяка не может полностью предотвратить поражения периферических нервов [87].

В отдельных случаях может развиваться стойкий паралич нижних конечностей, с утратой способности к передвижению и самообслуживанию [71]. При тяжёлых отравлениях, нередко заканчивающихся летальным исходом, постмортально выявляются признаки поражения сердечно-сосудистой системы [93].

Среди не редких осложнений описаны случаи эритродермии и других кожных симптомов [94].

Диагностика суицидального отравления

Сложность своевременной постановки диагноза отравления мышьяком связана, прежде всего, с редкостью подобных случаев в клинической практике. Поступление больного с классической гастроэнтеритоподобной симптоматикой без полноценного сбора анамнеза обычно не позволяет установить истинную причину заболевания. В некоторых случаях, после улучшения состояния пациента на фоне общей детоксикационной терапии диагноз может быть поставлен лишь при повторном обращении по поводу отсроченных осложнений [9].

Поэтому важным условием успешной диагностики является изучение анамнеза, в том числе вопросов о наличии суицидального поведения (мыслей, намерений, действий) к пациенту. Желательно привлечение и его ближайшего окружения, доступного для опроса. Следует помнить, что не все, совершившие покушение на свою жизнь, прямо ответят на этот вопрос даже при наличии объективных признаков самоповреждения и высказывания окружающих, в том числе, непосредственных свидетелей происшедшего. Часть пострадавших может отрицать попытку из-за страха стигматизации, поста-

quite a long time (months, years); they are difficult to treat, often cause significant suffering to the victim [44, 65, 88]. Symptoms may develop within hours of arsenic ingestion, but usually appear 2-8 weeks later. As a rule, this is a symmetrical sensorimotor neuropathy, often resembling Guillain-Barré syndrome. The predominant clinical signs of neuropathy are paresthesias, numbness, and pain, especially in the soles of the feet. Electrophysiological studies reveal a decrease in nerve conduction velocity typical of those seen in axonal degeneration [89]. These symptoms may be associated with damage to some cranial nerves [90] and encephalopathy, which are difficult to regress and require long-term recovery [91, 92]. In addition to clinical signs of toxic effects on peripheral and cranial nerves, neurophysiological studies may reveal subclinical symptoms [90]. Attention is drawn to the fact that long-term arsenic chelation cannot completely prevent damage to peripheral nerves [87].

In some cases, persistent paralysis of the lower extremities may develop, with the loss of the ability to move and self-service [71]. In severe poisoning, often resulting in death, postmortem signs of damage to the cardiovascular system are revealed [93].

Not rare complications include cases of erythroderma and other skin symptoms [94].

Diagnosis of suicidal poisoning

The difficulty of timely diagnosis of arsenic poisoning is associated primarily with the rarity of such cases in clinical practice. The admission of a patient with classic gastroenteritis-like symptoms without a full history taking usually does not allow to establish the true cause of the disease. In some cases, after the patient's condition improves on the background of general detoxification therapy, the diagnosis can be made only upon repeated treatment for delayed complications [9].

Therefore, an important condition for successful diagnosis is the study of the anamnesis, including questions about the presence of suicidal behavior (thoughts, intentions, actions) towards the patient. It is desirable to involve their inner circle, available for the survey. It should be remembered that not everyone who has committed an attempt to take their life will directly answer this question even if there are objective signs of self-harm and the statements of others, in-

новки на учёт к психиатру или другим мотивам [67]. При ретроспективном опросе, причинами подобного поведения могут быть и нарушения мнестических функций, связанных с состоянием тяжёлого алкогольного опьянения в момент приёма мышьяка или последующим токсическим поражением ЦНС, пребыванием больного в бессознательном состоянии.

При отсутствии суицидального анамнеза или сложностей с его сбором подозрение на отравление мышьяком рекомендуется рассматривать у любого пациента с тяжёлыми желудочно-кишечными жалобами [50]. Вероятность такого диагноза повышается в случае сочетания желудочно-кишечных симптомов, поражений кожи, энцефалопатии и расстройств настроения [91].

Немаловажное значение будет иметь обзорная рентгенография брюшной полости, способная выявить наличие рентгеноконтрастного вещества в желудке и тонкой кишке [19, 61, 95]. Среди лабораторных методов значима оценка экскреции мышьяка с мочой [96, 97]. Данный тест достаточно показателен, но поскольку токсичные уровни мышьяка в организме быстро снижаются в первые 24 часа, важно его проведение в ближайшее время с момента поступления пострадавшего [67].

Дифференциальная диагностика

Нередки сложные для *дифференциальной диагностики* случаи острого отравления мышьяком, особенно с летальным исходом. В качестве примеров – отравления при применении средств аюрведической [98] или китайской народной медицины, в том числе используемых в качестве мазей, наносимых на кожу [99].

Описаны ситуации с криминалистическим фоном, в которых мышьяк был принят за амфетамин [66] или использовался с целью убийства. Показателен случай смерти от отравления мышьяком 62-летнего мужчины (США). За год до смерти у него развились периодические приступы тяжёлого гастроэнтерита с рвотой и диареей, гиперпигментацией и кератозом кожи, нейтропенией и невропатией, подобной Гийена-Барре, из-за которой он несколько раз госпитализировался. Результаты анализа мочи за 6 месяцев до смерти, указывающие на содержание мышьяка в 36 мг/л, считались ошибочными. При последнем поступлении пациента он оказался в отделении неотложной помощи с тяжёлым гастроэнтеритом, гипотонией и обезвоживанием. Он умер 3 дня спустя. Постмортальные исследова-

cluding direct witnesses of the incident. Some victims may deny the attempt due to fear of stigmatization, registration with a psychiatrist, or other motives [67]. In a retrospective survey, the causes of such behavior may also be violations of mnesic functions associated with the state of severe alcohol intoxication at the time of taking arsenic or subsequent toxic damage to the central nervous system, the patient being in an unconscious state.

In the absence of a suicidal history or difficulty in collecting it, arsenic poisoning should be considered in any patient with severe gastrointestinal complaints [50]. The likelihood of such a diagnosis is increased in the case of a combination of gastrointestinal symptoms, skin lesions, encephalopathy, and mood disorders [91].

Plain radiography of the abdominal cavity, which can detect the presence of a radiopaque substance in the stomach and small intestine, will be of no small importance [19, 61, 95]. Among laboratory methods, the assessment of urinary arsenic excretion is significant [96, 97]. This test is quite indicative, but since the toxic levels of arsenic in the body quickly decrease in the first 24 hours, it is important to conduct it as soon as possible from the moment the victim arrives [67].

Differential Diagnosis

Cases of acute arsenic poisoning, especially with a fatal outcome, are not uncommon for *differential diagnosis*. Examples are poisoning from the use of Ayurvedic [98] or Chinese traditional medicine, including those used as ointments applied to the skin [99].

Forensic situations have been described in which arsenic was mistaken for amphetamine [66] or used for murder. An indicative case of death from arsenic poisoning of a 62-year-old man (USA). A year before his death, he developed intermittent attacks of severe gastroenteritis with vomiting and diarrhea, hyperpigmentation and keratosis of the skin, neutropenia, and Guillain-Barre-like neuropathy, for which he was hospitalized several times. Urinalysis results 6 months before death, indicating an arsenic content of 36 mg/l, were considered erroneous. On the last admission of the patient, he was in the emergency department with severe gastroenteritis, hypotension and dehy-

дования выявили повышенную концентрацию мышьяка, в том числе в волосах. Жена покойного была обвинена в убийстве путём отравления мышьяком этого, её пятого, мужа. Защита утверждала, что покойный покончил с собой. Судья вынес прямой вердикт "невиновна" [100].

Если для США и европейских стран подобные случаи носят экзотический характер, то, в Индии мышьяк входит в список наиболее часто используемых средств для умышленного отравления (убийства) родственников [101].

Интернет и СМИ

Роль СМИ и интернета в повышении уровня суицидальной активности подтверждена многолетними наблюдениями [2, 102]. В плане поддержки суицидальной активности имеет значение не доступ к информации, связанной с токсическими свойствами мышьяка и соединений, а акцент на возможность их использования как средства самоубийства.

Другим негативным моментом является возможность приобретения триоксида мышьяка в виде чистого порошка через Интернет [75].

Профилактика

Меры профилактики включают общеобразовательную и просветительскую работу, а также направленные на выявление суицидоопасного контингента, оказания ему своевременной психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи и социальной поддержки [1, 2].

Важна работа со СМИ и держателями интернет-сайтов по ограничению просуицидальной информации, при одновременном расширении доступа к терапевтическим и профессиональным ресурсам, группам поддержки.

Рекомендованный ВОЗ принцип ограничения к средствам самоубийства [1], может быть реализован на промышленных, химических производствах, лабораториях, стоматологии и др. ситуациях. В качестве мер предлагается ограничить продажи средств борьбы с грызунами и насекомыми на основе мышьяка [60].

Актуальны вопросы подготовки врачей различных специальностей об особенностях клинических проявлений отравлений мышьяком, более глубокое знакомство с группами риска, а также тактикой ведения пациентов при выявлении попыток суицида этим токсикантом [9].

Заключение

Мышьяк относится к одному из наиболее тя-

дiation. He died 3 days later. Post-mortem studies have revealed an increased concentration of arsenic, including in the hair. The wife of the deceased was accused of murdering her fifth husband by arsenic poisoning. The defense argued that the deceased committed suicide. The judge issued a direct verdict "not guilty" [100].

If for the United States and European countries such cases are exotic, then in India arsenic is included in the list of the most commonly used means for deliberate poisoning (murder) of relatives [101].

Internet and media

The role of the media and the Internet in increasing the level of suicidal activity has been confirmed by many years of observations [2, 102]. In terms of initiating suicidal activity, what matters is not access to information related to the toxic properties of arsenic and compounds, but rather the emphasis on the possibility of their use as a means of suicide.

Another negative point is the possibility of purchasing arsenic trioxide in the form of a pure powder via the Internet [75].

Prevention

Prevention measures include general educational and enlightening work, as well as those aimed at identifying a suicidal contingent, providing it with timely psychological, psychotherapeutic, psychiatric care and social support [1, 2].

It is important to work with the media and Internet site owners to limit prosuicidal information, while expanding access to therapeutic and professional resources, support groups.

The WHO-recommended principle of limiting the means of suicide [1] can be implemented in industrial, chemical industries, laboratories, dentistry, and other situations. As measures, it is proposed to limit the sale of arsenic-based rodent and insect control products [60].

The issues of training doctors of various specialties about the features of the clinical manifestations of arsenic poisoning, a deeper acquaintance with risk groups, as well as the tactics of managing patients when detecting suicide attempts with this toxicant are topical [9].

Conclusion

Arsenic is one of the most severe toxicants known to mankind for many centuries.

жѐлых токсикантов, известных человечеству на протяжении многих веков. Несмотря на широкий выбор и доступность в современном мире других химических агентов, он, по-прежнему, используется как средство суицида, хотя эти случаи в России и зарубежных странах крайне редки.

Неспецифичность первых признаков отравления, малое знакомство медицинского персонала с ключевой симптоматикой и отсутствие опыта создают определённые трудности в своевременной диагностике случаев отравления мышьяком как в общем контингенте больных, так и суицидентов.

Редкость случаев также ограничивает возможности более полного изучения и описания ведущих характеристик суицидоопасного контингента, выделения групп риска, ключевых мотивов и антисуицидальных факторов. Это снижает возможности разработки и внедрения эффективным мер профилактики.

Приведѐнные в настоящем обзоре данные позволяют лишь в целом описать проблему и данную категорию лиц, что указывает на необходимость проведения дальнейших более глубоких исследований.

Despite the wide choice and availability in the modern world of other chemical agents, it is still used as a means of suicide, although these cases in Russia and foreign countries are extremely rare.

The nonspecificity of the first signs of poisoning, the poor familiarity of medical personnel with the key symptoms, and the lack of experience create certain difficulties in the timely diagnosis of cases of arsenic poisoning both in the general contingent of patients and suicides.

The rarity of cases also limits the possibility of a more complete study and description of the leading characteristics of the suicidal contingent, the identification of risk groups, key motives and anti-suicidal factors. This reduces the possibility of developing and implementing effective prevention measures.

The data presented in this review allow only a general description of the problem and this category of people, which indicates the need for further in-depth research.

Литература / References:

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 102 p.
2. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization, 2018.
3. Baumert J., Erazo N., Ruf E., Ladwig K.H. Time trends in suicide mortality vary in choice of methods: an analysis of 145,865 fatal suicide cases in Germany 1991-2002. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Nov; 43 (11): 913-919. DOI: 10.1007/s00127-008-0380-7
4. Jaen-Varas D.C., Mari J.J., Asevedo E., Borschmann R., Diniz E., Ziebold C., Gadelha A. A 10-year ecological study of the methods of suicide used by Brazilian adolescents. *Cad Saude Publica.* 2020 Sep 2; 36 (8): e00104619. DOI: 10.1590/0102-311X00104619
5. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершѐнных суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2018; 3 (100): 62–66. [Zotov P.B., Buzik O.J., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of suicides: a comparative aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2018; 3 (100): 62–66.] DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-61-64 (In Russ)
6. Приленский А.Б. Средства преднамеренного отравления лиц, госпитализированных в отделение токсикологии. *Академический журнал Западной Сибири.* 2016; 12 (6): 50-51. [Prilensky A.B. Means of deliberate poisoning of persons hospitalized in the Department of toxicology. *Academic journal of Western Siberia.* 2016; 12 (6): 50-51.] (In Russ)
7. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В., Рагозина Н.П., Литус С.Н., Шабанов П.Д., Земляной А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику. *Девиантология.* 2020; 4 (1): 33-44. [Torkunov P.A., Polozhy B.S., Rybakina A.V., Ragozina N.P., Litus S.N., Shabanov P.D., Zemlyanoy A.V.

- Analysis of suicidal activity of Pskov region residents and factors affecting its dynamics. *Deviant Behavior (Russia).* 2020; 4 (1): 33-44.] (In Russ)
8. Касимова Л.Н., Впюрин М.В., Святогор М.В. Показатели попыток самоотравления по данным токсикологического центра Нижнего Новгорода за период с 2006 по 2010 год. *Медицинский альманах.* 2013; 1 (25): 176-179. [Kasimova N.L., Vtyurina M.V., Svyatogor M.V. Indicators of self-poisoning attempts according to the data of the Toxicological center of Nizhny Novgorod for the period from 2006 to 2010. *Medical almanac.* 2013; 1 (25): 176-179.] (In Russ)
9. Shumy F., Anam A.M., Kamruzzaman A.K., Amin M.R., Chowdhury M.A. Acute arsenic poisoning diagnosed late. *Trop Doct.* 2016 Apr; 46 (2): 93-96. DOI: 10.1177/0049475515610940. PMID: 26508422
10. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Герасименко В.И., Зотова Е.П., Петров И.М., Скрябин Е.Г., Приленский А.Б. Уксусная кислота среди средств суицидальных действий. *Суицидология.* 2020; 11 (1): 160-181. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Gerasimenko V.I., Zotova E.P., Petrov I.M., Scryabin E.G., Prilensky A.B. Acetic acid among the means of suicidal actions. *Suicidology.* 2020; 11 (1): 160-081.] DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-160-181 (In Russ)
11. Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш. Современные принципы диагностики и оказания экстренной медицинской помощи при острых отравлениях уксусной кислотой на догоспитальном этапе. *Московская медицина.* 2019; Сентябрь: 84. [Stopnitsky A.A., Akalaev R.N., Khozhiev H.Sh. Modern principles of diagnostics and emergency medical care in acute acetic acid poisoning at the pre-hospital stage. *Moscow medicine.* 2019; September: 84.] (In Russ)
12. Мышьяк. *Большая медицинская энциклопедия:* в 30-ти т. / АМН СССР. Гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия. Т. 16. МУЗЕЙ – НИИ. 1981. С. 90-94. [Arsenic. *The Great Medical Encyclopedia:* in 30 volumes / AMN of the USSR. Editor-in-Chief B.V. Petrovsky. 3rd ed. Moscow: Soviet

- Encyclopedia. Vol. 16. MUSEUM – NIL. 1981. pp. 90-94.] (In Russ)
13. Мышьяк. *Большая Советская Энциклопедия*. М. Т. 28. Многожжкк-Мятлик. 1954. С. 630-633. [Arsenic. *The Great Soviet Encyclopedia*. М. Т. 28. 1954. pp. 630-633.] (In Russ)
 14. Ratnaike R.N. Acute and chronic arsenic toxicity. *Postgrad Med J*. 2003 Jul; 79 (933): 391-396. DOI: 10.1136/pmj.79.933.391. PMID: 12897217
 15. Горохова С.А., Столповская Е.С. Смертельная мода прошлого. *Юный ученый*. 2018; 4 (18): 17-19.
 16. Брызгалов М.А. Тайна скифских стрел. *Актуальные научные исследования в современном мире*. 2021; 11-11 (79): 51-57.
 17. Толковый словарь русского языка / Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. С.И. Москва: Мир, 2003. 944 с. [Explanatory dictionary of the Russian language / Ozhegov S.I., Shvedova N.Yu. S.I. Moscow: Mir, 2003. 944 p.] (In Russ)
 18. Давидович Е.А., Сериков Н.И. О происхождении русского слова «мышьяк». *Труды Института востоковедения РАН*. 2017; 2: 84-88. [Davidovich E.A., Serikov N.I. On the origin of the Russian word "mouse-yak". *Proceedings of the Institute of Oriental Studies of the Russian Academy of Sciences*. 2017; 2: 84-88.] (In Russ)
 19. Yilmaz Y., Armagan E., Olmez O., Esen M., Alkis N., Dolar E. Acute arsenic self-poisoning for suicidal purpose in a dentist: a case report. *Hum Exp Toxicol*. 2009 Jan; 28 (1): 63-65. DOI: 10.1177/0960327108097432. PMID: 19411562
 20. Holmdahl B. [Glimpses from the history of abortion]. *Jordemodern*. 1992 May; 105 (5): 151-157. PMID: 1618684
 21. Безгин В.Б. Убийство супруга(и) в крестьянской семье (конец XIX – начало XX века). *Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики*. 2016; 1 (63): 27-30. [Bezgin V.B. Murder of spouse in peasant family (the end of the XIX – the beginning of the XX century). *Historical, philosophical, political and legal sciences, cultural studies and art criticism. Questions of theory and practice*. 2016; 1 (63): 27-30.] (In Russ)
 22. Безгин В.Б., Жеребчиков Д.П. Суицид в городе и деревне Российской провинции конца XIX – начала XX веков. *Вестник ТГТУ*. 2012; 18 (4): 1121-1130. [Bezgin V.B., Zherebchikov D.P. Suicide in town and villages of Russian province in late 19th – Early 20th centuries. *Transactions TSTU*. 2012; 18 (4): 1121-1130.] (In Russ)
 23. Paterson R. Cases of Suicidal Poisoning with Arsenic. *Edinb Med J*. 1857 Nov; 3 (5): 391-398. PMID: 29640749
 24. Thakur M., Rachamalla M., Niyogi S., Datusalia A.K., Flora S.J.S. Molecular Mechanism of Arsenic-Induced Neurotoxicity including Neuronal Dysfunctions. *Int J Mol Sci*. 2021 Sep 17; 22 (18): 10077. DOI: 10.3390/ijms221810077. PMID: 34576240
 25. Mahmud H., Föller M., Lang F. Arsenic - induced suicidal erythrocyte death. *Arch Toxicol*. 2009 Feb; 83 (2): 107-113. DOI: 10.1007/s00204-008-0338-2. PMID: 18636241
 26. Стариков Ю.В. Использование боракса вместо мышьяка в тахидермии. *Русский орнитологический журнал*. 2000; 111: 20-23. [Starikov Yu.V. The use of borax instead of arsenic in tachydermy. *Russian Ornithological Journal*. 2000; 111: 20-23.] (In Russ)
 27. Chou C.H., De Rosa C.T. Case studies – arsenic. *Int J Hyg Environ Health*. 2003 Aug; 206 (4-5): 381-386. DOI: 10.1078/1438-4639-00234. PMID: 12971693
 28. Bjørklund G., Oliinyk P., Lysiuk R., Rahaman M.S., Antonyak H., Lozynska I., Lenchyk L., Peana M. Arsenic intoxication: general aspects and chelating agents. *Arch Toxicol*. 2020 Jun; 94 (6): 1879-1897. DOI: 10.1007/s00204-020-02739-w. PMID: 32388818
 29. Sanyal T., Bhattacharjee P., Paul S., Bhattacharjee P. Recent Advances in Arsenic Research: Significance of Differential Susceptibility and Sustainable Strategies for Mitigation. *Front Public Health*. 2020 Oct 8; 8: 464. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00464. PMID: 33134234
 30. Kim K.W., Chanpiwat P., Hanh H.T., Phan K., Sthiannopkao S. Arsenic geochemistry of groundwater in Southeast Asia. *Front Med*. 2011 Dec; 5 (4): 420-433. DOI: 10.1007/s11684-011-0158-2. PMID: 22198754
 31. Sarkar A., Paul B. The global menace of arsenic and its conventional remediation – A critical review. *Chemosphere*. 2016 Sep; 158: 37-49. DOI: 10.1016/j.chemosphere.2016.05.043. PMID: 27239969
 32. Ghosh P., Roy C., Das N.K., Sengupta S.R. Epidemiology and prevention of chronic arsenicosis: an Indian perspective. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008 Nov-Dec; 74 (6): 582-593. DOI: 10.4103/0378-6323.45099. PMID: 19171980
 33. Gonzalez R.B., Rietveld L.C., Longley A.J., van Halem D. Arsenic contamination of rural community wells in Nicaragua: A review of two decades of experience. *Sci Total Environ*. 2019 Mar 20; 657: 1441-1449. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2018.12.168. PMID: 30677910
 34. Zhang W., Gao Y., Yu G., Yang Z., Zhao L., Ji X., Ding Y., Wang W., Wei W., Li Y., Gao L., Sun D. Progress in the prevention and control of water-borne arsenicosis in China. *Int J Environ Health Res*. 2021 Jul; 31 (5): 548-557. DOI: 10.1080/09603123.2019.1674255. PMID: 31617745
 35. Smith A.H., Lingas E.O., Rahman M. Contamination of drinking-water by arsenic in Bangladesh: a public health emergency. *Bull World Health Organ*. 2000; 78 (9): 1093-1103. PMID: 11019458
 36. Troiano G., Mercurio I., Melai P., Nante N., Lancia M., Bacci M. Suicide behaviour and arsenic levels in drinking water: a possible association?: A review of the literature about the effects of arsenic contamination in drinking water on suicides. *Egypt J Forensic Sci*. 2017; 7 (1): 2. DOI: 10.1186/s41935-017-0005-y. PMID: 28781895
 37. Дзодзикова М.Э., Цгоева Л.М., Туриев А.В., Туриева Д.В. Химия почв в окрестностях селения Унал в Северной Осетии. *Вестник Владикавказского научного центра*. 2020; 2 (1): 67-71. [Dzodzikova M.E., Tsgoeva L.M., Turiev A.V., Turieva D.V. Soil chemistry in the vicinity of the village of Unal in North Ossetia. *Bulletin of the Vladikavkaz Scientific Center*. 2020; 2 (1): 67-71.] (In Russ)
 38. Абдулмуталимова Т.О., Ревич Б.А., Газалиев И.М. Мышьяк в питьевых артезианских водах Северного Дагестана и риски здоровью населения. *Разведка и охрана недр*. 2018; 1: 37-40. [Abdulmutalimova T.O., Revich B.A., Gazaliev I.M. Arsenic in drinking artesian waters of Northern Dagestan and risks to public health. *Exploration and protection of mineral resources*. 2018; 1: 37-40.] (In Russ)
 39. Ильин В.Б., Конарбаева Г.А. Мышьяк в почвах Западной Сибири в связи с региональным мониторингом окружающей среды. *Почвоведение*. 1995; 5: 634-638. [Ilyin V.B., Konarbayeva G.A. Arsenic in the soils of Western Siberia in connection with regional environmental monitoring. *Soil science*. 1995; 5: 634-638.] (In Russ)
 40. Othman L., Nafadi A., Alkhalid S.H., Mazraani N. Arsenic Poisoning due to High Consumption of Canned Sardines in Jeddah, Saudi Arabia. *Cureus*. 2021 Jan 19; 13 (1): e12780. DOI: 10.7759/cureus.12780. PMID: 33628652
 41. Сабирова К.М., Кислицина Л.В., Кикю П.Ф. Оценка риска для здоровья населения Приморского края от воздействия мышьяка в продуктах питания. *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. 2017; 3 (70): 139-142. [Sabirova K.M., Kislitsina L.B., Kiku P.F. Risk assessment for health of population of Primorsky krai from exposure to arsenic in foods. *Health. Medical ecology. Science*. 2017; 3 (70): 139-142.] (In Russ)
 42. Magdalan J., Smolarek M., Porebska B., Zawadzki M., Dyś P. [Two different clinical cases of acute arsenic trioxide intoxication]. *Przegl Lek*. 2007; 64 (4-5): 336-338. PMID: 17724905
 43. Yamauchi H., Takata A. Arsenic metabolism differs between child and adult patients during acute arsenic poisoning. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2021 Jan 1; 410: 115352. DOI: 10.1016/j.taap.2020.115352. PMID: 33264645
 44. Vantroyen B., Heilier J.F., Meulemans A., Michels A., Buchet J.P., Vanderschueren S., Haufroid V., Sabbe M. Survival after a

- lethal dose of arsenic trioxide. *J Toxicol Clin Toxicol.* 2004; 42 (6): 889-895. DOI: 10.1081/clt-200035344. PMID: 15533028
45. Isbister G.K., Dawson A.H., Whyte I.M. Arsenic trioxide poisoning: a description of two acute overdoses. *Hum Exp Toxicol.* 2004 Jul; 23 (7): 359-364. DOI: 10.1191/0960327104ht459cr. PMID: 15311855
 46. Mathieu D., Mathieu-Nolf M., Germain-Alonso M., Nevriere R., Furon D., Wattel F. Massive arsenic poisoning-effect of hemodialysis and dimercaprol on arsenic kinetics. *Intensive Care Med.* 1992; 18 (1): 47-50. DOI: 10.1007/BF01706427. PMID: 1578049
 47. Ornillo C., Harbord N. Fundamentals of toxicology-approach to the poisoned patient. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2020 Jan; 27 (1): 5-10. DOI: 10.1053/j.ackd.2019.12.001. PMID: 32147001
 48. Lu P.H., Tseng J.C., Chen C.K., Chen C.H. Survival without peripheral neuropathy after massive acute arsenic poisoning: Treated by 2,3-dimercaptopropane-1-sulphonate. *J Clin Pharm Ther.* 2017 Aug; 42 (4): 506-508. DOI: 10.1111/jcpt.12538. PMID: 28547870
 49. Kosnett M.J. The role of chelation in the treatment of arsenic and mercury poisoning. *J Med Toxicol.* 2013 Dec; 9 (4): 347-354. DOI: 10.1007/s13181-013-0344-5. PMID: 24178900
 50. Campbell J.P., Alvarez J.A. Acute arsenic intoxication. *Am Fam Physician.* 1989 Dec; 40 (6): 93-97. PMID: 2686377
 51. Kinoshita H., Hirose Y., Tanaka T., Yamazaki Y. Oral arsenic trioxide poisoning and secondary hazard from gastric content. *Ann Emerg Med.* 2004 Dec; 44 (6): 625-627. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2004.07.001. PMID: 15573038
 52. Rihmer Z., Hal M., Kapitány B., Gonda X., Vargha M., Döme P. Preliminary investigation of the possible association between arsenic levels in drinking water and suicide mortality. *J Affect Disord.* 2015 Aug 15; 182: 23-25. DOI: 10.1016/j.jad.2015.04.034. PMID: 25965691
 53. Rihmer Z., Hal M., Kapitány B., Gonda X., Vargha M., Döme P. [Investigation of the association between arsenic levels in drinking water and suicide rate of Hungarian settlements between 2005 and 2011. A preliminary study]. *Psychiatr Hung.* 2016; 31 (2): 176-181. PMID: 27244873
 54. Pompili M., Vichi M., Dinelli E., Erbuto D., Pycha R., Serafini G., Giordano G., Valera P., Albanese S., Lima A., De Vivo B., Cicchella D., Rihmer Z., Fiorillo A., Amore M., Girardi P., Baldessarini R.J. Arsenic: Association of regional concentrations in drinking water with suicide and natural causes of death in Italy. *Psychiatry Res.* 2017 Mar; 249: 311-317. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.041. PMID: 28152464
 55. Sen D., Sarathi Biswas P. Arsenicosis: Is it a Protective or Predisposing Factor for Mental Illness? *Iran J Psychiatry.* 2012 Fall; 7 (4): 180-183. PMID: 23408762
 56. Wu H.E., Abdel-Gawad N.M., Gharbaoui Y., Teixeira A.L., Pigott T.A. An Unusual Case of Acute Psychosis With Obsessive-Compulsive Features Following Arsenic Poisoning. *J Psychiatr Pract.* 2017 Sep; 23 (5): 382-385. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000254. PMID: 28961669
 57. Montelecaut E., Vermeersch V., Commandeur D., Huynh S., Danguy des Deserts M., Sapin J., Ould-Ahmed M., Drouillard I. [Acute arsenic poisoning]. *Ann Biol Clin (Paris).* 2014 Nov-Dec; 72 (6): 735-738. DOI: 10.1684/abc.2014.1012. PMID: 25486670
 58. Gensheimer K.F., Rea V., Mills D.A., Montagna C.P., Simone K. Arsenic poisoning caused by intentional contamination of coffee at a church gathering – an epidemiological approach to a forensic investigation. *J Forensic Sci.* 2010 Jul; 55 (4): 1116-1119. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01375.x. PMID: 20384929
 59. Massey E.W., Wold D., Heyman A. Arsenic: homicidal intoxication. *South Med J.* 1984 Jul; 77 (7): 848-851. PMID: 6740352
 60. Park M.J., Currier M. Arsenic exposures in Mississippi: a review of cases. *South Med J.* 1991 Apr; 84 (4): 461-464. DOI: 10.1097/00007611-199104000-00012. PMID: 2014430
 61. Buchanan J.A., Eberhardt A., Tebb Z.D., Heard K., Wendlandt R.F., Kosnett M.J. Massive human ingestion of orpiment (arsenic trisulfide). *J Emerg Med.* 2013 Feb; 44 (2): 367-372. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.02.019. PMID: 22541879
 62. Martin D.S., Willis S.E., Cline D.M. N-acetylcysteine in the treatment of human arsenic poisoning. *J Am Board Fam Pract.* 1990 Oct-Dec; 3 (4): 293-296. PMID: 2248097
 63. Tournel G., Houssaye C., Humbert L., Dhome C., Gnemmi V., Bécart-Robert A., Nisse P., Hédouin V., Gosset D., Lhermitte M. Acute arsenic poisoning: clinical, toxicological, histopathological, and forensic features. *J Forensic Sci.* 2011 Jan; 56 (1): 275-279. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01581.x. PMID: 20950314
 64. Schneider V., Klug E. [Fatal arsenic trichloride poisoning (author's transl)]. *Z Rechtsmed.* 1976 Jun 30; 78 (1): 83-90. DOI: 10.1007/BF00200378. PMID: 936786
 65. Goebel H.H., Schmidt P.F., Bohl J., Tettenborn B., Krämer G., Gutmann L. Polyneuropathy due to acute arsenic intoxication: biopsy studies. *J Neuropathol Exp Neurol.* 1990 Mar; 49 (2): 137-149. DOI: 10.1097/00005072-199003000-00006. PMID: 2155304
 66. Lech T., Trela F. Massive acute arsenic poisonings. *Forensic Sci Int.* 2005 Jul 16; 151 (2-3): 273-277. DOI: 10.1016/j.forsciint.2005.01.018. PMID: 15939162
 67. Fuortes L. Arsenic poisoning. Ongoing diagnostic and social problem. *Postgrad Med.* 1988 Jan; 83 (1): 233-234, 241-4. DOI: 10.1080/00325481.1988.11700116. PMID: 3336607
 68. Logemann E., Krützfeldt B., Pollak S. [Suicidal administration of elemental arsenic]. *Arch Kriminol.* 1990 Mar-Apr; 185 (3-4): 80-88. PMID: 2350199
 69. Koyama K., Tanaka K., Sakamoto N., Kikuno T., Shimazu Y., Kaziwara H., Sekiguti H. [Serum and urine total arsenic concentration in a case of acute arsenic intoxication]. *Chudoku Kenkyu.* 2002 Apr; 15 (2): 167-170. PMID: 12108021
 70. Shum S., Whitehead J., Vaughn L., Shum S., Hale T. Chelation of organoarsenate with dimercaptosuccinic acid. *Vet Hum Toxicol.* 1995 Jun; 37 (3): 239-242. PMID: 7571355
 71. Casanovas-Taltavull T., Ribes J., Berrozpe A., Jordan S., Casanova A., Sancho C., Valls C., Bosch F.X. Patient with hepatocellular carcinoma related to prior acute arsenic intoxication and occult HBV: epidemiological, clinical and therapeutic results after 14 years of follow-up. *World J Gastroenterol.* 2006 Mar 28; 12 (12): 1972-1974. DOI: 10.3748/wjg.v12.i12.1972. PMID: 16610011
 72. Hernandez A.F., Schiaffino S., Ballesteros J.L., Gil F., Pla A., Villanueva E. Lack of clinical symptoms in an acute arsenic poisoning: an unusual case. *Vet Hum Toxicol.* 1998 Dec; 40 (6): 344-345. PMID: 9830695
 73. Hay E., Derazon H., Eisenberg Y., Natalia B. Suicide by ingestion of a CCA wood preservative. *J Emerg Med.* 2000 Aug; 19 (2): 159-163. DOI: 10.1016/s0736-4679(00)00202-x. PMID: 10903465
 74. Quatrehomme G., Ricq O., Lapalus P., Jacomet Y., Ollier A. Acute arsenic intoxication: forensic and toxicologic aspects (an observation). *J Forensic Sci.* 1992 Jul; 37 (4): 1163-1171. PMID: 1506832
 75. Wang E.E., Mahajan N., Wills B., Leikin J. Successful treatment of potentially fatal heavy metal poisonings. *J Emerg Med.* 2007 Apr; 32 (3): 289-294. DOI: 10.1016/j.jemermed.2006.12.013. PMID: 17394994
 76. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 16-29. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. et al. Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals. *Suicidology.* 2018; 9 (3): 16-29.] DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29 (In Russ)
 77. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. 29 p.
 78. Chou C.J., Tsai M.S., Tsai J.L., Lee H.H., Lin T.J. The chelating treatment is not useful in human's intoxication with acute herbicidal organic arsenic. *Hum Exp Toxicol.* 2002 Dec; 21 (12): 631-634. DOI: 10.1191/0960327102ht306oa. PMID: 12540032
 79. Lai M.W., Boyer E.W., Kleinman M.E., Rodig N.M., Ewald M.B. Acute arsenic poisoning in two siblings. *Pediatrics.* 2005

- Jul; 116 (1): 249-257. DOI: 10.1542/peds.2004-1957. PMID: 15995066
80. Levin-Scherz J.K., Patrick J.D., Weber F.H., Garabedian C. Acute arsenic ingestion. *Jr. Ann Emerg Med.* 1987 Jun; 16 (6): 702-704. DOI: 10.1016/s0196-0644(87)80076-8. PMID: 3578979
 81. Heinrich-Ramm R., Schaller H., Horn J., Angerer J. Arsenic species excretion after dimercaptopropanesulfonic acid (DMPS) treatment of an acute arsenic trioxide poisoning. *Arch Toxicol.* 2003 Feb; 77 (2): 63-68. DOI: 10.1007/s00204-002-0413-z. PMID: 12590357
 82. Dittrich C., Panzer S., Lomoschitz K.H., Vycudilik W. [Acute self-poisoning with arsenic and treatment with BAL (author's transl)]. *Wien Klin Wochenschr.* 1978 Nov 24; 90 (22): 796-799. PMID: 716436
 83. Jolliffe D.M., Budd A.J., Gwilt D.J. Massive acute arsenic poisoning. *Anaesthesia.* 1991 Apr; 46 (4): 288-290. DOI: 10.1111/j.1365-2044.1991.tb11500.x. PMID: 2024748
 84. Fesmire F.M., Schauben J.L., Roberge R.J. Survival following massive arsenic ingestion. *Am J Emerg Med.* 1988 Nov; 6 (6): 602-606. DOI: 10.1016/0735-6757(88)90101-5. PMID: 3178956
 85. Cross J.D., Dale I.M., Smith H. A suicide by ingestion of a mixture of copper, chromium and arsenic compounds. *Forensic Sci Int.* 1979 Jan-Feb; 13 (1): 25-29. DOI: 10.1016/0379-0738(79)90259-7. PMID: 437619
 86. Pélissier-Alicot A.L., Salério G., Marquet P., Panteix G., Léonetti G. [Acute poisoning caused by intravenous arsenic]. *Presse Med.* 2003 Dec 13; 32 (39): 1849-1851. PMID: 14713880
 87. DiNapoli J., Hall A.H., Drake R., Rumack B.H. Cyanide and arsenic poisoning by intravenous injection. *Ann Emerg Med.* 1989 Mar; 18 (3): 308-311. DOI: 10.1016/s0196-0644(89)80420-2. PMID: 2538098
 88. Kim L.H., Abel S.J. Survival after a massive overdose of arsenic trioxide. *Crit Care Resusc.* 2009 Mar; 11 (1): 42-45. PMID: 19281444
 89. Vahidnia A., van der Voet G.B., de Wolff F.A. Arsenic neurotoxicity - a review. *Hum Exp Toxicol.* 2007 Oct; 26 (10): 823-832. DOI: 10.1177/0960327107084539. PMID: 18025055
 90. Ramírez-Campos J., Ramos-Peek J., Martínez-Barros M., Zamora-Peralta M., Martínez-Cerrato J. [Peripheral neuropathy caused by acute arsenic poisoning]. *Gac Med Mex.* 1998 Mar-Apr; 134 (2): 241-246. PMID: 9619002
 91. Perriol M.P., Devos D., Hurtevent J.F., Tiffreau V., Saulnier F., Destee A., Defebvre L. [A case of neuropathy mimicking Guillain-Barre syndrome after arsenic intoxication]. *Rev Neurol (Paris).* 2006 Mar; 162 (3): 374-377. DOI: 10.1016/s0035-3787(06)75025-1. PMID: 16585894
 92. Fincher R.M., Koerker R.M. Long-term survival in acute arsenic encephalopathy. Follow-up using newer measures of electrophysiologic parameters. *Am J Med.* 1987 Mar; 82 (3): 549-552. DOI: 10.1016/0002-9343(87)90460-8. PMID: 3826108
 93. Sanz-Gallén P., Nogué S., Luburich P., Munné P., Lacalle H., Reig R. [The radiological findings in poisonings by metals]. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992 Mar; 81 (3): 205-208. PMID: 1567722
 94. Bartolomé B., Córdoba S., Nieto S., Fernández-Herrera J., García-Diez A. Acute arsenic poisoning: clinical and histopathological features. *Br J Dermatol.* 1999 Dec; 141 (6): 1106-1109. DOI: 10.1046/j.1365-2133.1999.03213.x. PMID: 10606861
 95. Gray J.R., Khalil A., Prior J.C. Acute arsenic toxicity - an opaque poison. *Can Assoc Radiol J.* 1989 Aug; 40 (4): 226-227. PMID: 2766023
 96. Lovell M.A., Farmer J.G. Arsenic speciation in urine from humans intoxicated by inorganic arsenic compounds. *Hum Toxicol.* 1985 Mar; 4 (2): 203-214. DOI: 10.1177/096032718500400211. PMID: 4007884
 97. Heitland P., Köster H.D. Comparison of different medical cases in urinary arsenic speciation by fast HPLC-ICP-MS. *Int J Hyg Environ Health.* 2009 Jul; 212 (4): 432-438. DOI: 10.1016/j.ijheh.2008.09.003. PMID: 18948060
 98. Hsiao C.Y., Gresham C., Marshall M.R. Treatment of lead and arsenic poisoning in anuric patients - a case report and narrative review of the literature. *BMC Nephrol.* 2019 Oct 17; 20 (1): 374. DOI: 10.1186/s12882-019-1561-1. PMID: 31623560
 99. Zheng J., Zhang K., Liu Y., Wang Y. Fatal acute arsenic poisoning by external use of realgar: Case report and 30 years literature retrospective study in China. *Forensic Sci Int.* 2019 Jul; 300: e24-e30. DOI: 10.1016/j.forsciint.2019.03.012. PMID: 31023496
 100. Poklis A., Saady J.J. Arsenic poisoning: acute or chronic? Suicide or murder? *Am J Forensic Med Pathol.* 1990 Sep; 11 (3): 226-232. PMID: 2220708
 101. Sikary A.K. Homicidal poisoning in India: A short review. *J Forensic Leg Med.* 2019 Feb; 61: 13-16. DOI: 10.1016/j.jflm.2018.10.003. PMID: 30390552
 102. Антонова Н.Д., Голенков А.В. Освещение случаев убийств и самоубийств в региональных средствах массовой информации. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 3-7. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-3-7 [Antonova N.D., Golenkov A.V. Coverage of cases of murder and self-murder in regional mass media. *Academic Journal of West Siberia.* 2022; 18 (1): 3-7.] (In Russ)

ARSENIC AMONG MEANS OF SUICIDE

P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov²,
I.A. Mikushin¹, E.G. Skryabin^{1,3},
M.A. Akselrov^{1,3}, B.Yu. Prilensky¹,
O.A. Kicherova¹, V.A. Zhmurov¹,
A.G. Buhna¹

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Moscow Institute of Psychiatry - branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

³Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia; skryabineg@mail.ru

Abstract:

Arsenic is one of the most severe toxicants known to mankind for many centuries. Despite the wide choice and availability in the modern world of other chemical agents, it is still used as a means of suicide, although these cases in Russia and foreign countries are extremely rare. The casuistry limits the possibility of a more complete study and description of the leading characteristics of the suicidal contingent, the identification of risk groups, key motives and anti-suicidal factors. Preventive measures have been worked out little and need to be improved. Summarizing the data of predominantly single observations presented in scientific literature, the authors note that men predominate among those who use arsenic to commit suicide (which is not typical for intentional self-poisoning). As a rule, these are people of young and middle age with only base education,

suffering from depression. True motives to die prevail. Usually, arsenic trioxide or its salts are taken orally, less often intravenously. The first symptoms of poisoning are nonspecific, which, in the absence of the possibility of collecting an anamnesis, causes difficulties in making a diagnosis. Antidote therapy, started in the first hours, often saves the life of the victim. In conclusion, the authors point out the need for further in-depth research.

Keywords: suicide, suicide attempt, arsenic, arsenic trioxide, herbicides, intentional poisoning, poisoning

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования, описание клинических наблюдений, написание и редактирование текста рукописи;

Е.Б. Любов: написание и редактирование текста рукописи;

И.А. Микушин: обзор публикаций по теме статьи, перевод публикаций;

Е.Г. Скрябин: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;

М.А. Аксельров: обзор публикаций по теме статьи;

Б.Ю. Приленский: обзор публикаций по теме статьи;

О.А. Кичерова: обзор публикаций по теме статьи;

В.А. Жмуров: обзор публикаций по теме статьи;

А.Г. Бухна: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: developing the research design, description of clinical observations, article writing, article editing;

E.B. Lyubov: article writing, article editing;

I.A. Mikushin: reviewing of publications of the article's theme, translation;

E.G. Skryabin: reviewing of publications of the article's theme, article writing;

M.A. Akselrov: reviewing of publications of the article's theme;

B.Yu. Prilensky: reviewing of publications of the article's theme;

O.A. Kicherova: reviewing of publications of the article's theme;

V.A. Zhmurov: reviewing of publications of the article's theme;

A.G. Buhna: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 23.04.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.05.2022.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Микушин И.А., Скрябин Е.Г., Аксельров М.А., Приленский Б.Ю., Кичерова О.А., Жмуров В.А., Бухна А.Г. Мышь среди средств суицидальных действий. *Суицидология*. 2022; 13 (1): 128-153. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-128-153

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Mikushin I.A., Skryabin E.G., Akselrov M.A., Prilensky B.Yu., Kicherova O.A., Zhmurov V.A., Buhna A.G. Arsenic among means of suicide. *Suicidology*. 2022; 13 (1): 128-153. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-128-153 (In Russ / Engl)

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, результаты научных исследований, оригинальные и обзорные статьи, лекции, и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
3. Методы превенции и коррекции.
4. Социальные, социологические, правовые, юридические аспекты суицидального поведения.
5. Историческая суицидология.

Правила при направлении работ в редакцию:

1. Статья предоставляется в электронной версии (до принятия статьи в печать) и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI) и **EBSCO Publishing**. Поэтому электронная версия обязательно размещается и доступна на сайте elibrary.ru и других систем. В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

3. На титульной странице указываются: Название статьи, полные ФИО, учёная степень, звание, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

Для каждого автора необходимо указать:

- a) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
- б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
- в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полупетельный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую (не использовать точку). Объём статьи – до 24 страниц машинописного текста (для обзоров – до 36 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, *вклад каждого автора* (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе *основные цифровые показатели*.

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics. Используемые методы статистики должны быть подробно описаны в соответствующем разделе статьи.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с при-статейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до». DOI: (если имеется)

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

Все русскоязычные первоисточники должны иметь перевод на английский, размещенный в [квадратных скобках].

13. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

14. *Рецензирование*. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются двойному слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. Каждая статья должна иметь полный идентичный профессиональный перевод на английском языке с соблюдением всех имеющихся в русскоязычной версии условий оформления текста, таблиц и рисунков. Перевод на английский осуществляется после прохождения рецензирования и согласования основного текста. Представленный авторами перевод обязательно подвергается экспертизе. В случае его несоответствия требованиям качества профессионального уровня статья направляется переводчику, оплата услуг которого не входит в обязательства редакции.

16. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес: note72@yandex.ru

После положительного заключения рецензентов и принятия статьи для публикации, печатная версия, подписанная всеми авторами, направляется в редакцию по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».

