

Суицидология

научно-практический журнал

№ 1 2020



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)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
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
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
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)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепр, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Marco Sacchiaroni, профессор
(Италия)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)
Мартин Войнар, профессор (Польша)

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, П.Б. Зотов, Б.С. Положий*
Пандемии и суицид:
идеальный шторм и момент истины 3
- В.А. Розанов*
Насущные задачи в сфере суицидальной
превенции в связи с пандемией COVID-19 39
- С.В. Горбатов, Е.Н. Арбузова,
А.В. Шаболтас, В.В. Горбачева*
Особенности Я-концепции девочек подростков
с несуйцидальным самоповреждающим
поведением 53
- Н.А. Бохан, В.Д. Евсеев,
А.И. Мандель, А.Г. Пешиковская*
Обзор исследований несуйцидальных форм
самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI . 70
- Д.И. Шустов, А.В. Меринов,
А.Д. Шустов, Т.В. Клименко*
Алгоритм провитального терапевтического
интервью при сборе суицидального анамнеза
в наркологической практике 84
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*
Нарушения сна и суицидальное поведение.
Сообщение I: распространённость, влияния
и взаимосвязи 98
- И.С. Карауш, И.Е. Курпянова, А.А. Кузнецова*
Кибербуллинг и суицидальное поведение
подростков 117
- А.В. Филоненко, А.В. Голенков, В.А. Филоненко,
Ф.В. Орлов, Е.С. Деомидов, И.Е. Бульгина*
Суицидальное поведение лиц с умственной
отсталостью: обзор литературы 130
- David W. Covington*
Crisis Now: бизнес-кейс, приведший
к преобразованию кризисной службы.
Опыт штата Аризона, США 146

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)
A.V. Golenkov, MD, PhD, prof.
(Cheboksary, Russia)
Jyrki Korkeila, PhD, prof.
(Finland)
Y.V. Kovalev, MD, PhD, prof.
(Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, MD, PhD, prof.
(Tomsk, 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
(Moscow, Russia)
K.Y. Retiunsky, MD, PhD, prof.
(Ekaterinburg, Russia)
V.A. Rozanov, MD, PhD, prof.
(St. Petersburg, Russia)
V.A. Ruzhenkov, MD, PhD, prof.
(Belgorod, 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)
Marcin Wojnar, MD, PhD, prof.
(Poland)
V.L. Yuldashev, MD, PhD, prof.
(Ufa, Russia)
L.N. Yur'yeva, MD, PhD, prof.
(Dnipro, Ukraine)

Журнал «Суицидология»
включен в:

1) Российский индекс научного
цитирования (РИНЦ)
2) международную систему
цитирования Web of Science
(ESCI)

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр», 625007,
Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:
625051, г. Тюмень,
30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202

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

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

ISSN 2224-1264

А.В. Меринов, Д.М. Васильева
Татуировки у девушек: их значение
для суицидологической практики 153

*П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, В.И. Герасименко, Е.П. Зотова,
И.М. Петров, Е.Г. Скрыбин, А.Б. Приленский*
Уксусная кислота среди средств суицидальных
действий 160

Информация для авторов 182

Contents

E.B. Lyubov, P.B. Zotov, B.S. Polozhy
Pandemics and suicide: a perfect storm and a moment of truth ...3

V.A. Rozanov
Current tasks in the field of suicidal prevention in connection
with the COVID-19 pandemic 39

S.V. Gorbatov, E.N. Arbuzova, A.V. Shabolts, V.V. Gorbacheva
Features of self-concept of female adolescents
with non-suicidal self-harming behavior 53

N.A. Bokhan, V.D. Evseev, A.I. Mandel, A.G. Peshkovskaya
Review of studies of non-suicidal forms of self-injury on NSSI
scales and questionnaires70

D.I. Shustov, A.V. Merinov, A.D. Shustov, T.V. Klimenko
Algorithm of a pro-active therapeutic interview during
the collection of a suicidal history in narcological practice 84

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
Sleep disorders and suicidal behavior.
Article I: prevalence, impact, and associations 98

I.S. Karaush, I.E. Kupriyanova, A.A. Kuznetsova
Cyberbullying and suicidal behavior of adolescents 117

*A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
F.V. Orlov, E.S. Deomidov, I.E. Bulygina*
Suicidal behavior of persons with mental disability:
review of literature 130

David W. Covington
Crisis Now: The Business Case Resulting in a Transformation
of Crisis Care. The Experience of Arizona in the United States .. 146

A.V. Merinov, D.M. Vasilyeva
Girls' tattoos: their significance for suicidological practice 153

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov, V.I. Gerasimenko, E.P. Zotova,
I.M. Petrov, E.G. Scryabin, A.B. Prilensky*
Acetic acid among the means of suicidal actions 160

Information 182

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/> или <https://суицидология.рф/>
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. Каньячи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
Заказ № 67. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 19.05.2020 г. Цена свободная

ПАНДЕМИИ И СУИЦИД: ИДЕАЛЬНЫЙ ШТОРМ¹ И МОМЕНТ ИСТИНЫ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, Б.С. Положий

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

PANDEMICS AND SUICIDE: A PERFECT STORM AND A MOMENT OF TRUTH

E.B. Lyubov, P.B. Zotov, B.S. Polozhy

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbbsky, Moscow, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ (SPIN-код: 1734-3563; AuthorID: 959343; Researcher ID: X-9588-2018; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Место работы и должность: руководитель Отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: +7 (906) 776-24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Information about the authors:

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

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; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Polozhy Boris Sergeevich – MD, PhD, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation (SPIN-code: 1734-3563; AuthorID: 959343; Researcher ID: X-9588-2018; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Place of work and position: Head of the Clinical and Preventive Suicidology Department of the Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of Ministry of Health of Russia FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology after V.P. Serbsky. Address: Russia, 119992, Moscow, Kropotkiyskiy per. 23. Phone: +7 (906) 776-24-68; email: pbs.moscow@gmail.com

На основе научных, актуальных эпидемиологических данных, документов ВОЗ и свода последних сообщений СМИ в обзоре показаны нейро-психиатрические и суицидологические проявления и последствия пандемии коронавируса в контексте социально-экономических и психологических потрясений; препятствия и резервы антикризисной помощи с акцентом на возможности дистанционной помощи в общем населении и в группах – мишенях высокого риска психических расстройств и суицидального поведения. В этом свете с определённой долей осторожности предположены пессимальный и оптимальный (предпочтительный) варианты сдвигов в общественном сознании, структуре и функции антикризисных служб с аналогиями опыта пережитых человечеством пандемий.

Ключевые слова: коронавирус, пандемия, психическое здоровье, суицидальное поведение, профилактика

¹ Ситуация сложения неблагоприятных факторов, в результате суммарный отрицательный эффект возрастает (полюбившийся экономистам фразеологизм).

На нашей планете существуют бедствия и жертвы,
И надо, по возможности, стараться
Не встать на сторону бедствия.
А. Камю «Чума»

Связь национальных, местных и личных бедствий с суицидальным поведением (СП), выявляющим наиболее уязвимые к дистрессу группы населения и отдельных граждан, психологически объяснима и трудно доказуема в связи с эпидемиологической редкостью (слава Богу) и биопсихосоциальной природой феномена.

В связи доказательно сильным клиническим фактором риска СП – психическими и медицинскими болезнями [1] – проследим опосредованное влияние пандемии и рассмотрим широкий контекст развития и последствий очередной пандемии в исторической («что было...») и лечебно - профилактической (избежать: «... то и будет») перспективах.

Хроника событий.

На исходе 2019 г. в китайском Ухане сообщено о пневмонии, вызываемой новым типом коронавируса (Novel Coronavirus Pneumonia), а именно, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2), стремительно, согласно ритму XXI века, разлетелся по всему миру [1].

Только тогда не посмели назвать болезнь своим именем. Общественное мнение – святая святых: никакой паники, главное – без паники. А. Камю «Чума».

В январе Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дала официальное название коронавирусу (COVID-19) и в марте признала пандемию (греч. «весь народ»), объявив глобальную вспышку COVID-19 чрезвычайной ситуацией мирового масштаба в общественном здравоохранении [3].

На 26 апреля 2020 г. (время написания статьи) число заражённых COVID-19, по данным обновляемой мониторинговой страницы Covid19info, почти 3 млн человек (0,025% землян), особо в регионах Северной Америки, Европы и Восточного Средиземноморья. При усредненной смертности 7% наибольшая – в Италии, Великобритании (более 10%), минимальная – в замыкающей список России (менее 1% при около 75 тыс. выявленных). Ранжир показательно не соответствует уровню здравоохранения и доле ВВП его финансирования. Не исключено, что в некоторых странах официальная статистика не отражает реальной ситуации. Меньшее внимание привлекают выздоровевшие, более 0,5 млн (не известен приобретённый иммунитет). Болеют в тяжелой - средней форме 15%, но каждый пятый – бессимптомно (и не менее заразен?). Увы, новостные полосы начинаются обычно с данных о вновь заболевших, подключённых к аппаратам ИВЛ и умерших, но сегодня к утру выздоровел почти каждый третий (30%). В отечественной выборке соотношение выздоровевших к умершим примерно 10:1.

There are disasters and sacrifices on our planet,
And you should try as much as possible
Not to side with the disaster.
A. Camus "Plague"

The connection between national, local, and personal disasters with suicidal behavior (SB) which identifies the groups in the population and individual citizens most vulnerable to distress, is psychologically explainable and difficult to prove due to the epidemiological rarity and the biopsychosocial nature of the phenomenon. Due to the evidence of a strong clinical risk factor for SB – mental and somatic diseases [1] – we will follow the indirect impact of the pandemic and consider the wide context of the development and consequences of the next pandemic in the historical (“the way it was ...”) and treatment-and-prophylactic (to avoid: “... that’s the way it will be”) prospects.

Chronicle of events.

At the end of 2019, Chinese Wuhan reported pneumonia caused by a new type of coronavirus (Novel Coronavirus Pneumonia), namely, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2), quickly spread around the whole world reflecting the rhythm of the twenty-first century [1].

Only then they did not dare to call the disease by its name. Public opinion is the holy of holies: no panic, the most important thing is to avoid panic. A. Camus "The Plague".

In January, the World Health Organization (WHO) gave its official name to coronavirus (COVID-19) and in March recognized a pandemic (Greek: “the whole people”), declaring the global outbreak of COVID-19 a global public health emergency [3].

As of April 26, 2020 (the time of writing this article), the number of infected with COVID-19, according to the updated monitoring page of Covid19info, is almost 3 million people (0.025% of Earth population), especially in the regions of North America, Europe and the Eastern Mediterranean. With an average mortality rate of 7%, the largest is in Italy, the UK (more than 10%), and the lowest is in Russia that is the last on the list (less than 1% with about 75 thousand identified). The ranking is not indicative of the level of healthcare and the share of GDP of its financing. It is possible that in some countries official statistics do not reflect the real situation. The recovered attract less attention, there are less than 0.5 million of those (if they acquired immunity is not known). They form of the disease is usually medium to severe in 15%, but one in five is asymptomatic (are they no less contagious?). Unfortunately, news feeds usually start every day with displaying the data on newly ill patients, those connected to the lung mechanical ventilation and the dead, but by today almost one in three patients has recovered (30%). In the domestic

Пейзаж после битвы: вызовы и надежды.

Мы должны осознать, что наша жизнь изменилась
*На обложке «Time», апрель 2020,
под фото реаниматолога в скафандре.*

Альбер Камю распространил образ чумы на бытие в целом. Это зло вообще, неотделимое от бытия, свойственное ему всегда; абсурд, что осмысливается как форма существования зла, трагическая судьба, которая уменьшает переход от одинокого бунтарства к определению сообщества, чью борьбу надо разделять, эволюции в направлении к солидарности.

... чему учит тебя година бедствий: есть больше оснований восхищаться людьми, чем презирать их.

Пессимальный сценарий: уроки экономической и социальной дезорганизации, кризиса медицины.

Психические расстройства и СП на фоне экономических потрясений и пандемии. В каких социально-экономических условиях развивается пандемия, отчасти их и формируя? Страны мира подошли к общей беде в разных и общих позициях. Уровень суицидов (УС) во всех половых и возрастных группах растёт во времена экономических конфликтов и неопределённости. Э. Дюркгейм объяснял всплеск самоубийств давлением экономического кризиса [4].

Человек может жить лишь, если его нужды в соответствии со средствами их удовлетворения, а это подразумевает ограниченность последних. Ограничивает их общество. Всякий кризис мешает обществу выполнять эту функцию, отсюда дезорганизация, anomie, самоубийства.

Экономические спады связаны с более высокими УС [5, 6]. Так, УС в США вырос до рекордно высоких 22 (здесь и далее на 100 тыс. населения) при безработице до 10% в разгар Великой рецессии. После рецессии уровень безработицы снизился до 4%, но самоубийства продолжали расти, противореча традиционной модели и подчеркивая многомерность проблемы и возможную «отставленность» пиков СП. Так, экономический кризис 2007 г в Европе и Северной Америке привел к 10000 дополнительных самоубийств, их число росло и на следующий год. В посткризисный 2009 г УС выросли в среднем на 5%, в основном мужчин, в 27 европейских и 18 американских странах, что объяснено, как обычно, ростом безработицы [7], но и период относительного процветания УС в США вырос за последние 20 лет, достигнув в 2018 г. максимума с 1941 г. [8].

Потребительские настроения важны в объяснении различий УС по сравнению с традиционными показателями доходов и занятости. Показана сильная прямая связь индекса потребительских настроений (эмоциональное восприятие своего финансового положения и экономики в целом, например, опасаясь потери работы) и УС. Постоянные негативные заявления

sample, the ratio between recovered and those who died is approximately 10:1.

Landscape after the battle: challenges and hopes.

We must realize that our life has changed
On the Times cover, April 2020, under the photo of the resuscitator in a spacesuit.

Albert Camus extended the image of the plague to life in general. This is general evil, inseparable from the being itself, always characteristic of it; the absurdity which is interpreted as a form of existence of evil, a tragic fate that reduces the transition from lonely rebellion to the definition of a community whose struggle must be shared, evolution towards solidarity.

... what the time of a disaster teaches you: there is more reason to admire people than to despise them.

A pessimal scenario: the lessons of economic and social disorganization, the crisis of medicine.

Mental disorders and SB on the background of economic shocks and a pandemic. In what socio-economic conditions does a pandemic develop, partly shaping them? The countries of the world faced the common disaster with common and different positions. The level of suicides (LS) in all sex and age groups increases during times of economic conflict and uncertainty. E. Durkheim explained the surge of suicides by the pressure of the economic crisis [4].

A person can only live if their needs are in accordance with the means of satisfying them, and this implies a limitation of the latter. They are limited by society. Every crisis prevents society from fulfilling this function, hence we can see the rise of disorganization, anomie, and suicide.

Economic downturns are associated with higher LS [5, 6]. For example, in the midst of the Great Recession the LS in the U.S. population rose to a record high of 22 (hereinafter per 100,000 people) accompanied with unemployment rate of 10%. After the recession, the unemployment rate fell to 4%, but suicides continued to rise, contrary to the traditional model and emphasizing the multidimensionality of the problem and the possible “backwardness” of SB. Thus, the economic crisis of 2007 in Europe and North America led to 10,000 additional suicides, and their number grew the next year. In the post-crisis 2009, LS grew by an average of 5%, mainly men, in 27 European and 18 American countries, which is explained, as usual, by unemployment [7], but the period of relative prosperity in the US has grown over the past 20 years peaking in 2018 since 1941 [8].

Consumer sentiment is important in explaining the differences in the US compared to traditional indicators of income and employment. There is a strong direct relationship

СМИ о растущей безработице, росте цен и разорении ухудшают психическое благополучие. Напротив, повышение индекса потребительских настроений снижает суицидальную активность [9]. Вероятно, государственные расходы на образование и занятость важнее для психического благополучия и более влияют на УС, чем расходы на психиатрию. Потеря работы связана с риском депрессии, тревоги, дистресса и низкой самооценкой, употреблением психоактивных веществ (ПАВ) как средством «самолечения» и результирующему СП.

Апрельский опрос в США показал, что более ½ потерявших доход или работу сообщили о беспокойстве или стрессе по поводу коронавируса; люди с более низким доходом чаще сообщают о серьёзных негативных последствиях для психического здоровья [10].

Более ½ (54%) потерявших доход или работу сообщили о негативном воздействии на психическое здоровье от беспокойства или стресса по поводу коронавируса по сравнению с 40% не потерявших доход или работу. 26% потерявших работу или доход сообщили о серьёзных негативных последствиях для их психического здоровья, по сравнению с 15% не испытавших этого [цит. по 10]. Люди с малым доходом чаще сообщают о серьёзных негативных последствиях для психического здоровья, вызванных беспокойством или стрессом по поводу коронавируса: 26% зарабатывающих менее 40000 долл. США (пересчёт на российские руб. напрасен).

В России УС последние 20 лет неуклонно снижается на фоне хронического глобального кризиса, но типичны региональные различия. В результате УС в 2/3 федеральных субъектов высоки и сверхвысоки (≥ 20); в зоне риска селяне, что усугублено малой доступностью медицинской (психиатрической) помощи и пожилые, наиболее уязвимые последствиям нового вируса. Не детализированные данные не позволяют судить об УС в отдельных социальных группах как безработные, с доходом ниже прожиточного минимума, находящиеся в пенитенциарных учреждениях.

Большинство россиян (84%) испытывают тревогу из-за сопряженных экономического кризиса и пандемии (Всероссийский центр изучения общественного мнения). Как ожидают эксперты McKinsey & Company, в лучшем случае российская экономика в этом году уменьшится на 4%, в худшем – на 10%. При таком раскладе рост безработицы составит 2,5-8 млн человек.

Пандемия коронавируса быстро превратилась из кризиса здоровья в финансовый, привела к закрытию предприятий, разрушению отраслей и потрясению финансовых рынков. Даже когда эпидемия под контролем и меры изоляции отменены, экономический эффект пульсации огромен.

between the consumer sentiment index (emotional perception of one's financial situation and the economy as a whole, for example, fearing a job loss) and LS. Constant negative media statements about the rise of unemployment, prices and bankruptcy worsen mental well-being. On the contrary, an increase in the consumer sentiment index decreases suicidal activity [9]. It is likely that it is more important for mental well-being and more likely to impact LS if the government spend more on education and employment rather than on psychiatry. Job loss is associated with the risk of depression, anxiety, distress and low self-esteem, the use of psychoactive substances as a means of "self-medication" and the resulting SB.

An April survey in the United States revealed that more than ½ of those who lost their income or job reported anxiety or stress due to coronavirus; lower-income people are more likely to report serious negative mental health consequences [10].

More than ½ (54%) of those who lost their income or work reported negative effects on their mental health from anxiety or stress due to coronavirus, compared with 40% of those who did not lose their income or work. 26% of those who lost their jobs or income reported serious negative consequences for their mental health, compared with 15% who did not experience this [cit. 10]. Low-income people are more likely to report serious negative mental health consequences caused by anxiety or stress due to coronavirus: 26% earning less than \$ 40,000.

In Russia, the LS has been steadily declining in the past 20 years even on the background of the chronic global crisis, but as expected there are regional differences. As a result, LS in 2/3 of federal subjects is high and superhigh (≥ 20); the villagers are at risk, which is exacerbated by the low availability of medical (psychiatric) care and the elderly, the most vulnerable to the effects of the new virus. Non-detailed data do not allow us to make judgments about certain social groups such as unemployed, with incomes below the living minimum or prisoners.

Most Russians (84%) are worried about the associated economic crisis and pandemic (All-Russian Center for the Study of Public Opinion). As experts at McKinsey & Company expect, in the best case, the Russian economy this year will decrease by 4%, and in the worst case it will drop down by 10%. In this scenario, unemployment will embrace 2.5-8 million people.

The coronavirus pandemic quickly turned from a health crisis into a financial one, leading to the closure of enterprises, the destruction of industries and the shock of financial markets. Even when the epidemic is under

В прощальной записке министр финансов федеральной земли Гессен Томас Шефер (54) глубоко обеспокоен, что не удастся оправдать ожидания населения в финансовой помощи перед кризисом пандемии.

Меры жёсткой экономии, как сокращение расходов на социальное обеспечение и здравоохранение, определены как причина «скачки числа самоубийств» в демографических группах. УС связан с зрелостью страны или стадией экономического развития (роста), особенно мужчин и в процветающих развитых странах: увеличение доходов с течением времени оказывает негативное влияние на психическое здоровье.

Министр внутренних дел Закревский принял энергичные, но нелепые меры, всю Россию избородил карантинами, парализовавшими хозяйственную жизнь страны, а эпидемии холеры (1831 г.) не остановили. Тысячи людей и лошадей с товарными обозами задерживались у застав, высиживая карантин. В тех, кто пытался пробраться через оцепления, приказано было стрелять. Неслыханные запреты на передвижение вызвали недовольство всех сословий и холерные бунты (ср. с чумным бунтом 1771 г), громившие больницы.

Чумной бунт 1771 г. Правительство перед бегством уверяло москвичей о «заразительной горячке», лишь после второй вспышки главнокомандующий сообщил Екатерине II об «опасной болезни». Превентивные меры приняты поздно, а устройством карантин и изоляторов не было действенным из-за недоверия населения к больницам и докторам.

... Одесса (август 1970). Карантин (официально не объявлен) неполный поначалу. Нужного эффекта это не дало, но в городе началась паника. В распространении холеры обвинили иностранцев (чуть позже – власти); верующие требовали спасительный крестный ход, школьник напечатал листовки, в которых призывал граждан спокойно умирать.

... ступор Привоза. Впавшие в экстремальную ситуацию люди ведут себя непредсказуемо. Ламбада на краю неизвестности, когда хочется испытать неиспытанное, растормошить себя, дать волю застывшим чувствам. А на рейде гигантские океанские лайнеры, гудит истеричный праздник тех, кто пытается выбраться из холерного города. «Одесса», фильм В. Тодоровского, 2019.

Социальная изоляция: психические расстройства и СП. Карантин¹ – известная веками противоэпидемическая стратегия, порой усугубляющая насущную и мало разрешимую экзистенциальную проблему одиночества. Также и защитные маски / перчатки становятся метафорами социального разобщения.

... город был очищен от нечистот людьми, нарочно для того назначенными, запрещено ввозить больных, издано множество наставлений о сохранении здоровья. Бокаччо «Декамерон».

... ежели сиделка не будет найдена, девушка наверняка уж умрет, если не от болезни, так от голода, потому что он твердо решил, что никто из его семьи и близко к ней не подступится, а лежит она на чердаке, на высоте пятого этажа, так что оттуда никто не услышит ни её плача, ни криков о помощи. Д. Дефо. «Дневник Чумного Года».

control and isolation measures are canceled, the economic ripple effect is enormous.

In his farewell note, the Minister of Finance of the Federal State of Hesse, Thomas Schäfer (54), is deeply concerned that it will not be possible to meet the expectations of the population in financial assistance in the pandemic crisis.

Austerity measures, such as cuts in social security and healthcare costs, are identified as the cause of the “jump in suicides” in demographic groups. The LS is associated with the maturity of the country or the stage of economic development (growth), especially of men and in the prosperous developed countries: an increase in income over time has a negative impact on mental health.

The Minister of Internal Affairs Zakrevsky took energetic, but ridiculous measures, he scoured the whole of Russia with quarantines that paralyzed the country's economic life, but the cholera epidemic (1831) was not stopped. Thousands of people and horses with freight carts lingered at the outposts undergoing quarantine. Those who tried to get through the cordon were ordered to be shot. Unheard prohibitions on movement caused discontent among all classes and cholera riots (compare to the plague riot of 1771), which ravaged the hospitals.

The plague rebellion of 1771. Before fleeing the government assured the Muscovites that it is only a "contagious fever", only after the second outbreak the commander in chief informed Catherine II about the "dangerous disease." Preventive measures were taken late, and the arrangement of quarantines and isolators was not effective due to the distrust of the population in hospitals and doctors.

... Odessa (August 1970). Quarantine (not officially announced) is incomplete at first. This did not give the desired effect, but panic began in the city. Foreigners were accused of spreading cholera (a bit later – the authorities); believers demanded a saving religious procession, the student printed leaflets in which he urged citizens to die quietly.

... the torpor of Privoz. People in extreme situations behave unpredictably. Lambada on the edge of the unknown, when you want to experience the untried, stir yourself, let your frozen feelings free. And there are giant ocean liners on the raid, a buzzing hysterical holiday of those who are trying to get out of the cholera city. "Odessa", a film by V. Todorovsky, 2019.

Social isolation: mental disorders and SB. Quarantine¹ is a well-known anti-epidemic strategy for centuries, sometimes exacerbating the urgent and little-solvable existential problem of loneliness. Protective masks/gloves also become metaphors for social separation.

... the city was cleaned of sewage by people purposely appointed for that purpose, it is for-

¹ Двухнедельная групповая самоизоляция из-за «черной смерти» в Флоренции XIV в – зачин «Декамерона» / Two-week group self-isolation due to the "black death" in Florence XIV century is what the "Decameron" starts with.

... ворота города замурованы, граждане разобщены: «приговорены за неизвестное преступление к неопределённому сроку наказания». Неуверенность в том, как долго эти меры продлятся, привела к тому, что горожане бессильны в планировании будущего. *А Камю «Чума».*

«Грипп» до поры полагался сродни «простуде».

... Анна Павловна кашляла несколько дней, у нее был *грипп*, как она говорила (*грипп* был тогда новое слово, употреблявшееся только редкими). В записочках, разосланных утром с красным лакеем, было написано без различия во всех: если у вас, граф (или князь), нет в виду ничего лучшего и если перспектива вечера у бедной больной не слишком вас пугает, то я буду очень рада видеть вас нынче у себя между семью и десятью часами. Анна Шерер. *Л. Толстой «Война и мир».*

УС обратно пропорционален, по Дюркгейму, степени интеграции социальных групп, к которым относится индивид: если разрываются узы, соединяющие человека с жизнью, то потому, что ослабла связь его с обществом.

... В это лето газеты всего материка принесли прискорбную весть о том, что в прекрасном городе Париже непонятно откуда вспыхнула чума и город пришлось окружить железным кордоном войск, чтобы не дать эпидемии распространиться по всей Европе. Газеты сообщали о разрухе, воцарившейся в оцепленном городе. В связи с чудовищной смертностью в городе появились признаки массового психоза. Восточными кварталами овладела секта анархистов-нигилистов, поставившая себе целью уничтожение Парижа. *Б. Ясенский. «Я жгу Париж».*

Затруднённый доступ к социальной и духовной поддержке (коллективным молитвам) снижает антисуицидальный барьер. Ведь еженедельные религиозные бдения пятикратно снижают риск суицида (женщин) [11].

... в этом обострившемся до пределов одиночестве никто из нас не мог рассчитывать на помощь соседа и вынужден был оставаться наедине со всеми своими заботами. Если случайно кто-нибудь из нас пытался довериться другому или хотя бы просто рассказать о своих чувствах, следовавший ответ, любой ответ, обычно воспринимался как оскорбление. *А. Камю «Чума».*

Незапланированный долгий (в переводе с итальянского, карантин – «сорок дней») досуг в замкнутом помещении под угрозой штрафов, если сродни безделью, оборачивается экзистенциальной скукой, служит триггером тревоги и/или депрессии, сопряженного с ними СП.

Британка Эмили (19) не диагностирована и не сообщала о каких-либо симптомах; покончила с собой в условиях самоизоляции. За несколько дней до трагедии говорила, что карантин убьёт больше людей, чем вирус, всё в мире закрывается и планы рушатся. Семья Эмили сообщила, что её беспокоило психологическое здоровье людей в изоляции.

Более взвешенная информация.

Бывшая звезда Playboy (33) совершила самоубийство; официальную причину смерти не называют до окончания

bidden to bring in patients, because of the many instructions on maintaining health. *Boccaccio, The Decameron.*

... the gates of the city are walled up, the citizens are divided: "sentenced for an unknown crime to an indefinite term of punishment." Uncertainty about how long these measures will last has led to the fact that citizens are powerless in planning the future. *A. Camus "The Plague".*

... Anna Pavlovna was coughing for several days, she had *flu*, as she was saying then (*flu* was then a new rare word used only by few people). In all notes sent out in the morning through the red footman it was written with no exception: if you, count (or prince), do not have any better plans, and if the prospect to spend the evening with a poor patient does not scare you off too much, then I will be very glad to see you today at my home between seven and ten o'clock. Anna Scherer. *L. Tolstoy "War and Peace."*

The LS, according to Durkheim, is inversely proportional to the degree of integration of social groups to which the individual belongs: if the ties that connect a person to life are broken, that's because his connection with society has weakened.

... This summer the newspapers on the whole continent brought the unfortunate news that in the beautiful city of Paris it was not clear where the plague broke out and the city had to be surrounded by an iron cordon of troops to prevent the epidemic from spreading throughout Europe. Newspapers reported the devastation that spread in the cordoned city. In connection with the monstrous mortality in the city there were signs of mass psychosis. The sect of anarchist-nihilists seized the eastern quarters and set itself the goal of destroying Paris. *B. Yasensky. "I am burning Paris down"*

Difficult access to social and spiritual support (collective prayers) reduces the anti-suicidal barrier. After all, weekly religious vigils reduce the risk of suicide (women) by five times [11].

... in this loneliness exacerbated to the limits, none of us could count on the help of a neighbor and you needed to be left alone with all our worries. If one of us accidentally tried to trust another, or at least just tell us about our feelings, the answer that followed, any answer was usually perceived as an insult. *A. Camus "The Plague".*

Unplanned long leisure time (quarantine literally translated from Italian means "forty days") in a closed room under the threat of fines, if akin to idleness, turns into existential boredom, serves as a trigger for anxiety and/or depression and SB associated with them.

Emily (19), a British who was not diagnosed and did not report any symptoms; committed suicide under conditions of self-isolation. A few days before the tragedy, she said that quarantine would kill more people than a virus, everything in the world was closing and plans were crumbling. Emily's family reported that she was worried about

судебно-медицинской и токсикологической экспертизы, которая занимает 30-90 дней. Отмечается, что модель страдала от алкогольной зависимости. Близкие полагают, что на её душевное состояние крайне негативно повлиял карантин и связанное с ним одиночество.

Усугубляет бремя изоляции невозможность общения с близкими (телефон, интернет не всегда и не всем доступны, требуют технических навыков), включая госпитализированных по разным поводам, даже умирающих.

Врач футбольной команды (60), заражённый коронавирусом, покончил с собой в изоляции рядом с инфицированной женой. Содержание предсмертной записки не известно.

Показана связь социальной изоляции и одиночества с плохим физическим (сердечно-сосудистые заболевания) и психическим здоровьем [12].

Сообщено о симптомах посттравматического стресса, растерянности и гнева. Стрессоры включали более длительный карантин, страхи инфекции, разочарование, скуку, недостаточное снабжение, неадекватную информацию, денежные потери и стигму. Возможен долгосрочный неблагоприятный эффект на психическое благополучие [13].

Почти ½ (47%) искусственно изолированных американцев сообщили о негативных последствиях для здоровья в результате беспокойства или стресса, связанных с коронавирусом, по сравнению с теми, кто не укрыт на месте (37%). Негативные последствия для психического здоровья из-за социальной изоляции особо выражены у пожилых и в домах с подростками, поскольку эти группы изначально подвержены риску депрессии или СП. Каждый пятый (21%) изолированный дома сообщил о серьёзном негативном воздействии на психическое здоровье от стресса и беспокойства по поводу коронавируса по сравнению с 13% не укrywшихся на месте. Большая ½ (57%) сообщающих, что их жизнь нарушена «намного» или «некоторым образом» (44%) из-за коронавируса, вероятнее сообщают о негативном влиянии на психическое здоровье, чем полагающие, что их жизнь нарушена «мало» или «вовсе нет» (28%). Те же 28% испытывающих значительные нарушения жизни из-за коронавируса сообщили о серьёзных негативных последствиях для психического здоровья по сравнению с 15% испытывающих лишь некоторые нарушениями 10% их отрицающих [цит. по 10].

Моральная паника¹

И страх живет в душе, страстями томимой!

А.С. Пушкин «Пир среди чумы»

Следует оговориться: речь не о ложной тревоге, но

the psychological health of people in isolation.

More balanced information.

An ex-Playboy star (33) commits suicide; the official cause of death is not called until the end of the forensic and toxicological examination that takes 30-90 days. It is noted that the model suffered from alcohol addiction. Relatives believe that her mental state was extremely negatively affected by quarantine and the loneliness associated with it.

The burden of isolation is aggravated by the inability to communicate with loved ones (the phone, the Internet are not always accessible to everyone as they require technical skills), including those hospitalized for various reasons and even dying ones.

A doctor of a football team (60) infected with coronavirus committed suicide in isolation next to an infected wife. The content of the suicide note is not known.

The connection of social isolation and loneliness with poor physical (cardiovascular disease) and mental health has been proven [12].

Symptoms of post-traumatic stress, confusion, and anger have been reported. Stressors included longer quarantines, fears of infection, frustration, boredom, inadequate supply, inadequate information, monetary losses, and stigma. A long-term adverse effect on mental well-being is possible [13].

Nearly ½ (47%) of Americans forced to isolation reported negative health effects from anxiety or stress associated with coronavirus compared to those are not locked down (37%). The negative effects on mental health due to social exclusion are particularly pronounced in the elderly and households with adolescents, as these groups are initially at risk of depression or SB. One in five (21%) isolated at home reported a serious negative impact on mental health from stress and anxiety due to coronavirus compared to 13% who were not forced to stay in. A large ½ (57%) of those reporting that their life was infringed “much” or “in some way” (44%) due to coronavirus is more likely to report a negative effect on their mental health than those who believe that their life is infringed “a little” or “not at all” (28%). The same 28% experiencing significant life disorders due to coronavirus reported serious negative consequences for mental health compared with 15% experiencing only some disorders and 10% of those denying them [cit. 10].

Moral panic¹

And there live a fear in the soul tormented
by passions!

A. Pushkin "A feast amidst the plague"

¹ Социальный феномен, заключающийся в распространении в обществе массовой истерии относительно чего-либо, якобы угрожающего безопасности общества и/или его моральным ценностям. Главной характеристикой является непропорциональность реакции на угрозу, эпизоды широко распространённого беспокойства и страха / A social phenomenon that suggests the spread of mass hysteria in a community regarding something that allegedly threatens the security of society and/or its moral values. The main characteristic is the disproportionate response to the threat, episodes of widespread anxiety and fear

парализующему продуктивную активность нагнетанию общественного напряжения и отчаяния посредством всепроникающей смутно-многозначительной и противоречивой информации из разных источников (от «сарафанного радио» до высказываний государственных мужей).

Тревоги людей до странности усугублялись заблуждениями того времени... пророчествам, астрологическим расчетам, снам, ведьминским сказкам, чем когда-либо до или после. *Д. Дефо «Дневник Чумного Года».*

По его мнению, что-то действительно начиналось, не могло не начаться, он чувствовал это уже давно и ждал. Его охватила какая-то оторопь. *Л. Петрушевская «Гигиена».*

Клич «Страх убивает больше, чем болезнь» стала мантрой наций под гнётом «испанки» [14], но более оправдывало бездействие властей и беспомощность медицины.

«Пандемия», по критериям ВОЗ (2020), распространение нового заболевания в мировых масштабах, но слово пронизано страхом, горем и хаосом.

Стоит написать о болезни в газете, как большинство читателей тотчас начинает искать у себя симптомы. *К. Чапек «Белая болезнь».*

Страх парализует, питает суицидогенные безнадежность и беспомощность. Часть деморализованных и мнимых больных завершают жизнь до уточнения диагноза и начала лечения [15].

Индийцу (50), отцу троих детей, врачи советовали носить маску в связи с простудой. Пациент, заподозрив у себя «китайскую болезнь», нашёл в Сети схожие симптомы; убеждённый, что он смертельно болен и заразит семью и город, – повесился.

Американец Патрик (54) застрелил подругу Шерил (59) и себя. За два дня до гибели Шерил прошла проверку на вирус, поскольку у неё было затруднено дыхание. Результаты вскрытия пары не выявила вирус.

Двойная трагедия напоминает «выход Ланна»:

Е. Ланн (62), хронически больной, и его жена, которой диагностировали рак, отравились морфием. Рака при её вскрытии не обнаружили.

«Страх по поводу гриппа сродни чумному ужасу Средневековья... умирают от жажды из-за того, что колодец заражен паникой». Некий трезвый ученый в 1918 г. внес лепту: «Если эпидемия продолжит развиваться математически, цивилизация может исчезнуть... в течение нескольких недель» [цит. по 16].

Однако страх следовало развеять реальными действиями, а не борьбой с «паникерами».

«Тысячи жертв» повторно предрек Президент Трамп в марте 2020: «люди в депрессии совершают самоубийства в связи с экономическими тяготами». Экономический кризис якобы не столь смертельно опасен, как COVID-19. УС в ведущей экономике мира растёт с 1999 г., но Президент подошел к проблеме избирательно. Данные не подтверждают и не опровер-

It should be noted: we are not talking about false anxiety, but about the pressurization that paralyzes productive activity, escalates social tension and despair through pervasive vaguely meaningful and contradictory information from various sources (from the word of mouth to the statements of government officials).

In his opinion, something was really about to begin, it was just impossible not to, he felt this for a long time and was waiting. He was seized by some kind of rash. *L. Petrushevskaya "Hygiene".*

The cry "Fear kills more than disease" became the mantra of nations under the yoke of the "Spanish flu" [14], but it was more to justify the inaction of the authorities and the helplessness of medicine.

"Pandemic", according to WHO criteria (2020), is the spread of a new disease worldwide, but the word itself is filled with fear, grief and chaos.

As soon as you write about the disease in a newspaper, most readers immediately begin to look for symptoms in themselves. *K. Chapek "White disease."*

The fear paralyzes, it nourishes suicidogenic hopelessness and helplessness. Some of the demoralized and alleged patients take their lives before the diagnosis is clarified and treatment is started [15].

An Indian (50), the father of three children, was advised by doctors to wear a mask due to the common cold. Suspecting a "Chinese disease," the patient checked out and found similar symptoms on the Web; being convinced that he is mortally ill and will infect his family and city, he hanged himself.

An American Patrick (54) shot dead his girlfriend Cheryl (59) and himself. Two days before their death, Cheryl was tested for the virus, because she had difficulty breathing. The results of the autopsy of the couple did not reveal the virus.

The double tragedy is a reminiscent of "the Lannes' way out":

E. Lannes (62), a chronically ill patient, and his wife, who was diagnosed with cancer, took morphine to poison themselves. The cancer at her autopsy was not found.

"The fear of flu is similar to the horror of plague in the Middle Ages ... dying of thirst because the well is infected with panic." A sober scientist in 1918 contributed: "If the epidemic continues to develop mathematically, civilization may disappear ... within a few weeks" [cit. 16].

However, the fear should be dispelled by real actions, and not by the fight against the "alarmists".

In March 2020 President Trump re-predicted "thousands of victims": "Depressed people commit suicide due to economic hard-

гают очередное эпатажное заявление с вполне утилитарной целью – скорейшее оживление деловой активности как прививка от национального бедствия.

...Случаи учащались. Кто-то в первый раз уронил звонкое, как монета, слово «эпидемия», которое покатилося в толпу. Никто ему не поверил. В черных туннелях улиц всё чаще и чаще жалобно взвизгивали гудки карет, как одинокие крики о помощи. За истекшую ночь было отмечено восемь тысяч заболеваний чумой, все без исключения со смертельным исходом. На улицах царил пустота и молчание. Проезжали лишь автомобили с флажками красного креста... День поднялся бледный от усталости, жаркий и шаткий. До полудня было зарегистрировано сто шестьдесят тысяч смертных случаев. Частные автомобили, превращённые в кареты скорой помощи, не в состоянии были поспеть повсюду, где требовалась помощь. Ряд общественных учреждений поспешно преобразался в больницы... Париж вымирал тихо и с достоинством, под звуки заунывных гудков и сирен. *Б. Ясенский «Я жгу Париж».*

... За дверью стоял молодой человек, который на свету оказался каким-то больным, с тонкой, блестящей розовой кожей на лице. Он сказал, что пришел предупредить о грозящей опасности. Что вроде бы в городе началась эпидемия вирусного заболевания, от которого смерть наступает за три дня, причём человека вздувает и так далее. Симптомом является появление отдельных волдырей или просто бугров. Есть надежда остаться в живых, если строго соблюдать правила личной гигиены, не выходить из квартиры, и если нет мышей, поскольку мыши – главный источник заражения, как всегда. *Л. Петрушевская «Гигиена».*

Президент более близкой во всех отношениях к России страны меж тем задался вопросом:

...сильные мира сего без войны, через этот так называемый коронавирусный психоз, инфодемию в том числе, хотят поделить мир?

Средства массовой информации (СМИ).

... Наутро проснувшийся Париж в ужасе замер над мокрой простыней газеты. С первой страницы громадными черными буквами смотрела пронизывающая холодом надпись: «Чума в Париже» ... С утра на улицах появились лихорадочные толпы, вырывая друг у друга свежие обрывки экстренного выпуска... Разгоряченные толпы, жадные до известий, к восьми часам вечера стали осаждать уличные громкоговорители торговых домов, парков и редакций в ожидании последних депеш. *Б. Ясенский «Я жгу Париж».*

Круглосуточное освещение «беспрецедентных» событий в СМИ вызывает дополнительный дистресс, особо у людей с низкой стрессоустойчивостью. Пресса стран-участников Первой мировой войны, чтобы не повредить моральному духу, о первой волне «не смертельного» гриппа не упоминала (в нейтральной Испании писали, и пандемия известна как «испанский грипп»). В 1917 г. конгрессмен Х. Джонсон заявил: «Первая жертва войны – правда» и заплатил за свободой. Пресса сотрудничала с пропагандистской машиной и, сосредоточившись на краткосрочной перспективе, убеждала граждан в безосновательности опасений

ship.” The economic crisis is supposedly not as deadly as COVID-19. At the same time the LS in the world’s leading economy has been growing since 1999, but the President approached the problem selectively. The data do not confirm or refute the next shocking statement with a completely utilitarian goal – the speedy revival of business activity as a vaccine against a national disaster.

... Cases became more frequent. Someone for the first time dropped the word "epidemic", as sonorous as a coin, and it rolled into the crowd. No one believed him. More and more in the black tunnels of the streets, the sound of carriages squealed plaintively, like lonely cries for help. Over the past night, eight thousand plague diseases were noted, all without exception with a fatal outcome. There was emptiness and silence in the streets. Only cars passed with the flags of the red cross ... The day rose, pale with fatigue, hot and rickety. One hundred sixty thousand deaths were recorded before noon. Private cars turned into ambulances were unable to keep pace wherever help was needed. A number of public institutions hastily transformed into hospitals ... Paris died out quietly and with dignity, to the sounds of mournful beeps and sirens. *B. Yasensky "I burn Paris".*

... Behind the door there stood a young man who in the light turned out to be somehow sick, with a thin, shiny pink skin on his face. He said he had come to warn of imminent danger. What seems to be the beginning of an epidemic of a viral disease in the city from which death occurs in three days, and a person is inflated and so on. The symptoms are the appearance of some blisters or simply lumps. There is hope to stay alive if you strictly follow the rules of personal hygiene, do not leave the apartment, and if there are no mice, since mice are the main source of infection, as always. *L. Petrushevskaya "Hygiene".*

The president of the country that is closest to Russia in all respects, meanwhile, posed a question:

... are the powerful ones of this world trying to remake the world without war, through this so-called coronavirus psychosis and infodemia?

The media (media).

... The next morning, Paris woke up in terror, froze over the wet sheet of the newspaper. The inscription in huge black letters looked at them from the front page and pierced with cold: “The Plague in Paris” ... In the morning, feverish crowds appeared on the streets, pulling out from each other the snatches of the fresh emergency release ... By eight o’clock the heated crowds, eager for news, were besieging street loudspeakers of trading houses, parks and editorial offices in anticipation of the latest dispatches. *B. Yasensky "I burn Paris".*

Around-the-clock coverage of “unprecedented” events in the media causes additional distress, especially in people with low stress tolerance. The media of the countries that were taking part in the First World War did

«обычного» гриппа. На пике эпидемии газеты уверяли, что худшее позади, но больничная смертность от инфлюэнцы достигла 40% [17].

Сочетание жесткого контроля общественного мнения, недостоверные и противоречивые заверения властей в рупоре СМИ разрушали доверие общества: люди поняли, что им не от кого ждать помощи.

Показательно современное сообщение.

Главная медсестра больницы Полтавской области повесилась дома из-за COVID-19. Родственники говорят, потому что руководство хотело переложить на неё ответственность за неготовность больницы в случае распространения коронавируса. Главврач опроверг обвинения: подчиненная много лет боролась с болезнью, и это могло толкнуть её на суицид.

Сообщения о СП на фоне пандемии, как и вне актуального контекста излишне детализированы (способ суицида, фото жертвы) и обычно не содержат информации о ресурсах помощи.

Обычный приём СМИ – использовать логическую уловку «после этого – из-за этого», но отождествлять корреляцию и причинность нельзя. Так, в СМИ сезонно множатся сообщения о суицидах из-за ЕГЭ.

Живописуются страдания жертв коронавируса, ещё с утра здоровых с жуткими метафорами состояния их лёгких и иных органов.

Утешительные сообщения однотипны: вирус поражает только китайцев (теперь – пожилых с сопутствующими тяжелыми болезнями), смертность меньше, чем при «обычном» гриппе, медицинских ресурсов (СИЗ, аппаратов ИВЛ) предостаточно, «вылечивающие» лекарства (рядом – сообщения об оберегах). Возможны «вбросы» фейковой информации и питающей конспирологические домыслы («вирус изобретён ЦРУ») и легко вписанные в бредовые системы уязвимых граждан.

Один и тот же мальчик (13) в 2017 г. покончивший с собой в ходе онлайн «конкурса самоповреждений», заявлен, с демонстрацией фото, жертвой COVID-19 в трёх странах.

В Алматы мужчина «в шутку» инсценировал суицид из-за коронавируса и записал это на видео. Полицейские обнаружили ролик в интернете и провели с алматинцем разъяснительную беседу. После этого «шутник» записал видеобращение, где попросил прощения у соотечественников.

Пандемии и нервно-психические расстройства. Более века изучают психическое действие и последствие пандемий как «естественного средового эксперимента». Карл Меннигер первый связал испанский грипп с поведенческими нарушениями [18], заметив, что вирус чаще поражает дыхательную систему, но бремя нейropsychиатрических заболеваний недостаточно изучено, что верно сейчас.

Депрессия, тревога и связанные с психотравмой

not mention the first wave of "non-fatal" flu in order not to damage morale (neutral Spain, however, wrote about the flu and the pandemic is now known as "Spanish flu"). In 1917, congressman H. Johnson declared: "The first victim of the war is the truth" and he paid with his freedom for that. The media then collaborated with the propaganda machine and focusing on the short-term, convinced citizens of the groundless fears of the "ordinary" flu. At the peak of the epidemic, newspapers claimed that the worst had already been passed, but hospital mortality from influenza reached 40% [17].

The combination of tight control of public opinion, false and contradictory assurances of the authorities translated by the media destroyed the trust of society: people realized that they had no one to expect help from.

A representative modern message.

The head nurse of the Poltava region hospital hanged herself at home because of COVID-19. Relatives say, because the hospital leadership wanted to transfer the responsibility for the hospital's unavailability in case of spread of the coronavirus. The head doctor denied the allegations: the woman had been fighting the disease for many years, and this could push her to suicide.

Messages about the SB on the background of the pandemic, as well as outside the actual context, are unnecessarily detailed (method of suicide, photo of the victim) and usually do not contain information about the help resources.

The usual media method is to use the logical trick "after that – because of that," but correlation and causality cannot be identified. For example, in the media there are seasonal reports of suicides due to the school unified state exam.

The suffering of the victims of coronavirus, who have been healthy in the morning is described in detail with terrible metaphors of the state of their lungs and other organs.

The comforting messages are identical: the virus infects only the Chinese (now they are saying that only the elderly with concomitant serious illnesses), the mortality rate is lower than with the "ordinary" flu, there are plenty of medical resources (individual protection means, artificial lung ventilation apparatus), and curing means are available (followed by reports of amulets nearby). Fake news that feed conspiracy theories ("the virus was invented by the CIA") become reality and easily enter into the ravings systems of vulnerable citizens.

One and the same boy (13) that committed suicide in 2017 during an online "self-harming contest", was re demonstrated with a photo to be a victim of COVID-19 in three countries.

In Almaty, a man "jokingly" staged a suicide because of a coronavirus and recorded it on video. Police officers found the video on the Internet and held an explanatory conversation with the man. After that, the "prankster" recorded a video message, where he apolo-

симптомы связаны со вспышками инфекций, но неясно, с самим ли вирусом или иммунным ответом. После «испанки» участился летаргический энцефалит; вслед за вспышкой атипичной пневмонии и свиного гриппа – энцефалит, синдром Гийена-Барре и иные нервно-мышечные заболевания. Долгосрочные нервно-психические осложнения инфекции SARS-CoV-2 неизвестны (описано развитие рассеянного склероза). После внутриутробного воздействия вируса риск шизофрении (умственной отсталости?) повышен. Новый коронавирус и иммунологический ответ хозяина могут непосредственно влиять на мозг и поведение от недель (после острых респираторных симптомов) до десятилетий. Отмечены острые нарушения ЦНС переболевших свиным гриппом [19].

В ходе пандемии возможно расширение ряда симптомов заражения и детализация нежелательных действий лечения. Так, всё более пациентов обсуждают проявления болезни в Сети и обнаруживают странный новый: «электрическое жжение кожи». Специалисты пока осторожно оценивают новое поветрие, допуская внушение (киберхондрию). Можно предположить приток псевдозаражённых (хорошо бы так) в приёмные покои с такими симптомами. Некий обратившийся посетовал отказавшему в госпитализации врачу: «Вы отправили меня домой умирать».

Важны понимание патогенеза, траектории и характеристик нервно-психических последствий CoV-2, мониторинг подвергшихся воздействию нового вируса, в том числе в утробе матери, в течение развития. Предстоит и изучение «внутренней картины» болезни в различных группах пациентов, в связи с чем, востребованы качественные анализы.

Скорая передача COVID-19 (на бессимптомной фазе?), смертность в подгруппах риска (пожилых), отсутствие эффективных методов лечения и профилактики, массовые карантинные меры привели к распространённым психическим проблемам, как страху заражения (нозофобии), депрессии и бессоннице больных COVID-19 и наблюдаемых, медработников, чиновников [20, 21].

Как и суицид, вирус проникает в хижины и дворцы:

С точки зрения самой чумы, с её олимпийской точки зрения, все без изъятия, начиная с начальника тюрьмы и кончая последним заключённым, были равно обречены на смерть, и, возможно, впервые за долгие годы в узилище царил подлинная справедливость. А. Камю «Чума».

В контрасте данные о первой реакции на «пока ещё» эпидемию в провинции Китая (почти 2000 км от Уханя и за 2 недели до его «закрытия») в относительно малой (263 человека) и, возможно, нерепрезентативной (например, 75% с высшим образованием) выборке людей среднего (около 40 лет) возраста. Половина (53%) одномоментно опрошенных онлайн в январе-феврале не ощущала беспомощность, тогда как другая пребы-

gized to his compatriots.

Pandemics and neuropsychiatric disorders. The psychic effects and the aftereffect of pandemics as a “natural environmental experiment” have been studied for more than a century. Karl Menniger was the first to associate the Spanish flu with behavioral disorders [18], noting that the virus often affects the respiratory system, but the burden of neuropsychiatric diseases is not well understood, which is still true even nowadays.

Depression, anxiety, and trauma-related symptoms are associated with outbreaks of infection, but it is unclear whether they are associated with the virus itself or the immune response. After the “Spanish flu”, lethargic encephalitis cases became more frequent; the outbreaks of SARS and swine flu were followed with increased number of encephalitis, Guillain-Barré syndrome and other neuromuscular diseases. Long-term neuropsychiatric complications of SARS-CoV-2 infection are unknown (the development of multiple sclerosis is described). After intrauterine exposure to virus, the risk of schizophrenia (mental retardation?) is increased. The new coronavirus and host immunological response can directly affect the brain and behavior from weeks (after acute respiratory symptoms) to decades. Acute CNS disorders have been reported in patients who suffered swine flu [19].

During a pandemic, the number of symptoms of infection and a whole bunch of undesirable treatment effects can expand. For example, new phenomena are discussed on the net and a new strange one is found – “electric burning of the skin.” So far experts are cautiously evaluating a new trend expressing it yet as a suggestion (*cyberchondria*). We can assume the influx of allegedly pseudo-infected in case of such symptoms. Someone who complained to the doctor who refused him of the state-owned hospitalization: “You sent me home to die”.

It is important to understand the pathogenesis, trajectory and characteristics of the neuropsychic consequences of CoV-2, to monitor the exposure of new people to the viruses including those under development (in utero). It is necessary to study the “internal pictures” of diseases in different groups of patients; qualitative analyzes are in demand.

Urgent transmission of COVID-19 (what should be done in case of the asymptomatic phase?), mortality in risk subgroups (elderly people), lack of effective treatment and prevention methods, mass quarantine measures led to the common-spread psychiatric problems such as fear of infection (nosophobia), depression and insomnia of patients of COVID-19 and the observed, paramedics, officials [20, 21].

Like suicide, the virus enters both huts, and palaces:

вала в «ужасе». Большинство (78%) заботливо поддерживались семьей и друзьями и ощущали растущее единение [22].

Реакции затронутых эпидемией, прямо и косвенно, включают: страх заболеть и умереть; уклонение от обращений в медицинские учреждения из-за страха заразиться; страх потери средств к существованию, невозможности работать в изоляции, увольнения; страх социальной изоляции / карантина из-за болезни (например, стигма лиц из местностей, затронутых эпидемией или воспринимаемых таковыми); чувство беспомощности в отношении защиты близких и страх их потери; страх разлуки с близкими, опекунами из-за карантина; отказ от заботы о несовершеннолетних, инвалидах или пожилых, родители/опекуны которых на карантине, из-за страха заразиться; чувство беспомощности, скуки, одиночества и депрессии из-за изоляции; страх пережить опыт прошлой эпидемии [23].

Факторы стресса, характерные для вспышки COVID-19 включают риск заразиться самому и заразить других, особо, если способ передачи вируса COVID-19 непонятен полностью. Общие симптомы других недугов (как лихорадка) могут быть ошибочно приняты за COVID-19 и привести к страху заражения. Взрослые могут испытывать тревогу за детей, оставшихся дома из-за закрытия школ без надлежащего присмотра и поддержки. Закрытие школ может иметь различные последствия для женщин, которые обеспечивают большую часть неформального ухода в семьях. Это касается ограничения времени на работе и, соответственно, экономических возможностей. Риск ухудшения физического и психического здоровья уязвимых лиц, например, пожилых и инвалидов, если осуществляющие уход за ними, помещены на карантин и отсутствуют иные формы поддержки.

Пандемии и СП. В «Метаморфозах» Овидия в ответ на беду чумы (парадигмальное эпидемиологическое заболевание) мирные поселяне в отчаянии («мужество слабых») делают нелегкий выбор:

Не тяжела мне и смерть: умерев, от страданий избавлюсь...

Потенциально суицидогенные симптомы вписаны в широкий ряд психиатрических диагнозов (МКБ-10), прежде всего, аффективных и стрессогенных (F31, 43). Страх есть ожидаемый ответ на известную угрозу, но тревога объяснена неполной информацией в условиях неопределенности. Тревожная (ажитированная) депрессия – одно из наиболее суицидогенных состояний.

Возможны фаталистические самоубийства, по Дюркгейму, в ответ на жесткую регламентацию и контроль общества (некоторые «суициды в карантине?»).

Рискованное поведение в нарушениях эпидемиоло-

From the point of view of the Plague itself, its Olympic point of view, everybody, with no exception, from the prison keeper to the last prisoner were all sentenced to death, and perhaps for the first time in many years there was genuine justice in the prison. *A. Camus «The Plague».*

The data on the first reactions to 'then' epidemic in the province of China (almost 2,000 km from Wuhan and 2 weeks before its closure) are somewhat contradictory, maybe because the sample is relatively small (263 people) and, possibly, unrepresentative (for example, 75% have higher education) of middle-aged people (about 40 years old). Half (53%) did not feel helpless in January-February, while the others were horrified. Most (78%) were supported by family and friends and felt a growing unity [22].

Reactions of people directly and indirectly affected by the epidemic include: fear of getting sick and dying; avoidance of visiting medical institutions because of fear of infection; fear of loss of means to survive, inability to work in isolation, dismissal; fear of social isolation / quarantine due to illness (for example, the stigma of people from areas affected by the epidemic or perceived as such); a feeling of helplessness regarding the protection of loved ones and the fear of their loss; fear of separation from loved ones, guardians due to quarantine; refusal to care for minors, people with disabilities or the elderly, whose parents/guardians are in quarantine for fear of infection; feeling of helplessness, boredom, loneliness and depression due to isolation; fear of experiencing past epidemics [23].

Stress factors specific to COVID-19 outbreaks include the risk of becoming infected and infecting others, especially if the mode of transmission of the COVID-19 virus is not fully understood. Common symptoms of other diseases (such as fever) can be mistaken for COVID-19 and lead to fear of infection. Adults may be worried about their children who are left at home due to school closures without proper supervision and support. Closing schools can have various consequences for women who provide most of the informal care in families. This refers to limiting time at work and, as a result, economic prospects. The risk of deterioration of the physical and mental health of vulnerable people, for example, the elderly and disabled, if their care-providers are quarantined and there are no other forms of support.

Pandemics and SBP. In Ovid's Metamorphoses, in response to the plague's misfortune (a paradigmatic epidemiological disease), peaceful villagers in desperation ("the courage of the weak") make a difficult choice:

Death is not hard for me either: when I die, I will get rid of suffering...

Potentially suicidal symptoms are included in a wide range of psychiatric diag-

гических предписаний¹, лекарственного режима.

Всё, всё, что гибелью грозит
Для сердца смертного таит
Неизъяснимы наслажденья...

А.С. Пушкин

В широком понимании – употребление ПАВ и СП.

... много пить и наслаждаться, бродить с песнями и шутками, удовлетворять, по-возможности, всякому желанию, смеяться и издеваться над всем, что приключается – вот вернейшее лекарство против недуга. И как говорили, так, по мере сил, приводили и в исполнение, днем и ночью странствуя из одной таверны в другую, выпивая без удержу и меры, чаще всего устраивая это в чужих домах, лишь бы прослышали, что там есть нечто им по вкусу и в удовольствие. *Бокаччо. «Декамерон»*

Показательны демонстрации протеста против жёстких карантинных мер и агрессивное поведение по отношению к полиции и добровольцев.

Теоретическое обоснование СП. Дистресс перестраивает обычный / привычный жизненный порядок [24].

Стихийное бедствие и на самом деле вещь довольно обычная, но верится в него с трудом, даже когда оно обрушится на нашу голову. В мире всегда была чума, всегда была война. И однако ж, и чума и война, как правило, заставляли людей врасплох. *А. Камю «Чума»*.

Потенциально смертельная мучительная болезнь, смерть близкого, потеря работы – наиболее тяжкие стрессогенные жизненные события [25, 26].

Болезнь вызывает каскад социально - психологических последствий, суммирующий риск СП, тогда как «принципиально важные экологические инциденты» часто предшествуют тяжелому недугу [27] как заражению, а изначальная депрессия может ухудшить прогноз и отсрочить лечение.

Гипотезы самоубийств указывают ключевую роль недостаточности социальных связей (одиночества) в суицидогенезе [28]. Так, пандемия ВИЧ 1994 г. показала, что одинокие с высоким уровнем дистресса чаще погибали от самоубийств.

Группы риска СП, возрастные, клинические, частично пересекаются как наиболее уязвимые инфекции и социально. Опустевшие прилавки и улицы, патрули, переполненные отделения неотложной помощи рисуют картину новой реальности. Стресс, тревога и депрессия ожидаемы в контексте пандемии. Большинство людей беспокоятся о том, чтобы иметь доступ к уходу, лекарствам для острого и поддерживающего лечения.

... на самом верхнем этаже Риэ прочёл на двери слева надпись, сделанную красным мелом: «Входите, я повесился». Они вошли. *А. Камю «Чума»*.

noses (ICD-10), primarily affective and stressful (F31, 43). Fear is the expected response to a known threat, but anxiety is explained by incomplete information in conditions of uncertainty. Anxious (agitated) depression is one of the most suicidal states.

Fatalistic suicides are possible, according to Durkheim, in response to strict regulation and control of society (some "quarantine suicides"?).

Risky behavior in violation of epidemiological prescriptions¹, drug regimen.

Everything, everything that threatens death.

Brings for the mortal heart
Inexplicable pleasures ...

A. Pushkin

In a broad sense – the abuse of surfactants and SB.

... drink and enjoy a lot, wander around with songs and jokes, satisfy, if possible, every desire, laugh and mock at everything that happens – this is the surest remedy for any disease. And as they said, to the best of their ability they also carried it out wandering day and night from one tavern to another, drinking without restraint and measures, most often arranging this in someone else's houses, if only they heard that there was something to their taste and in pleasure. *Boccaccio The Decameron*

The protest against harsh quarantine measures and aggressive conduct towards the police and volunteers are indicative.

The theoretical basis of SB. Distress realigns the usual/habitual life order [24].

Natural disaster is actually a fairly common thing, but it is hard to believe in it, even when it falls on our heads. There was always a plague in the world, there was always a war. And yet, however, both the plague and war tended to take people by surprise. *Albert Camus. "The Plague"*.

Potentially fatal painful illness, death of a loved one, loss of work are the most serious stressful life events [25, 26].

The disease causes a cascade of socio-psychological consequences that adds up to the risk of SB, while “fundamentally important environmental incidents” often precede a serious illness [27] as infection, and initial depression can worsen the prognosis and delay treatment.

Suicidal hypotheses indicate the key role of lack of social connections (loneliness) in suicidogenesis [28]. Thus, the 1994 HIV pandemic showed that those with high levels of distress were more likely to die from suicide.

At-risk groups of SB, age-related, clinical, partially overlap as the most vulnerable to infections and socially. The empty stalls

¹ Более 90% опрошенных россиян в целом поддерживают меры правительства РФ (сайт: стопкоронавирус.рф) в начале апреля (начала карантина) / More than 90% of Russians surveyed generally support measures taken by the Russian government (stopcoronavirus.ru site) in early April (beginning of quarantine).

Пожилые (≥ 65 лет) чаще молодых страдают серьёзными заболеваниями при заражении коронавирусом. Им особо советуют сократить социальные контакты и оставаться дома, но они чувствительны к одиночеству, зависят от повседневной бытовой и социальной поддержки. Ослабление социальных сетей вызывает чувство бесполезности и беспомощности, онеры СП. Из-за повышенной уязвимости к вирусу в этой группе населения особо важно социальное дистанцирование, помимо иных мер безопасности, что ограничивает взаимодействие с помощниками, близкими и ведёт к обострению чувства одиночества и беспокойства в дополнение к общим ощущениям неуверенности и страха из-за пандемии. Пожилые реже молодых сообщают, что беспокойство или стресс, связанные с коронавирусом, негативно влияют на их психическое здоровье (31 против 49% соответственно), но они изначально подвержены риску ухудшения психического здоровья из-за переживаний одиночества и тяжелой утраты [цит. по 29].

В 2018 г более $\frac{1}{4}$ (27%) пожилых США назвали себя одинокими; 14% сообщили о ежедневной – ежемесячной депрессии; 23% испытывают тревогу ежедневно – ежемесячно. Пожилые особо подвержены депрессии, часто неправильно диагностируемой и недооцененной. Распространённость депрессии увеличено среди нуждающихся в домашнем медицинском уходе и госпитализированных. В 2018 г. пожилые совершили каждое пятое самоубийство в США; более 80% самоубийств – мужчин. В России УС пожилых примерно соответствует таковому у мужчин среднего возраста (максимален), представляя уникальную «двугорбую» кривую УС; гендерное соотношение близко к 1:1. Таково же и соотношение попыток и суицидов, что указывает на продуманность СП пожилых и хрупкость их физического состояния [30].

Наряду с одиночеством, ведущим мотивом СП становится чувство обременённости, согласно межличностной теории суицида Т. Joiner.

Дети и подростки. Чтобы замедлить распространение коронавируса, закрыты школы, что затронуло сотни миллионов учащихся, их родителей или опекунов. Проблемы с психическим здоровьем могут возрасти из-за отделения от сверстников; доступ к психиатрической помощи может быть затруднен в вакууме советчиков. Каждый десятый подросток 12-17 лет страдают депрессией и / или тревогой. Самоубийство – вторая по значимости причина смертности подростков (УС в этой возрастной группе обычно колеблется, но тенденция к увеличению, особо как зеркальное отражение неблагополучия старших; типичны суицидальные и несуйцидальные самоповреждения. Употребление ПАВ подростков часто сочетается с иным риско-

and streets, patrols, crowded emergency rooms draw a picture of the new reality. Stress, anxiety and depression are expected in the context of a pandemic. Most people worry about having access to care, medications for acute and supportive care.

... on the top floor, Rie read on the left door an inscription made in red chalk: "Come in, I hanged myself." They entered. A. Camus "The Plague".

The elderly (≥ 65 years old) are more likely than young people to suffer from serious illnesses when infected with the corona virus. They are especially advised to reduce social contacts and stay at home, but they are sensitive to loneliness, depend on everyday household and social support. The weakening of social networks causes a sense of worthlessness and helplessness, which are all associated with SB. Due to the increased vulnerability to the virus in this population group, social distance is especially important, among other safety measures, which limits the interaction with assistants and relatives and leads to an aggravation of feelings of loneliness and anxiety in addition to general feelings of insecurity and fear due to the pandemic. Elderly less often than young people report that anxiety or stress associated with coronavirus negatively affects their mental health (31 versus 49%, respectively), but they are initially at risk of deteriorating mental health due to feelings of loneliness and heavy loss [cit. by 29].

In 2018, more than $\frac{1}{4}$ (27%) of the elderly in the United States declared themselves lonely; 14% reported daily-monthly depression; 23% experience anxiety daily-monthly. The elderly are particularly vulnerable to depression, often misdiagnosed and underestimated. The prevalence of depression is increased among those in need of home medical care and those hospitalized. In 2018, the elderly committed every fifth suicide in the United States; more than 80% of suicide attempters are men. In Russia, the LS of the elderly approximately corresponds to that of middle-aged men (maximum), representing a unique "two-humped" LS curve; gender ratio is close to 1: 1. The ratio of attempts and suicides is the same, which indicates the reasonableness of the elderly people's SB and the fragility of their physical condition [30].

Along with loneliness, the leading motive of SB is a sense of burden, according to the interpersonal theory of suicide T. Joiner.

Children and teens. Schools were closed to slow down the spread of coronavirus, affecting hundreds of millions of students, their parents or guardians. Mental health problems may increase due to separation from peers; access to psychiatric care can be difficult in the vacuum of counselors. One in ten teenagers

ванном поведением и может привести к зависимости в зрелом возрасте.

В связи с долгосрочным закрытием детских садов и школ многие родители испытывают нарушения повседневной жизни: среди родителей с детьми до 18 лет три из пяти (57%) женщин говорят, что беспокойство или стресс, связанные с коронавирусом, негативно повлияли на их психическое здоровье, по сравнению с 36% женщин две недели назад. Женщины с детьми до 18 лет чаще сообщают о негативных последствиях психического здоровья, чем контроль мужчин (57 против 32%, соответственно) [цит. по 10].

Больные с сопутствующими телесными болезнями. Факторами риска тяжелого течения и смерти от COVID-19 служат ожирение, сахарный диабет и сосудистая гипертензия, нередко сочетанные у пожилых.

«Нью-Йорк пост»: больной раком повесился в больнице после положительного теста на коронавирус.

После вспышки атипичной пневмонии 2003 г. всплеск самоубийств пожилых.

Телесные болезни могли развиваться на фоне психического недуга, затем проторившего дорогу и новому вирусу.

«Страх и печаль, надолго овладевшие человеком, располагают к болезням». *Гиппократ*.

Расстройства психического здоровья часто сопутствуют этим и другим хроническим заболеваниям. Более 1/2 (53%) людей с удовлетворительным или плохим состоянием здоровья сообщили, что беспокойство или стресс, связанные с коронавирусом, негативно повлияли на их психическое здоровье, по сравнению с 44% с отличным, очень хорошим или хорошим состоянием здоровьем. Из имеющих удовлетворительное или плохое здоровье, 29% сообщили о серьёзном негативном влиянии на их психическое здоровье, по сравнению с 17% с отличным или хорошим здоровьем [цит. по 10].

Лица с ограниченными возможностями различной природы изначально страдают от одиночества, хронических болезней, нуждаются в сторонней бытовой помощи и лекарственного обеспечения. Чрезмерная опека усугубляет выученную беспомощность. Можно, по примеру 90-х гг. XX века, временный рост не только соматической, но и психиатрической инвалидности в связи с длительным ухудшением психического состояния и ограничением рынка труда (особо важно для больных с неустойчивым трудоустройством).

Зависимые от психоактивных веществ (ПАВ). Один из трёх жертв самоубийств в момент смерти в опьянении. Напротив, ограничение употребления спиртного ведёт к снижению УС [31]. Национальный институт по борьбе со злоупотреблением наркотиками США отметил потенциальную связь тяжелого COVID-19 и злоупотребления ПАВ.

aged 12-17 suffer from depression and / or anxiety. Suicide is the second leading cause of mortality among adolescents (LS in this age group usually fluctuates, but the tendency is to increase, especially as a mirror image of elder's distress); suicidal and non-suicidal self-injuries are typical. The use of surfactants by adolescents is often combined with other risky behaviors and can lead to addiction in adulthood.

Due to the long-term closure of kindergartens and schools, many parents experience disruptions in their daily lives: among parents with children under 18, three out of five (57%) women say that anxiety or stress associated with coronavirus negatively affected their mental health, compared to 36% of women two weeks ago. Women with children under 18 are more likely to report negative mental health consequences than male control (57 vs. 32%, respectively) [cit. by 10].

Patients with concomitant bodily diseases. Risk factors for severe course and death from COVID-19 are obesity, diabetes mellitus and vascular hypertension, often combined in the elderly.

New York Post: A cancer patient hangs herself in a hospital after a positive coronavirus test.

After the outbreak of SARS in 2003, there was a surge in suicides of the elderly.

Physical illnesses could develop on the background of a mental illness that paved the way for a new virus.

“Fear and sorrow that have possessed a man for a long are conducive to disease.” *Hippocrates*.

Mental health disorders often accompany these and other chronic diseases. More than 1/2 (53%) of people with satisfactory or poor health reported that anxiety or stress associated with coronavirus negatively affected their mental health, compared to 44% with excellent, very good or good health. Of those with satisfactory or poor health, 29% reported a serious negative effect on their mental health, compared to 17% with excellent or good health [cit. by 10].

Persons with disabilities of various nature initially suffer from loneliness, chronic illnesses, and need third-party household assistance and drug provision. Excessive care exacerbates learned helplessness. It is possible, following the example of the 90s. of the twentieth century to see a temporary increase not only in somatic, but also in psychiatric disability due to the long-term deterioration of the mental state and limitation of the labor market (especially important for patients with unstable employment).

Substance-addicted. One of three victims of suicide at the time of death were intoxicated. On the contrary, limiting the use of alcohol leads to a decrease in LS [31]. The

Психически больные. Пандемия COVID-19 и экономический спад неблагоприятно влияют на зарегистрированных психически больных и, вероятно, повысит психиатрическую заболеваемость, вызывают новые препятствия помощи. Во время неопределённости и страха будут усугубляться проблемы психических расстройств, злоупотребления ПАВ. Эпидемии вызывают общий стресс населения и могут привести к возникновению проблем психического здоровья и употребления ПАВ: около ½ (45%) взрослых в США сообщают о тревоге и стрессе по поводу вируса [цит. по 10].

Угроза COVID-19 усугубила психические расстройства лиц с изначально низкой стрессоустойчивостью. Можно предвидеть включение в бредовую структуру версий «злоумышленного заражения», при бредовой депрессии идей «расплаты» за грехи человечества перед природой (матерью-Землей), культивируемых гипотезой Геи.

Психически больные подвержены заражению COVID-19 в лечебницах и интернатах. Сотни психически больных заражены в Китае [32].

По мере распространения пандемии бремя психического нездоровья, вероятно, будет увеличиваться, так как меры для замедления распространения вируса, как социальное дистанцирование, закрытие предприятий и школ, заказы на дому, ведут к большей изоляции и финансовым трудностям. Хотя эти меры общественного здравоохранения необходимы для предотвращения гибели людей в связи с COVID-19, они подвергают многих людей испытанию изоляции и потери работы. Чувство тревоги все более распространено, так как люди боятся заболеть собой или близкими и последствий пандемии.

В 2018 г менее ½ (44%) больных «серьёзными»¹ психиатрическими расстройствами сообщили о посещении специалиста в прошлом году. Они реже застрахованы и не могут позволить себе психиатрическую помощь, особо при сопутствующем злоупотреблении ПАВ. Безработные теряют страховое покрытие, лишь некоторые восстанавливают его через Medicaid и др.

Ограниченный доступ к психиатрической помощи объясняют нехваткой специалистов, которая усугубится пандемией.

Психические расстройства и СП медиков. УС профессионалов повышен [33].

Выгорание и напряжение «передовых работников здравоохранения». Медработники боятся заразиться и заразить семьи, друзей и коллег, (само-) стигматизированы; обдумывали увольнение и сообщили о высоком уровне дистресса, тревоги и депрессии с долгосрочными психологическими последствиями.

U.S. National Institute on Drug Abuse noted a potential association between severe COVID-19 and substance abuse.

Mentally ill. The COVID-19 pandemic and economic downturn adversely affect registered mentally ill patients and are likely to increase psychiatric morbidity and cause new barriers to care. During uncertainty and fear, problems of mental disorders and abuse of surfactants will be exacerbated. Epidemics cause general stress in the population and can lead to mental health problems and substance abuse: about ½ (45%) of adults in the USA report anxiety and stress about the virus [cit. 10].

The threat of COVID-19 exacerbated the mental disorders of individuals with initially low stress tolerance. One can foresee the inclusion of “malicious infection” versions in the ravings structure, with delusional depression of the ideas of “reckoning” for the sins of mankind.

Mentally ill patients are exposed to COVID-19 infection in hospitals and boarding schools. Hundreds of mentally ill people are infected in China [32].

As the pandemic spreads, the burden of mental ill-health is likely to increase, as measures to slow the spread of the virus, such as social distance, shutting down businesses and schools, and home orders, lead to greater isolation and financial difficulties. Although these public health measures are necessary to prevent deaths due to COVID-19, they expose many people to isolation and job loss. A sense of anxiety is becoming more common, as people are afraid of both getting sick of themselves or loved ones, and the consequences of a pandemic.

In 2018, less than ½ (44%) of patients with serious¹ psychiatric disorders reported a visit to a specialist last year. They are less likely to be insured and cannot afford psychiatric care, especially with concomitant substance abuse. Unemployed people lose insurance coverage, only a few restore it through Medicaid and alike.

Limited access to mental health services is attributed to a lack of specialists, which will be exacerbated by the pandemic.

Mental disorders and SB in doctors. LS of professionals increased [33].

Burnout and stress of “advanced healthcare workers”. Health workers are afraid of becoming infected and infecting their families, friends and colleagues, they are often stigmatized by themselves; pondered dismissal and reported high levels of distress, anxiety and depression with long-term psychological consequences.

¹ Обычно к ним относят аффективные расстройства и группу шизофрений в связи с высоким риском хронификации и инвалидности / They usually include affective disorders and a group of schizophrenia due to the high risk of chronicity and disability.

Сотни профессионалов инфицированы в Китае [32].

На заре COVID-19 в конце января - начале февраля 2020 г. в поперечном опросе 1257 врачей и медсестер (62%) 25-40 лет (77% женщин) из 34 больниц выявлены симптомы депрессии у 50%, тревоги (45%), бессонницы (34%), психологического дистресса (71,5%), особенно у медсестер, непосредственно вовлечённых в диагностику, лечение и уход за больными COVID-19 или находящимися под наблюдением [34]. В конце февраля – у каждого пятого (18%) [цит. по 35].

Для сравнения, при вспышке SARS в 2003 г. большинство (89%) медработников «первой линии помощи» зараженным отметили психиатрические симптомы [36], и более 1/3 (35%) – спустя год [37, 38].

Источники потенциально суицидогенного дистресса в уязвимости и потере контроля, страхе самозаражения и причинения вреда близким, напряженной работе и тщете усилий по спасению безнадежных, обособленности в коллективе [39].

Новым вирусом заражены более 6000 медицинских работников: 10% заболевших в Италии.

У медсестры (49), работавшей с больными COVID-19, появился жар, тестирована на коронавирус. После двух дней самоизоляции покончила с собой, не дождавшись результата.

Медсестра отделения интенсивной терапии Даниэла (34) покончила с собой на карантине в страхе, что заразила окружающих.

Национальная федерация медсестёр выразила боль и смутение: «Состояние и стресс наших специалистов у всех на виду».

В день смерти Даниэлы покончила с собой медсестра (20) из Великобритании, тоже боец передней линии борьбы с пандемией.

... В Польше инфицированный коронавирусом врач покончил жизнь самоубийством.

Вал подтверждённых и подозреваемых случаев болезни, чрезмерная рабочая нагрузка, нехватка средств индивидуальной защиты и реанимационного оборудования, лекарств и чувство недостаточной поддержки усугубляют бремя работы на переднем крае борьбы с COVID-19.

Нехватка материалов и растущий приток подозреваемых и фактических случаев COVID-19 способствуют давлению и проблемам работников здравоохранения [40].

Медсестры, лечащие пациентов с COVID-19, подвержены наибольшему риску заражения из-за их тесного и частого контакта с пациентами и работы дольше, чем обычно. Большинство (71,5%) неопытных медсестер [35]. При вспышке атипичной пневмонии медсестры отделений неотложной помощи были более склонны к дистрессу и разобщению, чем врачи [39].

На ранней стадии эпидемии медсестры менее вероятно предупреждены о воздействии или обеспечены надлежащими средствами защиты [41].

Hundreds of professionals are infected in China [32].

At the dawn of COVID-19 in late January-early February 2020, a cross-sectional survey of 1257 doctors and nurses (62%) 25-40 years old (77% women) out of 34 hospitals revealed symptoms of depression in 50%, anxiety (45%), insomnia (34%), psychological distress (71.5%), especially in nurses directly involved in the diagnosis, treatment and care of patients with COVID-19 or under supervision [34]. At the end of February, it was one in five (18%) [cit. by 35].

For comparison, during the SARS outbreak in 2003, the majority (89%) of first-line care workers reported psychiatric symptoms [36], and more than 1/3 (35%) did so a year later [37, 38].

Sources of potentially suicidogenic distress are vulnerability and loss of control, fear of self-infection and harm to loved ones, hard work and futility of efforts to save the hopeless, isolation in the team [39].

More than 6,000 medical workers are infected with the new virus: 10% of cases in Italy.

A nurse (49) who worked with COVID-19 patients developed fever and was tested for coronavirus. After two days of self-isolation, she committed suicide without getting the results.

Intensive care unit nurse Daniela (34) committed suicide in quarantine in fear that she had infected others.

The National Federation of Nurses expressed pain and confusion: "Everybody can see the condition and stress of our specialists."

On the day of Daniela's death, a nurse from the UK committed suicide (20), also a front-line fighter against the pandemic.

... In Poland, a coronavirus-infected doctor committed suicide.

A bunch of confirmed and suspected cases of illness, excessive workload, lack of personal protective equipment and resuscitation equipment, drugs and a feeling of lack of support exacerbate the burden of work at the forefront of the fight against COVID-19.

Lack of materials and a growing influx of suspected and actual cases of COVID-19 contribute to the pressure and problems of health workers [40].

Nurses treating patients with COVID-19 are at greatest risk of infection due to their close and frequent contact with patients and longer than usual working hours. The majority of nurses are (71.5%) inexperienced [35]. During the outbreak of SARS, emergency room nurses were more prone to distress and dissociation than doctors [39].

At an early stage of the epidemic, nurses are less likely to be warned of exposure or provided with appropriate protective equipment [41].

У «столпов силы» накапливается усталость от страдания – эмоциональное истощение от заботы о пациентах с мрачным прогнозом, вынуждены принимать трудные этические решения в отношении распределения ограниченных ресурсов.

Неудовлетворительное психическое здоровье медработников, повышенная тревожность или психические расстройства людей с плохим физическим здоровьем, с психическими заболеваниями и употреблением ПАВ до пандемии, лицам, недавно пострадавшим требуются услуги по охране психического здоровья и употреблению психоактивных веществ. Пандемия высвечивает существующие и новые барьеры на пути к услугам по охране психического здоровья и расстройств, связанных с употреблением ПАВ [10].

Медсестры, врачи, водители «скорой помощи», медрегистраторы и другие специалисты, оказывающие непосредственную помощь пострадавшим от COVID-19, могут быть подвержены дополнительным факторам стресса: стигматизация; строгие меры биобезопасности: физическая нагрузка от защитного снаряжения; физическая изоляция, снижающая уровень комфорта больных; постоянная ответственность и напряжение; соблюдение строгих процедур, исключающих спонтанность и независимость; повышенные требования как удлинение рабочего дня, количества пациентов; необходимость отслеживания последней информации по COVID-19; снижение возможности социальной поддержки из-за напряжённого графика работы и стигматизации; недостаточность личных ресурсов или возможности заботы о себе, особо инвалидов; недостаточность информации о длительности воздействия на инфицированных COVID-19; страх заражения COVID-19 близких и друзей [здесь и далее цит. по 23].

Половина (51%) домохозяек работников здравоохранения сообщили о беспокойстве и стрессе по поводу коронавируса и негативном влиянии на их психическое здоровье по сравнению с 44% не живущих с медиком [10]. Данные высвечивают проблему бремени любой болезни в аспекте т.н. неуловимых потерь как дистресс, страх, (само) стигматизация.

В любой эпидемии обычно испытывают стресс и беспокойство на национальном и личном уровнях, отмечает мартовский документ ВОЗ.

Косвенные отрицательные эффекты пандемии.

Даже по миновании актуальной медицинской угрозы в мире будут бороться с психологическими травмами и разглаживать шрамы травмы многие лета, наученные опытом выживших. У коронавируса возможен волнообразный эффект на СП на местном, государственном и международном уровнях, особо на основе истерических общественных реакций, включая озадачивающее недоверие к медицинским профессионалам.

Чума лишила их способности оценочных суждений. И

The “pillars of power” accumulate fatigue from compassion – emotional exhaustion from caring for patients with a gloomy prognosis, forced to make difficult ethical decisions regarding the distribution of limited resources.

Unsatisfactory mental health of health workers, increased anxiety or mental disorders of people with poor physical health, mental illness and substance abuse before the pandemic, people who have recently suffered trauma need mental health services and help with substance abuse. A pandemic highlights the existing and new barriers to mental health and substance abuse disorders services [10].

Nurses, doctors, ambulance drivers, medical registrars and other specialists who provide direct assistance to victims of COVID-19 may be subject to additional stress factors: stigma; strict biosafety measures: physical activity from protective equipment; physical isolation that reduces patient comfort; constant responsibility and stress; adherence to strict procedures that exclude spontaneity and independence; increased requirements like lengthening of the working day, the number of patients; the need to keep track of the latest COVID-19 information; reduced opportunities for social support due to busy schedules and stigmatization; lack of personal resources or the possibility of caring for oneself, especially people with disabilities; lack of information on the duration of exposure to infected COVID-19; fear of acquiring COVID-19 relatives and friends [hereinafter cit. by 23].

Half (51%) of health workers families reported anxiety and stress about coronavirus and a negative impact on their mental health compared with 44% of those not living with a physician [10]. The data highlight the burden of any disease in the aspect of the so-called subtle losses like distress, fear, (self) stigmatization.

In any epidemic, they usually experience stress and anxiety at the national and personal levels, the WHO March report notes.

Indirect negative effects of a pandemic.

Even after the current medical threat is over, the world will fight psychological trauma and smooth out the scars of trauma for many years, taught by the experience of survivors. The coronavirus may have a wavy effect on SB at the local, state and international levels, especially on the basis of hysterical public reactions, including a puzzling distrust of medical professionals.

The plague robbed them of value judgments. And this was evident at least because no one was now interested in the quality of clothes or food purchased. They took everything indis-

это было видно хотя бы потому, что никто уже не интересовался качеством покупаемой одежды или пищи. Принимали всё без разбора. А. Камю «Чума».

Препятствия медицинской помощи. Медицинские учреждения поднимают вопросы общей и дифференцированной проверки COVID-19. В некоторые лечебницы вход посетителей и спонтанных больных запрещен, отменены плановые операции. Острые и хронические больные откладывают обращение к врачу из-за опасений контакта с Covid-19, как и родители больных детей. Возможный дефицит лекарств. Возможен неадекватный выбор (антивирусных) препаратов с малоизученными (депрессогенными) нежелательными действиями без учёта межлекарственного взаимодействия (востребован клинический фармаколог). Возможны случайная и намеренная передозировка новых - старых препаратов. Неофобы с опаской оценивают новые назначения. «Нет ничего обманчивее очевидного факта»: «эпигенетические часы» тикают в приёмных покоях и реанимационных палатах. Реален дефицит, отток медперсонала (обученного и «хоть какого»), медоборудования (от средств индивидуальной защиты до аппаратов искусственного дыхания) при отсутствии навыков и организации работы в уникальных условиях. Вследствие ошибочного диагноза (ложно положительной пробы) возможно ятрогенное усиление риска СП.

Препятствия психиатрического лечения (например, отменённые встречи с врачом, процедуры, нехватка и перебои с лекарствами, перегруженность врачей и психиатрических палат, ограничения визитов к больным и их передвижение в отделении). СМИ следует указать приоритет охраны психического здоровья наряду с анализом практических трудностей общественного здравоохранения. Переполненные скоромощные и психиатрические отделения негативно сказываются на помощи суицидентам как пациентам «второго сорта», а врачи в цейтноте могут не выявить своевременно суицидальный риск «непрофильного» пациента. При зауженности на COVID-19 у психиатра (консультанта) соблазн упростить и психологически объяснить аффективное расстройство, чтобы нормализовать позицию пациента: «депрессия, подобная депрессии, или депрессия-облегченная» и заявить нетерпеливо: «следующий» (эвфемизм «get out of my emergency room», GOMER). Возможна и гипердиагностика депрессии с недифференцированным назначением «безопасных новых» антидепрессантов как средства «психофармакосметики». При фасадном поведенческом и субъективном раннем ответе (ослабление дисфории) возможна неспецифическая активизация с повышением риска СП и самоповреждений.

Итак, постоянный страх, беспокойство, чувство неопределённости и дистресс могут привести к долгосрочным последствиям для населения, семей и уязвимых лиц [цит. по 23]: ослабление социальных связей, местной динамики и экономики; стигма по отношению

criminally. A. Camus «The Plague.»

Obstacles to medical care. Medical facilities raise the issue of COVID-19 general and differential testing. In some hospitals, visitors and spontaneous patients are prohibited, scheduled operations are canceled. Acute and chronic patients postpone treatment due to fears of contact with Covid-19, as well as the parents of sick children. There can be deficiency of drugs. Inadequate selection of (antiviral) drugs with poorly studied (depressogenic) undesirable effects without taking into account different drugs interaction is possible (a clinical pharmacologist is in demand). An accidental and intentional overdose of new-old drugs is possible. Neophobes cautiously evaluate new appointments. “There is nothing more deceptive than an obvious fact”: “epigenetic clocks” are ticking in emergency rooms and intensive care units. There is a real shortage, outflow of medical staff (trained and “at least somewhat trained”), medical equipment (from personal protective equipment to artificial lung respiration apparatus) in the absence of skills and organization of work in unique conditions. Due to an erroneous diagnosis (false positive tests), an iatrogenic increase in the risk of SB becomes possible.

Obstacles to psychiatric treatment (for example, canceled appointments with a doctor, procedures, shortages and interruptions in medicine, overloaded doctors and psychiatric wards, restricting visits to patients and moving them to the ward). The media should indicate the priority of mental health along with an analysis of the practical difficulties of public health. Overfilled, fast-moving and psychiatric departments adversely affect the care of suicides as second-class patients, and doctors under time limit may not identify the suicidal risk of a non-core patient in a timely manner. When the psychiatrist (consultant) is narrowed by COVID-19, the temptation is to simplify and psychologically explain the affective disorder in order to normalize the patient’s position: “depression, similar to depression, or light depression” and ask impatiently for the next patient (euphemism “get out of my emergency room”, GOMER). It is also possible to over-diagnose depression with the undifferentiated administration of “safe new” antidepressants as a means of “psychopharmacocosmetics”. With a facade behavioral and subjective early response (weakening of dysphoria), non-specific activation is possible with an increased risk of SB and self-harm.

So, constant fear, anxiety, a sense of uncertainty and distress can lead to long-term consequences for the population, families and

к выздоровевшим, приводящая к отторжению; гнев и агрессия по отношению к правительству и специалистам, оказывающим непосредственную помощь пострадавшим; против детей, меж супругами, партнерами и членами семьи (рост домашнего насилия¹); недоверие к информации, предоставленной правительством и другими органами власти. Люди с развивающимися или уже имеющимися психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, могут претерпеть рецидивы и другие негативные последствия при избегании медицинских учреждений или затрудненном доступе к медицинским услугам.

Некоторые страхи проистекают из реальных опасностей, но многие реакции и поведение порождены недостатком знаний, слухами и дезинформацией.

Облегченный доступ к средствам суицида. СМИ сообщают о росте продаж оружия в США по мере продвижения COVID-19 («мой дом – моя крепость»?). Огнестрельное оружие наиболее распространённый (и самый смертоносный) метод самоубийства в США, и владение огнестрельным оружием или доступ к нему и небезопасное хранение связаны с повышенным риском [42].

Целые селения, целые города и народы заражались и сумасшествовали. Все были в тревоге и не понимали друг друга, всякий думал, что в нём в одном и заключается истина, и мучился, глядя на других, бил себя в грудь, плакал, ломал себе руки. Не знали, кого и как судить, не могли согласиться, что считать злом, что добром. Не знали, кого обвинять, кого оправдывать. Люди убивали друг друга в какой-то бессмысленной злобе. Собирались друг на друга целыми армиями, но армии, уже в походе, вдруг начинали сами терзать себя, ряды расстраивались, воины бросались друг на друга, кололись и резались, кусали и ели друг друга. В городах целый день били в набат: созывали всех, но кто и для чего зовет, никто не знал того, а все были в тревоге. *Ф. Достоевский «Преступление и наказание».*

Для России актуальнее ограничение бесконтрольных продаж и неадекватных назначений (фармакоэпидемиологический аудит), хранения лекарственных (психотропных) средств; продажи спиртного (если уж не борьба с самогоноварением).

Социальная стигма и дискриминация в связи с COVID-19, в том числе в отношении инфицированных, их семей, медработников и других специалистов, оказывающих помощь пострадавшим от COVID-19. Необходимо предпринимать меры для устранения стигмы и дискриминации на всех этапах реагирования на COVID-19; позаботиться о ресоциализации пострадавших от COVID-19.

Оптимистический сценарий: вызовы и надежда.

vulnerable people [cit. by 23]: the weakening of social ties, local dynamics and the economy; stigma towards survivors leading to rejection; anger and aggression against the government and specialists who provide direct assistance to the victims; aggressiveness towards children, spouses, partners and family members (domestic violence¹ tends to increase); distrust to the information provided by the government and other authorities. People with developing or existing mental disorders and substance abuse disorders may experience relapses and other negative consequences when avoiding medical facilities or having difficulty accessing medical services.

Some fears stem from real dangers, but many reactions and behavior are caused by a lack of knowledge, rumors and misinformation.

Facilitated access to suicide. The media reports an increase in firearms sales in the United States through the promotion of COVID-19 (Is it literally “my home is my fortress”?). Firearms are the most common (and deadliest) suicide method in the United States, and possession or access to firearms and unsafe storage are associated with its increased risk [42].

Entire villages, entire cities and peoples became infected and insane. Everyone was anxious and did not understand each other, everyone thought that the truth lies in it alone, and was tormented by looking at others, beating himself in the chest, crying, breaking their hands. They did not know who and how to judge, could not reach agreement in what to consider evil, what to consider good. They didn't know who to blame and who to justify. People were killing each other in some kind of senseless malice. They gathered together in whole armies, but the armies, already on the march, suddenly began to torment themselves, the ranks were upset, the soldiers rushed at each other, pricked and cut, bit and ate each other. In the cities they beat the alarm all day: they convened everyone, but who and why was calling, nobody knew that, and everyone was in alarm. *F. Dostoevsky "Crime and Punishment".*

For Russia, it is more relevant to limit uncontrolled sales and inadequate appointments (pharmaceutical-epidemiological audit), storage of medicines (psychotropic) drugs; sales of alcohol (at least the fight against home brewing).

Social stigma and discrimination in connection with COVID-19, including in relation to the infected, their families, health workers and other professionals providing assistance to victims of COVID-19. Measures must be taken to eliminate stigma and discrimination at all stages of the response to COVID-19; take care of the resocialization of the victims of

¹ Картинка в Сети: женщина, изнемогающая в карантине с мужем: «Перестань хлопать ресницами. Бесит» / An image on the Web: a woman who is exhausted in quarantine with her husband: “Stop clapping your eyelashes. It pisses me off.”

Нет ни одного даже самого прискорбного события, в котором не было бы своих хороших сторон.

А. Камю «Чума»

Будущее туманно, но не фатально и однозначно мрачно.

Пандемии изменяют взгляды на здоровье и смерть, делая жизнь более ценной, смерть – более страшной, а самоубийства – менее вероятными.

Единственный способ объединить людей – это насладиться на них чумой. *А. Камю «Чума».*

УС снижается во время войн и национальных бедствий, спланированных и мобилизующих нацию, по Дюркгейму, востребованному при макроэкономическом и социологическом анализе СП. «Эффект мобилизации» укрепляет социальную связанность. Так, Первая мировая война («травматическая эпидемия», по Н.И. Пирогову) не увеличила УС в США, в отличие от (увы) последующей пандемии гриппа 1918 г. [43].

... факты далеко не подтверждают обыденного мнения, что самоубийства вызываются главным образом тяготами жизни; наоборот, число их уменьшается по мере того, как существование становится тяжелее ... Э. Дюркгейм «Самоубийство».

Разрозненные данные подтверждают снижение психиатрической заболеваемости и УС в СССР в 1941-45 гг.

Люди могут испытать позитивный опыт во время вспышки COVID-19 [цит. по 23], например, гордость, что проявили жизнестойкость и справились с трудностями¹. Столкнувшись с бедствием, люди часто альтруистичны и готовы помочь друг другу, испытывая глубокое удовлетворение. Примерами подобного поведения в охране психического здоровья и психосоциальной поддержке могут быть: поддержка социального контакта с находящимися в изоляции, с помощью телефонных звонков, текстовых сообщений и радио; обмен информацией, особо с не пользующимися социальными сетями; помощь разлученными с семьями и опекунами.

Меры общественного здравоохранения и предотвращение самоубийств:

«... надо быть спокойным и упрямым...».

Ключевыми элементами противодействия пандемии служит интегрированная национальная система здравоохранения с мощным эпидемиологическим мониторингом и лабораторным потенциалом. Наша система здравоохранения имеет сильную стационарную часть и систему мер, направленную на профилактику (министр здравоохранения РФ, апрель 2020).

Признавая последствия пандемии COVID-19 для психического здоровья, Департамент психического здоровья ВОЗ опубликовал, с опорой на доказательные

COVID-19.

Optimistic scenario: challenges and hope.

There is not even a single most unfortunate event in which there would be no good sides.

A. Camus "The Plague"

The future is foggy, but not fatal and definitely bleak.

Pandemics change attitudes to health and death, making life more valuable, death more terrible, and suicides less likely.

The only way to bring people together is to send plague on them. *Albert Camus. "The Plague".*

LS is reduced during wars and national disasters, uniting and mobilizing the nation, according to Durkheim, demanded by the macroeconomic and sociological analysis of SB. The "mobilization effect" strengthens social cohesion. For example, the First World War ("traumatic epidemic" according to N.I. Pirogov) did not increase the LS in the United States, unlike (alas) the subsequent influenza pandemic of 1918 [43].

... the facts are far from confirming the common opinion that suicides are caused mainly by the hardships of life; on the contrary, their number decreases as existence becomes heavier ... *Durkheim. "Suicide".*

Scattered data confirm a decrease in psychiatric morbidity and diabetes in the USSR in 1941-45.

People may experience positive experiences during the outbreak of COVID-19 [cit. by 23], for example, pride for showing vitality and coping with difficulties¹. Faced with disaster, people are often altruistic and willing to help each other, experiencing deep satisfaction. Examples of such behaviors in protecting mental health and psychosocial support include: maintaining social contact with those in isolation through phone calls, text messages and radio; exchange of information, especially with people who do not use social networks; help those separated from their families and guardians

Public health measures and suicide prevention:

"... you have to be calm and stubborn ...".

A key element of the pandemic response is the integrated national health system with strong epidemiological monitoring and laboratory capacity. Our healthcare system has a strong inpatient unit and a system of measures aimed at prevention (Minister of Health of the Russian Federation, April 2020).

Recognizing the mental health effects of the COVID-19 pandemic, the WHO Department of Mental Health has published, based

¹ Показателен вал юмористических мемов, гифок, «жаб», анекдотов и скороспелых стихов и песен в Сети по поводу «корона» и карантина: «Мир выжил, потому что смеялся» / The splash of humorous memes, gifs, jokes and early poems and songs on the Web based on the "crown" and quarantine is indicative: "The world survived because it laughed."

систематизированные данные, отчасти приведённые выше, список соображений, касаемо психического и психосоциального благополучия населения в целом и групп высокого риска, включая работников здравоохранения, детей и пожилых [цит. по 23]

В рекомендациях ВОЗ *ни слова* о риске СП, но их можно рассматривать как свод общих профилактических антикризисных мер и на различных организационно - функциональных уровнях, включая группы риска в рамках селективной профилактики [44].

Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в условиях COVID-19.

Общая профилактика.

Он открыл шкаф, вынул из стерилизатора две гигроскопические маски, протянул одну Рамберу и посоветовал надеть. Журналист спросил, предохраняет ли маска хоть от чего-нибудь, и Тарру ответил: нет, зато действует на других успокоительно. А. Камю «Чума».

Правительствам и здравоохранению предстоит безотлагательно разработать инициативы в области охраны психического здоровья, направленные на обучение общественности и работников здравоохранения, как наилучшим образом справляться с огромным давлением и тревогой; это может минимизировать психосоциальные потери в кризисные времена [цит. по 1]. Мы должны осуществлять целенаправленное наблюдение за психическим здоровьем групп риска, включая пациентов с диагнозом психического нездоровья и пожилых, с эффективным вмешательством для минимизации риска СП. Разработать программы охраны психического здоровья, специально для этой пандемии. Психосоциальные потребности пострадавших общие и уникальные, и вмешательства для психической реабилитации должны быть разработаны. Лечение должно быть ориентировано на кризис [цит. по 23].

Сообщения ВОЗ для населения [цит. по 23].

1. COVID-19 влияет на людей многих стран во многих географических точках. Не приписывайте заболевание лицам конкретной этнической или национальной принадлежности. Будьте чуткими ко всем пострадавшим, в любой стране и за её пределами. Пострадавшие от COVID-19, не сделали ничего плохого и заслуживают нашей поддержки, сострадания и доброты.

2. Не называйте людей с COVID-19, лечащихся от COVID-19 или «выздоровливающих – «больными», «случаями COVID-19», «жертвами», «семьями COVID-19». По выздоровлению их жизнь будет продолжаться на рабочих местах с семьями и близкими. Важно отделить человека от личности, определённой COVID-19, чтобы уменьшить стигму.

3. Минимизируйте просмотр, чтение или прослушивание новостей о COVID-19, вызывающих беспокойство; ищите информацию из надёжных источников, чтобы могли предпринять практические шаги, плани-

on evidence-based, systematic evidence, partly cited above, a list of considerations regarding the mental and psychosocial well-being of the general population and high-risk groups, including health workers, children and the elderly [cit. by 23]

The WHO recommendations *do not say a word* about the risk of SB, but they can be considered as a set of general preventive anti-crisis measures and at various organizational and functional levels, including risk groups in the framework of selective prevention [44].

Mental health and psychosocial support in COVID-19.

General prevention.

He opened the cabinet, took out two hygroscopic masks from the sterilizer, handed one to Rambera and advised him to put it on. The journalist asked if the mask protects at least something, and Tarru replied: no, but it has a calming effect on others. A. Camus "The Plague".

Governments and healthcare system will have to urgently develop mental health initiatives to educate the public and health workers on how to best deal with tremendous pressure and anxiety; this can minimize psychosocial losses in times of crisis [cit. by 1]. We must conduct targeted monitoring of the mental health of risk groups, including patients with a diagnosis of mental illness and the elderly, with effective intervention to minimize the risk of SB. We need to develop mental health programs specifically for this pandemic. The psychosocial needs of the victims are both common, and unique, and interventions for mental rehabilitation should be developed. Treatment should be crisis oriented [cit. 23].

WHO messages to the public [cit. 23].

1. COVID-19 affects people in many countries in many geographical locations. Do not attribute the disease to individuals of a particular ethnic or national origin. Be sensitive to all affected people, in any country and beyond. The victims of COVID-19 have done nothing wrong and deserve our support, compassion and kindness.

2. Do not call people with COVID-19, those treated for COVID-19 or recovering from it "sick", "cases of COVID-19", "victims", "families with COVID-19". Upon recovery, their lives will continue in the workplace with families and loved ones. It is important to separate the person from the personality identified by COVID-19 in order to reduce stigma.

3. Minimize the viewing, reading, or listening to disturbing COVID-19 news; look for information from reliable sources so that you can take practical steps, plan and protect yourself and your loved ones. Look for information updates at specific times during the day, once or twice. A sudden and constant stream of

ровать и защитить себя и близких. Ищите обновления информации в определённое время в течение дня, один или два раза. Внезапный и постоянный поток новостных сообщений о вспышке может вызвать у кого-то беспокойство. Получать факты, а не слухи, а дезинформация. Регулярно получайте сообщения веб-сайта ВОЗ и местных органов здравоохранения, чтобы отличить факты от слухов и уменьшить напрасные страхи.

4. Защитите себя и поддерживайте других. Помощь другим в трудную минуту может принести пользу получающему и дающему. Например, уточните соседей, нуждающихся в дополнительной помощи. Работая вместе, будем солидарны.

5. Найдите возможности усиления позитивных и обнадеживающих историй и позитивных образов, например, выздоровевших или поддерживавших любимого и готовых делиться опытом.

6. Уважайте ухаживающих за больными и работников здравоохранения, поддерживающих пострадавших от COVID-19. Признайте их роль в спасении жизни и обеспечении безопасности ваших близких.

Физическое – не социальное разобщение. Более 90% россиян поддерживают меры правительства РФ в пандемии (сайт стопкоронавирус.рф).

... для любящего знать в подробностях, что делает любимое существо, есть источник величайшей радости. *А. Камю «Чума».*

Жизненно важно поддерживать значимые отношения по телефону или в Сети, особо в группах риска СП. Социальные сети полезны для этих целей. Подавленные кризисом коронавируса должны искать общения и помощи с помощью звонков или видеоприложений, проводить время с семьёй дома. Рекомендованы регулярные физические упражнения (риск прибавки веса в связи с вынужденной адинамией), ограничение потребление алкоголя, витамин D (в связи с дефицитом инсоляции). Добровольческая деятельность, продуктовые карточки нуждающимся и выражение благодарности медработникам полезны психическому здоровью.

Селективная и указующая профилактика СП [44].

... в жизни человека не существует несчастий, влекущих его неизбежно к самоубийству, если он в силу чего-либо другого не склонен к нему сам. *Э. Дюркгейм.*

Особое внимание психическому здоровью женщин и медсестер лечащих пациентов с COVID-19 и в эпицентре эпидемии [34], работа передового медицинского работника с непосредственным участием пациентов с COVID-19 – независимый фактор риска для всех симптомов.

Скрининговая оценка дистресса и суицидоопасных психических расстройств. Patient Health Questionnaire (9 вопросов; ранжир 0-27 баллов), Generalized Anxiety Disorder scale (7 вопросов, ранжир 0-21), Insomnia Severity Index (7 вопросов, 0-28 баллов), Impact of Event Scale-Revised (22 вопросов; 0-88 баллов). Суммарные

news reports about an outbreak can cause concern for someone. Receive facts, not rumors or misinformation. Receive regular reports from the WHO website and local health authorities to distinguish facts from rumors and reduce fears.

4. Protect yourself and support others. Helping others in difficult times can benefit the receiver and the giver. For example, check in with neighbors who need extra help. Working together, we will be in solidarity.

5. Find opportunities to enhance positive and encouraging stories and positive images, for example, recovered or supporting a loved one and ready to share experiences.

6. Respect caregivers and healthcare workers supporting COVID-19 victims. Recognize their role in saving lives and ensuring the safety of your loved ones.

Physical is not social isolation. More than 90% of Russians support the Russian government's measures in a pandemic (stopkoronavirus.ru site).

... for the lover to know in detail what the beloved creature does, there is a source of great joy. *A. Camus "The Plague".*

It is vital to maintain meaningful relationships over the phone or through the Web, especially in SB risk groups. Social networks are useful for these purposes. Suppressed by the coronavirus crisis, they should seek communication and assistance with the help of calls or videocalls, and spend time with their families at home. Regular exercise is recommended (there is a risk of weight gain due to forced adynamia), limitation of alcohol consumption, vitamin D (due to deficiency of insolation). Volunteering, grocery cards for those in need, and expressing gratitude to health workers are good for mental health.

Selective and indicative prophylaxis of SB [44].

... in a person's life there are no misfortunes that inevitably entail suicide if, by virtue of something else, he is not inclined to it. *Durkheim.*

Particular attention is paid to the mental health of women and nurses in treating patients with COVID-19 and at the epicenter of the epidemic [34], the work of an advanced medical worker with the direct participation of patients with COVID-19 is an independent risk factor for all symptoms.

Screening assessment of distress and suicidal psychiatric disorders. Patient Health Questionnaire (9 questions; ranking 0-27 points), Generalized Anxiety Disorder scale (7 questions, ranking 0-21), Insomnia Severity Index (7 questions, 0-28 points), Impact of Event Scale – Revised (22 questions; 0-88 points). Total points: PHQ-9, absence (0-4 points), mild (5-9), moderate (10-14), severe (15-21) degrees of depression; GAD-7, normal

баллы: PHQ-9, отсутствие (0-4 баллов), лёгкая степень (5-9), умеренная (10-14), тяжёлая (15-21) степени депрессии; GAD-7, норма (0-4), лёгкая (5-9), умеренная (10-14), тяжёлая (15-21) тревога; ISI, отсутствие (0-7), подпороговая (8-14), умеренная (15-21), тяжёлая (22-28) бессонница; IES-R, отсутствие (0-8), лёгкий (9-25), умеренный (26-43), тяжёлый (44-88) дистресс. Нижняя граница оценки симптомов клинической депрессии, тревоги, бессонницы, дистресса 10, 7,15, 26 соответственно. Нужны валидизированные русскоязычные версии и предстоит уточнение набора опросников и шкал, заполняемых перед кабинетом интерниста и в медицинских коллективах.

Важно мониторировать соматическое и психическое состояние близких («выживших») перенесших инфекцию и/или находящихся в группе риска СП, а также жертв вируса и суицида, потенциально суицидоопасных.

В рамках указующей профилактики необходимо последовательное ведение суицидентов (в пред- и постсуицидальном периодах) на последовательных этапах общемедицинской и психиатрической (суицидологической) помощи.

*Сообщения для медработников*¹ [цит. по 23].

7. Чувство стресса, вероятно, переживание для вас и многих ваших коллег. Вполне нормально чувствовать себя так в нынешней ситуации. Стресс и связанные с ним чувства ни в коем случае не указывают невозможность работать и слабость. Управление вашим психическим здоровьем и психосоциальным благополучием в это время так же важно, как и управление физическим здоровьем.

8. Берегите себя. Выбирайте полезные стратегии совладания, как достаточный отдых и передышки в работе и меж сменами, есть достаточно и здоровую пищу, заниматься физическими упражнениями и общаться с семьей и друзьями. Избегайте вредных стратегий совладания, как курение табака, спиртного и иных наркотиков. В долгосрочной перспективе это ухудшит ваше психическое и физическое благополучие. Вспышка COVID-19 является уникальным и беспрецедентным сценарием для многих работников. Тем не менее, стратегии, работавшие в прошлом, чтобы справиться со стрессом, могут быть полезными сейчас. Вы человек, который, скорее всего, знает, как снять стресс и поддерживать себя психологически. Это не спринт, но марафон.

9. К сожалению, некоторых медработников избегают из-за стигмы и страха близкие и окружающие, что усложнит и так сложную ситуацию. По возможности, общайтесь с близкими посредством цифровых технологий. Обратитесь к коллегам, руководству или другим доверенным лицам за социальной поддержкой – у кол-

(0-4), mild (5-9), moderate (10-14), severe (15-21) anxiety; ISI, absence (0-7), subthreshold (8-14), moderate (15-21), severe (22-28) insomnia; IES-R, absence (0-8), mild (9-25), moderate (26-43), severe (44-88) distress. The lower bound for assessing the symptoms of clinical depression, anxiety, insomnia, distress is 10, 7.15, 26, respectively. Validated Russian-language versions are needed, and a set of questionnaires and scales to be filled before going to the internist's office and in medical teams is to be clarified.

It is important to monitor the somatic and mental state of loved ones (“survivors”) who have had the infection and / or are at risk of SB, as well as victims of the virus and suicide, potentially suicidal.

As part of the indicated prophylaxis, consistent management of suicides (in the pre- and post-suicidal periods) at the successive stages of general medical and psychiatric (suicidal) care is necessary.

*Messages for health workers*¹ [cit. 23].

7. Feeling stress is probably an experience for you and many of your colleagues. It is quite normal to feel like this in the current situation. Stress and feelings associated with it no way prove your inability to work and weakness. Managing your mental health and psychosocial well-being at this time is just as important as managing your physical health.

8. Take care of yourself. Choose useful coping strategies, like enough rest and respite at work and between shifts, eat healthy enough food, exercise, and socialize with family and friends. Avoid harmful coping strategies like smoking tobacco, alcohol, and other drugs. In the long run, this will worsen your mental and physical well-being. The COVID-19 flash is a unique and unprecedented scenario for many workers. However, strategies that have worked in the past to deal with stress can be useful right now. You are the person who most likely knows how to relieve stress and support yourself psychologically. This is not a sprint, but a marathon.

9. Unfortunately, some health workers are being avoided due to stigma and fear by relatives and friends, which will complicate an already difficult situation. Whenever possible, communicate with loved ones through digital technologies. Contact colleagues, management, or other trusted individuals for social support – colleagues may have similar experiences.

10. Use understandable ways to exchange messages with people with intellectual, cogni-

¹ В документе ВОЗ группа указаны первыми (возможно, не по ранжиру значимости) среди иных групп риска психосоциального дистресса и психических расстройств / In the WHO document, the group is listed first (possibly not by ranking) among other risk groups for psychosocial distress and mental disorders.

лег могут быть схожие переживания.

10. Используйте понятные способы обмена сообщениями с людьми с интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными нарушениями. Где возможно, используйте общение, не основанное исключительно на письменной информации.

11. Знать, как оказывать поддержку затронутым COVID-19 и как связать их с доступными ресурсами. Это особо важно для нуждающихся в психиатрической помощи и психосоциальной поддержке. Стигма может вызвать нежелание обращаться за поддержкой в связи с COVID-19 и психическими расстройствами. Руководство по гуманитарному вмешательству mhGAP (mhGAP Humanitarian Intervention Guide¹) представляет клиническое руководство для ведения приоритетных психических расстройств медработниками общего профиля.

Сообщения для руководителей медицинских учреждений [цит. по 23].

12. Обеспечение защиты персонала от хронического стресса и психического нездоровья означает, что вы способны выполнять свои функции. Текущая ситуация не исчезнет в одночасье, и следует сосредоточиться на долгосрочных профессиональных возможностях, а не на повторных краткосрочных реакциях на кризис.

13. Убедитесь, что у всех сотрудников качественная связь и обновления точной информации. Связь неопытных с более опытными коллегами, дружеские отношения обеспечат поддержку, контроль стресса и безопасность. Иницируйте, поощряйте и контролируйте перерывы работы. Внедрите гибкие графики работникам, подвергающимся воздействию или имеющему близкого, пострадавшего от стрессового события. Убедитесь, чтобы коллеги оказывали друг другу социальную поддержку.

14. Информировать сотрудников, где и как они могут получить психиатрическую помощь и психосоциальную поддержку, облегчить доступ к таким услугам. Руководители сталкиваются со стрессами сотрудников и могут испытывать дополнительное давление своей роли. Важно, чтобы вышеуказанные положения и стратегии были применимы как для работников, так и администраторов, и чтобы последние могли быть образцами подражания для совладания со стрессом.

15. Ориентируйте медсестер, водителей скорой помощи, волонтеров, сотрудников на карантинных участках, как обеспечить базовую эмоциональную и практическую поддержку пострадавшим через первую психологическую помощь.

16. Помощь при психических расстройствах (например, делирий, психоз, тяжелые тревога и депрессия) в учреждениях неотложной или общей медицинской помощи: может потребоваться обученный квалифицированный персонал для психиатрической и психо-

social and psychosocial disabilities. Where possible, use communication that is not based solely on written information.

11. Know how to support those affected by COVID-19 and how to cater them to available resources. This is especially important for those in need of psychiatric care and psychosocial support. Stigma can lead to a reluctance to seek support in connection with COVID-19 and mental disorders. The mhGAP Humanitarian Intervention Guide¹ provide clinical guidance for the management of priority mental disorders by general health care providers.

Messages for heads of medical institutions [cit. 23].

12. Protecting your staff from chronic stress and mental illness means that you are able to perform your functions. The current situation will not disappear overnight, and should focus on long-term professional opportunities, and not on repeated short-term reactions to the crisis.

13. Make sure all employees have good communications and accurate updates. Communication between inexperienced and more experienced colleagues, friendships will provide support, stress control and safety. Initiate, promote, and control work breaks. Introduce flexible schedules to workers who are exposed or have a loved one affected by a stressful event. Make sure colleagues give each other social support.

14. Inform employees where and how they can receive psychiatric care and psychosocial support, facilitate access to such services. Leaders face employee stress and may experience additional pressure from their role. It is important that the above provisions and strategies are applicable to both employees and administrators, and that the latter can be role models for coping with stress.

15. Train nurses, ambulance drivers, volunteers, employees in quarantine areas how to provide basic emotional and practical support to victims through the first psychological aid.

16. To help with mental health problems in emergency or general care settings (such as delirium tremens, psychosis, severe anxiety and depression) trained and qualified personnel may be required for psychiatric and psychosocial support (see mhGAP Humanitarian Intervention Guide)

17. Ensure the availability of essential, generic psychotropic drugs at all levels of healthcare. Chronically mentally ill or with epileptic seizures will require continuous ac-

¹ Требуется перевода, оценки и возможной адаптации к реалиям отечественного здравоохранения / Requires translation, evaluation and possible adaptation to the realities of domestic health care.

социальной поддержки (см. Руководство по гуманитарному вмешательству mhGAP).

17. Обеспечить наличие основных, непатентованных психотропных препаратов на всех уровнях здравоохранения. Хронически психически больным или с эпилептическими припадками потребуются непрерывный доступ к их лекарствам, и следует избегать внезапного прекращения их приёма.

Сообщения воспитывающим детей [цит. по 23].

18. Помогите детям найти позитивные способы выражения чувств, как страх и грусть. У каждого ребёнка свой способ выражения эмоций. Иногда участие в творческой деятельности, как игра или рисование, может облегчить этот процесс. Дети чувствуют облегчение, если могут выражать и передавать чувства в безопасной и благоприятной обстановке.

19. Держите детей рядом с родителями и семьей, если это безопасно. Если ребёнка необходимо разлучить с основным опекуном, убедитесь, что ему предоставлен соответствующий альтернативный уход, и социальный работник (или выполняющий его роль) будет регулярно следить за ребёнком. Убедитесь, что в разлуке сохранены регулярные контакты с родителями и опекунами, как запланированные дважды в день телефонные или видеозвонки или посредством социальные сети.

20. Поддерживайте привычный образ повседневной жизни, насколько возможно, или создавайте новые правила, если дети должны остаться дома. Обеспечьте увлекательные занятия детям с учётом возраста, в том числе обучение. Побуждайте, по возможности, детей играть и общаться с другими, хотя бы только в семье, при ограничении социальных контактов.

21. Во времена стресса и кризиса дети обычно стремятся к большей привязанности и более требовательны к родителям. Обсудите COVID-19 со своими детьми честно и с учётом возраста. Если у ваших детей проблемы, совместное решение может ослабить беспокойство. Дети будут наблюдать за поведением и эмоциями взрослых, чтобы понять, как управлять своими эмоциями в трудную минуту.

Сообщения для пожилых, людей с сопутствующими болезнями и их помощников [цит. по 23].

22. Пожилые, особо в изоляции, люди с когнитивным снижением / деменцией могут стать взволнованными, рассерженными, напряжёнными, замкнутыми. Обеспечить практическую и эмоциональную поддержку через неформальные сети (семьи) и медработников.

23. Делитесь простыми фактами, что происходит, и дайте чёткую информацию, как снизить риск заражения, словами, которые могут понять пожилые с / без когнитивных нарушений. Повторите информацию по необходимости. Инструкции должны передаваться чётко, лаконично, уважительно и терпеливо. Может быть полезной информация в письменном виде или в виде картинок. Привлекать членов семьи и другие сети под-

cess to their medications, and the sudden cessation of their intake should be avoided.

Messages to those raising children [cit. 23].

18. Help children find positive ways to express feelings like fear and sadness. Each child has their own way of expressing emotions. Sometimes participating in a creative activity, like a game or drawing, can facilitate this process. Children feel relieved if they can express and transmit feelings in a safe and supportive environment.

19. Keep children close to parents and family if safe. If the child needs to be separated from the main guardian, make sure that they are provided with appropriate alternative care, and the social worker (or someone alike) will regularly monitor the child. Make sure that you keep regular contact with your parents and guardians in separation, such as scheduled phone or video calls twice a day through social networks.

20. Maintain your daily routine as much as possible, or create new rules if children should stay at home. Provide age-appropriate fun activities for children, including learning. Encourage, if possible, children to play and communicate with others, at least in the family if social contacts are limited.

21. In times of stress and crisis, children tend to be more attached and more demanding of their parents. Discuss COVID-19 with your children honestly and age-appropriate. If your children have problems, a solution taken together can ease anxiety. Children will observe the behavior and emotions of adults to understand how to manage their emotions in difficult times.

Messages for the elderly, people with comorbid diseases and their assistants [cit. 23].

22. Elderly people with cognitive decline / dementia, especially in isolation, can become agitated, angry, tense, withdrawn. Provide practical and emotional support through informal networks (families) and healthcare providers.

23. Share simple facts about what is happening and give clear information on how to reduce the risk of infection, in words that older people with / without cognitive impairment can understand. Repeat the information as many times as necessary. Instructions should be communicated clearly, concisely, respectfully and patiently. Information in writing or in the form of pictures may be helpful. Involve family members and other support networks in information and assistance with preventive measures (e.g. hand washing).

24. If you initially suffer from a disease, make sure you have access to the right medi-

держки к информации и помощи в применении мер профилактики (например, мытье рук).

24. Если изначально страдаете какой-либо болезнью, убедитесь в доступе к необходимым лекарствам. Активируйте социальные контакты, чтобы получить помощь.

25. Узнайте заранее, где и как получить практическую помощь, например, вызов такси, доставку еды и медицинскую помощь. Убедитесь, что у вас есть двухнедельный запас обычных лекарств.

26. Научитесь простым ежедневным физическим упражнениям дома, в карантине или в изоляции, чтобы поддержать подвижность и уменьшить скуку.

27. Соблюдайте по возможности привычные распорядки и помогайте создавать новые, включая регулярные физические упражнения, уборку, пение, рисование. Постоянно общайтесь с близкими (по телефону, электронной почте, в социальных сетях).

Сообщения для изолированных [цит. по 23].

28. Оставайтесь на связи и поддерживайте социальные сети. Постарайтесь сохранить ежедневные привычки или создать новые, если обстоятельства изменились. Если медики рекомендовали ограничить физический и социальный контакт, оставайтесь на связи по телефону, электронной почте, в социальных сетях.

29. В стрессе обращайтесь внимание на свои потребности и ощущения. Занимайтесь здоровыми занятиями по душе, расслабляйтесь. Регулярно занимайтесь физическими упражнениями, следите за регулярным сном и здоровым питанием.

30. Непрерывный поток новостей о COVID-19 может вызвать беспокойство. В определённые дни и в течение дня обращайтесь к специалистам здравоохранения и на веб-сайт ВОЗ за обновленной информацией, практическими рекомендациями и избегайте угнетающих и безрадостных слухов.

Развитие психиатрической и суицидологической помощи. Чрезвычайные ситуации могут привести к притоку ресурсов, что создает возможность для укрепления долгосрочных служб психического здоровья, социальной помощи и социального обеспечения [23]. Так, недавний Закон о коронавирусной помощи и экономической безопасности (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act, CARES) в США может удовлетворить растущую потребность в услугах по охране психического здоровья и токсикомании [цит. по 10], включая телемедицину.

Во время испытаний можно улучшить усилия по предотвращению самоубийств. Поддержание существующих усилий тоже возможно.

... считаете, что в чуме есть свои положительные стороны, что она открывает людям глаза, заставляет их думать? — Как и все болезни мира. А. Камю «Чума».

Дьявол: «Я закрыл твои церкви». Бог: «Я открыл её в каждом моём доме».

Важно учитывать экономические, психосоциаль-

ную помощь. Активируйте социальные контакты, чтобы получить помощь.

25. Find out in advance where and how to get practical help, for example, calling a taxi, food delivery and medical care. Make sure you have a two-week supply of ordinary medicines.

26. Learn simple daily physical exercises at home, in quarantine or in isolation to maintain mobility and reduce boredom.

27. Follow your usual routines whenever possible and help create new ones, including regular exercise, cleaning, singing, and drawing. Constantly communicate with loved ones (via phone, email, on social networks).

Messages for the isolated [cit. 23].

28. Stay connected and support social networks. Try to maintain daily habits or create new ones if circumstances change. If doctors recommended limiting physical and social contact, stay in touch via phone, email, and social networks.

29. In stress, pay attention to your needs and feelings. Engage in healthy activities to your liking, relax. Exercise regularly, keep an eye on regular sleep and healthy eating habits.

30. The continuous flow of news about COVID-19 can be troubling. On certain days and throughout the day, contact health professionals and the WHO website for updated information, best practices, and avoid oppressive and bleak rumors.

The development of psychiatric and suicidal care. Emergencies can lead to an influx of resources, which creates an opportunity to strengthen long-term mental health, social assistance and social security services [23]. For example, the recent Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act, CARES in the United States can meet the growing need for mental health and substance abuse services [cit. 10], including telemedicine.

During trials, suicide prevention efforts can be improved. Maintaining existing efforts is also possible.

... do you think that the plague has its positive aspects, that it opens people's eyes, makes them think? - Like all the diseases of the world. A. Camus "The Plague".

Devil: "I have closed your churches." God: "I discovered it in every house of mine."

It is important to consider the economic, psychosocial risk factors of SB [45].

In early February 2020, the State Council of China (!) Announced the creation of a nationwide hotline for psychological assistance. By the end of the same month, more than 20 special guidelines were distributed, including on the basis of expert consensus for emergen-

ные факторы риска СП [45].

В начале февраля 2020 г. Государственный совет Китая (!) объявил о создании общенациональных горячих линий психологической помощи. К концу того же месяца распространены более 20 особых руководств, в т ч на основе экспертного консенсуса для неотложной психиатрической помощи в эпицентре эпидемии. Распространены услуги онлайн-образования, психологического консультирования, включая телефонные, интернет- и прикладные консультации или вмешательства.

Наряду с мерами предосторожности к COVID-19 в медицинских учреждениях важно антикризисное лечение. Процедуры скрининга и профилактики COVID-19, затрудняющие доступ к медицинской помощи (например, отмены визитов, преждевременная выписка), могут включить скрининг кризисов психического здоровья, выгорания персонала.

Онлайн профилактика СП. Развиваются методы дистанционного лечения психического здоровья суицидентов с опорой на научные данные, особо селян и иных групп с проблематичным доступом к помощи как подростки, инвалиды, представители нацменьшинств, ЛГБТ сообщества [46].

«Эффект Вертера» представляет литературоведческую придумку, но так называемый эффект Папагено (антисуицидальный эффект Сети) задействован недостаточно. Однако накоплен и систематизирован свод доказательных данных о лечебно-профилактических антикризисных вмешательствах с частично пересекающимися группами-мишенями пациентов, уклоняющихся от обычной помощи (как подростки) или дискриминированных в связи с проблематичным доступом (селяне, пожилые, инвалиды).

Региональные различия в компьютерном и высокоскоростном доступе к Сети должны быть устранены. Исследования, культурные изменения и, возможно, законодательная защита необходимы.

Телефоны доверия. По данным DailyMail.com, в крупных городах США (Лос-Анджелес, Бостон, Портленд) в марте многократно выросло количество звонков на горячую линию кризисной помощи, прямо и косвенно связанные с коронавирусом. Более трети (37%) абонентов старше 45 лет; женщины на 66% чаще звонили (более открыты помощи и тревожны?). Каждый пятый звонок о намерении суицида. Основными проблемами были беспокойство, стресс (43%), здоровье (25%), отношения (21%), одиночество или изоляция (19%).

Выделены линии, специально для переживающих по поводу коронавируса. В России: информация о ситуации с коронавирусом на сайтах стопкоронавирус.рф и доступвсем.рф. Телефон горячей линии: 8-800-2000-112.

Последующий контакт особо важен для людей с положительным тестом на COVID-19 и с факторами риска суицида.

cy psychiatric care at the epidemic's center. The services of online education and psychological counseling are widespread, including telephone, Internet, and applied counseling or interventions.

Along with the precautionary measures for COVID-19 in medical institutions, anti-crisis treatment is important. COVID-19 screening and prophylaxis procedures that impede access to medical care (e.g., cancellation of visits, premature discharge) may include screening for mental health crises, burn-out.

Online prevention of SB. Methods of remote treatment of mental health of suicides are being developed based on scientific evidence, especially villagers and other groups with problematic access to help like adolescents, people with disabilities, representatives of national minorities, and the LGBT community [46].

The “Werther effect” represents a literary notion, but the so-called Papageno effect (the anti-suicidal effect of the Net) is not sufficiently involved. However, a body of evidence has been accumulated and systematized on treatment and prophylactic of anti-crisis interventions with partially overlapping target groups of patients who shy away from ordinary care (like teenagers) or are discriminated against due to problematic access (peasants, elderly, disabled people).

Regional differences in computer and high-speed access to the Network should be eliminated. Research, cultural change, and possibly legislative protection are needed.

Help lines. According to DailyMail.com, in major US cities (Los Angeles, Boston, Portland) in March, the number of calls to the crisis assistance hotlines, directly and indirectly related to coronavirus, increased many times. More than a third (37%) of subscribers were older than 45; women are 66% more likely to call (more open to receive help and more anxious?). Every fifth call was about the intent of suicide. The main problems were anxiety, stress (43%), health (25%), relationships (21%), loneliness or isolation (19%).

Lines have been provided, especially for those suffering from the coronavirus. In Russia: information about the situation with coronavirus on the sites of stopcoronavirus.rf and dostupvsem.rf. Hotline phone: 8-800-2000-112.

Follow-up contact is especially important for people with a positive COVID-19 test and suicide risk factors.

Offices of socio-psychological support should be deployed in population employment

Кабинеты социально-психологической поддержки следует развернуть в центрах занятости населения и центрах социального обслуживания, при территориальных поликлиниках развить антикризисную помощь для злоупотребляющих ПАВ, «проваливающимися меж ячей» типовой психиатрической службы, а также дифференцированные научно доказательно эффективные подходы для частично пересекающихся групп высокого риска СП (как подростков, правонарушителей, представителей нацменьшинств). С учетом гендерного парадокса СП очередной группой-мишенью лечебно-профилактических усилий становятся женщины.

Кризисные отделения. Пандемия подчеркивает важность междисциплинарного взаимодействия и важность развития сети кризисных отделений при многопрофильных больницах.

Важно неизменно обучение «вахтеров» (преподавателей, социальных работников, добровольцев). Все более активна онлайн форма обучения, тестирования, консультирования, особо во время пандемии и всегда – с учетом обширности страны.

СМИ обязаны соответствовать руководящим принципам профессионального освещения событий: открыто и откровенно сообщать об эпидемии на государственном и региональном уровнях, бороться с мифами и конспирологическими версиями («заговора»), бороться с паническими настроениями.

Популяризованный пандемией Н. Талеб [47] среди заблуждений, ведущих к необоснованной уверенности в способности прогноза, выделяет нарративные – склонность больше верить в информации из своего окружения и/или информационного поля, чем в сухую статистику.

Многие СМИ стремятся к деликатному освещению терроризма, преступности с применением оружия и стихийных бедствий, чтобы избежать нежелательной паники. Следует рассмотреть вопрос ответственного сбалансированного информирования о проблемах экономики с учётом психического здоровья и благополучия.

Должностные лица должны четко обосновать необходимость и длительность карантина, обеспечить достаточными припасами и напоминая об общественной пользе изоляции [13].

Мало сообщается в экономических новостях, что за спадами всегда следуют подъёмы, а статистика пандемии начинают с умерших. Циклические закономерности в экономических показателях нормальны и ожидаемы. И в этом смысле они могут быть хорошими временами, чтобы использовать возможности обучения и образования перед следующим подъемом.

Косвенные положительные эффекты пандемии. Урок «испанки»: при любом кризисе важно сохранять доверие, объединяющее общество.

В то время было много людей, по всей видимости, глубоко благодарных за избавление; было не слышно брани на

centers and social service centers, at territorial polyclinics to develop anti-crisis assistance for those who abuse substances as usually get passed a typical psychiatric service, as well as differentiated scientifically effective approaches for partially overlapping cross-sectional groups of high risk of SB (as adolescents, offenders, representatives of national minorities). Given the gender paradox of SB, women become the next target group of treatment and prevention efforts.

Crisis branches. The pandemic emphasizes the importance of interdisciplinary collaboration and the importance of developing a network of crisis departments at multidisciplinary hospitals.

It is important to constantly train the "watchmen" (teachers, social workers, volunteers). The online form of training, testing, counseling is becoming more active, especially during a pandemic, and always – taking into account the vastness of the country.

The media must comply with the guidelines for professional coverage of events: openly and frankly report the epidemic at the state and regional levels, fight myths and conspiracy theories ("conspiracies"), and fight panic.

Popularized by the pandemic N. Taleb [47], among the misconceptions leading to an unreasonable confidence in the ability of forecasting, he distinguishes narratives – the tendency to trust more the information from your environment and/or information field than dry statistics.

Many media outlets seek delicate coverage of terrorism, gun crime and natural disasters to avoid unwanted panic. Consideration should be given to responsible balanced reporting on economic issues, taking into account mental health and well-being.

Officials must clearly substantiate the need and duration of quarantine, providing sufficient supplies and recalling the public benefits of isolation [13].

There is little economic news reporting that recessions are always followed by upturns, and pandemic statistics begin with the news about those who died. Cyclic patterns in economic indicators are normal and expected. And in this sense, they can be good times to take advantage of the opportunities for training and education before the next climb.

Indirect positive effects of a pandemic. Spanish flu lesson: in any crisis, it is important to maintain the trust that unites society.

Of course, not everything goes smoothly. But at least we are all sitting in the same pit. A. Camus "The Plague".

The experience of illness and overcoming

устах... даже самые дурные люди находились под этим впечатлением. *Д. Дефо «Дневник Чумного Года».*

Опыт болезни и преодоления кризиса физически изолирует страны, но диалектически затем объединяет народы взаимопомощью («вакцина для всех»), повышая порог конфронтации.

Конечно, не всё идет гладко. Но зато хоть все мы в одной яме сидим. *А. Камю «Чума».*

Сегодня же мы должны (принуждены, обречены?) заботиться о себе и окружающих более, чем когда-либо. Ойкумена в очередной недобрый час оказалась до боли невелика. И человечество опять убедилось, что живёт в одном доме, и переезд в лучший (забудем пока Федорова и Циолковского) отложен.

Если бы страх всегда безраздельно владел людьми, никогда не было бы войн. *К. Чапек «Белая болезнь»*

Беби-бум. Большие семьи не роскошь, без которой можно обойтись и которую может себе позволить только богатый; это насущный хлеб, без которого нельзя жить. Как бы ни был беден человек, во всяком случае, самое худшее помещение капитала – и притом с точки зрения чисто личного интереса – капитализация части своего потомства.

Активизация общественных ресурсов. Развитие благотворительных, религиозных организаций и фондов, групп самопомощи, добровольческого движения отражает меру развитости общества и способность к консолидации в кризисе.

Повышение престижа медика и учёного (биологических наук, биотехнологий), добровольца, священнослужителя (духовника).

То, что врачи умирали от общего бедствия, вовсе не умаляет их трудов и стараний ... они рисковали собственной жизнью – и действительно теряли её – в служении человечеству. *Д. Дефо «Дневник Чумного Года».*

Расширение онлайн информационных, обучающих (как навыкам расслабления, преодоления дистресса) программ, в том числе, в сфере психиатрии (суицидологии) с обратной связью и возможностями самотестирования (депрессии, риска СП) и консультации профессионалов, потенциальных пациентов и коллег.

Что делать до полного выяснения *кто виноват*.

Самый удобный способ познакомиться с городом – попытаться узнать, как здесь работают, как здесь любят и как здесь умирают. *А. Камю «Чума».*

Даже по исчезновению медицинской угрозы, людям предстоит бороться с психологическими шрамами много лет.

Для снижения риска негативных психологических последствий пандемии Центральный орган здравоохранения Китая и национальные академические общества интегрировали вмешательства по сохранению психического здоровья в развертывание общей профилактики и лечения [35].

Необходимы междисциплинарное и межведомственное международное сотрудничество и комплексный подход, учитывающий сопряженные приоритеты

the crisis physically isolates countries, but then dialectically unites peoples with mutual assistance (“vaccine for all”), raising the threshold for confrontation. Today, we must (forced, doomed?) to take care of ourselves and others more than ever. Oikumena at the next unkind hour was again painfully small. And mankind again became convinced that they live in one house and the move to the best one is yet postponed (let’s forget Fedorov and Tsiolkovsky for now).

If fear had always reigned supreme in people, there would have never been a war. *K. Chapek “White disease”.*

Baby boom. Large families are not a luxury that can be avoided and which only the rich can afford; it is daily bread without which one cannot live. No matter how poor the person is, in any case, the worst placement of capital – and, moreover, from the point of view of purely personal interest – is capitalizing part of your offspring.

Revitalization of public resources. The development of charitable, religious organizations and foundations, self-help groups, and volunteer movements reflects a measure of the development of society and the ability to consolidate in a crisis.

Raising the prestige of a physician and scientist (biological sciences, biotechnology), volunteer, clergyman (confessor).

Expansion of online informational, educational programs (such as skills for relaxation, overcoming distress), including in the field of psychiatry (suicidology) with feedback and the possibility of self-testing (depression, risk of SB) and consultation of professionals, potential patients and colleagues.

What to do until we fully understand *who is to blame*.

The most convenient way to get to know the city is to try to find out how they work here, how they love here and how they die here. *A. Camus “The Plague”.*

Even with the disappearance of the medical threat, people have to deal with psychological scars for many years.

To reduce the risk of negative psychological consequences of a pandemic, the Central Health Authority of China and national academic societies integrated mental health interventions into the deployment of general prevention and treatment [35].

An interdisciplinary and interdepartmental international cooperation and integrated approach is needed, taking into account the conjoint priorities of public health as the protection of mental health and the prevention of suicide during the global and local crises of

общественного здравоохранения как охрана психического здоровья и предотвращение самоубийств во время общемирового и местного кризисов пандемии COVID-19.

Специалисты в области охраны психического здоровья сталкиваются с трудностями из-за отсутствия руководств, скудных ресурсов и неадекватной подготовки для психиатрических услуг в изолированных инфекционных отделениях и больницах.

Следует обсудить ключевые моменты ведения и профилактики психических расстройств, вызванных или проявившихся пандемией [20].

Рассмотреть, развить и по необходимости адаптировать китайский протокол неотложной психиатрической помощи при COVID-19. Международные и национальные организации, как Всемирная психиатрическая ассоциация и Российское общество психиатров, должны разработать руководящие принципы кризисных психологических вмешательств, организовать группы экспертов для координации ресурсов психической (суицидологической) помощи.

Масштабные эпидемиологические обследования должны проводиться для изучения психических расстройств и СП, связанных с пандемией COVID-19 в возрастных, профессиональных и клинических группах риска (как пожилые, перенесшие COVID-19, персонал передовой линии медицинской помощи).

Ведущие научно-исследовательские организации, обладающие экспертным опытом в области охраны психического здоровья и кризисных вмешательств (как НМИЦ ПН им. В.П. Сербского), поделятся рекомендациями со странами с низким и средним уровнем дохода, затронутыми COVID-19 (прежде всего, страны СНГ, для которых НМИЦ ПН – базовое учреждение). При своевременном и тесном сотрудничестве с различными странами и учреждениями проблемы психического здоровья и СП, актуализированные пандемией COVID-19, могут быть адекватно решены.

У пандемий краткосрочные и долгосрочные взаимосвязанные социально - экономические и медицинские (психолого-психиатрические) последствия. Пандемия высвечивает существующие и новые препятствия на пути к услугам. Лицам с психическими заболеваниями и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ до пандемии, а также недавно пострадавшим требуются специализированная помощь.

Уроки пандемий: окольцевать «чёрного лебедя».

Никогда такого не было, и вот опять. *В. Черномырдин.*

Пандемия коронавируса медицинская проблема и травмирующая реальность нового века. Пока вряд ли пройден пик пандемии и уточняется источник SARS-CoV-2 (не схож с вирусом инфлюэнцы, и предыдущие и дальнейшие сопоставления с пандемиями гриппа в аспектах масштабов, динамики и последствий доста-

the COVID-19 pandemic.

Mental health professionals face difficulties due to the lack of guidelines, scarce resources and inadequate training for psychiatric services in isolated infection wards and hospitals.

The key points to manage and prevent mental disorders caused by or resulting in a pandemic should be discussed [20].

Consider, develop, and adapt as needed the Chinese emergency psychiatric protocol with COVID-19. International and national organizations, such as the World Psychiatric Association and the Russian Society of Psychiatrists, should develop guidelines for crisis psychological interventions and organize expert groups to coordinate mental (suicidological) care resources.

Large-scale epidemiological studies should be conducted to study the mental disorders and SB associated with the COVID-19 pandemic in age, occupational and clinical risk groups (such as the elderly who have undergone COVID-19, front-line medical care personnel).

Leading research organizations with expert experience in the field of mental health and crisis interventions (such as V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of Russia) share recommendations with low- and middle-income countries affected by COVID-19 (primarily, CIS countries for which V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of Russia is the basic institution). With timely and close cooperation with various countries and institutions, mental health problems and SB updated by the COVID-19 pandemic can be adequately addressed.

Pandemics have short-term and long-term interconnected socio-economic and medical (psychological-psychiatric) consequences. A pandemic highlights existing and emerging barriers to services. Individuals with mental illnesses and disorders associated with substance abuse before the pandemic, as well as recently injured people, need specialized help.

Lessons from pandemics: ring the "black swan".

This has never happened, and here it comes again. *V. Chernomyrdin.*

Coronavirus pandemic is a medical problem and the traumatic reality of the new century. So far, the peak of the pandemic is unlikely to have been passed and the source of SARS-CoV-2 is being specified (the influenza virus is not similar, and previous and further com-

точно условны).

Но,

Тот, кто не помнит своего прошлого, осуждён на то, чтобы пережить его вновь. *Сантаяма*,

Наука начала XX века полагала, что две пандемии гриппа – не последние и беспомощно наблюдала за смерчем «испанки», унесшей более людей (возможно, 50-100 млн¹), чем любая война в истории. Население мира в 1918 г. составляло менее трети (28%) нынешнего. Сравнимые потери сегодня составили бы 175-350 млн. Для сравнения: СПИД убил около 25 млн человек, и, оценочно, 40 млн заражены. Возможно, штамм пандемии H1N1 (свиной грипп) – наследие 1918-19 гг. Человечество приобрело опыт пандемий, знание вирусов гриппа, вакцины и противовирусные препараты, что не прибавило «сверхуверенности».

Опустошения COVID-19 не сопоставимы с шлейфом эпидемии SARS 2003 г. более 8000 инфекций и 800 смертей в мире в 26 странах [48] и обузданной за 9 месяцев.

Симптомы посттравматического стресса умеренной - тяжелой степенью отмечены в наиболее пострадавших от эпидемии атипичной пневмонии районах [49].

Отмечено и влияние эпидемий MERS, H1N1 и Эболы на психическое здоровье, включая депрессию и расстройство, связанные с употреблением ПАВ [13].

Нехватка ресурсов и перебои продовольствия, дискриминация, недостаточный опыт работы с потоком инфицированных и больных усугубили страдания и психические проблемы в отдельных группах уязвимых граждан.

Данные вышеупомянутого опроса Y. Zhang и Z. Ma (2020) неделю вслед «закрытия» Уханя соответствуют данным J. Lau и соавт. [50] о качестве жизни и психическом здоровье жителей Гонконга после эпидемии SARS-2003.

Усиление финансового и семейного гнета в бедствии способствует избегающему поведению, пассивному образу жизни, приводящему к отказу и отсрочке помощи. Напротив, усиление социальной и семейной поддержки, позитивные сдвиги образа жизни служат защитными и терапевтическими факторами психического благополучия и качества жизни. Одной из возможных причин этих выводов было то, что во время пандемии темпы развития всего общества замедлились. Это могло бы создать больше возможностей и времени среди членов сообщества для поддержки и заботы друг о друге.

При пандемии 1918-19 гг. молодые составили группы наибольшего риска смерти (они же неизменно – в группе наибольшего риска суицида).

parisons with influenza pandemics in terms of scale, dynamics and consequences are rather arbitrary).

But,

He who does not remember his past is condemned to relive it again. *Santayama*.

Science at the beginning of the twentieth century believed that two pandemic flues were not the last and helplessly watched the tornado of the Spanish flu that claimed more people (perhaps 50-100 millions¹) than any war in history. The world population in 1918 was less than a third (28%) of the current. Comparable losses today would amount to 175-350 million. For comparison: AIDS killed about 25 million people, and 40 million are estimated to be infected. Perhaps the H1N1 pandemic strain (swine flu) is a legacy of 1918-19. Mankind gained the experience of pandemics, knowledge of influenza viruses, vaccines and antiviral drugs, which did not add “overconfidence”.

The devastation of COVID-19 is not comparable with the plume of the 2003 SARS epidemic of more than 8,000 infections and 800 deaths worldwide in 26 countries [48] and curbed in 9 months.

Symptoms of moderate to severe post-traumatic stress were noted in the areas most affected by the SARS epidemic [49].

The effect of the MERS, H1N1, and Ebola epidemics on mental health was also noted, including depression and substance abuse disorders [13].

Lack of resources and food shortages, discrimination, lack of experience with the flow of infected and sick people exacerbated the suffering and mental problems in certain groups of vulnerable citizens.

The data of the aforementioned survey of Y. Zhang and Z. Ma (2020) a week after the “closure” of Wuhan correspond to the data of J. Lau et al. [50] on the quality of life and mental health of Hong Kong residents following the SARS 2003 epidemic.

Strengthening financial and family oppression in distress contributes to avoiding behavior, a passive lifestyle, leading to the refusal and delay of assistance. On the contrary, increased social and family support, positive changes in lifestyle serve as protective and therapeutic factors for mental well-being and quality of life. One possible reason for these findings was that during the pandemic, the pace of development of the whole society slowed down. This could create more opportunities and time among community members to support and care for each other.

¹ По подсчетам Ф. Бёрнета, лауреата Нобелевской премии по иммунологии / According to estimates by F. Burnett, Nobel laureate in immunology.

Звезда кинематографа Вера Холодная (25) «сгорела», как жила – за несколько дней. «В Одессе была настоящая эпидемия, и болезнь протекала очень тяжело, а у Веры как-то особенно тяжко, – делилась сестра Софья. – Профессора говорили, что «испанка» протекает у неё как лёгочная чума... Всё было сделано для её спасения. Как ей хотелось жить!».

Заболел подростком и книжный, но такой тёплый Саня Григорьев, а вслед – менингитом.

Я был при смерти, дважды меня как безнадёжного отгораживали от других больных ширмой. Синюха – верный признак смерти – была у меня такая, что все доктора, кроме одного, махнули рукой... В. Каверин «Два капитана».

Скоро за юной беременной женой умер от «испанки» художник Эгон Шиле (28).

В нынешней пандемии происходит сдвиг смертности к лицам до 65 лет и молодым в широком диапазоне 20-500 на 100000 человек [51].

Но если пандемия коронавируса будет похожа на пандемию 1957 или 1968 гг., ответ не очевиден. Пандемический возрастной сдвиг поднимает ключевой вопрос, известный при сортировке: кто должен первым получать вакцины и противовирусные препараты при их дефиците. Видимо, с позиции ресурсосбережения, у молодых трудоспособных приоритет ... и детей, чтобы косвенно уменьшить влияние вируса на пожилых. Но как объяснить отсрочку помощи всем желающим в панике, как при посадке на последнюю спасательную шлюпку.

Смертность не подобна девятому валу с последующим штилем: в пандемиях некий знак предупреждения. В трёх пандемиях гриппа XX века большинство смертей пришлось в первые 6-12 месяцев появления вируса. В 1918 г. волна смертности прошла за полгода до основной.

Неоднозначен «побочный» эффект кризиса коронавируса в аспекте СП. Невозможно точно предсказать воздействие пандемии, но нет доказательств, что УС резко возрастёт или число погибших превысит смерти от коронавируса. Показатели безработицы, бедности и бездомности связаны с риском СП, но опосредованно, и риск СП, как и вируса не носит всеобщий характер. «Само собой» у самоубийства последствия для семьи жертвы, окружающих, но не передается как вирус, что усложняет прогноз масштабов СП.

Молодые несоразмерно заражены пандемическими новыми штаммами, и интенсивный и своевременный эпиднадзор за вирусом в изолятах детей и молодых с тяжёлыми последствиями инфекции поможет обнаружению пандемической активности, даст время для производства и распространения вакцин и противовирусных препаратов. То же верно и для мониторинга СП в группах риска (клинических, возрастных). В зоне

During the pandemic of 1918-19 the young constituted the groups at greatest risk of death (they are invariably at the highest risk of suicide).

The movie star Vera Kholodnaya (25) “burned out” in just a few days, just like she lived. “There was a real epidemic in Odessa, and the disease ran with complications, and for Vera it was somehow especially difficult,” sister Sophia shared. “The professors said that the Spanish flu took form of pneumonic plague for her ... Everything was done to save her. How much she wanted to live!”

Bookish but so homey Sanya Grigoryev fell ill being a teenager, and after that he got ill with meningitis.

I was dying, twice as a hopeless I was fenced off from other patients with a screen. My skin was so blue – a sure sign of death – that all the doctors but one didn’t even try to save me... V. Kaverin “Two captains”.

Soon after his young pregnant wife, Egon Schiele the artist died of the Spanish flu (28).

In the current pandemic, there is a shift in mortality to people under 65 years of age and young people in a wide range of 20-500 per 100,000 people [51].

But if the coronavirus pandemic is similar to the 1957 or 1968 pandemic, the answer is not obvious. The pandemic age shift raises a key question known in sorting: who should be the first to receive vaccines and antiviral drugs when they are deficient. Apparently, from the standpoint of resource-saving, young able-bodied people have priority ... and children, in order to indirectly reduce the effect of the virus on the elderly. But how to explain the delay in helping everyone in panic, like when boarding the last lifeboat.

Mortality is not like the ninth shaft followed by a still: pandemics itself is a warning sign. In three twentieth-century influenza pandemics, most deaths occurred in the first 6–12 months of the virus. In 1918, there was a wave of mortality for six months before the main one.

The side effect of the coronavirus crisis in the aspect of SB is ambiguous. It is impossible to accurately predict the impact of the pandemic, but there is no evidence that the LS will increase dramatically, or the death toll will exceed death from coronavirus. Indicators of unemployment, poverty and homelessness are associated with the risk of SB, but indirectly, and the risk of SB, like the virus, is not universal. Of course, self-murder has consequences for the victim’s family, others, but is not transmitted as a virus, which complicates the prognosis of the extent of SB.

Young people are disproportionately infected with pandemic new strains, and intensive and timely surveillance of the virus in isolation places for children and adolescents with severe consequences of the infection can

риска социально уязвимые группы (их высвечивает любое национальное бедствие) как психически больные, но зарегистрированные – позволяют некоторое наблюдение и помощь. Особого внимания требуют теснящиеся в казармах, пенитенциарных учреждениях, больницах, интернатах. Увы, из эпиднадзора (и антикризисного лечения) ускользают наиболее нуждающиеся и не охваченные какой-либо помощью (бездомные, безработные).

Оценка «вклада» коронавируса в суицидологическую ситуацию на национальном и региональном (более реально) осложнена в связи с многофакторностью и относительной эпидемиологической редкостью СП. Так, повышение УС на одну единицу означает «прирост» 10 суицидов за год в городе-миллионнике или 10 в поселении на 10 тыс. человек. Важно выявить тенденцию, а не кратковременную вспышку. Более зрима динамика УС в регионах с относительно малыми показателями суицидов. В рецессивных регионах с хронической экономической стагнацией и депопуляцией «вклад» коронавируса может быть не столь заметен при некой адаптации к стрессовым событиям («не жили богато – не придётся и привыкать»), малой доступности медицинской помощи и эпидемиологического учета. Показатели смертности и УС могут быть повышены ряд лет. Более того, региональные УС могут быть повышены отставлено, по миновании острой фазы пандемии, особо в группах риска СП.

Пандемии гриппа 1957 и 1968 гг. соответствовали моделям сезонности, давая одному полушарию дополнительные 6 месяцев на подготовку. В северном полушарии УС, как правило, наибольший – в конце весны и начале лета, что совпадает с пиковыми усилиями профилактики COVID-19.

События подчеркивают научно-практическую важность регионального суицидологического регистра [52] для обоснования и организации целевой антикризисной помощи.

Будет ли грядущая пандемия похожа на пережитые и переживаемую? Специалисты следят за психическим здоровьем нации и отдельных граждан, чтобы увидеть первыми, сохранятся ли тенденции прошлого в будущем. Миру людей предстоит жить с новым глобальным вызовом в обозримом будущем и должно соответственно адаптироваться, ибо нет гарантий, что вакцина от *этого* штамма вируса будет разработана в ближайшие годы.

Поэтому о панацее.

... В завершение волны чумы (и это проходит) доктор Рие задаётся вопросом: сможет ли человечество ценою страданий обрести душевный покой. Луч

detect pandemic activity, will give time for the production and distribution of vaccines and antiviral drugs. The same is true for monitoring SB in risk groups (clinical, age). Socially vulnerable groups (they are highlighted by any national disaster) such as mentally ill are in the risk zone, but if they are registered it allows some observation and help. Crowding in the barracks, prisons, hospitals, and boarding schools require special attention. Alas, the most needy and not covered by any help (homeless, unemployed) are slipping out of surveillance (and anti-crisis treatment).

Assessing the “contribution” of coronavirus to the suicidological situation at the national and regional (more realistic) levels is complicated due to the multifactorial nature and relative epidemiological rarity of SB. Thus, an increase of LS by a single unit means an “increase” of 10 suicides per year in a million population city or 10 in a settlement of 10 thousand people. It is important to identify a trend, not a short-term outbreak. The dynamics of the LS is more visible in regions with relatively low suicide rates. In recessive regions with chronic economic stagnation and depopulation, the “contribution” of coronavirus may not be so noticeable with some adaptation to stressful events (“you haven’t lived richly – you don’t have to get used to it”), the availability of medical care and epidemiological records is low. Mortality rates and the LS can be increased for a number of years. Moreover, regional LS can be delayed in increase, bypassing the acute phase of the pandemic, especially in risk groups for SB.

1957 and 1968 influenza pandemics corresponded to seasonality models, giving one hemisphere an additional 6 months to prepare. In the northern hemisphere, the LS is usually the highest in late spring and early summer, which coincides with the peak prevention efforts of COVID-19.

Events emphasize the scientific and practical importance of the regional suicidological registrar [52] for the justification and organization of targeted anti-crisis assistance.

Will the upcoming pandemic resemble those experienced and the one being experienced? Specialists monitor the mental health of the nation and individual citizens to see first whether trends in the past will continue in the future. The world of people has to live with a new global challenge in the foreseeable future and must adapt accordingly, because there is no guarantee that a vaccine for this strain of the virus will be developed in the coming years.

Therefore, a panacea.

... At the end of the plague wave (and this will pass), Dr. Rie wonders if humanity can find peace of mind at the cost of suffering.

надежды меж абсолютно чёрными поверхностями (это и есть жизнь) скептик Камю нам дарит:

есть на свете нечто, к чему нужно стремиться всегда, и, что иногда даётся в руки, – человеческая нежность.

Camus the skeptic gives us a ray of hope between absolutely black surfaces (this is life):

there is something in the world that one must always strive for, and sometimes that is sometimes given to us – human tenderness.

Литература / Reference:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив, ВОЗ, 2014. [Preventing suicide: a Global imperative, the WHO, 2014.] (In Russ)
2. Li Q., Guan X., Wu P., et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 [published online January 29, 2020].
3. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Published January 30, 2020. Accessed February 2, 2020. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
4. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический Этюд. М.: Мысль, 1994: 399. [Durkheim E. Suicide: Sociological Etude, Moscow: Mysl, 1994: 399.] (In Russ)
5. Oyesanya M., Lopez-Morinigo J., Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry*. 2015; 5 (2): 243–254.
6. Reeves A., McKee M., Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry*. 2014; 205 (3): 246–247.
7. Chang S-S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013; 347.
8. Drapeau C.W., McIntosh J.L. USA suicide: 2018 official final data. Published 2020. Accessed April 1, 2020. https://suicidology.org/wp-content/uploads/2020/02/2018datapgsv2_Final.pdf
9. Lee K.S., Lee H., Myung W., et al. Advanced Daily Prediction Model for National Suicide Numbers with Social Media Data. *Psychiatry Investig*. 2018; 15 (4): 344–354. DOI: 10.30773/pi.2017.10.15
10. Panchal N., Kamal R., Orgera K., et al. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use, 2020.
11. Vander Weele T.J., Li S., Tsai A.C., Kawachi I. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73 (8): 845–851.
12. Leigh-Hunt N., Bagguley D., Turner K., et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Publ Health*. 2017; 152: 157–171.
13. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395: 912–920.
14. Van Hartesveldt F.R. The 1918–1919 Pandemic of Influenza: The Urban Impact in the Western World. Lewiston, NY: Edwin Mellen Press, 1992.
15. Зотов ПБ, Любов ЕБ. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 1: 3–24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. *Suicidal behavior in the medical patients*. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 1: 3–24.] (In Russ)
16. Collier R. *The Plague of the Spanish Lady*. London, England: Macmillan; 1974: 266.
17. Keeton R., Cusman A.B. The influenza epidemic in Chicago. *JAMA*. 1918; 71 (24): 1963.
18. Menninger K.A. Psychoses associated with influenza, I: General data: Statistical analysis. *JAMA*. 1919; 72: 235–241.
19. Manjunatha N., Math S.B., Kulkarni G.B., Chaturvedi S.K. The neuropsychiatric aspects of influenza / swine flu: A selective review. *Ind Psychiatry J*. 2011; 20 (2): 83–90.
20. Xiang Y.T., Yang Y., Li W., et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (3): 228–229.
21. Yang Y., Li W., Zhang Q., Zhang L., et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (4): e19.
22. Zhang Y., Ma Z.F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17: 1–12.
23. Психическое здоровье и психосоциальные аспекты в условиях вспышки COVID-19. Версия 1.5 17 марта 2020 г. Рабочая группа Межведомственного постоянного комитета по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайной ситуации, ВОЗ, 2020: 16. [Mental health and psychosocial aspects in the context of the COVID-19 outbreak. Version 1.5 March 17, 2020 Interagency standing Committee working group on mental health and psychosocial support in an emergency, who, 2020: 16] (In Russ)
24. Dohrenwend B.P. Inventorying Stressful Life Events as Risk Factors for Psychopathology: Toward Resolution of the Problem of Intracategory Variability. *Psychol Bull*. 2006; 132 (3): 477–495.
25. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М, 1980: 58. [Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnosis of suicidal behavior. Methodical recommendation. M, 1980: 58.] (In Russ)
26. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967; 11: 213–218.
27. Meyer A. The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. Winters EG, ed. The collected papers of Adolf Meyer. Medical teaching. *Baltimore: Johns Hopkins*. 1951; 3: 53.
28. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010; 117 (2): 575–600.
29. Social Isolation and Loneliness in Older Adults Opportunities for the Health Care System. Washington, DC: The National Academies Press, 2020.
30. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2016; 8 (26): 3–16. [Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology*. 2016; 8 (26): 3–16.] (In Russ)
31. Разводовский Ю.Е. Влияние ценового регулирования доступности алкоголя на уровень суицидов в России. *Девiantология*. 2019; 3 (2): 9–12. [Razvodovsky Y.E. The effects of alcohol pricing policy on suicide rates in Russia. *Deviant Behavior (Russia)*. 2019; 3 (2): 9–12.] (In Russ)
32. Xiang Y.-T., Zhao Y.-J., Liu Z.-H., et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci*. 2020; 16 (10): 1741–1744.
33. Duteil F., Aubert C., Pereira B., et al. Suicide among physicians and health-care workers. *PLoS One*. 2019; 14 (12): e0226361.
34. Lai J.S., Ma S., Wang Y. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3 (3): e203976.
35. Xiang Y.T., Jin Y., Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Dis-

- case 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. Published online April 10, 2020.
36. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y., et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004; 55 (9): 1055–1057.
 37. Chua S.E., Cheung V., Cheung C., et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry*. 2004; 49 (6): 391–393.
 38. Lee A.M., Wong J.G., McAlonan G.M., et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007; 52 (4): 233–240.
 39. Wong T.W., Yau J.K., Chan C.L., et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med*. 2005; 12 (1): 13–18.
 40. Chan-Yeung M. Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *Int J Occup Environ Health*. 2004; 10 (4): 421–427.
 41. Mok E., Chung B.P., Chung J.W., Wong T.K. An exploratory study of nurses suffering from severe acute respiratory syndrome (SARS). *Int J Nurs Pract*. 2005; 11 (4): 150–160.
 42. Mann J.J., Michel C.A. Prevention of firearm suicide in the United States. *Am J Psychiatry*. 2016; 173 (10): 969–979.
 43. Wasserman I.M. The Impact of Epidemic, War, Prohibition and Media on Suicide: United States, 1910–1920. *Suicide Life Therat Behav*. 1992; 22 (2): 240–254.
 44. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико - эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. [Polozhy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects). М.: RIO «FGU GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010.] (In Russ)
 45. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020.
 46. Любов Е.Б., Палаева Р.И. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 72–81. [Lyubov E.B., Palayeva R.I. Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 72–81.] (In Russ)
 47. Taleb N.N. The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable» New York Times, April 22, 2007.
 48. Graham R.L., Donaldson E.F., Baric R.S. A decade after SARS: Strategies for controlling emerging coronaviruses. *Nat. Rev. Microbiol*. 2013; 11: 836–848.
 49. Lau J.T., Yang X., Pang E, et al. SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerg Infect Dis*. 2005; 11, 417–424.
 50. Lau J.T., Yang X., Tsui H.Y., et al. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J. Infect*. 2006; 53: 114–124.
 51. The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? Workshop Summary. Knobler S.L., Mack A., Mahmoud A., Lemon S.M., eds. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005.
 52. Зотов П.Б. Опыт системного суицидологического учета: первичная документация. *Академический журнал Западной Сибири*. 2011; 6: 13–16. [Zotov P.B. Experience of system suicidal accounting: primary documentation. *Academic journal of Western Siberia*. 2011; 6: 13–16.] (In Russ)

PANDEMICS AND SUICIDE: A PERFECT STORM AND A MOMENT OF TRUTH

*E.B. Lyubov*¹, *P.B. Zotov*², ¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
*B.S. Polozhy*¹ ²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note722yandex.ru

Abstract:

Based on scientific, relevant epidemiological data, WHO documents and a summary of recent media reports, the review shows the neuro-psychiatric and suicidological manifestations and consequences of the coronavirus pandemic in the context of socio-economic and psychological shocks; obstacles and reserves of anti-crisis assistance with an emphasis on the possibility of remote assistance in the general population and in target groups – of high risk of mental disorders and suicidal behavior. From this perspective, with a certain degree of caution, pessimist and optimal (preferred) options for shifts in the public consciousness, structure and functions of crisis services with analogies of the experience of pandemics experienced by humanity are suggested.

Keywords: pandemic, coronavirus, mental disorders, suicidal behavior, prevention

Вклад авторов:

E.Б. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
Б.С. Положий: редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing;
B.S. Polozhy: article editing.

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: 26.04.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.05.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 3–38. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B., Polozhy B.S. Pandemics and suicide: a perfect storm and a moment of truth. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 3–38. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38

НАСУЩНЫЕ ЗАДАЧИ В СФЕРЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ В СВЯЗИ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

В.А. Розанов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

CURRENT TASKS IN THE FIELD OF SUICIDAL PREVENTION IN CONNECTION WITH THE COVID-19 PANDEMIC

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Информация об авторе:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. Телефон: +7 (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Information about the author:

Rozanov Vsevolod Anatolevich – Ph. D., Professor (SPIN-code: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Place of work and position: Professor, Department of Psychology of Health and Deviant Behavior, Faculty of Psychology of “St. Petersburg State University”. Address: Russia, 199034, St. Petersburg, nab. Makarova, 6. Phone: +7 (953) 374-11-41, email: v.rozanov@spbu.ru

Пандемия COVID-19 заставила обратить пристальное внимание на психическое здоровье и суицидальное поведение среди населения. Для оценки того, в какой мере кризис, вызванный пандемией, сказался на уровне суицидов, нужны серьезные систематические исследования. Сегодня опасения в основном подпитываются негативными ожиданиями в связи с возможным ухудшением психического здоровья больших контингентов населения, обострениями психических расстройств и неблагоприятной экономической ситуацией, перспективы улучшения которой туманны из-за того, что кризис приобретает глобальный характер. В современном информационном обществе всевозможные депрессивные и тревожно-фобические послания, а также сообщения о происходящих самоубийствах распространяются беспрецедентными темпами, что заставляет тревожиться еще больше. В этих условиях возрастает значение осмысленных действий, направленных на предупреждение нарушений психического здоровья и суицидального поведения. Кризис в этом смысле является окном возможностей для привлечения внимания профессионального сообщества и всего общества в целом к этим проблемам, что может дать толчок развитию суицидологии как междисциплинарной сферы знаний и как области практической деятельности. Анализ мирового опыта превентивных стратегий, эффективность которых подтверждена в соответствии с принципами доказательной медицины, позволяет обсуждать перспективы их адаптации и использования в наших культурных условиях во время и после окончания пандемии.

Ключевые слова: суицидология, самоубийство, пандемия COVID-19, стратегии превенции

Пандемия COVID-19 заставила правительства многих стран принять беспрецедентные меры изоляции населения для предупреждения массивного распространения инфекции и перегрузки системы здравоохранения, прежде всего реанимационных отделений инфекционных больниц. Однако уже с первых дней борьбы с эпидемией стало понятно, что смертность и появление пациентов с различными остаточными явлениями после перенесённого заболевания коснутся лишь очень незначительной части населения. Неизмеримо большие контингенты оказались в ситуации неопределённости относительно продолжительности изоляции и дальнейшего развития событий, тревоги относительно своего будущего и страха перед возможностью заболеть, то есть психосоциального стресса, который, как

The COVID-19 pandemic has forced many governments to take unprecedented measures to isolate the population in order to prevent the massive spread of infection and overload the healthcare system, especially the resuscitation departments of infectious diseases hospitals. However, from the very first days of the fight against the epidemic, it became clear that mortality and the appearance of patients with various residual effects after an illness have affected only a very small part of the population. The immeasurably greater contingents found themselves in a situation of uncertainty regarding the duration of the isolation and further development of events, anxiety about their future and fear of the possibility

известно, является ведущим фактором нарушений психического здоровья и суицидального поведения [1-4]. Всё это происходит на фоне мощного информационного потока новостей тревожащего свойства. Это влияет на общество в целом, но основными группами риска в таких условиях становятся врачи, испытывающие огромные психологические перегрузки и психотравмы, связанные с большим количеством смертей своих пациентов, члены их семей, беспокоящиеся о здоровье своих близких, лица с уже имеющимися уязвимостями, например, с психическими расстройствами, пожилые люди, страдающие различными соматическими заболеваниями, осознающие свой повышенный риск, лица с ограниченными возможностями и пациенты домов престарелых, а также дети и подростки, исключённые из привычного академического процесса, испытывающие гиподинамию и всё больше привыкающие к виртуальному общению. В конечном итоге всё население испытывает повышенный уровень психосоциального стресса. Ожидаемые проблемы в сфере психического здоровья, связанные с таким развитием событий, включают в себя аффективные и тревожные расстройства, дистресс-синдром, посттравматические состояния, обострения зависимостей, поведенческих девиаций, агрессии и аутоагрессии, суицидальные мысли и действия, то есть весь спектр существующих в популяции психических расстройств и нарушений. Ведущими факторами этих проблем выступают страх, тревога, социальная изоляция, одиночество и стигматизация [5].

Все эти проблемы достаточно очевидны и понятны даже непрофессионалам, кроме того, они известны из более ранних публикаций. Так, исследования, проведённые сразу после более ранних пандемий (SARS и Эбола) объективно подтвердили ухудшение психического здоровья, как в общей популяции, так и среди определённых групп, в том числе, среди врачей и пожилых людей [6-8]. Как ответ на новые вызовы всё врачебное сообщество продемонстрировало быструю и активную реакцию: ВОЗ опубликовала методический материал (предварительный бриф от 17 марта) в котором сформулированы основные принципы действий на разных уровнях (глобальный, региональный, местный) по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке наиболее уязвимых групп [9]. На сайте РОП размещена большая подборка материалов, касающихся рекомендаций по организации психиатрической помощи и лечению психических расстройств в период пандемии, рекомендации по совладанию со стрессом и психо-профилактике, методические материалы из различных отечественных и зарубежных источников, интервью ведущих ученых (<https://psychiatr.ru/news/1102>). Во многих из них поднимается тема возможного повышения частоты проявлений суицидального поведения.

В данной публикации мы посчитали необходимым дать по возможности объективную оценку риска акти-

of getting sick, that is, psychosocial stress, which, as you know, is a leading factor in mental health and suicidal behavior [1-4]. All this happens against the background of a powerful flow of news of a disturbing nature. This affects society as a whole, but the main risk groups in such conditions are doctors who experience enormous psychological overload and psychological trauma associated with a large number of deaths of their patients, members of their families who are worried about the health of their loved ones, people with already existing vulnerabilities, for example, with mental disorders, elderly people suffering from various somatic diseases, aware of their increased risk, persons with disabilities and patients in nursing homes, as well as children and adolescents, excluded from the usual academic process, experiencing inactivity and more and more getting used to virtual communication. Ultimately, the entire population experiences increased levels of psychosocial stress. Expected mental health problems associated with this development of events include affective and anxiety disorders, distress syndrome, post-traumatic conditions, exacerbation of addictions, behavioral deviations, aggression and auto-aggression, suicidal thoughts and actions, that is, the entire spectrum of mental disorders and maladies existing in the population. The leading factors in these problems are fear, anxiety, social exclusion, loneliness and stigmatization [5].

All these problems are quite obvious and understandable even to non-professionals, in addition, they are known from earlier publications. Thus, studies conducted immediately after the earlier pandemics (SARS and Ebola) objectively confirmed the deterioration of mental health, both in the general population and among certain groups, including among medical care workers and the elderly [6-8]. As a response to new challenges, the entire medical community showed a quick and active reaction: WHO published methodological material (the preliminary brief dated March 17) which formulates the basic principles of action at different levels (global, regional, local) for the protection of mental health and psychosocial support the most vulnerable groups [9]. The RSP website contains a large selection of materials regarding recommendations for organizing psychiatric care and treating mental disorders during a pandemic, recommendations for coping with stress and psycho-prophylaxis, teaching materials from various domestic and foreign sources, interviews with leading scientists (<https://psychiatr.ru/news/1102>). Many of them raise the topic of a possible increase in the incidence of suicidal behavior.

визации суицидального поведения в текущей ситуации и сформулировать основные меры превенции, которые могли бы быть предприняты на различных уровнях – от общегосударственного или регионального, до уровня отдельных сообществ, коллективов и семей.

Краткий обзор данных о риске суицида при эпидемиях.

Несмотря на очевидные причины повышения риска суицида в условиях пандемий, в литературе не так много публикаций на эту тему. Большинство авторов цитируют одни и те же работы, чаще всего упоминается исследование, проведённое американским суицидологом А. Вассерманом, в котором он попытался оценить влияние Первой Мировой Войны (1914-1918 гг.), пандемии «испанки» (1918-1920 гг.) и введение «сухого закона» (1920-1933 гг.) на смертность от суицидов в США. Используя модель временных рядов, автор показал, что война не оказала никакого влияния на частоту самоубийств, пандемия привела к повышению индексов, а ограничение продаж алкоголя – к снижению [10]. Другая работа, которая напрямую связывает индексы суицидов и эпидемическую ситуацию, из Гонконга, посвящена тяжёлому респираторному синдрому SARS [11]. В этом исследовании авторы, анализируя с использованием регрессионных моделей консолидированную статистику суицидов в Гонконге (где эпидемия нанесла значительный ущерб) за период с 1993 по 2004 г., обнаружили достоверное повышение индексов суицидов среди пожилых людей в течение двух месяцев в 2003 г. [11].

Выявление эффектов неких катастрофических событий, которые сами по себе сопровождаются смертностью, на параллельную, или появляющуюся в ответ на событие, смертность от самоубийств представляет собой сложную задачу. Можно провести аналогию с влиянием войн: в разных источниках приводятся в основном косвенные подтверждения того, что во времена военных действий и в течение некоторого времени после их окончания самоубийства снижаются как в воюющих, так и в не вовлечённых напрямую странах [12]. В качестве объяснения обычно выдвигают теорию Э. Дюркгейма о роли социальной интеграции в период опасности, в то же время альтернативной гипотезой является снижение безработицы в период войн и после их окончания, то есть влияние экономического фактора [12]. Однако в случае «невидимого врага» человечество может испытывать более высокий уровень тревожных опасений, и консолидация может быть выражена в меньшей степени. При этом вынужденная изоляция ослабляет возможности социальной поддержки. Более того, после эпидемии вполне обоснованно ожидается ухудшение экономической ситуации или крайне медленный рост, в отличие от послевоенного периода, когда экономика начинает расти быстро и возникает эффект социального оптимизма и надежд на будущее.

In this publication, we considered it necessary to give as objective an assessment as possible of the risk of increased suicidal behavior in the current situation and to formulate the main preventive measures that could be taken at various levels - from national or regional to the level of individual communities, groups and families.

Overview of epidemic suicide risk data.

Despite the obvious reasons for the increased risk of suicide in the context of pandemics, there are not many publications on this subject in the literature. Most authors cite the same works, most often referred to a study conducted by the American suicidologist Ira Wasserman where he tried to assess the impact of the First World War (1914-1918), the pandemic of Spanish flu (1918- 1920) and the introduction of the Prohibition (1920-1933) on mortality from suicide in the United States. Using the time series model, the author showed that the war did not have any effect on the frequency of suicides, the pandemic led to higher indices, and the limitation of alcohol sales led to their decrease [10]. Another work that directly relates suicide indices and the epidemic situation from Hong Kong is devoted to severe respiratory syndrome SARS [11]. In this study, the authors, using regression models and the consolidated suicide statistics in Hong Kong (where the epidemic caused significant damage) for the period from 1993 to 2004, found a significant increase in suicide rates among older people over the course of two months in 2003 [11].

Identifying the effects of certain catastrophic events, which in themselves are accompanied by mortality, on a parallel, or appearing in response to an event, mortality from suicide is a difficult task. We can draw an analogy with the influence of wars: in various sources, mainly indirect evidence is given that during the war and for some time after its end, suicides are reduced both in warring countries and in countries not directly involved [12]. As an explanation, the theory of E. Durkheim on the role of social integration in times of danger is usually put forward, while an alternative hypothesis is the reduction of unemployment during wars and after them, that is, the influence of the economic factor [12]. However, in the case of an “invisible enemy”, humanity may experience a higher level of alarming fears, and consolidation may be less expressed. At the same time, forced isolation weakens the possibilities of social support. Moreover, after the epidemic, a worsening of the economic situation or extremely slow

В случае пандемии COVID-19 на фоне негативных ожиданий сходятся воедино несколько факторов: ухудшение психического здоровья, обострение психических расстройств и усиление психосоциального стресса. Это влияет на очень широкий круг людей, включая тех, кто по долгу своей деятельности осуществляет информирование общества о происходящем – представителей СМИ. Наблюдение за сетевыми источниками в настоящее время свидетельствует о том, что информирование о случаях суицида явно активизировалось. Сведения об отдельных случаях появляются и в научной печати, особенно в контексте имеющих рисков, например, стигматизации заболевших. В частности, мужчина в Пакистане, будучи убеждён, что заразился и, опасаясь преследований со стороны других жителей деревни, покончил с собой. Ряд случаев на почве «коронафобии» задокументирован в Индии [13, 14]. В российских медиа прозвучали несколько случаев смертей среди ответственных работников здравоохранения и отдельных медработников, не выдержавших психологической нагрузки. Аналогичные сведения поступают из Италии. Все они нуждаются в проверке. Однако появившись в сетевых источниках, они уже получили публичность и «живут своей жизнью», подкрепляя негативные ожидания и, возможно, подсылая модели поведения другим уязвимым личностям.

Эти случаи не стали бы столь известны при других обстоятельствах или не вызвали бы большого общественного резонанса, но сейчас, в контексте эпидемии, они, несомненно, работают по принципу «самосбывающегося пророчества». При этом нужно учитывать, что роль сообщений СМИ о суицидах в провоцировании новых самоубийств изучалась в специальных исследованиях и нашла подтверждение. Не только самоубийства известных личностей, информация о которых оказывает самый сильный эффект, но и увеличение числа сообщений о покончивших с собой безвестных индивидуумов оказывает влияние (каждое дополнительное сообщение в СМИ увеличивает общий уровень самоубийств на определённый процент) [15].

В последнее время приводится всё больше фактов в пользу того, что СМИ вносят значительный вклад в психологическую травматизацию общества. Повторное многократное отражение в СМИ каких-либо общественных кризисов и катастроф (включая ранее произошедшие эпидемии SARS и H1N1), а также другие коллективных травмирующих событий, например, террористических актов, приводит к повышению тревожности и повышенной реактивности к воздействию иных стрессоров. Всё это в конечном итоге влечёт за собой ипохондрическое реагирование и увеличение потока обращений в учреждения здравоохранения и другие структуры, занимающиеся психическим здоровьем [16]. В свою очередь риск усиливают и социаль-

growth is quite expected, unlike the post-war period, when the economy begins to grow rapidly and the effect of social optimism and hope for the future arises.

In the case of the COVID-19 pandemic, against the background of negative expectations, several factors converge: poor mental health, exacerbation of mental disorders, and increased psychosocial stress. This affects a very wide circle of people, including those whose work is to inform the public about what is happening – the media representatives. Monitoring network sources now indicates that suicide reporting has clearly intensified. Information about individual cases also appears in the scientific press, especially in the context of existing risks, for example, stigmatization of patients. In particular, a man in Pakistan convinced that he had become infected and fearing persecution by other villagers, committed suicide. A number of cases based on “coronaphobia” have been documented in India [13, 14]. In the Russian media, there have been several cases of deaths among senior health workers and individual health workers who could not stand the psychological burden. Similar information comes from Italy. All of them need verification. However, having appeared online, they have already gained publicity and “live their own lives” now, reinforcing negative expectations and, possibly, suggesting behaviors to other vulnerable individuals.

These cases would not have become so well-known under other circumstances or would not have caused a great public response, but now, in the context of the epidemic, they undoubtedly work on the principle of “self-fulfilling prophecy.” It should be borne in mind that the role of media reports on suicides in provoking new suicides was studied in special studies and found confirmation. Not only suicides of well-known personalities, the information about which has the strongest effect, but also an increase in the number of reports about unknown individuals who have committed suicide has an effect (each additional media report increases the overall suicide rate by a certain percentage) [15].

Recently, more and more facts have been cited to confirm the fact that the media make a significant contribution to the psychological trauma of society. Repeated multiple publications in the media of any public crises and catastrophes (including the previous SARS and H1N1 epidemics), as well as other collective traumatic events, for example, terrorist acts, leads to increased anxiety and increased responsiveness to other stressors. All this ultimately entails a hypochondriacal response and an increase in the flow of appeals to

ные сети, распространяя тревожащие новости, в том числе, непроверенную, а иногда и заведомо ложную информацию [17, 18].

Таким образом, на данном этапе рост суицидов скорее является ожидаемым осложнением в связи ухудшением психического здоровья больших контингентов населения. Эти ожидания подкрепляются сообщениями СМИ, и в конечном итоге могут стать реальностью. В то же время реальные изменения станут видны через 2-3 года после опубликования региональной и федеральной статистики смертности, причём для установления связи с пандемией должны быть применены объективные статистические приёмы доказательств. На данном этапе для экспресс - оценки можно предложить ежемесячный мониторинг смертности по данным судебно-медицинских бюро с сопоставлением числа случаев в апреле - июне с числом случаев за этот же период в предшествующие годы, например, за последние 5 лет. Если будет выявлено достоверное повышение по сравнению с усреднёнными данными за 5 предшествующих лет, можно осторожно говорить о том, что негативные прогнозы сбываются. При этом нужно иметь в виду обычную сезонность (весеннее - летний подъём) и «плавающие» пики в этом периоде в зависимости от контрастности температур, быстроты перехода от зимы к лету в каждом конкретном году и в каждом географическом регионе [19]. Тот же подход может быть применён в отношении суицидальных попыток. В данном случае источником информации может послужить статистика стационаров скорой медицинской помощи и специализированных отделений психиатрической и психосоциальной помощи больниц или медицинских центров.

Основные направления снижения риска суицида в связи с эпидемической обстановкой.

Профилактика суицидов обычно рассматривается на трёх уровнях: *первичная*, включающая меры, направленные на самые широкие контингенты населения, *вторичная*, направленная в основном на группы риска (лица с психическими расстройствами, зависимостями, девиантным поведением и т.д.), и *третичная*, направленная на лиц, переживших суицидальный кризис и так называемых «выживших» – родственников покончивших с собой. По другой схеме профилактика может рассматриваться как результат двух подходов: *широкого*, направленного на повышение уровня общественного здоровья (public health approach), и *сфокусированного* подхода, направленного на повышение эффективности системы здравоохранения (health care approach). В первом случае мишенями являются СМИ, система образования, производственные коллективы, армия, полиция, общество в целом, а непосредственные меры включают повышение уровня знаний и осознания проблемы в обществе, преодоление стигматизации, психосоциаль-

healthcare institutions and other mental health structures [16]. In turn, social networks also multiply the risk by spreading disturbing news, including unverified, and sometimes knowingly false information [17, 18].

Thus, at this stage, the growth of suicides is more likely to be an expected complication due to the deterioration of the mental health of large populations. These expectations are aggravated by media reports, and may ultimately become a reality. At the same time, real changes will become visible in 2-3 years after the publication of regional and federal statistics on mortality, and objective statistical methods of evidence must be applied to establish a connection with the pandemic. At this stage, for an express assessment, monthly monitoring of mortality according to the data of the forensic bureau can be offered with a comparison of the number of cases in April-June with the number of cases for the same period in previous years, for example, over the past 5 years. If, after comparing the averaged data for the previous 5 years, a significant increase is revealed, we can suggest with caution that negative forecasts come true. In this case, one must keep in mind the usual seasonality (spring-summer rise) and “floating” peaks in this period, depending on the temperature contrast, the speed of transition from winter to summer in each specific year and in each geographical region [19]. The same approach can be applied to suicide attempts. In this case, the source of information can be statistics from inpatient ambulances and specialized departments of psychiatric and psychosocial care of hospitals or medical centers.

The main directions to reduce the risk of suicide in connection with the epidemic situation.

Suicide prevention is usually considered at three levels: primary, including measures aimed at the broadest contingents of the population, secondary, aimed mainly at risk groups (people with mental disorders, addictions, deviant behavior, etc.), and tertiary, aimed at persons who survived the suicidal crisis and the so-called "survivors" – relatives of those who committed suicide. According to another scheme, prevention can be considered as the result of two approaches: a broad, aimed at increasing the level of public health (public health approach), and a focused approach, aimed at increasing the effectiveness of the health care system. In the first case, the targets are the media, the education system, production teams, the army, the police, society as a whole, and direct measures include raising the level of knowledge and awareness of the prob-

ные программы в учебных заведениях, контроль доступности средств, повышение ответственности журналистского сообщества, деятельность горячих линий, в том числе в интернет-пространстве. Во втором случае мишенями выступают руководители медицинских учреждений, врачи, медицинский персонал, пациенты и их родственники, а непосредственные меры включают раннюю диагностику психических расстройств, улучшение навыков выявления суицидальности в системе первичного звена, формирование осознанного отношения работников здравоохранения к проблеме, налаживание системы последовательных мер (маршрутизации), эффективное лечение психических расстройств, особенно депрессии [3, 20]. Еще один подход, близкий к перечисленным выше, был сформулирован Комитетом по превенции психических расстройств Института медицины в Вашингтоне, согласно этой схеме, превенция применительно к конкретной популяции складывается из *универсальных, селективных и индикативных* мероприятий [21]. Бенефициарами этих мер становятся соответственно всё общество, группы, потенциально более уязвимые с точки зрения демографических, социальных и медико-биологических особенностей, но клинически не идентифицированные (например, молодёжь, мужчины, представители определённых профессий), и группы с клинически идентифицированным повышенным риском (пациенты с психическими и соматическими нарушениями, подростки с поведенческими нарушениями и т.д.) [21].

Основываясь на систематическом анализе мер и программ суицидальной превенции и объективных данных об их эффективности [22] в недавней консенсус – публикации рабочей группы Евросоюза по программам суицидальной превенции, основанных на доказательствах [23], были сформулированы общие принципы превенции суицидов. Авторы этой публикации призывают к тому, чтобы на государственном уровне были разработаны, утверждены правительствами, приняты к исполнению и поддержаны финансово национальные программы превенции суицидов, которые были бы самостоятельными, но, в то же время, скоординированными с более общими планами и программами по психическому здоровью. Структура и план действий, которые могли бы войти в такие программы, и эффективность которых оценена в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах, представлен на рис. 1.

Как видно из этой схемы, рабочая группа из лучших специалистов в сфере психического здоровья и суицидальной превенции считает наиболее доказательными такие практики как своевременное выявление и эффективное лечение аффективных расстройств при активном участии врачей первичного звена, а также ограничение доступа к средствам суицида и профилактические программы на уровне школ.

lem in society, overcoming stigma, psychosocial programs in educational institutions, monitoring accessibility of funds, increasing the responsibility of the journalistic community, the activity of hotlines, including those in the Internet realm. In the second case, the targets are the heads of medical institutions, doctors, medical personnel, patients and their relatives, and immediate measures include early diagnosis of mental disorders, improving skills to identify suicidality in the primary care system, the formation of a conscious attitude of health workers to the problem, establishing a system of sequential measures (routing), effective treatment of mental disorders, especially depression [3, 20]. Another approach, similar to those listed above, was formulated by the Committee on Prevention of Mental Disorders of the Institute of Medicine in Washington, according to this scheme, prevention in relation to a specific population consists of universal, selective and indicative measures [21]. The beneficiaries of these measures are respectively the whole society, groups that are potentially more vulnerable in terms of demographic, social and biomedical characteristics, but not clinically identified (for example, youth, men, representatives of certain professions), and groups with clinically identified increased risk (patients with mental and somatic disorders, adolescents with behavioral disorders, etc.) [21].

Based on a systematic analysis of measures and programs of suicide prevention and objective data on their effectiveness [22] in a recent consensus publication of the European Union working group on evidence-based suicide prevention programs [23], general principles for the prevention of suicides were formulated. The authors of this publication call for the development, approval by governments, adoption and financial support of national suicide prevention programs that are independent, but at the same time are coordinated with more general plans and programs for mental health. The structure and plan of action that could be included in such programs and whose effectiveness is evaluated in accordance with the principles of evidence-based medicine, is shown in Fig. 1.

As can be seen from this scheme, a working group of the best specialists in the field of mental health and suicidal prevention considers the most probable practices such as the timely detection and effective treatment of affective disorders with the active participation of primary care doctors, as well as restricting access to suicide and prevention programs at the level of schools.



Рис. 1. / Fig. 1. Стратегии суицидальной превенции, основанные на доказательствах (по данным Zalsman G. et al., 2017 [23], с разрешения авторов и издательства) / Evidence based strategies of suicide prevention (from Zalsman G. et al., 2017 [23], with permission from authors and publishers)

Следует, однако, иметь в виду, что такая стратегия как ограничение доступа к летальным средствам, в основном подразумевает контроль за огнестрельным оружием, что может иметь значение для США, где самострелы являются ведущим методом самоубийства.

Ряд научных изданий психиатрического профиля уже опубликовали конкретные предложения и очертили возможный круг мер, направленных на снижение риска применительно к сегодняшней ситуации. Они касаются мер укрепления психического здоровья больших контингентов населения, а также поддержки групп повышенного риска (прежде всего врачей, членов их семей, родственников пациентов с COVID-19, пожилых людей) и включают такие стратегии, как повышение осознанного отношения к психическому здоровью в обществе, продвижение междисциплинарного подхода к проблеме психического здоровья, повышение эффективности психиатрической и психологической помощи, широкое использование онлайн-платформ для целей психологического консультирования и разработку специализированных реабилитационных программ для наиболее уязвимых групп [24-26]. Обсуждаются также основные направления объективных исследований для выявления степени выраженности проблем и оценки эффективности превентивных стратегий и их финансирование [27].

Развернутый план действий предложила группа суицидологов от лица COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration [28]. Основываясь на вышеупо-

However, it should be borne in mind that such strategy as restricting access to lethal means, basically implies control of firearms, which may be significant for the United States, where gunshots are the leading method of suicide.

A number of scientific publications of a psychiatric profile have already been publishing specific proposals and outlined a possible range of measures aimed at reducing risk in relation to the current situation. They relate to measures to enhance the mental health of larger populations, as well as support for high-risk groups (primarily doctors, their families, relatives of patients with COVID-19, the elderly) and include strategies such as raising public awareness of mental health in society, promoting an interdisciplinary approach to the problem of mental health, increasing the effectiveness of psychiatric and psychological assistance, the widespread use of online platforms for psychological counseling and the development of specialized rehabilitation programs for the most vulnerable groups [24-26]. The main directions of objective research to identify the severity of problems and assess the effectiveness of preventive strategies and their financing are also discussed [27].

A detailed plan of action was proposed by a group of suicidologists on behalf of COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration [28]. Based on the aforementioned

мянutoй концепции селективных, индикативных и универсальных мер, авторы формулируют ближайшие и отдаленные задачи различных структур, способных их реализовать. В отношении лиц с имеющимися психическими расстройствами и групп повышенного риска (включая врачей «на передовой») предлагается активизация всех видов социальной поддержки, использование различных модальностей при организации помощи, в частности, усиление роли онлайн-технологий, разработка специальных мер и расширение возможностей получения помощи медицинским персоналом, обеспечение более активной оценки суицидального риска, повышение квалификации ответственных лиц. Упор делается на широкое использование дистанционных методов, активизацию волонтерских организаций и движений, поддержку лиц, занятых в системе кризисных линий и центров. Субъектами этой деятельности, согласно разработанному плану, выступают институты, обеспечивающие помощь в сфере психического здоровья (центры психиатрической и психосоциальной помощи) и индивидуальные консультанты. Роль государства в данном случае сводится к обеспечению адекватных ресурсов для реализации всех перечисленных вмешательств.

Что касается универсальных мер, то здесь авторы рассматривают следующие сферы, требующие внимания и осознанных действий: финансовые стрессоры, домашнее насилие, потребление алкоголя, психологические последствия изоляции и потерь (ощущение «пребывания в западне», одиночество, горе, сопровождающее тяжелую утрату), доступ к средствам самоубийства и безответственное поведение СМИ [28]. Для каждой из перечисленных сфер предлагаются стратегии, ответственными за которые являются либо государственные структуры (финансовые стрессоры, домашнее насилие и потребление алкоголя), либо более широкий круг агентств и акторов, включая семьи, коллективы, профессиональные ассоциации и т.д. По всем видам деятельности красной строкой проходят призывы к повышенной готовности, осознанию проблемы и более активной социальной поддержки уязвимых групп и лиц всеми имеющимися средствами [28].

Все эти наработки должны быть использованы с учётом культурных и организационных особенностей, присущих конкретной стране, региону и социуму. Так, например, в работе [22] группа авторов проанализировала 1797 англоязычных публикаций по итогам оценки эффективности стратегий превенции суицидов, включая 23 систематических обзора, 12 мета-анализов, 40 рандомизированных контролируемых исследования (РКИ), 67 когортных исследований и 22 экологических или популяционных исследований, отобрав для дальнейшего анализа 164 работы, соответствующие Окс-

concept of selective, indicative and universal measures, the authors formulate the immediate and remote tasks of various structures that can implement them. In relation to people with mental disorders and high-risk groups (including doctors “on the front lines”), it is proposed to activate all types of social support, use various modalities in organizing assistance, in particular, strengthen the role of online technologies, develop special measures and expand the possibilities of getting help by medical personnel, provide a more active assessment of suicidal risk, and improve the qualifications of those responsible. The emphasis is made on the widespread use of distance methods, the activation of volunteer organizations and movements, support for people employed in the system of crisis lines and centers. The subjects of this activity, according to the developed plan, are institutions that provide mental health care (psychiatric and psychosocial care centers) and individual consultants. The role of the state in this case is reduced to providing adequate resources for the implementation of all of these interventions.

As for the universal measures, here the authors consider the following areas that require attention and deliberate action: financial stressors, domestic violence, alcohol consumption, the psychological consequences of isolation and loss (the feeling of “being trapped”, loneliness, grief, accompanying severe loss), access to suicide and irresponsible media behavior [28]. For each of these areas, strategies are proposed that either government structures are responsible for (financial stressors, domestic violence and alcohol consumption), or a wider range of agencies and actors, including families, groups, professional associations, etc. are. For all types of activities, the red line includes calls for increased preparedness, awareness of the problem, and more active social support for vulnerable groups and individuals by all available means [28].

All these developments should be used taking into account the cultural and organizational features inherent in a particular country, region and society. For example, in this work [22] a group of authors analyzed 1797 English-language publications based on an assessment of the effectiveness of suicide prevention strategies, including 23 systematic reviews, 12 meta-analyzes, 40 randomized controlled trials (RCTs), 67 cohort studies and 22 environmental or population studies, selecting for further analysis 164 works that meet the Oxford criteria for evidence-based medicine [29]. Naturally, all conclusions are based on works performed in the cultural conditions

фордским критериям доказательной медицины [29]. Естественно, все выводы строятся на работах, выполненных в культурных условиях тех стран, где проводятся такие исследования, поэтому знание психологического и организационного контекста является важным условием для того, чтобы использовать ту или иную стратегию в других условиях.

Насущные задачи и перспективы в сфере превенции суицидов во время и после эпидемии.

Применительно к текущему моменту можно, опираясь на международно признанные наработки, предложить ряд конкретных мер по предупреждению суицидального поведения среди широких слоев населения Российской Федерации и среди представителей наиболее уязвимых групп. Основными направлениями являются (в порядке срочности) активизация образовательных стратегий в области укрепления психического здоровья, активизация научных исследований и профессиональной среды и активизация организационной деятельности в сфере суицидальной превенции.

В рамках первого направления можно предлагать активное проведение онлайн-вебинаров ведущих суицидологов, которые были бы доступными для различных контингентов – для широких слоев населения, для врачей общей практики, для других медицинских специальностей, так или иначе сталкивающихся с суицидентами – реаниматологов, травматологов, токсикологов, наркологов. Тематикой таких вебинаров могли бы стать общие вопросы суицидологии – факторы риска, признаки приближающейся угрозы, мифы и факты о самоубийстве, помощь в кризисной ситуации. Вторым актуальным направлением могло бы стать широкое информирование об объективных факторах психического здоровья, признаках депрессии и тревоги, причинах зависимостей, о роли стресса как фактора этих нарушений и о путях и методах совладания со стрессом. Информирование и предоставление помощи, равно как и обучение врачей общей практики и медицинского персонала, как свидетельствуют исследования, во многих случаях выступает в качестве эффективной стратегии превенции [29].

Ранее высказывались предложения расширить преподавание суицидологии в медицинских ВУЗах как самостоятельного междисциплинарного спецкурса, а не только в виде нескольких часов в рамках курса психиатрии, в настоящее время это предложение становится всё более актуальным [30]. Сегодня во многих классических университетах суицидология преподается на факультетах психологии. Представляется целесообразным увеличение доли часов по проблемам психического здоровья и суицидологии на факультетах педагогических ВУЗов, там, где обучаются психологии педагогического направления. Это долгосрочные планы, в то

of those countries where such studies are carried out, therefore knowledge of the psychological and organizational context is an important condition for using a particular strategy in other conditions.

Urgent tasks and prospects in the field of suicide prevention during and after the epidemic.

In relation to the current moment, one can propose a number of specific measures to prevent suicidal behavior among the general population of the Russian Federation and among representatives of the most vulnerable groups, relying on internationally recognized suggestions. The main areas are (in order of urgency): the activation of educational strategies in the field of mental health promotion, the intensification of scientific research and the professional environment, and the intensification of organizational activities in the field of suicidal prevention.

In the first area, one can propose the active conduct of online webinars by leading suicidologists, which would be accessible to various contingents – for the general population, for general practitioners, for other medical specialties that are confronted with suicides, one way or another – resuscitators, traumatologists, toxicologists, narcologists. The topic of such webinars could be the general issues of suicidology – risk factors, signs of an impending threat, myths and facts about suicide, help in a crisis situation. The second important direction could be spreading the information about objective factors of mental health, signs of depression and anxiety, causes of addictions, the role of stress as a factor in these disorders, and ways and methods of coping with stress. Informing and providing assistance, as well as training general practitioners and medical personnel, as research shows, in many cases acts as an effective prevention strategy [29].

Earlier, proposals were made to expand the teaching of suicidology in medical universities as an independent interdisciplinary special course, and not just in the form of several hours as part of a psychiatric course, now this proposal is becoming increasingly relevant [30]. Today, in many classical universities, suicidology is taught at the faculties of psychology. It seems appropriate to increase the proportion of hours on mental health and suicidology at the faculties of pedagogical universities, where psychology of the pedagogical direction is taught. These are long-term plans, while in the short term professional webinars for educational psychologists, social psychologists, pediatricians, and school teachers

время как в краткосрочной перспективе были бы уместны профессиональные вебинары для психологов педагогического направления, социальных психологов, врачей-педиатров, школьных учителей. Темы могли бы касаться раннего выявления депрессии, рискованного, самоповреждающего и суицидального поведения среди подростков и молодежи, особенностей психического здоровья подростков, роли стрессовых ситуаций, путей и методов их преодоления применительно к молодежи.

Согласно исследованиям, ответственное отношение СМИ к информированию о суицидах является превентивной стратегией [30]. Проведение профессиональных вебинаров для представителей СМИ, взаимодействие с факультетами журналистики ВУЗов с целью улучшения контактов журналистского сообщества с профессионалами в сфере психического здоровья и суицидальной превенции могло бы улучшить положение.

В современном информационном обществе зачастую отдельные популярные в сети личности формируют общественное мнение и могут оказывать влияние на большие аудитории своих подписчиков. В связи с этим знания о психическом здоровье и факторах риска суицида должны быть доступны каждому. Опыт массовой суицидальной превенции путём создания краткосрочной системы образования имеется – это короткие семинары для представителей государственных и частных компаний, предприятий, организаций, производственных коллективов, отдельных заинтересованных граждан по проблемам психического здоровья, по выявлению признаков депрессии и посттравматического стрессового расстройства, признаков суицидальной угрозы, по развенчиванию мифов и изложению объективных фактов о самоубийстве. Такие проекты реализованы в Швеции, Австралии и ряде других стран в виде системы Mental Health First Aid (MHFA) – франчайзинговой программы подготовки тренеров в сфере психического здоровья, в последнее время реализуемой в виде онлайн вебинаров [31]. Эффективность этой программы оценена в рандомизированных контролируемых исследованиях, причём показано, что онлайн обучение столь же эффективно, как и очное, как в виде самостоятельного курса, так и в комплексе с другими программами по оказанию первой помощи [32, 33].

Ещё одним направлением могло бы стать более активное взаимодействие с волонтерскими движениями, налаживание контактов с формальными и неформальными структурами, объединяющих лиц разного возраста и с разными интересами, предоставление им возможностей по повышению квалификации в сфере детерминант психического здоровья и кризисной помощи, обучение основным принципам идентификации лиц с депрессией и суицидальными тенденциями,

would be appropriate. Topics could relate to the early detection of depression, risky, self-injuring and suicidal behavior among adolescents and youth, the characteristics of adolescent mental health, the role of stressful situations, ways and methods of overcoming them in relation to youth.

According to studies, the responsible attitude of the media to suicide reporting is a preventive strategy [30]. Conducting professional webinars for media representatives, interacting with journalism departments of universities to improve the contacts of the journalistic community with professionals in the field of mental health and suicidal prevention could improve the situation.

In the modern information society, often certain individuals who are popular on the network form public opinion and can influence large audiences of their subscribers. In this regard, knowledge about mental health and risk factors for suicide should be accessible to everyone. There is experience of massive suicidal prevention by creating a short-term education system – these are short seminars for representatives of state and private companies, enterprises, organizations, production teams, individual citizens interested in mental health problems, on identifying signs of depression and post-traumatic stress disorder, signs of suicidal threat, debunking myths and expounding objective facts about suicide. Such projects have been implemented in Sweden, Australia and a number of other countries in the form of the Mental Health First Aid (MHFA) system, a franchised program for the training of mental health trainers, which has recently been implemented in the form of online webinars [31]. The effectiveness of this program was evaluated in randomized controlled trials, and it was shown that online training is as effective as full-time training, both in the form of an independent course and in combination with other first-aid programs [32, 33].

Another direction could be more active interaction with volunteer movements, establishing contacts with formal and informal structures uniting people of different ages and with different interests, providing them with opportunities to improve their skills in the field of determinants of mental health and crisis assistance, training in the basic principles of identifying people with depression and suicidal tendencies, risk assessment, methods of care, etc. Social networks could help in this, and in this connection, the creation of groups led by professionals or trained volunteers should be welcomed as they would spread scientifically-based and verified information

оценки риска, способов оказания помощи и т.д. В этом могли бы помочь социальные сети, в связи с чем нужно приветствовать создание групп, возглавляемых профессионалами или подготовленными волонтерами, которые бы распространяли научно-обоснованную и проверенную информацию относительно стратегий укрепления психического здоровья, об имеющихся ресурсах помощи при психологическом дискомфорте, тревоге, ощущении стресса, беспокойстве относительно будущего. Необходимо стремиться шире привлекать волонтеров и лиц с активной жизненной позицией в такие группы. Социальные сети в основном обсуждаются с той точки зрения, что они могут нанести вред, распространяя депрессивные и суицидальные послания, однако они же обладают и большим антисуицидальным потенциалом, который ещё полностью не раскрыт, не изучен и не использован в полной мере [34]. Это же касается мобильных приложений, направленных на поддержание психического здоровья и превенцию депрессии, тревоги и суицидального поведения, можно ожидать взрывного роста таких приложений в ближайшее время [35].

Нам представляется, что многие из перечисленных выше задач решались бы более эффективно, если бы суицидологическое направление было каким-то образом институционализировано, например, в форме междисциплинарной секции суицидологии в рамках РОП, по аналогии с соответствующими секциями EPA и WPA [36, 37]. Придание такой секции прав и возможностей создавать свои веб-ресурсы, принимать в свои ряды новых членов (в том числе, из числа клинических и медицинских психологов), проводить заседания, принимать решения и продвигать свои цели и задачи, издавать бюллетень и т.д. могло бы существенно усилить позиции суицидологии в России. Одновременно это привело бы к появлению горизонтальной сети суицидологов в стране, объединяющих не только врачей-психиатров, но и психологов, социологов, представителей других специальностей, интересующихся суицидологией. Это означало бы появление суицидологии как междисциплинарного направления в рамках психиатрии, но с известной долей самобытности и самостоятельности, что естественно и рационально.

Было бы также целесообразно проводить узкотематические суицидологические научные форумы и конференции под эгидой секции суицидологии РОП, но не только в контексте психиатрических съездов / конференций, а как самостоятельных форумов, причём на систематической основе (например, раз в два года), как в столицах, так и в регионах. Недавно состоявшаяся Сибирская школа превентивной суицидологии (февраль 2020 г., г. Тюмень) является в этом отношении подходящей моделью. Если говорить о международном

on mental health promotion strategies and available help resources in case of experiencing psychological discomfort, anxiety, a feeling of stress, anxiety about the future. It is necessary to strive to attract more volunteers and people with an active lifestyle in such groups. Social networks are mainly discussed from the point of view that they can be harmful through sharing depressive and suicidal messages, but they also have great antisuicidal potential, which has not yet been fully disclosed, has not been studied, and has not been fully utilized [34]. The same applies to mobile applications aimed at maintaining mental health and preventing depression, anxiety and suicidal behavior; one can expect explosive growth of such applications in the near future [35].

It seems to us that many of the tasks listed above would be solved more effectively if the suicidological direction were somehow institutionalized, for example, in the form of an interdisciplinary section of suicidology in the framework of the RSP, by analogy with the corresponding sections of EPA and WPA [36, 37]. Giving such a section rights and opportunities to create their own web resources, accept new members (including those from clinical and medical psychologists), hold meetings, make decisions and promote their goals and objectives, publish a newsletter, etc. could significantly strengthen the position of suicidology in Russia. At the same time, this would lead to the emergence of a horizontal network of suicidologists in the country, bringing together not only psychiatrists, but also psychologists, sociologists, representatives of other specialties interested in suicidology. This would mean the emergence of suicidology as an interdisciplinary direction within the framework of psychiatry, but with a certain share of originality and independence, which is natural and rational.

It would also be advisable to hold narrow-topic suicidological scientific forums and conferences under the guidance of the RSP section for suicidology, but not only in the context of psychiatric congresses/conferences, but also as independent forums, moreover, on a systematic basis (for example, once every two years), both in capitals and in regions. The recently held Siberian School of Preventive Suicidology (February 2020, Tyumen) is a suitable model in this regard. If we talk about international experience, the European symposium on suicidology and suicidal behavior, which takes place every two years, can always be a model, and there is always competition

опыте, то моделью может выступать Европейский симпозиум по суицидологии и суицидальному поведению, который проводится раз в два года, причём всегда имеет место конкуренция между предполагаемыми городами-хозяевами очередного форума.

Можно надеяться, что кризис, вызванный COVID-19 и обеспокоенность, возникшая в отношении ухудшения психического здоровья и увеличения числа самоубийств, подтолкнёт также к разработке новых исследовательских проектов в сфере суицидальной превенции в России. В этом плане насущной потребностью является планирование специфических научных проектов по суицидологии интегрирующего характера (с охватом нескольких сопоставимых по населённости исследуемых территорий, но в регионах с различными культурно-религиозными, географическими и климатическими особенностями) с применением стандартизованных протоколов и рандомизации, в которых оценивалась бы эффективность вмешательств превентивного характера в конкретных культурных условиях. Появление таких проектов выведет отечественную суицидологию на международный уровень.

В России, как в столицах, так и в регионах, реализуются ряд инициатив в сфере суицидальной превенции, многие из которых находят своё отражение на страницах журнала «Суицидология». Вероятно, назрела необходимость анализа и обобщения этих инициатив в виде обзорной публикации и создание компендиума региональных стратегий, опыта межведомственного взаимодействия при их подготовке, и самое главное – оценки их эффективности. Наконец, назрела необходимость разработки основных положений государственной рамочной междисциплинарной программы суицидальной превенции, лоббирование её утверждения Правительством, оценка её эффективности по данным смертности от самоубийств с периодической корректировкой и уточнением основных приоритетов. Имеющиеся наработки и международный опыт предоставляют нам такие возможности, необходимо активизировать усилия на этом направлении. Это будет важным шагом, в том числе на пути к предупреждению возможных последствий пандемии.

Заключение.

Коронавирусный кризис обострил множество проблем в обществе и привлёк дополнительное внимание к проблеме самоубийств. Это является вызовом для отечественной суицидологии, но одновременно и шансом для системных изменений. Нам представляется, что все меры, направленные на предупреждение подъёма суицидов, можно условно разделить на краткосрочные и долгосрочные. На данном этапе основные усилия следует сконцентрировать на образовательном направлении, активизировав все виды деятельности, которые бы

between the alleged host cities for the next forum.

It is hoped that the crisis caused by COVID-19 and the concern about mental health and increased suicides will also lead to the development of new research projects in the field of suicidal prevention in Russia. In this regard, the urgent need is the planning of specific research projects on suicidology of an integrating nature (covering several studied territories comparable in the size of their population, but in regions with different cultural, religious, geographical and climatic features) using standardized protocols and randomization, which would evaluate the effectiveness of interventions of a preventive nature in specific cultural conditions. The emergence of such projects will bring domestic suicidology to the international level.

In Russia, both in the capitals and in the regions, a number of initiatives are being implemented in the field of suicidal prevention, many of which are reflected on the pages of the journal "Suicidology". Most likely, there is a need to analyze and summarize these initiatives in the form of a review publication and create a compendium of regional strategies, experience of interdepartment cooperation in their preparation, and most importantly, assess their effectiveness. Finally, there is a need to develop the main provisions of the state framework for an interdisciplinary program of suicidal prevention, lobbying for its approval by the Government, assessing its effectiveness based on suicide mortality data with periodic adjustments and clarification of key priorities. The existing experience and international experience provide us with such opportunities, it is necessary to intensify efforts in this direction. This will be an important step, including the way to prevent the possible consequences of the pandemic.

Conclusion.

The coronavirus crisis has exacerbated a number of problems in the society and attracted additional attention to the problem of suicide. This is a challenge for domestic suicidology, but at the same time a chance for systemic changes. It seems to us that all measures aimed at preventing the rise of suicides can be conditionally divided into short-term and long-term ones. At this stage, the main efforts should be concentrated on the educational direction, activating all types of activities that would increase the level of awareness of the problem in society and would

повышали уровень осознания проблемы в обществе и создавали бы возможности по предупреждению нарушений психического здоровья уже сейчас. В отдалённой перспективе возможен более широкий спектр действий, среди которых наиболее перспективными выглядят инициативы, направленные на повышение значимости суицидологии как междисциплинарной сферы знаний и практической деятельности. Одной из насущных задач является разработка и признание на государственном уровне рамочной Программы суицидальной превенции. Появление такой программы будет способствовать дальнейшему объединению всех суицидологов в стране, появлению целенаправленных финансируемых научных проектов, активизации этого профессионального сообщества и повышению эффективности мер превенции в государственном масштабе.

create opportunities to prevent mental health disorders now. In the long term, a wider range of actions is possible, among which the most promising are initiatives aimed at increasing the importance of suicidology as an interdisciplinary sphere of knowledge and practice. One of the urgent tasks is the development and recognition at the state level of the framework Program of suicidal prevention. The emergence of such a program will contribute to the further unification of all suicidologists in the country, the emergence of targeted funded scientific projects, the revitalization of this professional community and the increase in the effectiveness of prevention measures on a national scale.

Литература / References:

1. Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future / Ed. W.R. Avisen, I.H. Gotlib, NY.: Plenum Press, 1994. 340 p.
2. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество / С.Г. Сукиасян, А.С. Тадевосян, С.С. Чшмаритян, Н.Г. Манасян. Ереван: Асогик, 2003. 348 с. [Stress and post-stress disorders: personality and society / S.G. Sukiasyan, A.S. Tadevosyan, S.S. Chshmarityan, N.G. Manasyan. Yerevan: Aso-gik, 2003. 348 p.] (In Russ)
3. Wasserman D. (Ed.) Suicide. An unnecessary death. Martin Dunitz, London, 2001. 287 p.
4. Розанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 23 (1): 79-88. [Rozanov V. A. Stress and mental health (neurobiological aspects). *Social and clinical psychiatry*. 2013; 23 (1): 79-88.] (In Russ)
5. Röhr S., Müller F., Jung F. et al. Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *Psychiatr Prax*. 2020; 47 (4): 179-189. DOI: 10.1055/a-1159-5562.
6. Lee T.M.C., Chi I. Chung L.W.M, Chou K.-L. Ageing and psychological response during the post-SARS period. *Aging & Mental Health*. 2006; 10 (3): 303-311 DOI: doi.org/10.1080/13607860600638545
7. Yeung D.Y., Fung H.H. Age differences in coping and emotional responses toward SARS: a longitudinal study of Hong Kong Chinese. *Aging Ment Health*. 2007; 11 (5): 579-587. DOI: 10.1080/13607860601086355
8. Brooks S.K., Dunn R., Amlôt R., Rubin G.J., Greenberg N.A. Systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *J Occup Environ Med*. 2018; 60 (3): 248-257. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001235
9. Психическое здоровье и психосоциальные аспекты в условиях вспышки COVID-19. Версия 1.5 17 марта 2020 г. Рабочая группа Межведомственного постоянного комитета по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайной ситуации, ВОЗ, 2020: 16 [Mental health and psychosocial aspects in the context of the COVID-19 outbreak. Version 1.5 March 17, 2020 Interagency standing Committee working group on mental health and psychosocial support in an emergency, who, 2020: 16] / <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20IASC%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Russian%29.pdf>
10. Wasserman I.M. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910–1920. *Suicide Life Threat Behav*. 1992; 22: 240–254.
11. Cheung Y.T., Chau P.H., Yip P.S. A revisit on older adults' suicides and severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23: 1231–1238.
12. Lester D. Suicide during war and genocide. In: D.Wasserman, C.Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention*. NY: Oxford University Press, 2009, pp. 215–218.
13. Mamun M.A., Griffiths M.D. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. 51. 102073 DOI: doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102073
14. Naguy A., Moodliar-Rensburg S., Alamiri B. Coronaphobia and chronophobia – A psychiatric perspective. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. 51. 102050 DOI: doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102050
15. Niederkrotenthaler T., Braun M., Pirkis J. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020; 368: m575. DOI: doi.org/10.1136/bmj.m575
16. Garfin D.R., Silver R.C., Holman E.A. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol*. 2020 DOI: 10.1037/hea0000875
17. Wang Y., McKee M., Torbica A., Stuckler D. Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Soc Sci Med*. 2019; 240: 112552.81
18. Ng Y.J., Yang Z.J., Vishwanath A. To fear or not to fear? Applying the social amplification of risk framework on two environmental health risks in Singapore. *J Risk Res*. 2018; 21: 1487–1501.
19. Розанов В.А., Григорьев П.Е., Захаров С.Е., Кривда Г.Ф. Анализ сезонности завершённых суицидов с учётом таких факторов внешней среды как температура и длина светового дня. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 71-79. [Rozanov V.A., Grigoriev P.E., Zakharov S.E., Kryvda G.F. Analysis of completed suicides seasonality in relation to such external factors as length of the day and ambient temperature. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 71-79.] (In Russ)
20. Wasserman D., Durkey T. Strategies in suicide prevention. In: D.Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention*. NY: Oxford University Press, 2009, pp.381-384.
21. Mrazek P.J., Haggerty R.J. (eds). *Reducing risk from mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
22. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10 years systematic review. *Lancet Psychia-*

- try. 2016; 3 (7): 649-659. DOI: doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X
23. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology* (2017), DOI: doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012
 24. Rajkumar R.P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51: 102066. DOI: doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066
 25. Roy D., Tripathy S., Kar S.K., Sharma N., Verma S.K., Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51: 102083 DOI: doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083
 26. Zandifar A., Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51: 101990. DOI: doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990
 27. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *www.thelancet.com/psychiatry. Published online April 15, 2020.* [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
 28. Gunnell D., Appleby L., Arensman E., Hawton K., John A., Kapur N., Khan M., O'Connor R.C., Pirkis J, COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *www.thelancet.com/psychiatry. Published online April 21, 2020* [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
 29. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009). Available at: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
 30. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Севастьянов А.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 93-101. DOI: doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101 [Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Sevastianov A.A. Suicidology in preparation of a medical professional: interdisciplinary approach. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 93-101.] (In Russ)
 31. Mental Health First Aid Australia. Learn the skills to make a difference. Available at: <https://mhfa.com.au/>
 32. Morgan A.J., Ross A., Reavley N.J. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018; 13 (5): e0197102. DOI: 10.1371/journal.pone.0197102
 33. Reavley N.J., Morgan A.M., Fischer J.-A. et al. Effectiveness of eLearning and blended modes of delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 312. DOI: 10.1186/s12888-018-1888-3
 34. Robinson J., Cox G., Bailey E. et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2016 Apr; 10 (2): 103-121. DOI: 10.1111/eip.12229
 35. East M.L., Havard B.C. Mental health mobile apps: from infusion to diffusion in the mental health social system. *JMIR Ment Health*. 2015; 2 (1): e10. DOI: 10.2196/mental.3954
 36. EPA Section on Suicidology and Suicide Prevention. Available at: <https://suicidologysection.org/>
 37. WPA Section on Suicidology. Available at: <https://www.wpanet.org/suicidology>

CURRENT TASKS IN THE FIELD OF SUICIDAL PREVENTION IN CONNECTION WITH THE COVID-19 PANDEMIC

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

Abstract:

The COVID-19 pandemic has forced close attention to mental health and suicidal behavior among the population. Serious systematic studies are needed to assess the extent to which the crisis caused by the pandemic affected suicides. Today, fears are largely fueled by negative expectations about the possible deterioration of the mental health of large populations, exacerbation of mental disorders and an unfavorable economic situation, the prospects for improvement of which are vague due to the global nature of the crisis. In a modern information society, all kinds of depressive and anxiety-phobic messages, as well as messages about ongoing suicides, are spreading at an unprecedented pace, which makes us even more worried. Under these conditions, the meaning of knowledgeable actions aimed at preventing mental health disorders and suicidal behavior is increasing. The crisis in this sense is a window of opportunity for attracting the attention of the professional community and society as a whole to these problems, which can give impetus to the development of suicidology as an interdisciplinary field of knowledge and as a field of practical activity. An analysis of the world experience of preventive strategies, the effectiveness of which is confirmed in accordance with the principles of evidence-based medicine, allows us to discuss the prospects for their adaptation and use in our cultural conditions during and after the pandemic.

Keywords: suicide, suicide, COVID-19 pandemic, prevention strategies

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 declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 27.04.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.05.2020.

Для цитирования: Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 39-52. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52

For citation: Rozanov V.A. Current tasks in the field of suicidal prevention in connection with the COVID-19 pandemic. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 39-52. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52

ОСОБЕННОСТИ Я-КОНЦЕПЦИИ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

С.В. Горбатов, Е.Н. Арбузова, А.В. Шаболтас, В.В. Горбачева

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

FEATURES OF SELF-CONCEPT OF FEMALE ADOLESCENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR

*S.V. Gorbatov, E.N. Arbuzova,
A.V. Shaboltas, V.V. Gorbacheva*

Saint Petersburg state University, Saint Petersburg, Russia

Информация об авторах:

Горбатов Сергей Владимирович – кандидат психологических наук (SPIN-код: 7522-9225; Researcher ID: N-6533-2015; ORCID iD: 0000-0003-3842-9956). Место работы и должность: доцент кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9. Телефон: +7 (8812) 324-25-74, электронный адрес: s.gorbatov@bk.ru

Арбузова Елена Николаевна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 9840-7646; Researcher ID: AAA-9352-2020; ORCID iD: 0000-0002-1643-0529). Место работы и должность: доцент кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9. Телефон: +7 (8812) 324-25-74, электронный адрес: asmaen@yandex.ru

Шаболтас Алла Вадимовна – доктор психологических наук (SPIN-код: 3659-6209; Researcher ID: H-7016-2013; ORCID iD: 0000-0002-1966-6924). Место работы и должность: декан факультета психологии, заведующая кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9. Телефон: +7 (8812) 324-25-74, электронный адрес: a.shaboltas@spbu.ru

Горбачева Валерия Викторовна (SPIN-код: 8792-4351; Researcher ID: AAA-9379-2020; ORCID iD: 0000-0001-9146-0798). Место работы и должность: эксперт-психолог отделения психофизиологической диагностики филиала «Военно-врачебная комиссия 1» ФКУЗ «Медико-санитарная часть 78 Федеральной службы исполнения наказаний». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 36, литер А. Телефон: +7 (8812) 719-89-81, электронный адрес: lerunchikk.27@mail.ru

Information about the authors:

Gorbatov Sergey Vladimirovich – PhD (SPIN-code: 7522-9225; Researcher ID: N-6533-2015; ORCID iD: 0000-0003-3842-9956). Place of work and position: Associate Professor of the Department of psychology of health and deviant behavior of St. Petersburg state University. Address: Russia, 199034, Saint Petersburg, 7/9 Universitetskaya nab. Phone: +7 (8812) 324-25-74, email: s.gorbatov@bk.ru

Arbuzova Elena Nikolaevna – PhD (SPIN-code: 9840-7646; Researcher ID: AAA-9352-2020; ORCID iD: 0000-0002-1643-0529). Place of work and position: associate Professor of the Department of psychology of health and deviant behavior of St. Petersburg state University. Address: Russia, 199034, Saint Petersburg, 7/9 Universitetskaya nab. Phone: +7 (8812) 324-25-74, email: asmaen@yandex.ru

Shaboltas Alla Vadimovna – DSc in Psychology (SPIN-code: 3659-6209; Researcher ID: H-7016-2013; ORCID iD: 0000-0002-1966-6924). Place of work and position: Dean of the faculty of psychology, head of the Department of psychology of health and deviant behavior of St. Petersburg state University. Address: Russia, 199034, Saint Petersburg, 7/9 Universitetskaya nab. Phone: +7 (8812) 324-25-74, email: a.shaboltas@spbu.ru

Gorbacheva Valeria Viktorovna (SPIN-code: 8792-4351; Researcher ID: AAA-9379-2020; ORCID iD: 0000-0001-9146-0798). Place of work and position: Expert psychologist of the Department of psychophysiological diagnostics of the branch "Military medical Commission 1" of the Federal penitentiary Institution "Medical and sanitary unit 78 of the Federal penitentiary service". Address: Russia, 191014, Saint Petersburg, 36, letter A, nab. Fontanka river. Phone: +7 (8812) 719-89-81, email: lerunchikk.27@mail.ru

Несуицидальное самоповреждение получило значительное распространение среди молодёжи во многих развитых странах мира, в связи с чем, представляет собой серьёзную медико-социальную проблему, требующую всестороннего исследования с целью разработки эффективных мер помощи и профилактики. Цель исследования: изучение особенностей и детерминант самоповреждающего поведения девочек - подростков на основе анализа различных элементов Я-концепции. Характеристики выборки и методы. Обследовано 76 дево-

чек в возрасте от 15 до 17 лет, из них 37 человек с различными проявлениями саморазрушающего поведения (основная группа), и 39 – здоровые (контрольная группа). В качестве саморазрушающего рассматривались такие формы поведения, которые проявлялись в самоповреждении или нанесении себе физического ущерба при отсутствии осознанных суицидальных намерений. С целью выделения значимых различий между группами проведён уровневый анализ ряда основных психологических характеристик. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ SPSS-21. Результаты. Было установлено, что в структуре черт личности подростков с самоповреждающим поведением наибольший удельный вес составляют факторы, связанные с Я-концепцией. В частности, у них в большей мере выражены показатели самообвинения (83,68 в основной группе и 47,18 в контрольной), неудовлетворённости телом (7,83 и 6,08), эгоцентризма (24,22 и 12,05). Меньше выражено самоотношение (24,84 и 78,35), самоуважение (19,27 и 70,9) и аутосимпатия (33,35 и 61,54), при одновременном повышении общего уровня дезадаптации (1,68 и 1,08). По результатам исследования был сделан вывод, что Я-концепция подростков, характеризующихся несуйцидальным самоповреждающим поведением, является дисфункциональной. Она не выполняет функций, способствующих психологической адаптации и социальной интеграции подростка, что может, в общем может рассматриваться как фактор повышения суицидального риска.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, суицид, Я-концепция, подросток

Саморазрушающее поведение, в частности такая его форма как несуйцидальное самоповреждение (англ. *non-suicidalself-injury, NSSI*) получило достаточно широкое распространение среди подростков и молодёжи во многих экономически развитых странах мира [1]. Согласно данным отдельных зарубежных исследований его частота может достигать от 13 до 28% [2, 3]. При этом отмечается, что женщины совершают несуйцидальные самоповреждения чаще, чем мужчины [3].

Получение точных данных о распространённости данного вида саморазрушения в России затруднено, так как в отличие от наиболее радикальных форм аутодеструктивного поведения какими, например, является суицид и суицидальные попытки, сопровождающиеся фатальными или тяжёлыми последствиями для здоровья, акты самоповреждения значительно реже попадают в поле зрения медицинских служб или правоохранительных органов. Согласно отдельным отечественным публикациям можно лишь примерно оценить объём проблемы. Например, среди 604 опрошенных школьников 7-11 классов указали на личный опыт самоповреждающих действий 16,9%. Практически каждый второй (46%) совершал их неоднократно [4]. Часто самоповреждения ассоциируются с другими формами девиантного поведения [5].

Не меньшее беспокойство среди специалистов вызывает и скорость распространения данного отклонения, прежде всего обусловленная вовлечённостью части подростков и людей молодого возраста в дискуссивные интернет сообщества, в которых активно обсуждаются различные виды самоповреждения, способы нанесения себе ран, а также часто публикуются фотографии нанесённых повреждений [6, 7].

Для терапии, профилактики и превенции саморазрушающего поведения, определённое значение имеет понимание различия между эпизодами несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП) и суицидальной попыткой. В 2013 году НССП было включено

Self-destructive behavior, in particular such a form as non-suicidal self-injury (NSSI), has become quite widespread among adolescents and young people in many economically developed countries of the world [1]. According to the data of some foreign studies, its frequency can reach from 13 to 28% [2, 3]. It is noted that women commit non-suicidal self-injury more often than men [3].

Obtaining accurate data on the prevalence of this type of self-destruction in Russia is difficult, because unlike most radical forms of self-destructive behavior such as, for example, suicide and suicidal attempts, accompanied by fatal or severe consequences for health, acts of self-harm are much less likely to attract attention of medical services or law enforcement. According to individual domestic publications, one can only roughly estimate the prevalence of the problem. For example, among 604 students surveyed in 7-11 grades, 16.9% indicated personal experience of self-harming actions. Almost every second (46%) committed them repeatedly [4]. Self-injury is often associated with other forms of deviant behavior [5].

The speed with which this deviation spreads is of no less concern among specialists. It is primarily due to the involvement of some adolescents and young people in discursive online communities, which actively discuss various types of self-injury, how to inflict wounds on oneself, and often post photos of self-harm [6, 7].

For the treatment, prevention, and prevention of self-destructive behavior, understanding the difference between episodes of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal attempt is of some importance. In 2013, the NSSI was included in the Diagnostic and Sta-

в Международную классификацию расстройств и нарушений (DSM-5) NSSI как отдельное клиническое явление в качестве расстройства, требующего дальнейшего изучения и понимания. Многие исследователи обнаруживают различия между несуйцидальным и суйцидальным поведением по характеру и частоте действий, различной распространённости в связи с гендерными и возрастными характеристиками начала аутоагрессивных действий, мотивам, прежде всего по тому, что в несуйцидальном варианте у человека нет намерения умереть [8, 9, 10, 11]. Тем не менее, в силу субъективности, характер намерения крайне сложно верифицировать. Исследования показывают, что намерение умереть – это неустойчивое когнитивное состояние, которое демонстрирует большую временную изменчивость и частые изменения тяжести [12]. Также есть исследования, позволяющие говорить о том, что несуйцидальное самоповреждение связано с повышенным риском самоубийства [13]. Так, по мнению J.J. Muehlenkamp и соавт. [14] НССП является надёжным предиктором суйцидального поведения. Примерно от 55 до 85% людей, которые участвуют в несуйцидальном самоповреждении, имеют в анамнезе, по крайней мере, одну суйцидальную попытку и повышенный суйцидальный риск [15]. Некоторые исследователи полагают, что до 70% людей с историей НССП с высокой долей вероятности предпримут суйцидальную попытку в будущем [16, 17].

Существование высокой степени совпадения между суйцидальными идеями, попытками самоубийства и несуйцидальным самоповреждением [18], обнаружение ряда сходств в факторах риска и коррелятах суйцидальных попыток и несуйцидальном самоповреждении [19], позволяет предполагать, что данные виды аутоагрессии можно рассматривать в общем континууме самоповреждающего поведения, которое может варьировать от «косвенного» самоповреждения (например, нерегулярное употребление алкоголя), «среднего» самоповреждения (например, нанесение себе синяков или ожогов), «тяжёлого» самоповреждения (например, нанесение порезов) до летального самоповреждения [20]. Близка к данному конструкту модель, предлагаемая Ю.В. Поповым [21], рассматривающим саморазрушающее поведение подростков как континуум различных типов саморазрушения, распределённых по тяжести последствий и угрозы для жизни и здоровья. Речь, прежде всего, идёт о суйцидальном поведении, начиная от действий, представляющих угрозу для жизни, до поступков, наносящих ущерб будущему социальному статусу индивида. В модели Ю.В. Попова (1991) данный континуум является одной из осей диагностического пространства, в котором двумя другими являются: уровень расстройства (от предпатологии до

tistical Manual of mental disorders (DSM-5) as a clinical phenomenon that requires further study and understanding. Many researchers find differences between non-suicidal and suicidal behavior in the nature and frequency of actions, various prevalence in regards to gender and age characteristics of the onset of auto-aggressive actions, motives, and primarily because in a non-suicidal version the person has no intention to die [8, 9, 10, 11]. However, due to subjectivity, the nature of intent is extremely difficult to verify. Studies show that intention to die is an unstable cognitive state that demonstrates great temporal variability and frequent changes in severity [12]. There is also research to suggest that non-suicidal self-injury is associated with an increased risk of suicide [13]. So, according to J.J. Muehlenkamp et al. [14] NSSI is a reliable predictor of suicidal behavior. Approximately 55 to 85% of people who are engaged into non-suicidal self-injury have a history of at least one suicidal attempt and increased suicidal risk [15]. Some researchers believe that up to 70% of people with a history of NSSI are more likely to make a suicidal attempt in the future [16, 17].

The existence of a high degree of coincidence between suicidal ideations, suicide attempts and non-suicidal self-injury [18], the discovery of a number of similarities in risk factors and correlates of suicidal attempts and non-suicidal self-injury [19] suggest that these types of auto-aggression can be considered in the general continuum of self-harming behavior, which can vary from “indirect” self-harm (for example, irregular alcohol consumption), “medium” self-harm (for example, bruising and burns), “severe” self-harm (for example, cutting) before fatal self-injury [20]. The model proposed by Yu.V. Popov [21] is close to this design as he considers the self-destructive behavior of adolescents as a continuum of various types of self-destruction, distributed according to the severity of consequences and threat to life and health. First of all, it is related to suicidal behaviors starting from actions that pose a threat to life and ending to the actions that damage the future social of an individual. In the model of Yu.V. Popov (1991), this continuum is one of the axes of the diagnostic spectrum, and the other two are: the level of disorder (from prepathology to psychotic conditions) and the degree of social adaptation (from sustainable to maladaptation).

Thus, it is obvious that studying differ-

психотических состояний) и степень социальной адаптации (от устойчивой до дезадаптации).

Таким образом представляется, что поиск различий только между клиническими группами разного вида и разной степени тяжести самоповреждений, внутри одного и того же континуума, оказывается явно недостаточным. Исследования показывают, что значительная часть лиц с несуйцидальным самоповреждением не демонстрирует клинически значимые уровни психической дисфункции и вопрос о том, что из себя представляет несуйцидальное самоповреждение как отклоняющееся и качественно отличающееся от нормы, остаётся открытым [17]. Не меньшее значение имеет в этом смысле вопрос о специфике подросткового возраста. Не являются ли характерные для данного возраста особенности психического функционирования сами по себе благоприятной почвой для формирования аутодеструктивных проявлений, или они в большей степени обусловлены сочетанием специфики личностных свойств и стрессогенностью переживаемого индивидом периода жизни. Так, многие исследователи относят НССП к неадаптивной стратегии совладания, используемой людьми, характеризующимися эмоциональной дисрегуляцией, и борющимся с различными эмоциональными трудностями. Такого рода подростки сообщают, что участвуют в несуйцидальном самоповреждении, в первую очередь, для уменьшения невыносимых негативных эмоциональных или когнитивных состояний, для самонаказания или для создания хотя бы какого-то чувства [22].

В тоже время далеко не все люди, испытывающие трудности в саморегуляции своих эмоций, практикуют НССП. Важными для понимания этой взаимосвязи на наш взгляд являются данные полученные J.J. Muehlenkamp с коллегами [23]. Эти авторы считают, что между нарушением регуляции эмоций и несуйцидальным самоповреждением своеобразным модератором выступает тело. Люди, участвующие в НССП имеют тенденцию обесценивать своё тело как важный аспект их самости, они меньше удовлетворены своим телом. Результаты этого исследования показывают, что только в контексте плохого отношения к собственному телу, эмоциональная дисрегуляция связана с НССП. Именно поэтому под «несуйцидальным самоповреждающим поведением», чаще всего, понимают именно умышленное физическое повреждение тканей и органов своего тела, связанное с низким риском летального исхода, то есть без намерения умереть [24].

К наиболее распространённым способам самоповреждения относят удары по телу и повреждения кожи в виде расцарапывания или поверхностных надрезов, сделанных каким-либо острым предметом, располагающихся, как правило, параллельно на рассто-

ences only between clinical groups of different types with different degrees of severity of self-injuries, within the same continuum, is clearly insufficient. Studies show that a significant part of people with non-suicidal self-injury does not demonstrate clinically significant levels of mental dysfunction and the question of what makes non-suicidal self-injury deviating and qualitatively different from the norm remains open [17]. In this sense, the issue of the specifics of the period of adolescence is no less important. Aren't the features of mental functioning characteristic of a given age in themselves favorable ground for the formation of self-destructive manifestations, or are they largely due to a combination of the specific personal features and the reaction to life stress experienced by an individual. Thus, many researchers attribute the NSSI to a non-adaptive coping strategies used by people who are characterized with emotional dysregulation and who struggle with various emotional difficulties. Such adolescents report participating in non-suicidal self-injury primarily to reduce unbearable negative emotional or cognitive states, to punish themselves or to create at least some kind of feeling [22].

At the same time, not all people experiencing difficulties in self-regulation of their emotions practice NSSI. In our opinion, the data obtained by J.J. Muehlenkamp and colleagues is important for understanding this interconnection [23]. These authors believe that between the violation of the regulation of emotions and non-suicidal self-injury, the body acts as a kind of moderator. People involved in the NSSI tend to devalue their body as an important aspect of their self, they are less satisfied with their body. The results of this study show that only in the context of poor attitude towards one's own body, emotional dysregulation is associated with NSSI. That is why "non-suicidal self-injury", most often, is believed to mean intentional physical damage to the tissues and organs of your body associated with a low risk of death, that is without the intention to die [24].

The most common methods of self-injury include blows to the body and damage to the skin in the form of scratching or surface incisions made by any sharp object, usually located parallelly at a distance of about one or two centimeters from each other. In most cases, cuts are made on the hips, forearm, and side of the hands. Cuts can bleed and eventually form a scar system (DSM-5, 2013). Other common

янии друг от друга примерно около одного, двух сантиметра. В большинстве случаев порезы делаются на бедрах, предплечье и боковой области рук. Порезы могут кровоточить, и со временем образовывать систему шрамов (DSM-5, 2013). Другие распространённые методы несуицидального самоповреждения, которые имеют ещё более низкие оценки летальности, включают нанесение ожогов и вмешательство в процесс заживления ран [25]. Другими словами, речь идёт о нарушении целостности телесных границ Я. Таким образом, именно телесное Я становится объектом самоагрессии при НССП. Взаимосвязь поверхности тела, то есть кожи и телесных ощущений с системой Я, была подмечена ещё З. Фрейдом [26]. По его мнению, Я, прежде всего, телесно, оно происходит из телесных ощущений и главным образом из тех, что исходят от поверхности тела, а боль выполняет функцию формирования образа своего собственного тела. Идеи Фрейда получили дальнейшее развития в концепции Я-кожи Д. Анзье, где особый акцент сделан на кожные переживания в развитии и формировании образа Я [27]. Как пишет в предисловии к книге Д. Анзье, Эвелин Сешо: «Я-кожа» – это метафора, раскрывающая роль кожи в различных модальностях функций Я, проявляющихся на границе внутреннего и внешнего. Главной функцией Я-кожи является сохранение целостности Я, как вместилища феноменов психической жизни субъекта [28].

По мнению J. Carroll и соавт., люди, участвующие в несуицидальном самоповреждении, испытывают затруднение с разделением представления о себе от представлений о них значимых других, и кожа является основным барьером между человеком и его окружением, оставляя шрамы на коже, человек подтверждает свою идентичность и автономию [29].

Таким образом, можно предположить, что именно Я концепция, её элементы и сопровождающие её психологические феномены, являются наиболее уязвимыми психическими образованиями для самоагрессии лиц с НССП. Необходимо отметить, что актуальность изучения этого направления подтверждают и данные полученные многими авторами. Исследования лиц, участвующих в НССП позволяют говорить об их отрицательной самооценке, высокой самокритике, склонности чувствовать отверженность, испытывать гнев и ненависть по отношению к себе и другим [11, 30, 31]. Причём уровень ненависти к себе у людей, которые участвуют в несуицидальном самоповреждении, не только выше по сравнению с лицами, не практикующими самоповреждения, но они убеждены в том, что они плохие или дефектные, что, в свою очередь, связано с повышенной готовностью переносить физическую боль [32].

Цель исследования: изучение особенностей и

methods of non-suicidal self-injury that have even lower mortality scores, include burns and intervention in wound healing [25]. In other words, we are talking about a violation of the integrity of the bodily boundaries of the Self. Thus, it is the physical Self that becomes the object of self-aggression in the NSSI. The relationship of the surface of the body, that is, the skin and bodily sensations with the Self, was noted even by Z. Freud [26]. In his opinion, I (the Self), first of all, is corporeal, it comes from bodily sensations, mainly from those that come from the surface of the body, and pain performs the function of forming the image of one's own body. Freud's ideas were further developed in D. Anzieu's concept of the I-skin, where special emphasis was placed on skin experiences in the development and formation of the image of the Self [27]. As Evelyn Sécho writes in the preface to the D. Anzieu's book: "I-skin" is a metaphor that reveals the role of the skin in various modalities of the functions of the Self that manifest themselves on the border between the internal and the external. The main function of the I-skin is to preserve the integrity of the Self, as a container for the phenomena of the mental life of the subject [28].

According to J. Carroll et al., people involved in non-suicidal self-injury experience difficulty in separating self-image from those of significant others, and the skin is the main barrier between the person and their environment; leaving scars on the skin, the person verifies their identity and autonomy [29].

Thus, it can be assumed that it is the I concept, its elements, and the psychological phenomena that accompany it are the most vulnerable mental formations for self-aggression of persons with NSSI. It should be noted that the relevance of studying this relation is also confirmed by the data obtained by many authors. Studies of people participating in NSSI allow us to talk about their negative self-esteem, high self-criticism, tendency to feel rejection, anger and hatred towards themselves and others [11, 30, 31]. Moreover, the level of self-hatred in people who participate in non-suicidal self-harm is not only higher than people who do not practice self-harm, but they are convinced that they are bad or defective, which, in turn, is associated with increased willingness to tolerate physical pain [32].

Objective: to study the characteristics and determinants of self-injury of adolescent

детерминант самоповреждающего поведения девочек - подростков на основе анализа различных элементов Я-концепции.

Характеристика выборки и методы исследования.

Отталкиваясь от анализа публикаций и данных, приведённых выше, в своём исследовании мы исходили из предположения о том, что Я-концепция лиц женского пола, практикующих самоповреждающее поведение, отличается от таковой у участниц контрольной группы, как по структуре взаимосвязей, входящих в неё элементов, так и по характеру их функционирования. В исследовании приняли участие 76 девушек в возрасте от 15 до 17 лет. Из них 37 – с различными проявлениями саморазрушающего поведения (основная группа), и 39 – здоровые (контрольная группа).

Отбор в основную группу осуществлялся по результатам консультативной работы, в том числе через социальные сети. В контрольную группу вошли добровольцы, обучающиеся в школе или среднеспециальных учебных заведениях. Вошедшие в основную группу подростки сообщили, что совершают преднамеренные самоповреждения более 2 лет, и за последний год произвели аутоагрессивные действия более 3 раз в виде порезов и повреждений кожи острыми предметами. В большинстве случаев (70%) объектом самоповреждения являлись руки. Подростки отрицали наличие намерений умереть в момент самоповреждения, однако по самоотчетам мысли и фантазии на тему смерти присутствовали в это время достаточно часто. Все подростки, входящие в основную группу, состояли в открытых и закрытых группах / сообществах социальных сетей, связанных с темой самоповреждающего поведения и являлись их активными участниками (отмечали понравившиеся публикации, размещали понравившиеся публикации с изображением повреждения тела у себя на странице, вступали в обсуждения повреждений с другими участниками сообществ).

В контрольную группу вошли подростки без каких-либо поведенческих отклонений. Следует отметить, что подростки из контрольной группы в своей жизни сталкивались (видели и обсуждали) со случаями самоповреждающего поведения своих сверстников.

Предметом исследования стали отдельные свойства личности, Я-концепция, феномены Я, восходящие к разного рода проявлениям Я, таким как эгоизм (ценностные установки / ориентации в отношении других) и эгоцентризм (особенности мышления и система определения своего места в мире). Я-концепция, как осознаваемая система представлений индивида о самом себе, рассматривается нами в тесной связи с её неосознаваемыми эмоциональными компонентами. Для сравнительного исследования групп использовались

girls based on the analysis of various elements of the self-concept.

Characteristics of the sample and research methods.

Based on the analysis of publications and the data presented above, in our study we proceeded from the assumption that the self-concept of female practitioners of self-harming behavior differs from that of the participants in the control group, both in the structure of relationships of its elements, and the nature of their functioning. The study involved 76 girls aged 15 to 17. Of these, 37 had various manifestations of self-destructive behavior (main group), and 39 were healthy (control group).

Selection to the main group was carried out according to the results of consultative work, including social media. The control group was made up of volunteers studying at schools or secondary special educational institutions. The adolescents who entered the main group reported that they commit deliberate self-harm for more than 2 years and over the past year have performed auto-aggressive actions more than 3 times in the form of cuts and damage to the skin with sharp objects. In most cases (70%), the object of self-harm was hands. Teenagers denied the intention to die at the time of self-harm, but according to self-reports thoughts and fantasies about death were present at this time quite often. All adolescents in the main group were subscribed to open and closed groups/communities in social media that were associated with the same self-injury and were active participants (liked the publications, reposted the publications they liked with the image of body damage on their page, entered into discussions about injuries with other community members).

The control group included adolescents without any behavioral abnormalities. It should be noted that adolescents from the control group have encountered (seen and discussed) cases of self-harming behavior of their peers in their regular lives.

The subject of the study were certain individual personality traits, the I-concept, phenomena of the Self that are seen as various manifestations of Self, such as selfishness (value attitudes/orientations in relation to others) and self-centeredness (thinking features and the system for determining one's place in the world). The self-concept, as a conscious system of the individual's self-representations, is considered by us in close connection with its unconscious emotional components. For a

следующие методики:

1. Клиническая беседа.
2. «Тест-Опросник Самоотношения» [33], позволяющий выявить уровень самоотношения и оценить выраженность отдельных аспектов самоотношения.
3. «Опросник образа собственного тела» [34], направленный на диагностику недовольства собственным телом.
4. Методика «Шкала диспозиционного эгоизма» К. Муздыбаева [35], направленная на диагностику уровня эгоизма.
5. Методика «Суверенность психологического пространства» С.К. Нартовой-Бочавер для исследования различных аспектов суверенности психологического пространства [36].
6. Методика «Hand-test» / «Тест-руки» Э. Вагнера в адаптации Т.Н. Курбатовой [37], направленная на глубинное исследование личности и прогноз склонности человека к открытому агрессивному поведению.
7. Проективная методика «Автопортрет» [38] для диагностики бессознательных эмоциональных компонентов личности.
8. Тест Эгоцентрических ассоциаций (ЭАТ) [39] для диагностики уровня эгоцентрической направленности личности.

В целях количественной обработки материала, в исследовании использовались параметрические методы математической статистики. Они представлены сравнительным анализом с использованием критерия Стьюдента и корреляционным анализом по методу Пирсона.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ SPSS-21.

Результаты исследования.

Данные о социально-демографических и биографических характеристиках лиц обеих групп представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, среди обследованных лиц с самоповреждающим поведением у 81,1% есть братья / сестры; среди них наибольшее количество средне-рождённых – 43,2%; в большинстве случаев их воспитывает один родитель – 56,8%.

В этой группе достоверно ($P < 0,05$) больше тех, кто за последние 3 года серьёзно конфликтовал с родителями (уходил из дома, скрывал от родителей совершенное правонарушение, похищал у родителей деньги и т.п.) – 73,0%. В основной группе также больше тех, кто демонстрировал признаки школьной дезадаптации – 56,8% (ссорился с одноклассниками и учителями, подвергался травле со стороны одноклассников, оставался на второй год, пропускал школу без причины, получал неудовлетворительные итоговые оценки и пр.).

comparative study of the groups, the following methods were used:

1. Clinical conversation.
2. “Test Questionnaire of Self-Attitude” [33], which allows to identify the level of self-attitude and assess the severity of individual aspects of self-attitude.
3. “Questionnaire of the image of one’s own body” [34], aimed at diagnosing dissatisfaction with one’s own body.
4. The methodology “Scale of dispositional selfishness” by K. Muzdybaev [35], aimed at diagnosing the level of selfishness.
5. Methodology “Sovereignty of the psychological space” S.K. Narto-howl-Bochaver for the study of various aspects of the sovereignty of the psychological space [36].
6. Methodology “Hand-test” by E. Wagner in the adaptation of T.N. Kurbatova [37], aimed at an in-depth study of the personality and prediction of a person’s tendency to open aggressive behavior.
7. The projective technique “Self-portrait” [38] for the diagnosis of unconscious emotional components of the personality.
8. Egocentric associations test (EAT) [39] for the diagnosis of the level of egocentric orientation of personality.

In order to quantitatively process the material, the study used parametric methods of mathematical statistics. They are presented by comparative analysis using the Student criterion and Pearson’s correlation analysis. Statistical data processing was performed using the SPSS-21 software package.

The results of the study.

Data on the socio-demographic and biographical characteristics of persons of both groups are presented in table 1.

As can be seen from the table, among the examined individuals with self-injury, 81.1% have siblings; most are middle-born – 43.2%; predominantly they are raised by a single parent – 56.8%.

In this group, there were significantly ($P < 0.05$) more individuals who over the past 3 years had serious conflicts with their parents (leaving home, hiding a committed offense from their parents, stealing money from their parents, etc.) – 73.0%. In the main group there are also more of those who showed signs of school maladaptation – 56.8% (had conflicts with classmates and teachers, were bullied by classmates, had to go to the same grade twice, missed school for no reason, received unsatisfactory final grades etc.).

Таблица 1 / Table 1

Социально-демографические и биографические характеристики лиц основной и контрольной групп
Socio-demographic and biographical characteristics of persons of the main and control groups

Показатель / Indicator		Основная группа Main group (n=37)		Контрольная группа Control group (n=39)	
		n	%	n	%
Братья / Сестры Siblings	Единственный ребёнок / Only child	*7	18,9	16	41,1
	Есть сиблинги / Has siblings	*30	81,1	23	58,9
Порядок рождения The order of birth	Старший / Eldest	*10	27,1	16	41,0
	Средний / Middle	*16	43,2	11	28,2
	Младший / Youngest	11	29,7	12	30,8
Семейное окружение Family	Оба родителя / Both parents	*16	43,2	34	87,2
	Один родитель / One parent	*21	56,8	5	12,8
Проблемы в семье Family problems	Частые конфликты с родственниками Frequent conflicts	*27	73,0	6	15,4
Проблемы в учёбе Academic issues	Оставался на второй год, ссоры с одноклассниками и учителями Had to go to the same grade twice, conflicts with classmates and teachers	*21	56,8	4	10,3

Примечание / Note: *P<0,05

Беседа с подростками, входящими в основную группу, позволяет говорить о преобладании у них проблем с самоконтролем в эмоционально-волевой сфере, они внушаемы, впечатлительны плохо организованны, их отношение к учёбе чаще зависит от настроения, они ориентированы на быстрое удовлетворение возникающих желаний, склонны к риску, плохо прогнозируют последствия своих действий, в значительной степени зависимы от мнения других, нуждаются во внимании к себе, и, в тоже время, им сложно поддерживать длительные дружеские контакты.

На следующем этапе исследования, нами был проведен уровневый анализ психологических характеристик основной и контрольной групп на основе использования параметрического статистического критерия (Т-критерия Стьюдента) для независимых выборок. В исследовании учитывались только те значения, которые укладывались в диапазон значений $P \leq 0,05$ (табл. 2).

Результаты анализа позволяют предположить, что самоотношение, в целом у девушек основной группы, является более негативным, что подтверждается выраженными показателями самообвинения, низкими показателями самоуважения, аутосимпатии, самоинтереса и позитивного ожидаемого отношения от других. Подобная тенденция прослеживается и в структуре отношения к собственному телу, которая проявляет себя в выраженном повышении показателей недовольства собственным телом.

Сравнительный анализ ядерных образований личности также показал значительные различия между группами (табл. 3).

An interview with adolescents in the main group allows us to talk about the predominance of problems with self-control in the emotional-volitional sphere: they are suggestible, impressionable, poorly organized, their attitude to learning depends more often on their mood, they are focused on the quick satisfaction of arising desires, prone to risk, poorly predict the consequences of their actions, largely depend on the opinions of others, need attention to themselves, and, at the same time, it is difficult for them to maintain long-term friendly contacts.

At the next stage of the study, we carried out a level analysis of the psychological characteristics of the main and control groups based on the use of the parametric statistical criterion (Student's T-test) for independent samples. The study only considered those values that fit into the range of value $P \leq 0.05$ (table. 2).

The results of the analysis suggest that self-attitude, in general, among girls of the main group, is more negative, which is confirmed by pronounced indicators of self-accusation, low rates of self-esteem, self-sympathy, self-interest and positive expected attitude from others. A similar tendency is also observed in the structure of attitude towards one's own body, which manifests itself in a pronounced increase in indices of discontent with one's own body.

A comparative analysis of the nuclear formations of the individual also showed significant differences between the groups (Table 3).

Таблица 2 / Table 2

Сравнение показателей опросника Самоотношения и опросника «Образ собственного тела» [33, 34], (первичные показатели представлены в виде накопленных частот / баллов при $N_1=37$, $N_2=39$)
Comparison of the indicators of the Self-Attitude questionnaire and the “Image of one’s own body” questionnaire [33, 34], (the primary indicators are presented in the form of accumulated frequencies / points at $N_1=37$, $N_2=39$)

Шкалы опросника Самоотношения Self-attitude Questionnaire Scales	Основная группа Main group	Контрольная группа Control group	Т-критерий Стьюдента (абсолютное значение) Student’s t-test	P
Глобальное самоотношение / Global self-attitude	24,84	78,35	-12,593	<0,001
Самоуважение / Self-respect	19,27	70,90	-11,190	<0,001
Аугосимпатия / Self-sympathy	33,35	61,54	-5,628	<0,001
Ожидаемое отношение от других Expected attitude from others	12,74	46,82	-6,943	<0,001
Самоинтерес / Self-interest	38,61	78,87	-6,855	<0,001
Самоуверенность / Self-confidence	31,16	62,00	-5,817	<0,001
Отношение других / Attitude from others	12,35	32,28	-5,084	<0,001
Самопринятие / Self-acceptance	39,38	73,05	-5,858	<0,001
Самопоследовательность / Self-consistency	30,92	61,21	-7,271	<0,001
Самообвинение / Self-accusation	83,68	47,18	7,084	<0,001
Самоинтерес / Self-interest	36,65	73,33	-6,184	<0,001
Самопонимание / Self-understanding	28,16	71,36	-7,500	<0,001
Неудовлетворённость собственным телом Dissatisfaction with own body	7,83	6,08	5,322	<0,001

Из таблицы 3 видно, что в основной группе показатели уровня эгоизма ниже, а показатели эгоцентризма значительно выше, по сравнению с контрольной группой, что может говорить о выраженности признака крайней сосредоточенности на своём «Я» и в тоже время меньшей любви к себе, ориентации на социум. Подобная тенденция подтверждается анализом личностных границ несовершеннолетних.

Table 3 shows that in the main group the indicators of the level of selfishness are lower, and the indicators of self-centeredness are significantly higher compared to the control group, which can indicate the severity of the sign of extreme focus on one’s Self and at the same time less love for oneself, orientation to the community.

Таблица 3 / Table 3

Сравнение показателей эгоизма и эгоцентризма и показателей по методике «Суверенность психологического пространства личности» [35, 36, 39] (первичные показатели представлены в баллах при $N_1=37$, $N_2=39$)
Comparison of the indicators of selfishness and self-centeredness and indicators by the method of “Sovereignty of the psychological space of the individual” [35, 36, 39] (primary indicators are presented in points at $N_1=37$, $N_2=39$)

Показатель / Indicator	Основная группа Main group	Контрольная группа Control group	Т-критерий Стьюдента (абсолютное значение) Student’s t-test	P
Эгоизм / Selfishness	31,49	36,41	-2,219	<0,03
Эгоцентризм / Self-centeredness	24,22	12,05	8,224	<0,001
Суверенность физического тела Physical body sovereignty	-24,89	15,54	-5,044	<0,001
Суверенность территории / Territorial sovereignty	-16,16	29,23	-6,564	<0,001
Суверенность личных вещей Sovereignty of personal items	-9,75	25,72	-5,082	<0,001
Суверенность социальных связей Sovereignty of social connections	-29,08	23,18	-5,342	<0,001
Суверенность ценностей / Sovereignty of values	-6,16	25,62	-3,774	<0,001
Суверенность психологического пространства The sovereignty of psychological space	-9,00	24,50	-5,622	<0,001

Так, в основной группе респондентов показатели суверенности физического тела, суверенности территории (обеспечение социальной идентичности, возможность контролировать интенсивность социальных контактов и пр.), суверенности личных вещей (средства самопрезентации, ресурс самоподдержки и пр.), суверенности социальных связей (установление отношений психологической интимности, обретение личной и социальной идентичности и пр.), суверенности ценностей (обеспечение личной ответственности, экзистенциальной уверенности и пр.) и суверенности психологического пространства значительно ниже нормы и значимо ниже по сравнению с контрольной группой, что в целом говорит о депривированности этих измерений психологического пространства у девушек с самоповреждающим поведением.

Для подтверждения полученных фактов были использованы данные проективных методик, ориентированных на личностные и поведенческие особенности девушек, которые представлены в таблице 4.

A similar trend is confirmed by an analysis of the personal boundaries of the underaged. So, in the main group of respondents, indicators of the sovereignty of the physical body, the sovereignty of the territory (ensuring social identity, the ability to control the intensity of social contacts, etc.), the sovereignty of personal things (self-presentation tools, self-support resource, etc.), sovereignty of social connections (establishing relationships of psychological intimacy, gaining personal and social identity, etc.), sovereignty of values (ensuring personal responsibility, existential confidence, etc.) and sovereignty of psychological space are considerably below the norm and significantly lower compared to the control group, which in general shows deprivation of these psychological space measurements for the girls with self-harming behavior.

To confirm the data obtained, we used the data of projective methods focused on the personality and behavioral characteristics of girls, which are presented in table 4.

Таблица 4 / Table 4

Сравнение показателей по проективной методике «Автопортрет» и «Hand-тест» [37, 38], (первичные показатели представлены в баллах при N₁=37, N₂=39) / Comparison of indicators according to the projective methodologies "Self-portrait" and "Hand-test" [37, 38], (primary indicators are presented in points at N₁=37, N₂=39)

Показатель / Indicator	Основная группа Main group	Контрольная группа Control group	T-критерий Стьюдента Student's t-test	P
Адекватная самооценка / Adequate self-esteem	0,97	2,00	-3,993	<0,001
Неуверенность в себе, потребность в одобрении и поддержке / Self-doubt, need for approval and support	1,08	0,41	2,708	<0,008
Сниженная самооценка, негативное отношение к себе, чувства незащищенности / Decreased self-esteem, negative self-image, feelings of insecurity	1,22	0,23	4,722	<0,001
Конкретность, оптимизм, высокий уровень энергии и стремлений / Concreteness, optimism, a high level of energy and aspirations	0,05	0,54	-3,044	<0,003
Аутичность, замкнутость / Autism, isolation	0,54	0,07	2,898	<0,005
Неадекватность / Inadequacy	0,45	0,00	3,576	<0,001
Инфантилизм / Infantilism	0,73	0,28	2,259	<0,027
Аутоагрессия / Autoagression	1,35	0,00	3,467	<0,001
Степень личностной дезадаптации The degree of personal maladaptation	1,41	0,64	2,784	<0,007
Подозрительность, гиперчувствительность к мнению окружающих и критике / Suspicion, hypersensitivity to the opinions of others and criticism	1,32	0,72	2,250	<0,027
Эмоциональная незрелость / Emotional immaturity	1,11	0,31	3,539	<0,029
Демонстративность, эгоизм (Pep) Demonstration, selfishness (Pep)	2,92	1,13	2,224	<0,001
Тревога/напряжение (Ten) / Anxiety, tension (Ten)	4,43	1,26	4,073	<0,001
Активные безличные ответы (Act) Active impersonal answers (Act)	24,14	32,67	-3,028	<0,003
Дезадаптация (MAL) / Maladaptation (MAL)	1,68	1,08	2,151	<0,035

Из полученных статистически значимых результатов, представленных в таблице 4 видно, что девушкам с самоповреждающим поведением в отличие от контрольной группы более свойственны повышенные показатели по аутоагрессии, неуверенность в себе и тревожность, а также сниженная самооценка, эмоциональная незрелость (инфантилизм), неадекватность, замкнутость и в тоже время, потребность в общении с другими людьми, демонстративность, повышенная чувствительность к критике со стороны других. Девушкам контрольной группы более свойственна адекватная самооценка, а также конкретность, оптимизм, высокий уровень энергии и стремлений.

Анализ результатов Hand-теста указывает на более высокие показатели личностной дезадаптации и напряжения у представителей основной выборки, которые могут говорить об эмоциональной неустойчивости и неспособности адекватно и целенаправленно реагировать в условиях психотравмирующей ситуации.

Сниженный показатель активных безличных ответов у подростков с самоповреждающим поведением, свидетельствует о повышенной социальной восприимчивости, тревожности и чувствительности в межличностных взаимоотношениях. У подростков с нормативным поведением, напротив, повышенный показатель активных безличных ответов может указывать на меньшую настороженность в отношении социальной среды, предполагая меньшую конфликтность в процессе социальной интеграции.

Однако, поскольку сравнительный анализ результатов методик не позволяет ответить на вопрос о детерминантах формирования данных видов поведения, а также направлениях коррекции, основанных на знании подобных «запускающих» данный процесс механизмах, на следующем этапе исследования нами был проведён структурный анализ проблемы, в основание которого был положен анализ корреляций (табл. 5).

Как видно из таблицы, в первую плеяду вошли взаимосвязи показателей методик «Автопортрет», «Опросник образа собственного тела» и «Тест-Опросника Самоотношение», обуславливающих проявление аутоагрессии. При этом показатель аутоагрессии у лиц с самоповреждающим поведением положительно взаимосвязан с ожиданием положительного (или отрицательного) отношения от других и самоинтересом (на уровне тенденции) с одной стороны и недовольством своим собственным телом, с другой. Причём более высокие показатели самоинтереса взаимосвязаны с высокими показателями демонстративности, а недовольство своим телом – с ожидаемым отношением от других. При этом последняя связь является положительной.

From the statistically significant results obtained, presented in Table 4, it is clear that girls with self-injury, in contrast to the control group, tend to possess increased indicators of auto-aggression, self-doubt and anxiety, while indicators of self-esteem, emotional immaturity (infantilism), inadequacy, isolation are reduced, accompanied with the need for communication with other people, demonstrativeness, and increased sensitivity to criticism from others. For the control group girls adequate self-esteem, as well as concreteness, optimism, high level of energy and aspirations are more typical.

The analysis of the results of the Hand-test indicates higher indices of personal maladaptation and tension among the representatives of the main sample, which can indicate emotional instability and the inability to adequately and purposefully react in a traumatic situation.

Reduced rate of active impersonal responses in adolescents with self-harming behavior indicates increased social susceptibility, anxiety and sensitivity in interpersonal relationships. In adolescents with normative behavior, on the contrary, increased rate of active impersonal responses may indicate lower anxiety in social environment, suggesting less conflict in the process of social integration.

However, since the comparative analysis of the results of the methods does not let us answer the question about the determinants of the formation of these types of behavior, as well as the directions of correction based on the knowledge of such mechanisms that trigger this process, at the next stage of the study, we carried out a structural analysis of the problem, which was based on the analysis of correlations (table. 5).

As can be seen from the table, the first group included the interconnections of the indicators of the Self-Portrait, Self-image of the Self-image Questionnaire and Self-Attitude Test Questionnaire, which determine the manifestation of auto-aggression. Moreover, the indicator of auto-aggression in individuals with self-harming behavior is positively interconnected on the one hand with the expectation of a positive (or negative) attitude from others and self-interest (at the level of a trend) and dissatisfaction with one's own body on the other. Moreover, higher self-interest indicators are interconnected with high levels of demonstrativeness, and dissatisfaction with one's body with the expected attitude from others. That connection is positive.

Таблица 5 / Table 5

Корреляционный анализ взаимосвязей склонности к самоповреждающему поведению и личностных особенностей в основной группе (N₁=37) / Correlation analysis of the relationship of propensity to self-injury and personality traits in the main group (N₁=37)

Показатели / Indicators	Корреляционные взаимосвязи / Correlation relationships	P
Анализ первой плеяды / Analysis of the first group		
Аутоагрессия Autoaggression	Недовольство собственным телом / Dissatisfaction with own body Ожидаемое отношение от других / Expected Attitude from Others	0,01** 0,01**
Недовольство собственным телом Dissatisfaction with own body	Ожидаемое отношение от других Expected Attitude from Others	0,05*
Демонстративность Demonstrativeness	Самоинтерес Self-interest	0,01**
Анализ второй плеяды / Analysis of the second group		
Желание сотрудничать с другими Desire to collaborate with others	Самопонимание / Self-understanding Самоуважение / Self-respect Самоуверенность / Self-confidence	-0,01** -0,01** -0,05*
Самоуверенность Self-confidence	Готовность к проявлению открытой агрессии Willingness to manifest open aggression	0,01**
Готовность к проявлению открытой агрессии / Willingness to manifest open aggression	Самопринятие Self-acceptance	0,01**
Анализ третьей плеяды / Analysis of the third group		
Эгоцентризм Self-centeredness	Повышенная чувствительность к критике Hypersensitivity to Criticism Недовольство собственным телом / Dissatisfaction with own body Суверенность социальных связей / Sovereignty of social ties Эгоизм / Selfishness	0,01** 0,01** -0,01** -0,01**
Недовольство собственным телом Dissatisfaction with own body	Эгоцентризм / Self-centeredness Эгоизм / Selfishness Чувство неполноценности / Sense of inferiority	0,01** -0,05* -0,01**
Чувство неполноценности Sense of inferiority	Эгоизм / Selfishness	-0,01**

Примечание / Note: *P<0,05; ** P<0,01

Исходя из этого, можно говорить, что риск самоповреждения у данной категории подростков обусловлен, прежде всего, неудовлетворённостью своим телом, повышенным вниманием к себе самому и одновременно стремлением привлечь к себе и своим проблемам внимание окружающих. Неудовлетворённость своим телом определяет аутоагрессию и формирует ожидаемое отношение от окружающих.

Во вторую плеяду показателей основной группы респондентов вошли взаимосвязи параметров самоотношения и готовности проявлять открытую агрессию, а также желание сотрудничать с другими людьми. Исходя из структуры данных взаимосвязей, можно сказать, что проявление открытой агрессии у подростков контрольной группы взаимосвязано с повышением самопринятия и самоуверенности, что в свою очередь определяет снижение желания сотрудничества с другими людьми. Последняя тенденция сохраняется с ростом

Based on this, it can be said that the risk of self-harm in this category of adolescents first of all grounds on dissatisfaction with their bodies, increased attention to themselves and at the same time the desire to attract the attention of others to themselves and their problems. Dissatisfaction with the body determines auto-aggression and forms the expected attitude from others.

The second group of indicators for the respondents of the main group included interconnections of the parameters of self-attitude and willingness to show open aggression, as well as the desire to cooperate with other people. Based on the structure of these relationships, we can say that the manifestation of open aggression in adolescents in the control group is interconnected with an increase in self-acceptance and self-confidence, which in turn determines a decrease in the desire for cooperation with other people. The latter trend

самопонимания и самоуважения.

Анализ взаимосвязей третьей плеяды, в первую очередь, позволяет говорить о разной роли проявления эгоизма и эгоцентризма в структуре Я-концепции лиц с НССП. Во-вторых, можно предположить, что эгоизм, в большей мере связанный с системой отношений субъекта, имеет прямой выход, как на чувство неполноценности, так и на недовольство своим телом, которые значительно ниже при высоких показателях эгоизма. В свою очередь, эгоцентризм, который имеет отношение к внутренним составляющим Я, имеет положительные связи с отношением к своему телу и чувствительностью к критике.

Дальнейший анализ корреляционных связей в контрольной группе девушек, не склонных к самоповреждающему поведению, показал несколько иную структуру корреляций (табл. 6).

Как показывает исследование, глобальное самоотношение респондентов данной группы обратно пропорционально неудовлетворённости своим телом, а самообвинение сочетается со снижением показателей суверенности территории. Последнее говорить о том, что самоотношение выступает здесь частью механизма сдерживания и противовесом в регуляции восприятия образа себя, и предупреждает нарушение границ приватного пространства личности.

Анализ взаимосвязей во второй плеяде указывает на тот факт, что недовольство своим телом тем выше, чем ниже уровень аутосимпатии и самоуверенности, которые, однако, в нормативной выборке отличаются достаточно выраженными показателями.

continues with the growth of self-understanding and self-esteem.

An analysis of the interconnections of the third group allows us to talk about the different roles of manifestation of selfishness and self-centeredness in the structure of the self-concept of individuals with NSSI. Secondly, it can be assumed that selfishness, which is more associated with the system of relations of the subject, has direct influence both on the sense of inferiority and on the dissatisfaction with one's body, which are much lower with high rates of selfishness. In turn, self-centeredness that is related to the internal components of the Self has positive connections with the attitude to one's body and sensitivity to criticism.

Further analysis of correlation in the control group of girls who are not prone to self-harm showed a slightly different structure of correlations (Table 6).

As the study shows, the global self-attitude of the respondents of this group is inversely proportional to dissatisfaction with their body, and self-incrimination is combined with a decrease in the sovereignty of the territory. The latter suggests that self-attitude is part of the deterrence mechanism and a counterbalance in the regulation of perception of the image of oneself, and there is a violation of the boundaries of the personal space of the individual.

An analysis of the interconnections in the second group indicates the fact that dissatisfaction with one's body is higher if the level of autosympathy and self-confidence is lower which, however, are quite pronounced in the normative sample.

Таблица 6 / Table 6

Корреляционный анализ взаимосвязей склонности к самоповреждающему поведению и личностных особенностей в контрольной группе (N₂=39) / Correlation analysis of the relationship of propensity to self-injurious behavior and personality traits in the control group (N₂=39)

Показатели / Indicators	Корреляционные взаимосвязи / Correlation relationships	P
Анализ первой плеяды / Analysis of the first group		
Неудовлетворённость собственным телом Dissatisfaction with own body	Глобальное самоотношение Global self-attitude	-0,01**
Самообвинение / Self-accusation	Суверенность территории / Sovereignty of territory	-0,01**
Анализ второй плеяды / Analysis of the second group		
Недовольство собственным телом Dissatisfaction with own body	Аутосимпатия / Self-sympathy	-0,01**
	Самоуверенность / Self-confidence	-0,05*
Тревожность, неуверенность в себе Anxiety, self-doubt	Самоуважение / Self-respect	-0,05*
	Самопонимание / Self-understanding	-0,01**
	Самоуверенность / Self-confidence	-0,01**
Уровень энергии и стремлений Level of energy and aspirations	Аутосимпатия / Self-sympathy	-0,05*
	Самоуважение / Self-respect	0,01**
	Эгоизм / Selfishness	0,01**

Примечание / Note: *P<0,05; ** P<0,01

В свою очередь, сам показатель неуверенности, связанный с высокими показателями тревожности имеет выход на все структурные компоненты Я-концепции, включая самоуважение, самопонимание, самоуверенность. По всей видимости, значительную роль в структуре самоуважения и эгоистических стремлений выстроить положительный образ себя в глазах окружающих, играет и общий уровень энергии и стремлений, который значительно выше, у людей, у которых не возникает проблем с самоповреждением.

Обсуждение и выводы.

Общий анализ статистических параметров выборки девочек-подростков, склонных к самоповреждающему поведению, показал, что чаще всего, к подобным формам поведения склонны средне-рождённые дети (порядок рождения), воспитанные в неблагоприятной семейной обстановке. Данные подтверждаются работами отдельных отечественных и зарубежных авторов [20, 40]. Однако противоречат работам С. Ernst и J. Angst, которые указывают на отсутствие однозначной связи данной проблемы с порядком рождения [41]. Возрастные особенности, по всей видимости, не играют значительной роли в формировании самоповреждающего поведения.

В свою очередь, анализ психологических характеристик позволил сделать вывод о значительной связи Я-концептуальных составляющих и склонности к проявлению саморазрушающих видов поведения. Более того, спектр личностных характеристик, связанных с особенностями самоповреждающего поведения девушек оказался достаточно широким. Так подростки, демонстрирующие подобные признаки в поведении проявляют и явные симптомы негативного отношения к себе, более эгоцентричны. Им свойственны неуверенность в себе и тревожность, эмоциональная незрелость, демонстративность, потребность в общении с другими людьми и, в тоже время, повышенная чувствительность к критике со стороны других. Многие показатели суверенности психологического пространства этих подростков, депривированны, что вызывает у них чувство отстранённости от реальности, самоотчуждённости и фрагментарности собственной жизни, создает проблемы в выборе объектов самоидентификации.

В свою очередь, депривированность представляет собой результат и условие пониженной личностной эффективности, и сочетается с разными формами дезадаптации, приводя к ослаблению личной ответственности, к неспособности принимать решения [36]. Она характеризуется нарушениями в эмоциональной регуляции, склонностью к самообвинениям, переходящим в стрессогенных ситуациях в аутоагрессивные действия. Интересным является тот факт, что такие особенности

In turn, the indicator of self-doubt itself is associated with high indicators of anxiety and has access to all the structural components of the self-concept, including self-esteem, self-understanding, self-confidence. Apparently, a significant role in the structure of self-esteem and selfish aspirations to build a positive image of oneself in the eyes of others is played by the general level of energy and aspirations, which is much higher for people who do not have problems with self-harm.

Discussion and conclusions.

A general analysis of the statistical parameters of a sample of teenage girls prone to self-injury showed that most often, middle-born children, brought up in a single-parent family environment, tend to such forms of behavior. The data are confirmed by the works of individual national and foreign authors [20, 40]. However, they contradict the works of C. Ernst and J. Angst, which indicate the absence of a unique connection between this problem and the birth order [41]. Apparently, age-related features do not play a significant role in the formation of self-harming behavior.

In turn, the analysis of psychological characteristics allowed us to conclude that there is a significant relationship between self-conceptual components and a tendency to manifest self-destructive behaviors. Moreover, the range of personality characteristics associated with the peculiarities of the self-damaging behavior of girls is quite wide. For example, adolescents who show such features in behavior show obvious symptoms of negative attitude towards themselves and are more self-centered. They tend to experience self-doubt and anxiety, possess emotional immaturity, demonstrativeness, the need to communicate with other people and, at the same time, increased sensitivity to criticism from others. Many indicators of the sovereignty of the psychological space of these adolescents are deprived, which causes them to feel estranged from reality, self-alienated and that their life is fragmented, which creates problems in the choice of objects of self-identification.

In turn, deprivation is the result and condition of reduced personal effectiveness, and is combined with various forms of maladaptation, leading to a weakening of personal responsibility, to the inability to make decisions [36]. It is characterized with emotional regulation problems, a tendency to self-accusations, which turn into autoaggressive actions in stressful situations. An interesting fact is that such features as emotional immaturity, impaired emotional self-regulation, demonstrativeness, self-centeredness, inadequate self-

как эмоциональная незрелость, нарушение эмоциональной саморегуляции, демонстративность, эгоцентризм, неадекватность самооценки, тревожность и дезадаптивность, нестабильность в межличностном взаимодействии указывает не столько на специфику свойств личности, сколько на признаки незавершённости её созревания, то есть наличие психического инфантилизма, проявление которого обусловлено социально-психологическими факторами, неблагоприятием в детско - родительских отношениях и школьной дезадаптацией, что подтверждает ряд социально - демографических данных.

Анализ структуры взаимосвязей элементов Я-концепции в основной группе, позволяет говорить, что подростки из этой группы зависимы от мнения окружающих, как и их негативная оценка собственной внешности, которая, в свою очередь, является определённым триггером, запускающим самоповреждающее поведение. В тоже время, аутоагрессия обостряет интерес к самому себе и позволяет демонстрировать себя другим. Что касается негативной оценки своей внешности и её влияния на аутоагрессию, схожие данные были получены J.J. Muehlenkamp с соавт. [23].

Необходимо отметить, что улучшение самоотношения и его отдельных элементов в основной группе лишь способствуют дезадаптивным проявлениям, а их усиление ведёт к снижению направленности на сотрудничество с другими людьми и усиливает готовность к проявлению открытой агрессии. Можно предположить, что последнее находит своё место в рамках детской поведенческой реакции оппозиции, к которой наиболее склонны демонстративные подростки, лишённые внимания со стороны значимых других, что подтверждается в работах отечественных авторов [42]. Судя по всему, существенную роль в формировании социальной дезадаптации, в появлении сниженной самооценки и нелюбви к себе играет высокий уровень эгоцентризма. В целом, сравнивая структуры взаимосвязей в основной и контрольной группах, следует сказать, что Я-концепция подростков с самоповреждающим поведением не выполняет своих функций и не способствует их адаптации к себе, а также социальной интеграции с другими людьми. В то время как в контрольной группе рост положительного отношения к себе снижает недовольство своим телом, риск проявления тревожности и неуверенности в себе, усиливает энергию и силу стремлений. При этом, именно Я-концепция может рассматриваться в качестве базовой основы для работы с подростками, проявляющими склонность к саморазрушающему поведению.

esteem, anxiety and maladaptiveness, instability in interpersonal interaction indicate not so much the specificity of personality traits, but rather are the signs of its incomplete maturation, that is, the presence of mental infantilism, the manifestation of which comes as a result of socio-psychological factors, dysfunction in child-parent relations and school maladaptation, which is confirmed by a number of socio-demographic data.

An analysis of the structure of the interconnections of the elements of the self-concept in the main group allows us to say that adolescents from this group are dependent on the opinions of others, as well as their negative assessment of their appearance, which, in turn, triggers self-harming behavior. At the same time, auto-aggression exacerbates interest in oneself and allows to show oneself to others. Similar data on negative assessment of their appearance and its impact on auto-aggression were obtained by J.J. Muehlenkamp et al. [23].

It should be noted that improving self-attitude and its individual elements in the main group only contribute to manifestations of maladaptation, and their strengthening leads to a decrease in focus on cooperation with other people and enhances readiness for manifestation of open aggression. It can be assumed that the latter finds its place in the framework of the children's behavioral opposition reaction, to which demonstrative adolescents are most inclined, deprived of attention from significant others, which is confirmed in other national works [42]. Apparently, a high level of self-centeredness plays a significant role in the formation of social maladaptation, in the appearance of reduced self-esteem and self-dislike. In general, comparing the structures of relationships in the main and control groups, it should be said that the self-concept of adolescents with self-injury does not fulfill its functions and does not contribute to their adaptation to themselves, as well as social integration with other people. In the control group the growth of a positive attitude towards oneself reduces the dissatisfaction with one's body, the risk of anxiety and self-doubt, as well as increases the energy and strength of aspirations. Moreover, it is the self-concept that can be considered as the primary basis for working with adolescents who are prone to self-destructive behavior.

Литература / References:

1. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение в подростковой среде: современ-

ные объяснительные подходы. *Вопросы психического здоровья детей и подростков.* 2014; 14 (2): 124-132. [Levkovskaya O.B., Shevchenko Yu.S. Non-Suicidal self-harming behavior in the adolescent environment: modern

- explanatory approaches. *Mental health issues in children and adolescents*. 2014; 14 (2): 124-132.] (In Russ)
2. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6: 10. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10.
 3. Muehlenkamp J.J., Williams et al. Rates of Non-Suicidal Self-Injury in High School Students Across Five Years. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2009; 13 (4): 317-329.
 4. Банныков Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 42-68. doi: 10.17759/cpp.20162403004 [Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Pavlova T.S., Vykhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M. D. Leading mechanisms of self-injuring behavior in adolescents: based on monitoring materials in educational organizations. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2016; 24 (3): 42-68. doi: 10.17759/cpp.20162403004] (In Russ)
 5. Ефимова А.Д. Связь любовной аддикции с иными вариантами аддиктивного поведения и саморазрушающим поведением. *Девиянтология*. 2018; 2 (2): 18-25. [Efimova A.D. Relationship of love addiction with other addictive behaviors and self-destructive behavior. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 18-25.] (In Russ)
 6. Ворошилин С.И. Влечения к модификации тела: акротомофилия, апотемнофилия и Интернет. *Академический журнал Западной Сибири*. 2011; 3: 8-9. [Voroshilin S. I. Attraction to body modification: acrotomophilia, apotemnophilia and the Internet. *Academic journal of Western Siberia*. 2011; 3: 8-9.] (In Russ)
 7. Польская Н.А., Якубовская Д.К. Влияние социальных сетей на самоповреждающее поведение у подростков. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019; 27 (3): 156-174. doi: 10.17759/cpp.20192703010. [Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K. Influence of social networks on self-harming behavior in adolescents. *Counseling psychology and psychotherapy* 2019; 27 (3): 156-174] (In Russ)
 8. Favazza A. R. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998; 186 (5): 259-268.
 9. Linehan M.M. Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997; 836 (1): 302-328.
 10. Nock M.K., Joiner T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*. 2006; 144 (1): 65-72.
 11. Nock M.K., Cha C.B., Dour H. Disorders of impulse-control and self-harm. In D.H. Barlow (Ed.), *Oxford handbook of clinical psychology*. New York, NY: Oxford University Press. 2011; 504-529.
 12. Ross S., Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002; 31 (1): 67-77.
 13. Greydanus D.E., Apple R.W. The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: Current concepts. *J Multidiscip Healthc*. 2011; 4: 183-189. doi: 10.2147/JMDH.S11569
 14. Muehlenkamp J.J., Bausch A.M. Protective factors do not moderate risk for past-year suicide attempts conferred by recent NSSI. *Journal of Affective Disorders*. 2019; Feb 15; 245: 321-324. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.013
 15. Brent D.A. et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of general psychiatry*. 2002; 59 (9): 801-807.
 16. Nock M.K., Prinstein M.J., Sterba S.K. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology*. 2009; 118 (4): 816.
 17. Nock M.K., Kessler R.C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006; 115 (3): 616-623.
 18. Nixon M.K., Cloutier P.F., Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002; 41 (11): 1333-1341.
 19. Andover M.S., Morris B.W., Wren A., Bruzese M.E. The occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; Mar 30; 6: 11. doi: 10.1186/1753-2000-6-11
 20. Hawton, K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484-485.
 21. Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков. *Саморазрушающее поведение у подростков*. 1991; 5: 9. [Popov Yu.V. Boundaries and types of self-destructive behavior in children and adolescents. *Self-destructive behavior in adolescents*. 1991; 5: 9.] (In Russ)
 22. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*. 2006; 44 (3): 371-394.
 23. Muehlenkamp J.J., Bagge C.L., Tull M.T., Gratz K.L. Body regard as a moderator of the relation between emotion dysregulation and nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013; 43 (5): 479-493. DOI: 10.1111/sltb.12032.
 24. Favazza A.R., Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scand*. 1989; 79 (3): 283-289.
 25. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27: 226-239.
 26. Фрейд З. «Я» и «Оно» / Фрейд, З. «Я» и «Оно». Труды разных лет. Т.1. Тбилиси, 1991; 351-392. [Freud, Z. "I" and "It" // Freud, Z. "I" and "It". *Worksofdifferentyears*. Vol. 1. Tbilisi. 1991; 351-392.] (In Russ)
 27. Анзье, Д. Я-кожа. Ижевск: ERGO, 2011; 302. [Anzia, D. I-skin. Izhvesk: ERGO, 2011; 302] (In Russ)
 28. Мельникова М.Л. Телесная граница и агрессивность клинико-психологическое исследование. Ижевск. 2009; 180. [Melnikova M.L. Body boundary and aggressiveness clinical and psychological research. Izhvesk. 2009; 180] (In Russ)
 29. Carroll J., Schaffer C., Spensley J., Abramowitz S.I., Family experiences of self-mutilating patients. *The American journal of psychiatry*. 1980; 137 (7): 852-853.
 30. Whitlock B.K., Kaiser L., Maxwell H.S. Heritable bovine fetal abnormalities. *Theriogenology*. 2008; 70: 535-549.
 31. Glassman L. H. et al. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*. 2007; 45 (10): 2483-2490.
 32. Hooley J.M., Ho D.T., Slater J., Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2010; 1 (3): 170-179.
 33. Столин В.В., Пантеев С.Р. Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. М., 1988; 123-130. [Stolin V.V., Panteev S.R. Practical Work on psychodiagnostics: Psychodiagnostic materials. М., 1988; 123-130.] (In Russ)
 34. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструментария для оценки. *Психологический журнал*. 2006; 2: 40-48. [Skugarevsky O.A., Sivukha S.V. Image of your own body: development of tools for evaluation. *Psychological journal*. 2006; 2: 40-48.] (In Russ)
 35. Муздыбаев К. Эгоизм личности. *Психологический журнал*. 2000; 21 (2): 27-39. [Muzdybaev K. Egoism of the person. *Psychological journal*. 2000; 21 (2): 27-39.] (In Russ)
 36. Нартова-Бочавер С.К. Опросник «Суверенность психологического пространства» — новый метод диагностики личности. *Психологический журнал*. 2004; 25 (5): 77-89. [Nartova-Bochaver S.K. Questionnaire "Sovereignty of psychological space" — a new method of personality diagnostics. *Psychological journal*. 2004; 25 (5): 77-89.] (In Russ)
 37. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «Hand-тест». Методическое руководство.

- СПб.: «ИМАТОН». 2001. 64 с. [Kurbatova T.N., Mulyar O.I. Projective technique of personality research "Hand-test". Methodological guidance. SPb.: "Imaton". 2001. 64 p.] (In Russ)
38. Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. 1991; 256. [Romanova E.S., Potemkina O.F. Graphic methods in psychological diagnostics. 1991; 256.] (In Russ)
39. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. 2002; 29-31. [Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Social and psychological diagnostics of personality development and small groups. 2002; 29-31.] (In Russ)
40. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: Автореф. дис. ... докт. псих. наук. М. 2017; 432. [Polskaya N.A. Phenomenology and functions of self-harming behavior in normative and disturbed mental development: Authoref. dis. ... doct. crazy. sciences'. M. 2017; 432.] (In Russ)
41. Ernst, C., Angst, J. Birth order: Its influence on personality. Berlin and New York: Springer-Verlag. 1983; 59-70. https://doi.org/10.1007/978-3-642-68399-2_4
42. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015; 4: 176-190. [Polskaya N.A., Vlasova N.V. Auto-Destructive behavior in adolescence and youth. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2015; 4: 176-190.] (In Russ)

FEATURES OF SELF-CONCEPT OF FEMALE ADOLESCENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR

S.V. Gorbatov, E.N. Arbuzova,
A.V. Shaboltas, V.V. Gorbacheva

Saint Petersburg state University, Saint Petersburg, Russia;
s.gorbatov@bk.ru

Abstract:

Non-suicidal self-injury has become widespread among young people in many developed countries of the world, and therefore is a serious medical and social problem that requires comprehensive research to develop effective measures of assistance and prevention. The aim of the study: to study the characteristics and determinants of the self-damaging behavior of teenage girls based on the analysis of various elements of self-concept. Sample characteristics and methods. 76 girls aged 15 to 17 were examined, 37 of whom had various manifestations of self-destructive behavior (the main group), and 39 were healthy (control group). As self-destructive were considered forms that suggested self-injury or physical harm to oneself in the absence of conscious suicidal intentions. In order to highlight significant differences between the groups, a level analysis of a number of basic psychological characteristics was carried out. Statistical data processing was performed using the SPSS-21 software package. Results. It was found that in the structure of personality traits of adolescents with self-injury, the largest share is made up of factors associated with self-concept. In particular, they have more pronounced indicators of self-accusation (83.68 in the main group and 47.18 in the control), dissatisfaction with their body (7.83 and 6.08), egocentrism (24.22 and 12.05). Self-attitude (24.84 and 78.35), self-esteem (19.27 and 70.9) and self-sympathy (33.35 and 61.54) are less pronounced, while the overall level of maladaptation (1.68 and 1.08) is increased. According to the results of the study, it was concluded that the self-concept of adolescents characterized by non-suicidal self-injury is dysfunctional. It does not perform functions that promote psychological adaptation and social integration of adolescents, which can, in general, be considered as a factor of increased suicidal risk.

Keywords: self-harming behavior, suicide, self-concept, teenager

Вклад авторов:

S.V. Gorbatov: формулировка концепции и структуры исследования, написание текста рукописи;
E.N. Arbuzova: написание текста рукописи, анализ данных литературы, интерпретация данных;
A.V. Shaboltas: анализ результатов исследования, написание текста рукописи;
V.V. Gorbacheva: получение данных для анализа, статистическая обработка.

Authors' contributions:

S.V. Gorbatov: formulation of the concept and structure of the study, article writing;
E.N. Arbuzova: article writing, reviewing relevant publications, interpretation of data;
A.V. Shaboltas: analysis of the obtained data, article writing;
V.V. Gorbacheva: empirical research, statistical data processing.

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: 12.09.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.02.2020.

Для цитирования: Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 53-69. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-53-69

For citation: Gorbatov S.V., Arbuzova E.N., Shaboltas A.V., Gorbacheva V.V. Features of Self-concept of female adolescents with non-suicidal self-harming behavior. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 53-69. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-53-69

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ ФОРМ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ ПО ШКАЛАМ И ОПРОСНИКАМ NSSI

Н.А. Бохан, В.Д. Евсеев, А.И. Мандель, А.Г. Пешковская

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

REVIEW OF STUDIES OF NON-SUICIDAL FORMS OF SELF-INJURY ON NSSI SCALES AND QUESTIONNAIRES

N.A. Bokhan, V.D. Evseev,
A.I. Mandel, A.G. Peshkovskaya

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research
Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Информация об авторах:

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддитивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 72-40-15, электронный адрес: mental@tnimc.ru

Евсеев Вячеслав Дмитриевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 7227-9203; Researcher ID: AAC-3984-2019; ORCID iD: 0000-0002-5078-1664). Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения аддитивных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 44-46-11; электронный адрес: slawix@mail.ru

Мандель Анна Исаевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79; электронный адрес: anna-mandel@mail.ru

Пешковская Анастасия Григорьевна (SPIN-код: 9755-8943; Researcher ID: R-4624-2016; ORCID iD: 0000-0002-3951-395X). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения аддитивных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 44-46-11; электронный адрес: letter.87@mail.ru

Information about the authors:

Bokhan Nikolay Aleksandrovich – Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of the Department of Addictive States, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». 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 Tract. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: mental@tnimc.ru

Evseev Vyacheslav Dmitrievich – MD, PhD (SPIN-код: 7227-9203; Researcher ID: AAC-3984-2019; ORCID iD: 0000-0002-5078-1664). Place of work and position: Senior Researcher, Department of Addictive States, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 44-46-11; email: slawix@mail.ru

Mandel Anna Isaevna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Place of work and position: Leading Researcher, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 72-43-79; email address: anna-mandel@mail.ru

Peshkovskaya Anastasia Grigoryevna (SPIN-код: 9755-8943; Researcher ID: R-4624-2016; ORCID iD: 0000-0002-3951-395X). Place of work and position: Junior Researcher, Department of Addictive Conditions, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 44-46-11; email: letter.87@mail.ru

В последнее десятилетие среди зарубежных исследований отмечается повышенный интерес к проблеме несуйцидальных повреждений (non-suicidal self-injury, NSSI). Приводятся данные, посвященные этому феномену в клинических популяциях, результаты скрининговых исследований среди подростков и взрослых, а так же метааналитические работы. Цель работы: обзор зарубежных исследований по диагностике несуйцидальных форм самоповреждающего поведения. Методы исследования: комплексный поиск трудов на английском

языке в базах данных PsycINFO, PubMed, SciELO, опубликованных в период 2006–2019 гг. по ключевым словам: несуицидальные самоповреждения, самоповреждающее поведение, NSSI, аутоагрессия, аутоагрессивное поведение. Результаты. Несуицидальные самоповреждения (НССП) представляют собой преднамеренное нанесение себе телесных повреждений, которые не связаны с летальным исходом, социально неприемлемы и реализуются с целью уменьшить или справиться с психологическим дискомфортом. Эти нарушения чаще фиксируются в возрасте от 12 до 15 лет. Распространённость среди подростков – 15,9-20,5%, среди взрослых – 2,5-5,4%. Оценена связь НССП и суицидальной активности. Показано, что риск суицида в первый год после самоповреждения может быть в 66 (!) раз больше годового риска среди населения в целом, риск самоубийства через 5, 10 и 15 лет после самоповреждений – 1,7%, 2,4% и 3,0% соответственно. Это определяет важность разработки и использования валидизированных алгоритмов диагностики. В настоящее время зарубежом ведётся активный поиск этих универсальных инструментов, предпринимаются попытки стандартизации и адаптации ранее предложенных методик. По данным многих исследований самые высокие положительные оценки получили шкалы самоповреждений ABUSI и ISSIQ-A. Все зарубежные опросники для анализа НССП основаны на критериях DSM-5, но имеют неоднородные психометрические свойства и чувствительность к диагностике. Исследователи приходят к выводу, что имеется недостаточно данных о психометрических свойствах инструментов, оценивающих самоповреждения среди подростков и взрослых как в общей, так и в клинической популяции, что оправдывает проведение более широких исследований. В России данные о распространённости, а так же использовании диагностических алгоритмов НССП весьма ограничены, что подтверждает особую актуальность данной темы и необходимость её разработки.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, самоповреждающее поведение, НССП, NSSI, аутоагрессия, аутоагрессивное поведение, подростки, молодой возраст

Психическое здоровье молодёжи остаётся одной из самых актуальных тем с особым вниманием исследователей к этой проблеме, как в России, так и зарубежом. Половина всех психических расстройств по современным данным ВОЗ манифестируют в возрасте до 14 лет, однако эти случаи заболевания остаются без внимания и, соответственно, без терапии. Согласно оценкам экспертов, около 10–20% подростков во всём мире страдают психическими расстройствами, при этом не проходят диагностику и лечение. По данным ВОЗ в 2015 г. около 800000 человек погибли от самоубийств, что стало второй причиной смерти после травматизма в результате ДТП. Мужчины умирают от самоубийств почти в два раза чаще, чем женщины. Суицид является второй по значимости причиной смерти среди людей в возрасте 15-29 лет. Наиболее высокие коэффициенты смертности от самоубийств отмечаются в Европейском регионе (14,1 на 100000 человек), а самые низкие в Восточно-Средиземноморском регионе (3,8 на 100000 населения) [1]. В результате чего, в ежегодном отчёте, опубликованном в 2018 – «Мониторинг показателей здоровья в отношении целей устойчивого развития, ВОЗ формирует глобальную цель – к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики, лечения и поддержания психического здоровья и благополучия [2]. Среди возможных направлений работы речь может идти о близких, и нередко, малодифференцируемых в среде похожих формах девиантного поведения.

Так, в последнее десятилетие среди зарубежных исследователей отмечается повышенный интерес к проблеме несуицидальных повреждений. В иностранной литературе можно встретить массу данных, посвящён-

Mental health of young people remains one of the most compelling topics that attracts special research attention both in Russia, and abroad. According to current WHO data, half of all mental disorders manifest before the age of 14, however, most often these manifestations of the disease are ignored and are not treated. According to experts, about 10-20% of adolescents worldwide suffer from mental disorders, while they do not undergo diagnostics and treatment. According to WHO, in 2015 about 800,000 people died from suicide, which became the second cause of death after injuries as a result of car accidents. Men die from suicide almost twice as often as women. Suicide is the second leading cause of death among people aged 15-29. The highest suicide mortality rates are observed in the European Region (14.1 per 100,000 people), and the lowest are registered in the Eastern Mediterranean Region (3.8 per 100,000 population) [1]. As a result, in the annual report published in 2018 “Monitoring of health indicators in relation to the goals of sustainable development, WHO sets a global goal to reduce by 2030 by a third premature mortality from noncommunicable diseases through prevention, treatment and maintenance of mental health and well-being [2]. Among the possible areas of work, we can talk about close, and often, poorly differentiable similar forms of deviant behavior.

So, the last decade showed increased interest among foreign researchers to the problem of non-suicidal injuries. In foreign literature, one can find a lot of data on the

ных изучению этого феномена в клинических популяциях, в рамках скрининговых исследований среди общих неклинических групп подростков и взрослых, а так же крупных метааналитических работах.

Цель работы: обзор зарубежных исследований по диагностике несуицидальных форм самоповреждающего поведения.

Материал и методы исследования: комплексный поиск трудов на английском языке, опубликованных в период 2006-2019 гг. по базам данных PsycINFO, PubMed, SciELO.

Результаты:

Несуицидальное самоповреждение (НССП) – в зарубежной литературе – self-injurious thoughts and behaviors, non-suicidal self-injury или self-injury (NSSI) относится к любым преднамеренным самонаправленным действиям, которые приводят к повреждению тканей организма без суицидального риска [3-5]. Согласно В. Walsh [6], самоповреждение – это преднамеренное нанесение себе телесных повреждений, которое не связано с летальным исходом, социально неприемлемое по характеру и реализуемое с целью уменьшить или справиться с психологическим дискомфортом. Эти действия обычно реализуются множеством способов, такие как удары по телу, разрезы или другие повреждения кожи различными предметами, ожоги, создание препятствий для заживления ран [7]. НССП могут даже повлечь за собой ещё более серьёзные последствия, такие как перелом костей, глубокие повреждения мягкой тканей, травмы глаз и другие самоповреждения; обычно используется людьми для нивелирования тревожных, отрицательных эмоций, в частности гнева и депрессии, а также смешанных форм [4].

Распространённость самоповреждений варьируется в зависимости от изучаемой популяции, возрастной группы и критериев, используемых для верификации этого расстройства. Показатели среди взрослых были оценены в 4% для общей популяции и 21% для клинической популяции [8, 9], тогда как показатели для подростков составили от 16,1 до 18,0% для общей популяции [10] и 60% для клинической популяции [11]. Начальный возраст, в котором чаще зафиксированы самоповреждения, составляет от 12 до 15 лет [12-15].

Более поздние крупные метааналитические исследования показали, что показатели распространённости НССП в общей популяции варьируются от 15,9 до 20,5% среди подростков и от 2,5 до 5,4% среди взрослых [16, 17]. Эмпирические исследования указывают на высокий рост распространённости среди молодёжи [18-20].

Кроме того, что несуицидальные повреждения представляют собой опасность для индивида, они могут стать фактором риска для будущих суицидальных действий [21-24]. В отдельных исследованиях [25] показано, что риск суицида в первый год после самоповреждения мо-

study of this phenomenon in clinical populations, as part of screening studies among common non-clinical groups of adolescents and adults, as well as major meta-analytical works.

Objective: to review foreign studies on the diagnostics of non-suicidal forms of self-harming behavior.

Materials and research methods: review of works published in English during 2006-2019 in PsycINFO, PubMed, SciELO databases.

Results:

Non-suicidal self-injury (NSSI) – self-injurious thoughts and behaviors, non-suicidal self-injury or self-injury – refers to any deliberate self-directed actions that lead to damage to body tissues without suicidal risk [3-5]. According to B. Walsh [6], self-harm is a deliberate infliction of bodily harm on oneself that is not associated with fatal outcome, socially unacceptable in nature and implemented in order to reduce or cope with psychological discomfort. These actions are usually implemented in a variety of ways, such as striking the body, cutting or other damage to the skin with various objects, burns, creating obstacles for wound healing [7]. NSSI can even lead to even more serious consequences, such as bone fracture, deep damage to soft tissues, eye injuries and other self-injuries; it is usually used by people to smooth anxious, negative emotions, in particular anger and depression, as well as their mixed forms [4].

The prevalence of self-harm varies depending on the population being studied, the age group, and the criteria used to verify this disorder. Indicators among adults were estimated at 4% for the general population and 21% for the clinical population [8, 9], while indicators for adolescents ranged from 16.1 to 18.0% for the general population [10] and 60% for clinical population [11]. The initial age at which self-harm is more often registered varies from 12 to 15 [12-15].

Recent large-scale meta-analytical studies showed that the prevalence of NSSI in the general population varies from 15.9% to 20.5% among adolescents and from 2.5% to 5.4% among adults [16, 17]. Empirical studies indicate a high increase in prevalence among young people [18-20].

In addition to the fact that non-suicidal injuries are a danger to the individual, they can become a risk factor for future suicidal actions [21-24]. Some studies [25] showed that the risk of suicide in the first year after self-harm can be 66 (!) times higher than the

жет быть в 66 (!) раз больше годового риска среди населения в целом, риск самоубийства через 5, 10 и 15 лет после самоповреждений составляет 1,7%, 2,4% и 3,0% соответственно.

В прошлом НССП рассматривалось в рамках DSM [26] как часть пограничного расстройства личности (BPD), но недавние исследования связывают НССП с многочисленными психопатологическими симптомами и синдромами, включая тревогу, депрессию, суицидальность, а также с множеством расстройств личности [19, 27, 28]. Таким образом, несуйцидальные самоповреждения можно рассматривать как серьезную проблему психического здоровья, именно по этой причине рабочая группа Американской психиатрической ассоциации DSM-5 по детским и подростковым расстройствам настаивала на классификации НССП с её собственными диагностическими критериями [19, 29], при этом особо отметив, что данная проблема требует дальнейшего уточнения и изучения. DSM-5 выделяет следующие диагностические критерии НССП [26]:

A. За прошедший год индивид, по крайней мере, 5 дней преднамеренно наносил себе телесные повреждения, не пытаясь совершить суицид.

B. Индивид совершает самоповреждающие действия по одной или нескольким из следующих причин: наносит самоповреждения, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутриличностный конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния.

C. Предварять самоповреждающий акт должны (и/или): негативные мысли или чувства (C1a), конфликты с другими людьми (C1b), озабоченность поведением, которое трудно контролировать (C2), повторяющиеся мысли о самоповреждающем поведении (C3).

D. Совершённый акт является социально неприемлемым.

E. Самоповреждающее поведение или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс.

F. Действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом, и не может быть причиной другого заболевания.

МКБ-10 [30, 31] не имеет подобных критериев и кодирует только виды аутоагрессивного поведения в зависимости от характера повреждений в рубриках X и Y. При этом в руководстве указано, что «данный класс, который в предыдущих пересмотрах МКБ являлся дополнительным, позволяет классифицировать происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. В тех случаях, когда используется код из данного класса, подразумевается, что он должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывающему на характер состояния» (табл. 1).

annual risk among the general population, the risk of suicide 5, 10 and 15 years after self-harm is 1.7%, 2, 4% and 3.0% respectively.

In the past, NSSI was considered as part of DSM borderline personality disorder (BPD) [26], but recent studies have linked NSSI with numerous psychopathological symptoms and syndromes, including anxiety, depression, suicidality, and many personality disorders. [19, 27, 28]. Thus, non-suicidal self-harm can be considered as a serious problem of mental health, for this reason the American Psychiatric Association working group on DSM-5 for child and adolescent disorders insisted on the classification of NSSI using its own diagnostic criteria [19, 29]. However, they pointed out that this problem requires further clarification and study. DSM-5 identifies the following diagnostic criteria for NSSI [26]:

A. Over the past year, an individual has intentionally inflicted bodily harm on themselves for at least 5 days without attempting to commit suicide.

B. An individual performs self-harming actions for one or more of the following reasons: self-harming, expecting to receive relief from negative emotions; to resolve intrapersonal conflict; trying to achieve a positive emotional state.

C. A self-harming act must be preceded by (and/or): negative thoughts or feelings (C1a), conflicts with other people (C1b), preoccupation with behavior that is difficult to control (C2), repeated thoughts about self-injury (C3).

D. The performed act is socially unacceptable.

E. Self-harming behavior or its consequences cause clinically significant destructive stress.

F. The action is not associated with a psychotic episode, delirium, intoxication or withdrawal syndrome, and cannot be the cause of another disease.

ICD-10 [30, 31] does not have such criteria and encodes only types of auto-aggressive behavior depending on the nature of the damage in Sections X and Y. The manual states that “this class, which was additional in the previous revisions of the ICD, allows you to classify incidents, conditions and circumstances as the cause of injury, poisoning and other adverse effects. In those cases when the code from this class is used, it is understood that it should be used as an addition to the code from another class, indicating the nature of the state” (Table 1).

Таблица 1 / Table 1

Рубрики МКБ-10, кодирующие самоповреждения / ICD-10 rubrics that code self-injury

Категории / Categories	Рубрики / Rubrics
Преднамеренное самоповреждение (X60-X84) Deliberate self-harm (X60-X84)	X76 Преднамеренное самоповреждение дымом, огнем и пламенем X76 Intentional self-harm by smoke, fire and flame X77 Преднамеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и горячими предметами X77 Intentional self-harm by steam, hot vapors and hot objects X78 Преднамеренное самоповреждение острым предметом X78 Intentional self-harm with a sharp object X79 Преднамеренное самоповреждение тупым предметом X79 Intentional self-harm with a blunt object
Повреждение с неопределёнными намерениями (Y10-Y34) Self-harm with undefined intentions (Y10-Y34)	Y26 Воздействие дымом, огнем и пламенем с неопределёнными намерениями Y26 Exposure to smoke, fire and flame with undefined intentions Y27 Контакт с паром, горячими испарениями и горячими предметами с неопределёнными намерениями Y27 Contact with steam, hot vapors and hot objects with undefined intentions Y28 Контакт с острым предметом с неопределёнными намерениями Y28 Contact with a sharp object with undefined intentions Y29 Контакт с тупым предметом с неопределёнными намерениями Y29 Contact with a dumb subject with undefined intentions
Последствия умышленного самоповреждения, нападения и событий (повреждений), не уточненных как случайные или преднамеренные (Y87) The consequences of intentional self-harm, attack and events (damage), not specified as accidental or intentional (Y87)	Y87.0 Последствия умышленного самоповреждения Y87.0 The consequences of intentional self-harm

Наряду с существованием критериев DSM-5, предложенных Американской психиатрической ассоциацией [26] для диагностики НССП, зарубежными исследователями ведётся активный поиск психометрических алгоритмов, способных качественно и исчерпывающе оценить самоповреждающее поведение, сформировать представление о факторах риска и его дальнейших последствиях для пациента.

В связи с высоким уровнем распространённости НССП и серьёзного риска для здоровья подростков и взрослых, число исследований и разработка различных инструментов оценки (включая интервью и инструменты самоотчета) возросли с 1990-х годов [32-35].

Комплексное и тщательное исследование НССП позволяет правильно определить тактику диагностики и лечения в клинической практике. Кроме того, авторы отмечают, что разработка и использование валидизированных алгоритмов гарантировало бы дальнейшее теоретическое развитие и преемственность между исследованиями [13, 34, 36].

По данным одного из метааналитических исследований [37] авторы проанализировали психометрические свойства психодиагностических инструментов, опубли-

Along with the existence of DSM-5 criteria proposed by the American Psychiatric Association [26] for the diagnosis of NSSI, foreign researchers are actively searching for psychometric algorithms that can qualitatively and comprehensively evaluate self-harming behavior, present an idea of risk factors and its further consequences for the patient.

Due to the high prevalence of NSSI and a serious risk it poses to the health of adolescents and adults, there has been an increase in the number of studies and the development of various assessment tools (including interviews and self-reporting tools) since the 1990s [32–35].

A comprehensive and thorough study of NSSI allows you to correctly determine the tactics of diagnostics and treatment in clinical practice. In addition, the authors note that the development and use of validated algorithms would guarantee further theoretical development and continuity between studies [13, 34, 36].

According to one of the meta-analytical studies [37], the authors analyzed the psy-

кованных на английском или испанском языках с 1990 по 2016 год, с учётом стандартизированных критериев качества. Поиск осуществлялся в базах данных PsycINFO, PubMed, ISI Web of Knowledge, Scopus, SciELO, ScienceDirect и EBSCO. В результате было отобрано 18 исследований, которые создали или адаптировали 11 шкал. Большинство из них были разработаны в Соединенных Штатах и Канаде. Несколько исследований не представили доказательств психометрических свойств созданных инструментов. Среди оценённых шкал были такие как: «Интервью о суицидальных мыслях и поведении» (the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview, SITBI) [38] с одной адаптацией [39]; «Вопросник о самоповреждающем поведении» (Self-Harm Behavior Questionnaire, SHBQ) [40]; «Функциональная оценка самоповреждений» (Functional Assessment of Self – Mutilation, FASM) [15] с тремя адаптациями [41-43]; «Шкала мотивации самоповреждения, версия для подростков» (Self-Injury Motivation Scale Adolescent, SIMS-A) [17, 44]; «Оценка самоповреждений братьев Alexian» (Alexian Brothers Assessment of Self-Injury, ABASI) [45]; «Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian» (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale, ABUSI) [46]; четыре адаптации инструмента «Оттавская шкала самоповреждений» (Ottawa Self-Injury Inventory, OSI) [47-50]; «Мониторинг (инвенторизация) рисков и самоповреждений подростков» (Risk-taking and self-harm inventory for adolescents, RTSHIA) [51]; «Опросник повторяющихся несуйцидальных самоповреждений» (Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire, R-NSSI-Q) [52]; тест из 6 пунктов Принштейна [53] и опросник «Идеи импульсивности, самоповреждения и суицида для подростков» (Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents, ISSIQ-A) [54]. Шкалы самоповреждений ABUSI и ISSIQ-A получили самые высокие положительные оценки.

Из 18 включённых исследований 11 были выполнены в Соединенных Штатах, 4 в Канаде. Восемь были адаптированы кросс-культурально. Из общего числа исследований 6 были выполнены с клиническими группами, 10 выполнены со студентами, 1 – с общей популяцией, и 1 на материале клинической популяции и студентах. Три исследования провели разведочный факторный анализ, 8 – подтверждающий факторный анализ (табл. 2).

Авторы метаанализа приходят к выводу, что использование неоднородных параметров для верификации, различные способы анализа, отсутствие адекватных стандартизированных и проверенных инструментов оценки могут вызвать потенциальные искажения [10], что ограничивает знания о распространённости несуйцидальных самоповреждений [55].

chometric properties of psychodiagnostic tools published in English or Spanish from 1990 to 2016, taking into account standardized quality criteria. The search was performed in the databases PsycINFO, PubMed, ISI Web of Knowledge, Scopus, SciELO, ScienceDirect and EBSCO. As a result, 18 studies were selected that created or adapted 11 scales. Most of them have been developed in the United States and Canada. Several studies have not provided evidence of the psychometric properties of the created tools. Among the evaluated scales were such as: “An Interview on Suicidal Thoughts and Behavior” (the Self-Injury Thoughts and Behavior Interview, SITBI) [38] with one adaptation [39]; “Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)” [40]; “Functional Assessment of Self - Mutilation (FASM) [15] with three adaptations [41-43]; “Self-injury motivation scale, adolescents version” (Self-Injury Motivation Scale Adolescent, SIMS-A) [17, 44]; “Alexian Brothers Assessment of Self-Injury, ABASI” [45]; “The scale of the desire for self-harm by the Alexian Brothers” (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale, ABUSI) [46]; four adaptations of the Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) tool [47-50]; “Monitoring (inventory) of risks and self-harm of adolescents” (Risk-taking and self-harm inventory for adolescents, RTSHIA) [51]; “Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire, R-NSSI-Q” [52]; Princeton’s 6-point test [53] and the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents, ISSIQ-A questionnaire [54]. ABUSI and ISSIQ-A self-injury scales received the highest positive ratings.

Of the 18 included studies, 11 were performed in the United States and 4 in Canada. Eight have been adapted cross-culturally. Of the total number of studies, 6 were performed with clinical groups, 10 were performed with students, 1 – with the general population, and 1 on the material of the clinical population and students. Three studies conducted exploratory factor analysis, and 8 performed confirmatory factor analysis (Table 2).

The authors of the meta-analysis conclude that the use of heterogeneous parameters for verification, various methods of analysis, and the absence of adequate standardized and tested assessment tools can cause potential distortions [10], which limits knowledge about the prevalence of non-suicidal self-injury [55].

Таблица 2 / Table 2

Анализ диагностических инструментов NSSI [37] / Analysis of NSSI Diagnostic Tools [37]

Инструмент Tool	Авторы Authors	Страна создания ¹ адаптации ² Country of origin ¹ and adaptation ²	п, участники participants	Участники Participants category	Возраст Mean age	Кол-во пунктов инструмента № of questions	Разделы Category	Факторный анализ Factor analysis
ABASI	Washburn et al., 2015	США ¹ USA ¹	511	Пациенты Patients	17,3±6,2	28	DSM-5 Критерии / Criteria А, В, С и D	РФА EFA
ABUSI	Washburn et al., 2010	США/USA ¹	36	Пациенты Patients	18,7±7,5	5	Одномерный One-measure	РФА EFA
FASM	Nock & Prinstein, 2004	США/USA ^{1,2}	108	Пациенты Patients	14,8±1,4	22	Способы, частота и причины НССП Methods, frequency & reasons for NSSI	ПФА CFA
	Leong et al., 2014 (C-FASM)	США/USA ¹ Китай/China ²	825	Студенты Students	11,4 ±1,3			ПФА CFA
	Calvete et al., 2015 (FASM-E)	США/USA ¹ Испания / Spain ²	1864	Студенты Students	15,3±2,0			ПФА CFA
	Dahlstrom et al., 2015 (FASM)	США/USA ¹ Швеция / Sweden ²	3097	Студенты Students	15-17			ПФА CFA
ISSIQ-A	Carvalho et al., 2015	Португалия / Portugal ¹	1722	Студенты Students	16,7±1,3	56	Импульсивность, самоповреждения, рискованное поведение, суицидальные мысли Impulsiveness, Self-injury, risky behavior suicide ideation	ПФА CFA
R-NSSI-Q	Manca et al., 2014	Италия / Italy ¹	383 251 953	Студенты Students Резиденты Residents Студенты Students	23,3±4,0 16,4± 1,7 16,2±1,5	38	Частота и способы несуицидального самоповреждения Frequency and methods of NSSI	нет/no
RTSHIA	Vrouva et al., 2010	Англия / England ¹	651	Пациенты Patients Студенты Students Студенты Students	15,3±2,1 15,2±2,2 15,8±1,5	27	Самоповреждения и риск Self-injury and risk	ПФА CFA
SHBQ	Muehlenkamp et al., 2010	США/USA ^{1,2}	1386	Студенты Students	15,4±1,4	22	Самоповреждения, суицидальные мысли, угроза суицида и прошлые попытки суицида Self-injury, suicide ideation, suicide threat and history of suicide attempts	ПФА CFA
SIMS-A	Swannell et al., 2008	США/USA ¹ Австралия / Australia ²	38	Пациенты Patients	М 15,7±1,0 Ж 16,1±0,9	22	Регуляция эмоций, общение / влияние на других, наказание / возбуждение и психоз /отсутствие понимания Regulation of emotions,	РФА EFA

Инструмент Tool	Авторы Authors	Страна создания ¹ , адаптации ² Country of origin ¹ and adaptation ²	п, участники participants	Участники Participants category	Возраст Mean age	Кол-во пунктов инстру- мента № of questions	Разделы Category	Факторный анализ Factor analysis
							communication / influence on others, punishment / agitation and psychosis / lack of understanding	
SITBI	Nock et al., 2007	США/USA ¹	94	Общая популяция	17,1±1,9	169	Суицидальные мысли, планирование, жесты, попытки и НССП Suicide ideation, planning, gestures, attempts and NSSI	нет/no
	Fischer et al., 2014 (SITBI-G)	США/USA ¹ Германия / Germany ²	111	Пациенты Patients	15,4 ±1,7			нет/no
OSI	Plener et al., 2009	Канада / Canada ¹ Германия / Germany ²	665	Студенты Students	14,8±0,7	21	Способы самоповре- ждения, суицидальное поведение, функции, стратегии преодоления и зависимости Self-harm methods, suicidal behavior, func- tions, coping strategies and addictions	нет/no
	Csorba et al., 2010	Канада / Canada ¹ Венгрия / Hungary ²	427	Студенты Students	16,7 нет / no SD	37	Импульс, поведение, чувства и поведенческий климат Impulse, behavior, feelings and behavioral climate	нет/no
	Rodav et al., 2014	Канада / Canada ¹ Израиль / Israel ²	275	Студенты Students	14,8±1,4	34	Частота и способы несуицидального самоповреждения Frequency and methods of non-suicidal self-harm	нет/no
	Nixon et al., 2015	Канада / Canada ^{1,2}	94	Пациенты Patients	15,7±1,5	31	Внутренняя эмоцио- нальная регуляция, социальное влияние, внешняя эмоциональ- ная регуляция и поиск ощущений Internal emotional regulation, social influence, external emotional regulation and sensation seeking	ПФА CFA
6 Item- Measure	Prinstein et al., 2008	США/USA ¹	148	Студенты Students	13,5±0,8	6	нет/no	нет/no

Примечание / Note: ПФА – подтверждающий факторный анализ, РФА – разведочный факторный анализ, SD – стандартное отклонение / CFA – confirmatory factor analysis, EFA – exploratory factor analysis, SD – standard deviation

Метаанализ показал, что имеется недостаточно данных о психометрических свойствах инструментов, оценивающих самоповреждения среди подростков, что оправдывает проведение более широких исследований, поскольку именно в подростковом возрасте наблюдается

A meta-analysis showed that there is insufficient data on the psychometric properties of tools that evaluate self-harm among adolescents, which justifies the conduct of broader studies, since it is in adolescence

более высокая распространённость НССП как в общей, так и в клинической популяции. Этот факт относится и к инструментам, оценивающим НССП у взрослых.

Ниже представлены описания некоторых диагностических инструментов.

Опросник ABUSI («Шкала стремления к самоповреждениям братьев Alexian» (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale) оценивает частоту, интенсивность и продолжительность мотивации к самоповреждающим действиям. Ответы по 7-балльной шкале с максимальным общим баллом 30 и выше оценивают интенсивность мотивации к совершению самоповреждений. ABUSI был разработан, чтобы оценить серьёзность побуждения к несуицидальному самоповреждению. В исследовании участвовали 386 подростков и взрослых пациентов (90,7% женщин, 86,3% неиспаноязычных белых), прошедших лечение в психиатрическом стационаре с диагнозом несуицидальные самоповреждения. Пациентам предлагали заполнить опросник, а также измеряли частоту самоповреждений, качество жизни и удовлетворённости, функциональные нарушения и суицидальные мысли при поступлении и выписке в рамках обычной клинической оценки. ABUSI продемонстрировал адекватную внутреннюю согласованность, надёжность повторного тестирования, чувствительность к изменениям, а также конвергентную, прогнозную и инкрементную достоверность. Полученные данные свидетельствуют о том, что ABUSI является перспективным инструментом как для клинической оценки, так и для исследований [46].

М.К. Nock и М.Д. Prinstein [15] провели функциональную оценку самоповреждений (Functional Assessment of Self – Mutilation, FASM) среди 89 подростков, совершивших НССП. FASM – это анкета для самоотчётов, которая включает 22 причины нанесения самоповреждений [56]. Авторы использовали подтверждающий факторный анализ для изучения структуры 22 причин и пришли к выводу о том, что мотивы НССП лучше всего концептуализировать четырьмя факторами: автоматический-отрицательный (нанесение самоповреждений для уменьшения негативных эмоций), автоматический-положительный (аутоагрессия для получения позитивных переживаний), социально-негативный (использование самоповреждений для ухода от требований социума) и социально-позитивный (самоповреждения для привлечения внимания или манипулирования окружающими). Важно отметить, что авторы [15] также создали двухфакторную модель функций НССП, состоящую из автоматического и социального факторов. Эта двухфакторная модель полностью соответствует данным и является более коротким вариантом первого опросника, однако авторы сохранили последний по теоретическим соображениям.

that there is a higher prevalence of NSSI s in both the general and clinical populations. This fact also applies to tools that evaluate NSSI in adults.

Below are descriptions of some diagnostic tools.

The ABUSI questionnaire (“Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale”) assesses the frequency, intensity and duration of motivation for self-harming actions. Responses on a 7-point scale with a maximum total score of 30 and higher estimate the intensity of motivation to commit self-harm. ABUSI was designed to assess the severity of the motivation for non-suicidal self-harm. The study involved 386 adolescents and adult patients (90.7% of women, 86.3% of non-Hispanic whites) who were treated in a psychiatric hospital with a diagnosis of non-suicidal self-injuries, patients were asked to fill out a questionnaire, and they measured the frequency of self-harm, quality of life and satisfaction, functional impairment and suicidal thoughts during admission and discharge as part of a routine clinical assessment. ABUSI demonstrated adequate internal consistency, reliability of repeated testing, sensitivity to changes, as well as convergent, predictive and incremental reliability. The data obtained indicate that ABUSI is a promising tool for both clinical assessment and research [46].

M.K. Nock and M.J. Prinstein [15] performed a Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) among 89 adolescents who performed an NSSI. FASM is a self-reporting questionnaire that includes 22 causes of self-harm [56]. The authors used confirmatory factor analysis to study the structure of 22 reasons and came to the conclusion that the motives of the NSSI are best conceptualized by four factors: automatic-negative (self-harming to reduce negative emotions), automatic-positive (auto - aggression to get positive experiences), socially negative (the use of self-harm to avoid the demands of society) and socially positive (self-harm to attract attention or manipulate others). It is important to note that the authors [15] also created a two-factor model of the functions of the NSSI, consisting of automatic and social factors. This two-factor model is fully consistent with the data and is a shorter version of the first questionnaire, however, the authors kept the latter for theoretical reasons.

A study of the Chinese version of FASM revealed that the four-factor structure reported by M.K. Nock and M.J. Prinstein

Исследование китайской версии FASM показало, что четырёхфакторная структура, о которой сообщили М.К. Nock и М.Ж. Prinstein [15], обеспечивала неверную оценку [43]. Два других исследования FASM нашли эмпирическую поддержку трёхфакторного решения: (1) автоматическое, (2) социальное влияние / социальные контакты, (3) мнение сверстников / соответствие социуму. В частности, R. Young и соавт. [57] сформировали такую структуру, используя анализ основных компонентов 170 15-летних студентов, и Ö. Dahlström с соавт. [42] обнаружили эту структуру, используя разведочный и подтверждающий факторные анализы у 836 подростков. Авторы также посчитали обоснованным четырёхфакторную модель, состоящую из одного автоматического и трёх социальных факторов (социальное влияние, мнение сверстников и соответствие требованиям социума).

Анкета «Идеи импульсивности, самоповреждения и суицида для подростков» (ISSIQ-A) [54] – это инструмент для самоотчётов, соответствующий принципам валидности. Его цель состоит в том, чтобы оценить поведение и функции NSSI, в дополнение к импульсивности, рискованному поведению и суицидальным идеям, поскольку несколько исследований показали связь суицидального поведения с самоповреждающим [58-62]. Он был разработан в Португалии с выборкой из 1722 подростков в возрасте от 14 лет до 21 года. Опросник сформирован из 56 пунктов, а варианты ответа состоят из шкалы Лайкерта, которая обеспечивает четырёхбалльную оценку. Чтобы гарантировать достоверность методики, авторы тщательно проанализировали литературу. До того как были составлены и отобраны вопросы, проведены интервью с целевой группой населения, чтобы убедиться, что вопросы и инструкции понятны. Опросник доступен на португальском и английском языках. Что касается его психометрических свойств, то есть доказательств его конструктивной обоснованности с помощью подтверждающего факторного анализа, результаты которого показали четырёхмерную модель с положительными качественными результатами. Кроме того, достоверность конвергенции была подтверждена на основе положительных и отрицательных корреляций с другими инструментами [54].

При разработке RTSHIA («Мониторинг рисков и самоповреждений подростков») [51] авторы создали и выбрали элементы, которые выявляют тенденции рискованного и суицидального поведения как прямым, так и косвенным путём. В работе обследован 651 человек из клинической и общей популяции подростков. Методика состоит из 27 вопросов. В опроснике есть пункты о злоупотреблении алкоголем, которые были выбраны из исследования, посвящённого подростковой травме и злоупотреблению психоактивными веществами [63]. Некоторые пункты частично взяты из FASM [56]. Двенадцать

[15], provided an incorrect assessment [43]. Two other FASM studies found empirical support for a three-factor solution: (1) automatic, (2) social influence/social contacts, (3) peer opinion/social fit. In particular, R. Young et al. [57] formed such structure using analysis of the main components of 170 15-year-old students, and Ö. Dahlström et al. [42] discovered this structure using exploratory and confirmatory factor analyzes in 836 adolescents. The authors also considered verified the four-factor model consisting of one automatic and three social factors (social influence, peer opinion and compliance with the requirements of society).

‘Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents’ (ISSIQ-A) [54] is a self-reporting tool that complies with the principles of validity. Its purpose is to evaluate the behavior and functions of NSSI, in addition to impulsiveness, risky behavior and suicidal ideations, as several studies have shown the correlation of suicidal behavior with self-harming [58-62]. It was developed in Portugal with a sample of 1,722 adolescents aged 14 to 21. The questionnaire is composed of 56 points, and the answer options consist of a Likert scale, which provides a four-point rating. To guarantee the reliability of the methodology, the authors carefully analyzed the literature. Before questions were drawn up and selected, interviews were conducted with the target population to make sure that the questions and instructions are clear. The questionnaire is available in Portuguese and English. As for its psychometric properties, that is, evidence of its constructive validity using confirmatory factor analysis, the results of which showed a four-dimensional model with positive qualitative results. In addition, the reliability of convergence was confirmed on the basis of positive and negative correlations with other tools [54].

When developing RTSHIA (“The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents”) [51], the authors created and selected elements that identify tendencies of risky and suicidal behavior in both direct and indirect ways. The study examined 651 people from the clinical and general population of adolescents. The methodology consists of 27 questions. The questionnaire contains points on alcohol abuse that were selected from a study on teenage trauma and substance abuse [63]. Some items are partly taken from FASM [56]. Twelve risk-related behaviors range from mild behaviors such as smoking tobacco and drinking to serious risk, such as

связанных с рискованным поведением пунктов варьируются от умеренного поведения, такого как курение табака и употребление алкоголя до серьёзного риска, например, участие в драках, совершение преступлений и риск сексуального насилия. Вопросы, связанные с суицидальным поведением варьируются от более мягкого, такого, как ковыряние в ранах и выдергивание волос до более серьёзных поступков, таких как попытка самоубийства. В методику включён вопрос, разработанный L.G. Lundh и соавт. [64], который оценивает суицидальное поведение, приводящее к госпитализации или к тяжёлой травме. В большинстве случаев речь идёт о членовредительстве (порезы, ожоги, укусы, царапины кожи и т.д.), включён вопрос о части (частях) тела, которые были умышленно повреждены. Три пункта касаются неупорядоченного питания (голодание, использование слабительных), два пункта о самоуничижительном поведении. Вопросы оцениваются по 4-балльной шкале Лайкерта. Методика создана на большой выборке, в качестве доказательной базы использован факторный анализ.

Заключение.

Подводя итоги обзора, стоит обратить внимание на высокую распространённость самоповреждающего поведения в различных популяциях, что подтверждено крупными метаанализами (от 15,9% до 20,5% среди подростков и от 2,5% до 5,4% среди взрослых). Зарубежными учёными ведётся активный поиск универсальных инструментов диагностики несуйцидальных самоповреждений, предпринимаются попытки стандартизации и адаптации ранее предложенных алгоритмов. Все опросники для анализа НССП основаны на критериях DSM-5, при этом имеют разные психометрические свойства и диагностическую чувствительность. В зарубежной литературе встречаются крупные метааналитические работы по анализу уже разработанных и используемых в практической и исследовательской работе опросников самоповреждающего поведения. Исследователи приходят к выводу, что имеется недостаточно данных о психометрических свойствах инструментов, оценивающих самоповреждения среди подростков и взрослых как в общей, так и в клинической популяции, что оправдывает проведение более широких исследований.

В России данные о распространённости, а так же использовании диагностических алгоритмов несуйцидальных самоповреждений весьма ограничены. За последние 10 лет в научной базе РИНЦ на эту тему представлены лишь единичные работы. Например, исследование Н.А. Польской (2014, 2015). Автор определяет гендерные и возрастные особенности самоповреждений в неклинической популяции школьников и студентов (643 человека) в возрасте от 13 до 23 лет и разрабатывает собственный инструмент диагностики, который является на данный момент единственным стандартизированным опросни-

engaging in fights, committing crimes, and the risk of sexual violence. Issues related to suicidal behavior range from milder ones, such as picking wounds and pulling hair to more serious actions like attempting suicide. The methodology includes a question developed by L.G. Lundh et al. [64], which assesses suicidal behavior leading to hospitalization or severe trauma. In most cases, we are talking about self-harm (cuts, burns, bites, scratches of the skin, etc.), the question about the part (parts) of the body that were deliberately damaged is included. Three points relate to disordered nutrition (fasting, use of laxatives), two points about self-derogatory behavior. Questions are rated on a 4-point Likert scale. The technique was created on a large sample; factor analysis was used as the evidence base.

Conclusion.

Summing up the review, the high prevalence of self-injury in various populations is worth paying attention to, which is confirmed by large-scale metaanalysis (from 15.9% to 20.5% among adolescents and from 2.5% to 5.4% among adults) Foreign scientists are actively searching for universal tools for diagnosing non-suicidal self-injury, and attempts are being made to standardize and adapt previously proposed algorithms. All questionnaires for the analysis of NSSI are based on the DSM-5 criteria, and at the same time they have different psychometric properties and diagnostic sensitivity. In foreign literature, there are large meta-analytical works on the analysis of self-injury questionnaires designed and used in practical and research work. Researchers come to the conclusion that there is insufficient data on the psychometric properties of instruments that evaluate self-harm among adolescents and adults in both the general and clinical populations, which justifies a wider study.

In Russia, data on the prevalence, as well as the use of diagnostic algorithms for non-suicidal self-injury, are very limited. Over the past 10 years, only a few works are presented in the Russian Science Citation Index scientific base on the topic. For example, a study by N.A. Pol'skaya (2014, 2015). The author determines the gender and age characteristics of self-harm in a non-clinical population of schoolchildren and students (643 people) aged 13 to 23 and develops his own diagnostic tool, which is currently the only standardized questionnaire for verifica-

ком для верификации самоповреждающего поведения в России [65-67]. Проведённый нами целевой поиск, к сожалению, свидетельствует о том, что в России и странах СНГ не предпринимались попытки адаптировать валидизированные шкалы зарубежных исследователей. Таким образом, ограниченное количество стандартизированных русскоязычных диагностических инструментов самоповреждающего поведения, отсутствие диагностических критериев в МКБ-10, крайне ограниченные данные о распространённости этого феномена в клинических и неклинических популяциях, обеспечивают особую актуальность данной темы и необходимость её дальнейшей разработки.

Литература / Reference:

- Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, accessed 22 March 2017)
- Мировая статистика здравоохранения, 2017: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития. Женева: ВОЗ; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO]. (In Russ)
- International Society for the Study of Self-Injury (2007) Definition of non-suicidal self-injury. Accessed 28. May 2014. <http://www.itriples.org/iss-aboutsself-i.html>
- Kerr P.L., Muehlenkamp J.J., Turner J.M. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010 Mar-Apr; 23 (2): 240-259. DOI: 10.3122/jabfm.2010.02.090110
- Nock M.K. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 339-363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Walsh B.W. Treating self-injury. 2014. ISBN 9781462518876. 413 P.
- Saraff P.D., Pepper C.M. Functions, lifetime frequency, and variety of methods of non-suicidal self-injury among college students. *Psychology, Medicine Published in Psychiatry Research.* 2014. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.044
- Briere J., Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68 (4): 609-620.
- Zielinski M.J., Veilleux J.C., Winer S.E., Nadorff M.R. A short-term longitudinal examination of the relations between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. *Compr Psychiatry.* 2016; 73: 187–195. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.11.013
- Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012; 6 (1): 10.
- Kaess M., Parzer P., Mattern M., Plener P.L., Bifulco A., Resch F., Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2012; 206 (2-3): 265-272.
- Hawton K., Van Heeringen K. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. London: Wiley; 2008.
- Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med.* 2011; 41 (9): 1981-1986.
- Muehlenkamp J.J., Gutiérrez P.M. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch. Suicide Res.* 2007; 11 (1): 69-82.
- Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72: 885–890. DOI: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Lang J., Yao Y. Prevalence of nonsuicidal self-injury in Chinese middle school and high school students. A meta-analysis. *Medicine.* 2018; 97 (42). DOI: 10.1097/MD.00000000000012916
- Swannell S.V., Martin G.E., Page A., et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014; 44: 273–303.
- Hawton K., Rodham K., Evans E., et al. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ.* 2002; 325: 1207-1211.
- In-Albon T., Bürlü M., Ruf C., Schmid M. Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013 Feb 20; 7 (1): 5. DOI: 10.1186/1753-2000-7-5.
- Nixon M.K., Cloutier P., Jansson S.M. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ.* 2008; 178: 306–312.
- Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORIDA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011; 50: 772–781.
- Glenn C.R., Klonsky E.D. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personal Individ Differ.* 2009; 46: 25–29. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.020
- Paul E., Tsypes A., Eidlitz L., Ernhout C., Whitlock J. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Res.* 2015; 225: 276–282. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.026
- Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C., et al. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry.* 2011; 168: 495–501.
- Hawton K., Zahl D., Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry.* 2003; 182: 537–542.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2013). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Crowe M. From expression to symptom to disorder: the psychiatric evolution of self-harm in the DSM. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014; 21: 857–858. DOI: 10.1111/jpm.12183
- Buelens T., Luyckx K., Kiekens G., Gandhi A., Muehlenkamp J.J., Claes L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders.* 2020; 260 (1): 314-322. DOI: 10.1016/j.jad.2019.09.009
- Plener P.L., Kapusta N.D., Brunner R., Kaess M. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal behavior disorder in the DSM-5. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychoter.* 2014; 42: 405-413. DOI: 10.1024/1422-4917/a000319
- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: [пер. с англ.]. М.: М, 1995. Т. 1 (1) VI. 698 с. [International statistical classification of diseases and health-related problems: M.: M, 1995. V. 1 (2) VI. 698 p.] (In Russ)

31. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: [пер. с англ.]. М.: М, 1995. Т. 1 (2) V. 633 с. [International statistical classification of diseases and health-related problems: M.: M, 1995. V. 1 (2) V. 633 p.] (In Russ)
32. Ammerman B.A., Jacobucci R., Kleiman E.M., Muehlenkamp J.J., McCloskey M.S. Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder Using exploratory data mining. *Psychol Assess.* 2016; 29: 221–231. DOI: 10.1037/pas0000334
33. Guan K., Fox K.R., Prinstein M.J. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol.* 2012; 80: 842–849. DOI: 10.1037/a0029429
34. Selby E.A., Kranzler A., Fehling K.B., Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: the path to diagnostic validity and final obstacles. *Clin Psychol Rev.* 2015; 38: 79–91. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.03.003
35. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 22 (1): 75-79. DOI: 10.1007/s00787-012-0365-7
36. Klonsky E.D., Lewis SP. Assessment of Nonsuicidal Self-Injury. In: *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury.* New York: Oxford University Press; 2014.
37. Chávez-Flores Y., Hidalgo-Rasmussen C., González-Betanzos F. Adaptación transcultural del cuestionario ISSIQ-A para evaluar impulsividad, autolesión no suicida e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Terapia Psicológica.* 2018; 36 (2): 91–99. DOI: 10.4067/S0718-48082018000200091
38. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., Michel B.D. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007; 19 (3): 309-317.
39. Fischer G., Ameis N., Parzer P., Plener P.L., Groschwitz R., Vonderlin E., Kaess M. The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry.* 2014; 14 (1): 265.
40. Muehlenkamp J.J., Cowles M.L., Gutierrez P.M. Validity of the self-harm behavior questionnaire with diverse adolescents. *J Psychopathol Behav Assess.* 2010; 32 (2): 236-245. DOI: 10.1007/s10862-009-9131-7
41. Calvete E., Orue I., Aizpuru L., Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema.* 2015; 27 (3): 223-228.
42. Dahlström Ö., Zetterqvist M., Lundh L.G., Svedin C.G. Functions of nonsuicidal self-injury: exploratory and confirmatory factor analyses in a large community sample of adolescents. *Psychol Assess.* 2015; 27: 302–313. DOI: 10.1037/pas0000034
43. Leong C.H., Wu A.M., Poon M.M.Y. Measurement of perceived functions of non-suicidal self-injury for Chinese adolescents. *Arch Suicide Res.* 2014; 18: 193–212. DOI: 10.1080/13811118.2013.824828
44. Swannell S., Martin G., Scott J., Gibbons M., Gifford S. Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: development of a self-report measure. *Australas Psychiatry.* 2008; 16 (2): 98-103.
45. Washburn J.J., Potthoff L.M., Styer D.M. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychol Assess.* 2015; 27 (1): 31-41.
46. Washburn J.J., Juzwin K.R., Styer D.M., Aldrige D. Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Res.* 2010; 178: 540–544. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.05.018
47. Csorba J., Dinya E., Ferencz E., Páli E., Nagy E., Horváth A., Vados M. A study of Hungarian adolescent outpatients suffering from self-injurious behaviour. *Psychiatr Danub.* 2010; 22 (1): 39-45.
48. Nixon M.K., Levesque C., Preyde M., Vanderkooy J., Cloutier P.F. The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015; 9: 26.
49. Plener P.L., Libal G., Keller F., Fegert J.M., Muehlenkamp J.J. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med.* 2009; 39 (9): 1549.
50. Rodav O., Levy S., Hamdan S. Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *Eur Psychiatry.* 2014; 29 (8): 503-508.
51. Vrouva I., Fonagy P., Fearson P.R.M., Roussov T. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: Development and psychometric evaluation. *Psychol Assess.* 2010; 22 (4): 852-865.
52. Manca M., Presaghi F., Cerutti R. Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res.* 2014; 215 (1): 111-119.
53. Prinstein M.J., Nock M.K., Simon V., Aikins J.W., Cheah C.S.L., Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76 (1): 92-103.
54. Carvalho C.B., Nunes C., Castilho P., da Motta C., Caldeira S., Pinto-Gouveia J. Mapping non-suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the impulse, self-harm and suicide ideation questionnaire for adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research.* 2015; 227 (2-3): 238-245. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.031
55. Butler A.M., Malone K. Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: Behavioural syndrome or diagnosis? *Br J Psychiatry.* 2013; 202 (5): 324-325.
56. Lloyd E.E., Kelley M.L., Hope T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
57. Young R., Sproeber N., Groschwitz R.C., Preiss M., Plener P.L. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 137. DOI: 10.1186/1471-244X-14-137
58. Duggan J.M., Toste J.R., Heath N.L. An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: the mediating influence of emotion dysregulation. *Psychiatry Res.* 2013; 206 (2-3): 256-264. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.11.016
59. Hamza C.A., Willoughby T., Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 38: 13-24. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.010
60. Duggan J., Heath N., Hu T. Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2015; 9: 21. DOI: 10.1186/s13034-015-0052-9
61. Tørmoen A.J., Rossow I., Larsson B., Mehlum L. Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2013; 48: 1447–1455. DOI: 10.1007/s00127-012-0646-y
62. Tørmoen A.J., Rossow I., Mork E., Mehlum L. Contact with child and adolescent psychiatric services among self-harming and suicidal adolescents in the general population: a cross sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2014 Apr 17; 8 (1): 13.
63. Chiolero A., Schmid H. Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: The case of Switzerland. *Social and Preventive Medicine.* 2002; 47 (5): 289-297.
64. Lundh L.G., Karim J., Quilisch E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A 32 pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology.* 2007; 48: 33–41.
65. Польская Н.А. Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами. *Экспериментальная психология.* 2015; 8 (3): 129-144. [Polskaya N.A. Acts of self-harm in patients with borderline mental disorders. *Experimental psychology.* 2015; 8 (3): 129-144.] (In Russ)

66. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчёта). *Консультативная психология и психотерапия*. 2014; 2 (81): 140-152. [Polskaya N.A. Causes of self-harm in youth (based on the self-report scale). *Counseling psychology and psychotherapy*. 2014; 2 (81): 140-152.] (In Russ)
67. Польская Н.А. Структура и функции самоповреждающего поведения. *Психологический журнал*. 2014; 35 (2): 45-56. [Polskaya N.A. Structure and functions of self-harming behavior. *Psychological journal*. 2014; 35 (2): 45-56.] (In Russ)

REVIEW OF STUDIES OF NON-SUICIDAL FORMS OF SELF-INJURY ON NSSI SCALES AND QUESTIONNAIRES

N.A. Bokhan^{1,2}, V.D. Evseev¹,
A.I. Mandel¹, A.G. Peshkovskaya¹

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; anna-mandel@mail.ru
²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

Abstract:

During the last decade, there has been an increased interest among foreign studies to the problem of non-suicidal self-injury (NSSI). The article presents the data on this phenomenon in clinical populations, the results of screening studies among adolescents and adults, as well as meta-analytical works. The aim of the article: a review of foreign researches on the diagnostics of non-suicidal forms of self-injury. Research methods: a comprehensive search for works in English in the databases PsycINFO, PubMed, SciELO published in 2006–2019 with keywords: non-suicidal self-injury, self-harming behavior, NSSI, auto-aggression, auto-aggressive behavior. Results: Non-suicidal self-injury (NSSI) is the deliberate infliction to physically harm one's body that is not associated with fatal outcome, is socially unacceptable and is implemented in order to reduce or cope with psychological discomfort. These disorders are more often registered between the ages of 12 and 15. The prevalence among adolescents is 15.9-20.5%, among adults - 2.5-5.4%. The relationship between NSSI and suicidal activity was evaluated. It is shown that the risk of suicide in the first year after self-harm can be 66 (!) times higher than the annual risk among the general population, the risk of suicide 5, 10 and 15 years after self-harm reaches 1.7% , 2.4% and 3, 0% respectively. This determines the importance of developing and using validated diagnostic algorithms. Currently, foreign countries are actively searching for these universal tools, attempts are being made to standardize and adapt previously proposed methods. According to many studies, ABUSI and ISSIQ-A self-injury scales received the highest positive ratings. All foreign questionnaires for the analysis of NSSI are based on the DSM-5 criteria, but have heterogeneous psychometric properties and sensitivity to diagnostics. Researchers come to the conclusion that there is insufficient data on the psychometric properties of tools that evaluate self-injury among adolescents and adults in both general and clinical populations, which justifies the conduct of wider studies. In Russia, data on the prevalence, as well as the use of diagnostic algorithms of the NSSI, are very limited, which confirms the particular relevance of this topic and the need for its development.

Keywords: non-suicidal self-harm, self-harming behavior, NSSI, auto-aggression, auto-aggressive behavior, adolescents, young age

Вклад авторов:

Н.А. Бохан: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
В.Д. Евсеев: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
А.И. Мандель: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;
А.Г. Пешковская: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

N.A. Bokhan: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
V.D. Evseev: reviewing of publications of the article's theme; article writing;
A.I. Mandel: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing;
A.G. Peshkovskaya: reviewing of publications of the article's theme; article writing.

Финансирование: Статья выполнена по основному плану НИР в рамках Гос. задания № 0550-2019-0007.

Financing: The article is carried out according to the basic plan of research within the framework of the State tasks number 0550-2019-0007

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 22.10.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.02.2020.

Для цитирования: Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуйцидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 70-83. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83

For citation: Bokhan N.A., Evseev V.D., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G. Review of studies of non-suicidal forms of self-injury on NSSI scales and questionnaires. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 70-83. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83

АЛГОРИТМ ПРОВИТАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ ПРИ СБОРЕ СУИЦИДАЛЬНОГО АНАМНЕЗА В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.И. Шустов, А.В. Меринов, А.Д. Шустов, Т.В. Клименко

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

ALGORITHM OF A PRO-ACTIVE THERAPEUTIC INTERVIEW DURING THE COLLECTION OF A SUICIDAL HISTORY IN NARCOLOGICAL PRACTICE

*D.I. Shustov, A.V. Merinov,
A.D. Shustov, T.V. Klimenko*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
V.P. Serbsky National Medical Research Centre for
Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Информация об авторах:

Шустов Дмитрий Иванович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 3887-5475; Researcher ID: AAG-2198-2019; ORCID iD: 0000-0003-0989-6598). Место работы и должность: заведующий кафедрой 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: Dmitri_Shustov@mail.ru

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). 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

Шустов Александр Дмитриевич (SPIN-код: 8906-5399; AuthorID: 921822; Researcher ID: AAE-3523-2019; ORCID iD: 0000-0003-4088-5109). Место учёбы: аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (930) 870-81-82; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Клименко Татьяна Валентиновна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2275-4219; AuthorID: 575376; Researcher ID: AAC-6815-2019; ORCID iD: 0000-0003-1032-6277). Место работы и должность: заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (916) 671-40-78; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Information about the authors:

Shustov Dmitry Ivanovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 3887-5475; Researcher ID: AAG-2198-2019; ORCID iD: 0000-0003-0989-6598). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: Dmitri_Shustov@mail.ru

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN: 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 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Shustov Alexander Dmitrievich (SPIN-code: 8906-5399; AuthorID: 921822; Researcher ID: AAE-3523-2019; ORCID iD: 0000-0003-4088-5109). Place of work and position: post-graduate student of the Department of Endogenous Psychoses of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 119992, Moscow, 23 Kropotkinskiy per. Phone: +7 (930) 870-81-82; email: nscn@serbsky.ru

Klimenko Tatyana Valentinovna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 2275-4219; AuthorID: 575376; Researcher ID: AAC-6815-2019; ORCID iD: 0000-0003-1032-6277). Place of work and position: associate Director of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 119992, Moscow, 23 Kropotkinskiy per. Phone: +7 (916) 671-40-78; email: nscn@serbsky.ru

Сбор суицидологического анамнеза в наркологии продолжает оставаться вопросом, нуждающимся в дальнейшей разработке. Прежде всего, это связано с формализацией самого процесса и получением нерелевантной информации. Большинство созданных тестов и опросников направлены, в лучшем случае, на констатацию наличия или отсутствия тех или иных, значимых для суицидологической практики паттернов и предикторов. Однако в нашей работе мы не встретили указаний на существование моделей интервью, носящих как диагностический характер, так и представляющих непосредственную возможность врачу-интервьюеру осуществлять базовое психотерапевтическое воздействие. Что, безусловно, важно не только для суицидологической практи-

ки, но и способно улучшить комплаентность взаимодействий в плоскости врач-пациент с формированием качественного терапевтического запроса в отношении лечения основного заболевания. Методика. Краткий вариант полуструктурированного провительного терапевтического интервью заключается в последовательном обсуждении ответов пациента на 17 вопросов. Данный ряд вопросов отражает наиболее существенные для диагностики аутоагрессивного поведения факторы, поэтому было принято решение использовать этот ряд вопросов в качестве терапевтического инструмента. Результаты и их обсуждение. Со времени первой публикации провительного терапевтического интервью в 2000 году оно было успешно использовано для решения поставленных исследовательских и терапевтических задач в целом ряде научных проектов, кандидатских и докторских диссертациях, где с успехом продемонстрировало свою эффективность и удобство использования. Предлагаемый сокращённый вариант также нашёл широкое применение в наркологической суицидологии, благодаря своей компактности и лёгкости использованию в практической работе. Отдельно стоит отметить терапевтическую направленность предлагаемого алгоритма, что, по сути, является его существенным и неоспоримым конкурентным преимуществом. Кроме того, предлагаемый подход позволяет осуществить деконфузию врача в отношении затрагиваемой тематики и избежать формализации сбора соответствующей части анамнеза, что существенно повышает вероятность обнаружения интересующей нас информации (которая, с большой вероятностью, была бы скрыта от интервьюера). Значение наличия объективной информации в контексте вторичной превентивной работы сложно переоценить. Заключение. Представляется целесообразным рекомендовать предлагаемый алгоритм провительного терапевтического интервью для широкого использования в работе врачей психиатров-наркологов, а также – сотрудников кризисных отделений.

Ключевые слова: суицидологический анамнез, суицид, суицидальное поведение, наркология

Выяснение суицидологического анамнеза в наркологии до настоящего времени является неким краеугольным камнем клинического интервью. Вопросы, касающиеся выяснения актуального аутоагрессивного статуса пациента, для многих врачей, к сожалению, нередко остаются чем-то стыдным и неловким. Формальность их «подачи» даёт вполне ожидаемые, неинформативные ответы [1, 2]. Разумеется, в связи с этим, ранее предпринимались неоднократные попытки создания структурированных интервью и опросников, способных облегчить процедуру сбора интересующих нас сведений. Одной из таких попыток был предложенное нами полуструктурированное терапевтическое интервью для выявления аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем [3-5].

Со времени первой публикации провительного терапевтического интервью в 2000 году [2] оно было успешно использовано для решения поставленных исследовательских задач в нескольких кандидатских и докторских диссертациях [6-12]. Процесс интервьюирования зависимых лиц предполагает ряд известных трудностей получения релевантной информации, которые связаны с проблемами контакта, доверия, процессами аддиктивного отрицания и игнорирования значимой информации, семантической несостоятельностью опрашиваемых в условиях аддиктивного расщепления личности [13, 14] и «алкогольной миопии» [15].

Например, четверть от всех опрошенных зависимых суицидентов вытесняли («забывали») и не сообщали о реальной совершённой ими ранее суицидальной попытке, факт которой подтверждали параллельно опрошенные жёны [10]. Вместе с тем, было отмечено, что качество опроса и диагностики непростых вопросов, касающихся аутоагрессивного поведения и вопро-

Clarification of a suicidological history in narcology to date is a kind of cornerstone of a clinical interview. The questions regarding the determination of the current auto-aggressive status of a patient, unfortunately, often remain something shameful and awkward for many doctors. The formality of their 'presentation' gives quite expected, uninformative answers [1, 2]. Of course, in this regard, earlier, several attempts were made to create structured interviews and questionnaires that could facilitate the collection of information of interest to us. One such attempt was the semi-structured therapeutic interview we proposed to identify auto-aggressive patterns in the past and present [3-5].

Since the first publication of the provital therapeutic interview in 2000 [2], it has been successfully used to solve set research problems in several PhD and doctoral dissertations [6-12]. The process of interviewing addicted persons implies a number of known difficulties in obtaining relevant information that are associated with problems of contact, trust, processes of addictive denial and neglect of significant information, semantic insolvency of respondents in the context of addictive split personality [13, 14] and "alcoholic myopia" [15].

For example, a quarter of all the interviewed addicted suicide attempters ousted ("forgot") and did not report a real suicidal attempt that they had made earlier, the fact of which was confirmed in parallel by the interrogated spouses [10]. At the same time, it was noted that the quality of the survey and diagnosis of difficult questions regarding auto-

сов отношения к смерти, повышалось, если между опрашиваемым и интервьюером существовали терапевтические отношения [4]. Мы также заметили, что интервью имеет терапевтический эффект, в том смысле, что ответы на столь существенные, порой экзистенциальные вопросы, способствовали осознанию (инсайту) аутоагрессивного контекста значимых для пациента привычных стилей поведения и стилей мышления так, что разработанные на этой основе методики провитальной психотерапии, адресованной к особенностям аддиктивной личности, существенно улучшали эффективность и противоалкогольной терапии [3, 4, 16, 17, 18].

Вместе с тем, оригинальное интервью в её полной версии требует большого количества времени и не укладывается в рамки одной терапевтической сессии (45-50 мин.), что предполагает стационарный вариант его использования и существенно затрудняет использование интервью в амбулаторной практике. Одним из авторов настоящей статьи (Меринов А.В.) в ходе исследования вопросов интервью, имеющих наибольшую факторную нагрузку по отношению к факту наличия суицидальной попытки в анамнезе, было предложено использование ограниченного числа вопросов (14 или 17) для быстрого количественного анализа суицидальной опасности зависимых лиц [5, 10]. Поскольку данный ряд вопросов отражал наиболее существенные для диагностики аутоагрессивного поведения факторы, было принято решение использовать этот ряд вопросов в качестве терапевтического инструмента.

В настоящей статье мы приводим терапевтический алгоритм применения провитального интервью, длительность которого в среднем не превышало 45 минут в рамках мотивирующей для прохождения длительных терапевтических программ беседы врача-нарколога и пациента. Следует отметить, что при выявлении риска возможного суицида в ближайшем будущем, признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), большой депрессии и ряда других состояний провитальное интервью может продолжаться вплоть до того момента, когда по словам Эдвина Шнейдмана (2001), врачу удастся приоткрыть штору в тёмную комнату пресуицидальной психики и впустить немного света [19].

Методика опроса.

Краткий вариант полуструктурированного провитального терапевтического интервью состоит в последовательном обсуждении ответов пациента на 17 вопросов:

1. Наблюдались ли Вы у психиатра?
2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством?
3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?

aggressive behavior and issues related to death increased, if there was a therapeutic relationship between the respondent and the interviewer [4]. We also noticed that the interview has a therapeutic effect, in the sense that the answers to such significant, sometimes existential questions, contributed to the awareness (insight) of the auto-aggressive context of habitual behaviors and thinking styles that are significant for the patient. As a result, the designed methodology of provital psychotherapy, aimed at the characteristics of an addictive personality, significantly improved the effectiveness of anti-alcohol therapy [3, 4, 16, 17, 18].

At the same time, the original interview in its full version requires a lot of time and does not fit into the framework of one therapeutic session (45-50 minutes) making it more useful for in-patient practice as it significantly complicates the use of interviews in out-patient practice. One of the authors of this article (Merinov A.V.) during the study of interview questions that have the greatest factor load in relation to a suicide attempt in personal history, proposed to use of a limited number of questions (14 or 17) for quick quantitative analysis of the suicidal risk of addicts [5, 10]. Since this series of questions reflected the most important factors for the diagnosis of auto-aggressive behavior, it was decided to use this series of questions as a therapeutic tool.

In this article, we present a therapeutic algorithm for the application of a provital interview, the duration of which on average did not exceed 45 minutes during the motivating conversation between a narcologist and a patient to encourage the latter to take on longer therapeutic programs. It should be noted that when identifying the risk of possible suicide in the near future, as well as the signs of post-traumatic stress disorder (PTSD), major depression and a number of other conditions, a provital interview can last till the moment when, according to Edwin Schneidman (2001), the doctor will be able to open the curtain in the dark room of the presuicidal psyche and let in some light [19].

Survey Methodology.

A short version of a semi-structured, provital therapeutic interview is a sequential discussion of the patient's answers to 17 questions:

1. Have you been seeing a psychiatrist?
2. Have you tried to commit suicide?
3. Have you thought of committing suicide?

4. Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей? Были ли в Вашей семье трагические смерти родственников (самоубийства, убийства, несчастные случаи и др.)?

5. Для Вас характерно долго переживать вину?

6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?

7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? Были ли в течение последнего года особенно значимые для Вас потери?

8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?

9. Бывают ли у Вас эпизоды безысходности / беспомощности?

10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказам от пищи?

11. Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию?

12. Наносили ли Вы себе физические повреждения?

13. У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?

14. Вас часто мучают угрызения совести?

15. Были ли у Вас черепно-мозговые травмы с потерей сознания?

16. Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?

17. Склонны ли Вы к неоправданному риску?

Существование 17 вопросов не означает, что пациент на каждый из них ответит утвердительно. Основные цели интервью – выявить и начать проработку опасных суицидальных или аутоагрессивных тенденций, помочь осознанию аутоагрессивной направленности аддиктивного поведения, то есть, помочь осознанию наличия смертельно опасного сценария жизни [20].

Дополнительные терапевтические цели интервью могут быть самыми разнообразными, например, мотивирующими к прохождению долгосрочной терапии в условиях стационара, реабилитационного центра или терапевтического сообщества.

Алгоритм работы с интервью и его обсуждение.

1. Наблюдались ли Вы у психиатра?

Если ответ «нет», переходите ко второму вопросу. Если ответ «да», выясните по поводу чего было обращение, связано ли оно с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) или суицидальной попыткой. Необходимо оценить психический статус пациента и его когнитивные способности, чтобы эффективно продолжать интервью.

2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством?

Если ответ «нет», переходите к третьему вопросу.

4. Have you had close relationship with a suicide attempter? Have there been any tragic deaths of relatives in your family (suicides, murders, accidents, etc.)?

5. Is it typical for you to experience guilt for a long time?

6. Do you have an obsessive feeling of shame?

7. Have you experienced an acute sense of loneliness? Have there been any particularly significant losses during the past year?

8. Do you tend to have episodes of depression that has no obvious causes?

9. Do you tend to experience episodes of hopelessness / helplessness?

10. Are you prone to periodic overeating or refusal of food?

11. Have you suffered a serious physical abuse?

12. Have you physically harmed yourself?

13. Do you have times when you do not see any meaning in life?

14. Are you often tormented by remorse?

15. Have you had traumatic brain injury with loss of consciousness?

16. Do you have any dangerous hobbies or habits?

17. Are you prone to undue risk?

Presenting 17 questions does not mean that the patient will answer all of them affirmatively. The main objectives of the interview are to identify and initiate working out dangerous suicidal or auto-aggressive tendencies, to help become aware of the auto-aggressive orientation of addictive behavior, that is, to help realize the existence of a deadly life scenario [20].

Additional therapeutic goals of the interview can be very diverse, for example, to encourage undergoing long-term therapy in a hospital, rehabilitation center or therapeutic community.

The algorithm for working with the interview and its discussion.

1. Have you been seeing a psychiatrist?

If the answer is no, go to the second question. If the answer is “yes”, clarify what it was about, whether it is associated with the use of psychoactive substances or a suicidal attempt. It is necessary to evaluate the mental status of the patient and their cognitive abilities in order to effectively continue the interview.

2. Have you tried to commit suicide?

If the answer is no, go to the third question. If the answer is yes, clarify the age of the attempt and if the attempt was recent, you need to evaluate the current risk and make a

Если ответ «да», выясните давность попытки и, если попытка была недавней – необходимо оценить существующий на данный момент риск и принять решение, например, о неотложной (в том числе, недобровольной) госпитализации, особенно, если на вопрос: «Думаете ли Вы повторить попытку?», пациент отвечает: «Да», и/или имеет план («Есть ли у Вас план, каким образом Вы собираетесь покончить с жизнью?») совершения новой попытки.

Если попытка или попытки были в анамнезе, необходимо выяснить их число, обстоятельства принятия суицидального решения в каждом случае, способ и что явилось непосредственной причиной суицида – «последней каплей», оценить связь с употреблением ПАВ. Необходимо выяснить – кто оказал помощь и где. Если пациент сам предпринял меры к сохранению жизни – дать позитивное подкрепление, например, похвалить, за эти действия, подчеркнуть провитальные факторы, которые повлияли на это позитивное решение пациента.

Если на вопрос: «Думаете ли Вы повторить попытку?», пациент отвечает: «Нет», необходимо поддержать это решение, сказав, например, что это умное и ответственное решение. Необходимо пригласить пациента заключить «антисуицидальный контракт» в письменной форме [18, 21] или устной, получив обещание пациента не совершать суицидальной попытки, сделанное из Нормативного Я – нормативной части личности [13] или Взрослого Эго-состояния [22]. Пригласите пациента составить «план безопасности» – записанного пациентом алгоритма быстрых действий на случай актуализации суицидального побуждения; план должен храниться в доступном пациенту и видимом месте, например, на подоконнике [21].

3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?

Если ответ «нет», переходите к четвертому вопросу. Если ответ «да», необходимо выяснить актуальность этих мыслей на сегодняшний день, в том числе, спросив о наличии или отсутствии реального плана суицидальных действий. Если такой план есть, необходимо оценить суицидальный риск и возможности пациента самостоятельно совладать с кризисом, а также поддерживающие провитальные возможности его окружения. Если риск высокий, а возможности пациента и его окружения недостаточные, необходимо принять решение о госпитализации (см. пункт 2), или обратиться за помощью к родственникам (сопровождающим) корректно, возможно с разрешения пациента, поставив их в известность о существующей опасности для пациента, или пригласить пациента принять помощь третьих лиц, например, представителей терапевтического сообщества.

Если пациент говорит об отсутствии в настоящий

decision, for example, about urgent (including involuntary) hospitalization, especially if the patient replies positively to questions like: “Are you thinking of trying it again?”, “Do you have a plan of how you are going to end your life?”

If there was/were attempt/attempts in the anamnesis, it is necessary to find out their number, the circumstances of the suicidal decision in each case, the method and what was the direct cause of suicide – the “last drop”, to assess the relationship with the substance abuse. It is necessary to find out who provided help and where. If the patient themselves took measures to preserve life – give positive reinforcement, for example, praise these actions, emphasize the factors that influenced this positive decision of the patient.

If the patient replies negatively to the question: “Do you think to try again?”, it is necessary to support this decision, saying, for example, that this is a smart and responsible way to deal with the situation. It is necessary to invite the patient to make an “anti-suicidal contract” in written form [18, 21] or verbally, having received the patient’s promise not to make a suicidal attempt from the Normative Self - the normative part of the person [13] or the Adult Ego state [22]. Invite the patient to draw up a “safety plan” - a quick-action algorithm written down by the patient in case of actualization of suicidal impulse; the plan should be kept in a place accessible to the patient and visible, for example, on the windowsill [21].

3. Have you thought of committing suicide?

If the answer is no, go to question four. If the answer is yes, it is necessary to find out the relevance of these thoughts to date, including asking about whether there exists a real plan of suicidal actions. If there is such a plan, it is necessary to assess suicidal risk and the patient’s ability to independently cope with the crisis, as well as supporting the pro-vital opportunities of their environment. If the risk is high, and the patient and their environment are insufficient, it is necessary to insist on hospitalization (see paragraph 2), or to seek help from relatives (accompanying persons) correctly, possibly with the permission of the patient, informing them of the existing danger to patient, or invite the patient to accept the help of third parties, for example, representatives of the therapeutic community.

If the patient says that there are currently no actual suicidal thoughts, you need to express your positive attitude (“It’s good that you

момент актуальных суицидальных мыслей, необходимо подтвердить свою удовлетворённость их отсутствием («Это хорошо, что сейчас Вы свободны от мыслей о суициде!»), а также спросить разрешения поговорить о ситуациях и причинах, которые способствуют появлению такого рода мыслей. Отдельно обсудить связь этих мыслей с приёмом алкоголя и ПАВ. Необходимо также обсудить какие объективные или субъективные факторы способствуют выживанию, останавливают поток суицидальных мыслей и, тем более, действий. Нужно подчеркнуть значимость этих факторов, например: «Я согласен, что Ваша помощь и поддержка нужна Вашим детям!», а также дать позитивные стимулы личности пациента за поддержание провительного поведения, несмотря на факты интоксикации. Пригласите пациента заключить антисуицидальный контракт и составить «план безопасности».

4. Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей? Были ли в Вашей семье трагические смерти родственников (самоубийства, убийства, несчастные случаи и др.)?

Если ответ «нет», переходите к пятому вопросу. Если ответ «да», то попросите пациента рассказать об этих случаях, время от времени поощряя его рассказ, поскольку возможно он впервые рассказывает об этом заинтересованному слушателю. Подчеркните связь трагических событий с употреблением алкоголя и ПАВ (если она есть), обозначьте своё сочувствие пациенту. Уточните возраст трагически погибших родственников и соотнесите этот возраст с настоящим возрастом пациента. При работе с четвёртым вопросом врач способен отметить часто встречающиеся трагические модели жизни в семье пациента [23] или «сценарии жизни» в виде неосознаваемого жизненного плана, употребляя язык транзакционного анализа [20, 24, 25]. Становится особенно наглядным изображение этой трагической передачи, если использовать метод генограмм [26, 27], который, однако, требует временных затрат.

Если вы диагностируете «синдром годовщины» [28] или «страх срочной смерти» [4, 21] необходимо оценить суицидальный риск (см. выше) и/или пригласить пациента к краткосрочной психотерапии этих состояний [18] сразу же в момент интервью или позже.

Следует отметить, что воспоминание о трагически погибших родственниках и связь их судеб с собственной судьбой (включение их в автобиографический нарратив) в контексте сценария жизни, способствует осознанию сценария и его изменению [29]. Всегда нужно учитывать терапевтический контекст такого рода беседы, приглашая пациента изменить свой сценарий, прекратив употребление алкоголя и ПАВ.

Оцените вклад патологического или нормального траура в состояние пациента и поощрите его, если

are now free from thoughts of suicide!), still you should ask for permission to talk about situations and reasons that lead to this kind of thoughts. Additionally, you should discuss the connection of these thoughts with alcohol and other substances. It is also necessary to discuss which objective or subjective factors contribute to survival, stop the flow of suicidal ideation and, especially, actions. It is necessary to emphasize the importance of these factors, for example: “I agree that your children need your help and support!”, and also give positive incentives to the patient for maintaining pro-vital behavior despite the facts of intoxication. Invite the patient to enter the anti-suicidal contract and draw up a “safety plan”.

4. Have you had close relationship with a suicide attempter? Have there been any tragic deaths of relatives in your family (suicides, murders, accidents, etc.)?

If the answer is no, go to the fifth question. If the answer is “yes”, then ask the patient to tell more about these cases, occasionally encouraging their story, because perhaps for the first time they will be telling this to an interested listener. Show the connection of tragic events with the use of alcohol and substances (if any), demonstrate your sympathy for the patient. Check the age of the tragically dead relatives and correlate this age with the patient's actual age. When working with the fourth question, the doctor is able to note often tragic life patterns in the patient's family [23] or “life scenarios” in the form of an unconscious life plan, using the language of transactional analysis [20, 24, 25]. The image of this tragic transmission becomes especially clear if we use the method of genograms [26, 27], which, however, requires time.

If you are diagnosing “anniversary syndrome” [28] or “fear of urgent death” [4, 21], it is necessary to assess suicidal risk (see above) and / or invite the patient to short-term psychotherapy of these conditions [18] right during the time of the interview or right after.

It should be noted that the recollection of the tragically dead relatives and interconnection of their destinies with their own (including them in an autobiographical narrative) in the context of the life scenario contributes to the awareness of the scenario and its change [29]. You must always consider the therapeutic context of such type of conversation inviting the patient to change their scenario by stopping alcohol and substances abuse.

Assess the contribution of pathological or normal mourning to the patient's condition and encourage them, if necessary, to psychothera-

необходимо, к психотерапии утраты.

5. Для Вас характерно долго переживать вину?

Если ответ «нет», переходите к шестому вопросу.

Если ответ «да», то попросите пациента раскрыть это чувство и связанные с ним события. Если вина носит иррациональный характер [30], то нормализуйте её, сказав, например: «Я не думаю, что Вы виноваты в случившемся. Каждый человек делает свой выбор».

Оцените, не являются ли идеи самообвинения частью депрессивного синдрома. Если «да», оцените суицидальный риск и примите решение относительно возможной фармакотерапии.

Продемонстрируйте пациенту свою готовность прощать и поощрите процесс самопрощения. Помните, что процесс прощения или самопрощения имеет стадийность и требует нескольких психотерапевтических сессий [31].

6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?

Если ответ «нет», переходите к седьмому вопросу.

Если ответ «да», необходимо понимать, что чувство стыда связано с тщательно скрываемыми, «стыдными» событиями в жизни пациента. Не следует ожидать быстрого самораскрытия на этом этапе. Если же пациент намерен говорить об этих событиях, то следует эмпатически (безоценочно) его выслушать и, по возможности, нормализовать стыд, сказав, например: «Я понимаю, что в той ситуации Вы не могли действовать по-иному» или «У Вас не было ресурсов сопротивляться, Вы были ещё маленькой (им)». С учётом ответов на предыдущие вопросы, подумайте о связи стыда с суицидальными идеациями и оцените суицидальный риск. Пригласите пациента на индивидуальную сессию, чтобы терапевтически работать со стыдом [30]. Помните, что стыд или вина могут свидетельствовать о наличии ПТСР.

7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества?

Были ли в течение последнего года особенно значимые для Вас потери?

Если ответ «нет», переходите к восьмому вопросу.

Если пациент отвечает «да», то следует задать уточняющий вопрос: «Это чувство сопровождает Вас всю жизнь или Вы столкнулись с ним в недавнем прошлом?» Если пациент отвечает, что «всю жизнь». То такое чувство одиночества часто связано с ощущением человеческой ненужности пациента, которое сформировалось в детстве. Чтобы уточнить это, вы можете задать вопрос: «Как Вы считаете, Вы были нужны своим родителям?» Большинство пациентов, как показывает наш опыт работы, знает ответ на этот вопрос и с готовностью делится своей историей. Если пациент не считает себя нужным, пожалуйста, выслушайте его историю, воздержавшись, по возможности, от критики родителей, учитывая феномен «семейной лояльности»

py of loss.

5. Is it typical for you to experience guilt for a long time?

If the answer is no, go to question six. If the answer is yes, ask the patient to reveal this feeling and its related events. If the guilt is irrational [30], then normalize it by saying, for example: "I don't think you are to blame for what happened. Everyone makes their choice."

Evaluate if self-incriminating ideas are part of a depressive syndrome. If yes, evaluate suicidal risk and decide on possible pharmacotherapy.

Demonstrate your willingness to forgive and encourage self-forgiveness. Remember that the process of forgiveness or self-forgiveness has several stages and thus requires several psychotherapeutic sessions [31].

6. Do you have an obsessive feeling of shame?

If the answer is no, go to question seven.

If the answer is yes, you need to understand that the feeling of shame is associated with carefully concealed, "shameful" events in the patient's life. One should not expect quick self-disclosure at this stage. If the patient intends to talk about these events, one should empathically (without evaluation) listen them out and, if possible, normalize the shame, saying, for example: "I understand that in that situation you could not act differently" or "You did not have the resources to resist, you were too small." Given the answers to previous questions, think about the connection of shame with suicidal ideation and evaluate the suicidal risk. Invite the patient to an individual session to work with shame [30]. Remember that shame or guilt may indicate PTSD.

7. Have you experienced an acute sense of loneliness? Have there been any particularly significant losses during the past year?

If the answer is no, go to the eighth question. If the patient answers "yes", a clarifying question should be asked: "Have you had this feeling all your life or have you just started feeling it lately?" If the patient replies "all their life", such feeling of loneliness is often associated with the patient's sense of human uselessness that was formed in childhood. To clarify this, you can ask the question: "Do you think your parents needed you?" Most patients, as our experience shows, know the answer to this question and readily share their story. If the patient does not consider themselves needed, please listen out their story, refraining, if possible, from criticizing their parents taking into account the phenomenon of "family loyalty" (the state of self of a small

(состояние Я маленького ребенка внутри пациента будет бунтовать и сопротивляться прямой и грубой критике родителей как людей, которые дали ему жизнь и *позволили* ему выжить). В психотерапии ощущение ненужности родителям подразумевает и наличие у пациента раннего решения «Не живи», которое может лежать в основе суицидального поведения [32, 33] и нуждается в терапии перерешением [34]. Спросите о связи чувства одиночества и ощущения ненужности родителям с алкоголизацией. Поощрите пациента к дальнейшей глубокой психотерапевтической работе по перерешению его раннего решения «Не живи».

Если пациент отвечает, что «недавно». Попросите пациента рассказать историю его недавней потери, используя раскрывающие (подразумевающие развернутый ответ) вопросы, например: «Как много значил для Вас этот человек? Как Вы видите зависимость между Вашей потерей и учащением выпивок?» Пригласите пациента поразмышлять (пофантазировать) о том, что мог бы сказать утраченный человек пациенту прямо сейчас. Оцените необходимость дополнительных сессий для работы с потерей и чувствами боли и одиночества.

8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?

Данный вопрос необходим для диагностики коморбидного биполярного / рекуррентного аффективного расстройств, наличие которых повышает суицидальный риск, в том числе, в суицидологической практике в наркологии. Соответствующий риск нужно оценить с учётом ответов на предыдущие вопросы.

9. Бывают ли у Вас эпизоды безысходности / беспомощности?

Если ответ «нет», переходите к десятому вопросу. Если «да», то попросите пациента описать, что чувствует и что думает пациент в эти моменты, как он совладевает с ними? Поощрите его позитивное провитальное поведение, подчеркнув, что многие острые состояния в нашей психики преходящи и необходимо учиться их переживать. При ощущении хронических чувств безысходности / беспомощности, которые вы можете диагностировать «прямо сейчас» оцените суицидальный риск и примите решение (см. выше).

10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказам от пищи?

Ответ на этот вопрос следует соотносить с ответами на восьмой и девятый вопросы с целью оценки аффективной составляющей суицидологического анамнеза.

11. Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию?

Если ответ «нет», переходите к двенадцатому вопросу. Если «да», попросите пациента рассказать об этом эпизоде (не нужно настаивать, если этот вопрос

child inside the patient will rebel and resist to direct and rude criticism of their parents as people who gave them life and let them survive). In psychotherapy the feeling of not being needed by parents also implies that the patient has an early imposed directive of “Do not live”, which may underlie their suicidal behavior [32, 33] and requires therapy of redecision [34]. Ask about the connection between feelings of loneliness and a sense of uselessness for parents with their alcoholism. Encourage the patient to further deep psychotherapeutic work by resolving their early directive “Do not live.”

If the patient replies "recently", ask them to tell the story of their recent loss using open-up (implying a detailed answer) questions, for example: “How much did this person mean to you? How do you see the relationship between your loss and the increase of substance abuse?”. Invite the patient to reflect on what the lost person could say to the patient right now. Appreciate the need for additional sessions to work with loss and feelings of pain and loneliness.

8. Do you tend to have episodes of depression that has no obvious causes?

This question is necessary for the diagnosis of comorbid bipolar/recurrent affective disorders, the presence of which increases the suicidal risk, including in suicidological practice in narcology. The corresponding risk needs to be assessed taking into account the answers to previous questions.

9. Do you tend to experience episodes of hopelessness / helplessness?

If the answer is no, go to question number ten. If the patient says “yes”, ask them to describe how they feel and what they tend to think about at these moments, how they cope with such episodes. Encourage their positive provital behavior, emphasizing that many acute conditions in our psyche are transient and it is necessary to learn to outwait them. If the patient is experiencing chronic feelings of hopelessness / helplessness that you can diagnose right away, assess the suicidal risk and make a decision (see above).

10. Are you prone to periodic overeating or refusal of food?

The answer to this question should be correlated with the answers to questions eight and nine in order to assess the affective component of the suicidological history.

11. Have you suffered a serious physical abuse?

If the answer is no, go to question 12. If the answer is positive, ask the patient to tell

связан со стыдом) и проясните для него связь насилия с интоксикацией. Проявите заботу и эмпатию, предлагая, например, пройти обследование мозга или внутренних органов. Будьте «на стороне» потерпевшего, разделяя его чувства, и затем, осторожно, позвольте осознать пациенту связь между его интоксикацией, виктимным поведением с провокацией насилия: «Это ужасно, что с Вами так поступили, а между тем, если бы Вы ушли из бара чуть раньше или взяли бы такси, могли бы Вы избежать насилия? Не кажется ли Вам, что какая-то часть в Вас постоянно усугубляет ситуацию, действуя по принципу «чем хуже, тем лучше»?» Положительные ответы на эти вопросы могут стать мостиком к будущей работе с аддиктивным расщеплением личности [35].

12. Наносили ли Вы себе физические повреждения?

Если ответ «нет», переходите к 13 вопросу. Если «да», спросите пациента, какого рода были эти самоповреждения. Если самоповреждения наносились с целью объективизировать психическую боль (психалгию), то необходимо оценить суицидальный риск в контексте наличия большой депрессии. Следует также принять во внимание мнение Э. Шнейдмана (2001) о психалгии как центральной суицидальной эмоции [19].

Если самоповреждения наносятся с целью уменьшить напряжение и тревогу, имеют привычный характер или совершаются импульсивно (что особенно опасно) и демонстративно с целью отомстить или повлиять на ближайших родственников, то следует предположить наличие коморбидного пограничного личностного расстройства (ПЛР). Пациенты с ПЛР особенно чувствительны к ситуациям расставания (потери), они значительно чаще, чем другие люди употребляют алкоголь и ПАВ, и совершают самоубийства [36]. В условиях интервью следует уважительно конфронтровать их аутоагрессивное поведение, вместе с тем понимая, что успех лечения такого рода коморбидной патологии зависит в первую очередь от установившегося терапевтического альянса при активном содействии пациентов [37]. Следует также уточнить, не используют ли пациенты спиртные напитки, суррогаты алкоголя и передозировки препаратов с целью «непрямого» суицида? Интервьюер должен понимать также, что любые авersive (связанные с наказанием) терапевтические вмешательства, предметно - опосредованная терапия (кодирование) могут быть использованы такими пациентами с целью суицидального шантажа врачей или родственников. Поэтому уже на этапе интервью следует заручиться поддержкой нормативной части личности пациента и пригласить его к заключению «контракта на не-самоповреждение» [18, 21] –

about this episode (no need to insist if this issue is associated with shame) and clarify for them the correlation between violence and intoxication. Show care and empathy by offering, for example, to undergo an examination of the brain or internal organs. Be “on the victim’s side”, sharing their feelings and then carefully allow the patient to understand the connection between their intoxication, victim behavior and provocation of violence: “What happened to you is terrible, but if you had left the bar a little earlier or would have taken a taxi, do you think you could have avoided violence? Do you think there is some part of you that is constantly aggravating the situation, acting out the principle “the worse, the better”?” Positive answers to these questions can become a bridge to future work with split addicted personality [35].

12. Have you physically harmed yourself?

If the answer is no, go to question 13. In the case of the positive reply, ask the patient what kind of self-harm they inflicted. If self-harm was done in order to objectify mental pain (psychalgia), it is necessary to assess the suicidal risk in the context of the presence of major depression. One should also take into account the opinion of E. Schneidman (2001) about psychalgia as a central suicidal emotion [19].

If self-harm was inflicted in order to reduce stress and anxiety, happen periodically or are committed impulsively (which is especially dangerous) and defiantly in order to affect close relatives, we should assume the presence of comorbid borderline personality disorder (BPD). Patients with BPD are especially sensitive to separation (loss) situations, they are much more likely than others to abuse alcohol and other substances, as well as commit suicide [36]. During the interview, their self-aggressive behavior should be respectfully confronted, however, understanding that the success of treatment of this kind of comorbid pathology depends primarily on the established therapeutic alliance with the patient’s active assistance [37]. It should also be clarified whether patients use alcohol, its surrogates, and substances overdoses as a method of “indirect” suicide? The interviewer must also understand that any aversive (punishment-related) therapeutic interventions, subject-mediated therapy (coding) can be used by such patients as a means of suicidal blackmail of doctors or relatives. Therefore, even at the stage of the interview, one should get support from the normative part of the patient’s per-

мягкого варианта антисуицидального контракта. Например, соединяясь с позитивной частью пациента через местоимение «мы» врач мог бы сказать: «О, мы, я думаю (уверен), сможем избежать с Вами поведения по типу «выколю себе глаз, чтобы у тещи был зять кривой!» Необходимо дождаться позитивной реакции пациента на конфронтацию и слов, доказывающих его осознание собственного аутоагрессивного стиля поведения.

Не будет лишним заключение письменного и устного контракта на «не-убегание из терапии» [18, 38].

13. У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?

Если ответ «нет», переходите к 14 вопросу. Если «да», то пригласите пациента поговорить на эту тему и будьте готовы к встречным вопросам, поскольку зависимые пациенты часто испытывают дефицит позитивных родительских интроектов.

Мы рекомендуем три способа беседы на тему смысла *поддержания* жизни. Во-первых, иногда человек не видит смысл жизни из-за ограниченности своего собственного видения, тогда как любой родственник или ребёнок видит в его жизни вполне определённый смысл. Во-вторых, люди обладают так называемой «иллюзией бессмертия» [39] – чувством (это именно чувство), что он не умрет никогда, поэтому иногда мы не ценим жизнь, растрчивая её, совершаем самоубийства, по-детски думая, что можем снова проснуться утром или жить в какой-то новой форме. Стоит отметить, что никогда не поздно начать снова ценить жизнь. В-третьих, с позиций морального императива Канта, некоторые считают самоубийство грехом, так что если после смерти есть что-то похожее на жизнь, то качество этой новой жизни будет зависеть и от того, каким образом мы прожили и закончили нынешнюю жизнь.

14. Вас часто мучают угрызения совести?

Если ответ «нет» или «не часто», переходите к 15 вопросу. Если «да», то необходимо проверить, не касается ли такая поглощенность вопросами совести следствием совершения «несовместимых с жизнью» поступков? В этом контексте будет не лишним замечание о практике сообществ АА по «отмыванию поступков и возмещению ущерба» [40].

15. Были ли у Вас черепно-мозговые травмы с потерей сознания?

Если ответ «нет», переходите к 16 вопросу. Если «да», то следует вернуться к обсуждению связи травм с интоксикацией, если эта тема еще не была проработана в одиннадцатом вопросе.

16. Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?

Если ответ «нет», переходите к последнему вопросу. Если «да», то необходимо отделить социально-

sonality and invite them to conclude a “non-self-harm contract” [18, 21] – a lighter version of the antisuicidal contract. For example, when connecting with the positive part of the patient through the pronoun “we”, the doctor could say: “Oh, I think (I am sure) we can avoid the behavior of the type “I will poke my eyes out so that my mother-in-law had a one-eyed son-in-law!” It is necessary to wait for the patient's positive reaction to confrontation and the words proving their awareness of their own auto-aggressive style of behavior.

The conclusion of a written and oral contract for “non-escape from therapy” will also be useful [18, 38].

13. Do you have times when you do not see any meaning in life?

If the answer is no, go to question 14. If “yes”, invite the patient to talk about this topic and be prepared for counter-questions, as addicted patients often lack positive parental introjects.

We recommend three ways to talk about the meaning of sustaining life. First, sometimes a person does not see the meaning of life because of the limited nature of their own perception, while any of their relatives or children sees a definite meaning in their life. Second, people have the so-called “illusion of immortality” [39] – a feeling (and this is definitely a feeling) that we will never die, therefore sometimes we do not value life, waste it, commit suicide thinking childishly that we can wake up next morning or live in some new form. It is worth noting that it is never too late to begin to value life again. Third, from the standpoint of Kant’s moral imperative, some consider suicide to be a sin, so if after death there is anything similar to life, the quality of this new life will depend on how we have lived and ended the current a life.

14. Are you often tormented by remorse?

If the answer is no or not often, go to question 15. With the positive answer it is necessary to check whether such preoccupation with conscience concerns is the result of committing actions “incompatible with life”? In this context, it could be appropriate to comment on the AA communities’ practice in “clearing actions and reparation damage” [40].

15. Have you had traumatic brain injury with loss of consciousness?

If the answer is no, go to question 16. If yes, we should return to the discussion of the connection of injuries with intoxication, if this topic has not yet been yet discussed in the eleventh question.

16. Do you have any dangerous hobbies

приемлемые виды деятельности от социально - неприемлемых, например, вождения автомобиля в нетрезвом состоянии, а также прояснить опасность последних и их связь с трагическим сценарием жизни. Иногда и социально-приемлемые формы опасных хобби бывают следствием сценария, например, в сценарий смерти от падения с высоты «вписываются» и занятия альпинизмом.

17. Склонны ли Вы к неоправданному риску?

Вопрос поднимает проблематику 16 вопроса, хотя и имеет некоторые нюансы. Из практики интервью известно, что отвечающие утвердительно на этот вопрос – субъекты рискованного поведения, любят рассказывать случаи своего чудесного спасения. Основная терапевтическая тактика – это осторожное дистанцирование и конфронтация «смеха висельника», эмоции, необходимой для обесценивания естественного страха смерти. Например, врач может сказать: «Извините, но этот эпизод спасения не кажется мне весёлым. Вы могли погибнуть» или «А что Вы на самом деле чувствуете, когда смеетесь?»

Заканчивать интервью необходимо в позитивном ключе, поддерживая убежденность пациента в его способности решить многочисленные проблемы. Обычно не хватает времени провести полноценное суммирование и закрепить инсайты пациента, поэтому можно сосредоточиться на чём-то одном, наиболее значимом.

Заключение.

Описываемые в работе особенности работы с предлагаемым алгоритмом интервью, в первую очередь, отражают важность и необходимость конкретизации и объективизации аутоагрессивного анамнеза наркологических пациентов. Одним из эффективных инструментов для этого является предлагаемый нами список вопросов для проведения провитального психотерапевтического интервью и алгоритм его максимально персонифицированного использования, что представляется нам удачной и эффективной диагностической и терапевтической моделью.

Непосредственный «переход» в психотерапевтическую плоскость, на наш взгляд, представляет особую ценность метода, поскольку существующие на настоящий момент способы диагностики в суицидологической практике, преимущественно предлагаются авторами как «констатирующие» (индикативные) [8, 9].

Немаловажным моментом является и «мотивирующее на дальнейшее лечение» действие используемого алгоритма, поскольку контролируемое врачом - наркологом «соприкосновение с темой смерти», способно для целого ряда пациентов служить мощнейшим фактором для формирования терапевтического запроса на лечение основного наркологического заболевания.

or habits?

If the answer is no, go to the last question. If yes, it is necessary to separate socially acceptable types of activities from socially unacceptable ones, for example, drunk driving, and also to clarify the danger of the latter and their connection with the tragic life scenarios. Sometimes socially acceptable forms of dangerous hobbies are a consequence of such scenarios, for example, mountaineering fits into the scenario of death from a fall from a height.

17. Are you prone to undue risk?

The question is similar to question 16, although it has some nuances. From the practice of interviews, it is known that those who answer affirmatively to this question – subjects of risky behavior, like to talk about their miraculous salvation. The main therapeutic tactic is the careful distancing and confrontation of the “hangman’s laughter” – the emotion necessary to devalue the natural fear of death. For example, a doctor may say: “Sorry, but this episode of salvation does not seem fun to me. You could have died” or “What do you really feel when you laugh?”

It is necessary to end the interview in a positive way, supporting the patient’s conviction in their ability to solve numerous problems. Usually there is not enough time to carry out a full summation and fix the patient’s insights, so you can focus on one, the most significant one.

Conclusion.

The features of work with the proposed interview algorithm described in the paper primarily reflect the importance and necessity of concretization and objectification of the auto-aggressive history of narcological patients. One of the effective tools for this is the list of questions that we propose for conducting a provital psychotherapeutic interview and the algorithm for its maximum personalized use, which seems to us to be a successful and effective diagnostic and therapeutic model.

The direct “transition” to the psychotherapeutic mode, in our opinion, is of particular value because the current diagnostic methods in suicidological practice are mainly proposed by the authors as “ascertaining” (indicative) [8, 9].

An important point is the effect of “motivating for further treatment” in algorithm used, since the “contact with the theme of death” controlled by a narcologist can act as a powerful factor in the formation of a therapeutic request for treatment of a major drug addiction

В контексте клинической суицидологии, помимо непосредственной диагностической ценности, использование предлагаемого метода позволяет осуществлять ревизию и переосмысление отношения пациентов к, безусловно аутоагрессивным, событиям жизни, что имеет принципиальное значение для дальнейшей психотерапевтической работы.

Отдельно подчеркнем, что предлагаемый подход позволяет осуществить деконфузию врача специалиста в отношении затрагиваемой тематики, а значит – избежать формализации сбора соответствующей части анамнеза.

Таким образом, резюмируя все вышеперечисленное, представляется целесообразным рекомендовать предлагаемый алгоритм провитального терапевтического интервью для широкого использования в работе врача психиатра-нарколога, а также сотрудников кризисных отделений.

Литература / Reference:

1. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин. *Суицидология*. 2012; 3 (2): 21-23. [Merinov A.V. On the diagnosis of suicidal behavior in alcohol dependence in men. *Suicidology*. 2012; 3(2): 21-23.] (In Russ)
2. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53. [Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Features of diagnosis of suicidal behavior of drug addicts. *Academic journal of Western Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53.] (In Russ)
3. Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М.: Секция наркологии МЗ РФ, 2000. 20 с. [Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik YU.V. Diagnosis of auto-aggressive behavior in alcoholism by the method of therapeutic interviews. Manual for doctors of psychiatrists, narcologists and psychotherapists. M., 2000. 20 p.] (In Russ)
4. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005. 214 с. [Shustov D.I. Autoaggression, suicide and alcoholism. M.: Kogito-Center, 2005. 214 p.] (In Russ)
5. 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 autaggression in families of patients with alcohol dependence. RyazSMU. SPb, 2017. 192 p.] (In Russ)
6. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): дис. ... докт. мед. наук. Рязань, 2000. 382 с. [Shustov D.I. Auto-aggressive behavior and alcoholism (clinical and therapeutic study): dis. ... dokt. of med. Sciences. Ryazan, 2000. 382 p.] (In Russ)
7. Вольнов Н.М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы: автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2003. 27 с. [Volnov N.M. Auto-aggressive behavior in conscripts]: autoref. ... cand. of med. Sciences. M., 2003. 27 s.] (In Russ)
8. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: дис... канд. мед. наук. Астрахань, 2005. 108 с. [Bisaliyev R.V. Suicidal and non-suicidal forms of autodestructive behavior in opiate addiction: dis... cand. of med. Sciences. Astrakhan', 2005. 108 p.] (In Russ)
9. Смышляев А.В. Клинико-психопатологическая характеристика аутоагрессивного поведения у больных с зависимостью от опиатов: дис ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 180 с. [Smyshlyayev A.V. Clinical and psychopathological characteristics of auto-aggressive behavior in patients with opiate dependence]: dis ... cand. of med. Sciences. Moscow, 2010. 180 p.] (In Russ)
10. 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. М., 2012. 48 с. [Merinov A.V. Auto-aggressive behavior and assessment of suicidal risk in patients with alcohol dependence and their families: autoref. dis. ... doct. of med. M., 2012. 48 p.] (In Russ)
11. Новиков С.А. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование): автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2014. 24 с. [Novikov S.A. Alcohol dependence and manifestations of auto-aggressive behavior in patients with various personality types (clinical and therapeutic study): autoref. ... dis. cand. of med. science. M., 2014. 24 s.] (In Russ)
12. Федотов И.А. Клинические и аутоагрессивные характеристики алкогольной зависимости у пациентов с различными видами привязанности к родителям: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. 20 с. [Fedotov I.A. Clinical and autoaggressive characteristics of alcohol dependence in patients with various types of parental attachment]: autoref. dis. ... cand. of med. Sciences. M., 2015. 20 p.] (In Russ)
13. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца, 2 изд. М.: Нолидж, 2000. С. 341-364. [Valentik YU.V. Continuous psychotherapy of patients with addiction to psychoactive substances. Lectures on Addiction, ed. prof. N.N. Ivantsa, 2nd ed. M.: Nolidzh, 2000. P. 341-364.] (In Russ)
14. Nakken C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.
15. Steele C.M., Josephs R.A. Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*. 1990; 45 (8): 921-933.

16. Меринов А.В., Шустов Д.И. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью. *Вопросы наркологии*. 2010; 5: 90-94. [Merinov A.V., Shustov D.I. Latent suicidality in patients with alcohol addiction. *Questions of narcology*. 2010; 5: 90-94.] (In Russ)
17. 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. The influence of past suicidal activity on other autoaggressive, experimental-psychological and narcological characteristics of men suffering from alcohol addiction. *Suicidology*. 2013; 4 (3): 58-63.] (In Russ)
18. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. СПб: СпецЛит, 2016. 415 с. [Shustov D.I., Tuchina O.D. Alcohol addiction psychotherapy: a guide for doctors. SPb: SpetsLit, 2016. 415 s.] (In Russ)
19. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с. [Shneydman E.H. The soul of a suicide: translation from English. M.: Smysl, 2001. 315 p.] (In Russ)
20. Берн Э. Что вы говорите после того, как сказали «Привет», или Психология человеческой судьбы. М.: Риполл Классик, 2004. 415 с. [Bern E.H. What do you say after saying "Hello", or Psychology of human fate. M.: Ripoll Klassik, 2004. 415 p.] (In Russ)
21. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб: СпецЛит, 2016. 207 с. [Shustov D.I. Autoaggression and suicide in alcohol dependence: clinic and psychotherapy. SPb: SpetsLit, 2016. 207 s.] (In Russ)
22. Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Бузык О.Ж. Трансакционный анализ в наркологии: зарубежный опыт и российский вклад. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд. перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 723-731. [Shustov D.I., Agibalova T.V., Tuchina O.D., Buzik O.ZH. Transactional analysis in narcology: foreign experience and the Russian contribution. *Narcology: national leadership*. Ed. N.N. Ivanyts, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova. 2nd ed. rev. and additional]. M.: GEOTAR-Media, 2016. P. 723-731.] (In Russ)
23. Лукашук А.В., Меринов А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2017; 1: 86-91. DOI:10.23888/PAVLOVJ2017186-91 [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Parental autoaggression: connection with suicidal activity of their offspring]. *Russian medical and biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov*. 2017; 1: 86-91.] (In Russ)
24. Стюарт Я., Джойнс В. Современный Трансактный Анализ. СПб: Метаноия, 2017. 444 с. [Styuart YA., Dzhojns V. Modern Transactional Analysis. SPb: Metanojya, 2017. 444 p.] (In Russ)
25. Cornell W., de Graaf A., Newton T., Thunissen M. Into TA: A Comprehensive Textbook on Transactional Analysis. London: Karnac books Ltd., 2016. 425 p.
26. Хильденбранд Б. Введение в работу с генограммой. М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. 176 с. [Khildenbrand B. Introduction to working with a genogram. M.: Institute for consulting and system solutions, 2012. 176 p.] (In Russ)
27. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. Genograms: assessment and intervention. 3-d Ed. New York, London: W.W. Norton, 2008. 380 p.
28. Шутценбергер А.А. Синдром предков. М.: Институт Психотерапии, 2001. 256 с. [Shuttsenberger A.A. Syndrome of ancestors. M.: Publishing house of the Institute of Psychotherapy. M.: Institute Of Psychotherapy, 2001. 256 p.] (In Russ)
29. Меринов А.В., Байкова М.А., Зотова О.П. Трагическая смерть родственников как активный сценарный конструкт и его значение для суицидологической практики. *Суицидология*. 2017; 8 (3): 78-83. [Merinov A.V., Bajkova M.A., Zotova O.P. The tragic death of relatives as an active scenario construct and its significance for suicidological practice. *Suicidology*. 2017; 8 (3): 78-83.] (In Russ)
30. Поттер-Эфрон Р. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 416 с. [Potter-Ehfron R. Shame, Guilt, and Alcoholism: Clinical Practice. M.: Institute of General humanitarian research, 2002. 416 p.] (In Russ)
31. Кассинов Г., Тафрейт Р. Психотерапия гнева. Полное практическое руководство. М., СПб: АСТ издательство «Сова», 2006. 477 с. [Kassinov G., Tafrejt R. Psychotherapy of anger. Complete practical guide. M., SPb: Sova, 2006. 477 p.] (In Russ)
32. Вайт Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке. Киев: Интерсервис, 2017. 366 с. [Vayt T. Work with suicidal individuals. Guide to understanding, evaluating and supporting. Kiiiv: Interservis, 2017. 366 p.] (In Russ)
33. Shustov D., Tuchina O., Lester D. The Social Relationships of Suicidal Individuals: A Neglected Issue. The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide? Ed. By David Lester. *New York: Nova Science Pub.* 2019; 14: 127-133.
34. Гулдинг М. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с. [Guldin M. Psychotherapy of a new solution. M.: Klass, 2001. 288 p.] (In Russ)
35. Меринов А.В., Меденцева Т.А., Жукова Ю.А. Влияние физических наказаний в детстве для формирования аутоагрессивной «траектории» потомства. *Суицидология*. 2017; 8(1): 47-52. [Merinov A.V., Medentseva T.A., Zhukova YU.A. The influence of physical punishment in childhood for the formation of an auto-aggressive "trajectory" of offspring. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 47-52.] (In Russ)
36. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2015; 4: 87-90. [Shitov E.A., Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Clinical and suicidological characteristics of patients with alcohol dependence with concomitant borderline personality disorder. *Russian medical and biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov*. 2015; 4: 87-90.] (In Russ)
37. Шустов А.Д., Клименко Т.В. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности: психотерапия и психофармакотерапия. *Вопросы наркологии*. 2019; 4: 5-18. [Shustov A.D., Klimenko T.V. The problem of comorbidity of alcohol dependence and borderline personality disorder: psychotherapy and psychopharmacotherapy. *Questions of narcology*. 2019; 4: 5-18.] (In Russ)
38. Шустов Д.И. Психотерапия аутоагрессивного поведения наркологических больных. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд. перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 731-740. [Shustov D.I. Psychotherapy of autoaggressive behavior of narcological patients. *Narcology: a national guide*. Edited by N. N. Ivants, I. P. Anokhina, and M. A. Vinnikova. 2nd ed. and add. M.: GEOTAR-Media, 2016. Pp. 731-740.] (In Russ)
39. Ламонт К. Иллюзия бессмертия. М.: Политиздат, 1984. 288 с. [Lamont K. The illusion of immortality. M.: Politizdat, 1984. 288 s.] (In Russ)
40. Горски Т.Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013.160 с. [Gorski T.T. The path to recovery. Disruption Prevention Plan. M.: Institute of General humanitarian research, 2013.160 s.] (In Russ)

ALGORITHM OF A PRO-ACTIVE THERAPEUTIC INTERVIEW DURING THE COLLECTION OF A SUICIDAL HISTORY IN NARCOLOGICAL PRACTICE

D.I. Shustov, A.V. Merinov,
A.D. Shustov, T.V. Klimenko

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; Dmitri_Shustov@mail.ru
V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia; nscn@serbsky.ru

Abstract:

The collection of a suicidological history in narcology continues to be a matter in need of further development. First of all, this is due to the formalization of the process itself and the receipt of irrelevant information. Most of the tests and questionnaires created are aimed, at best, to ascertain the presence or absence of one or another pattern and predictor that is significant for suicidal practice. However, in our work, we did not find indications of the existence of interview models that are both diagnostic in nature and representing a direct opportunity for the interviewing doctor to carry out the basic psychotherapeutic effect. Which, of course, is important not only for suicidological practice, but also can improve the compatibility of interactions in the doctor-patient realm with the formation of a qualitative therapeutic request for the treatment of the underlying disease. **Methodology.** A short version of a semi-structured, therapeutic provital interview with a sequential discussion of the patient's answers to 17 questions. This series of questions reflects the most important factors for the diagnosis of auto-aggressive behavior, so it was decided to use this series of questions as a therapeutic tool. **Results and its discussion.** Since the first publication of the provital therapeutic interview in 2000, it has been successfully used to solve research and therapeutic tasks in a number of scientific projects, PhD and doctoral dissertations, where it has successfully demonstrated its effectiveness and ease of use. The proposed shortened version has also found wide application in narcological suicidology, due to its compactness and ease of use in practical work. Separately, it is worth noting the therapeutic focus of the proposed algorithm, which, in essence, is its significant and undeniable competitive advantage. In addition, the proposed approach makes it possible to deconfuse the doctor in relation to the subject under discussion and to avoid formalizing the collection of the corresponding part of the anamnesis, which significantly increases the likelihood of finding information of interest to us (which, with high probability, would be hidden from the interviewer). The importance of having objective information in the context of secondary preventive work is difficult to overestimate. **Conclusion.** It seems advisable to recommend the proposed algorithm of provital therapeutic interviews for wide use in the work of psychiatrists, narcologists, as well as employees of crisis departments.

Key words: suicidal history, suicide, suicidal behavior, narcology

Вклад авторов:

Д.И. Шустов: дизайн статьи, дизайн статьи, обзор публикации по теме статьи, разработка описываемого метода, написание текста рукописи;
А.В. Меринов: разработка описываемого метода, написание и редактирование текста рукописи;
А.Д. Шустов: обзор публикации по теме статьи;
Т.В. Клименко: редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

D.I. Shustov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, method creation, article writing;
A.V. Merinov: developing the research design, method creation, article writing and editing;
A.D. Shustov: reviewing of publications of the article's theme;
T.V. Klimenko: article editing.

Финансирование: 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: 22.08.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 26.12.2019.

Для цитирования: Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В. Алгоритм провительного терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 84-97. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-84-97

For citation: Shustov D.I., Merinov A.V., Shustov A.D., Klimenko T.V. Algorithm of a pro-active therapeutic interview during the collection of a suicidal history in narcological practice. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 84-97. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-84-97

НАРУШЕНИЯ СНА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. СООБЩЕНИЕ I: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ВЛИЯНИЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

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

SLEEP DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR. ARTICLE I: PREVALENCE, IMPACT, AND ASSOCIATIONS

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbbsky, Moscow, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Information about the authors:

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

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; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

В первой части обзора приведены современные систематизированные доказательные данные о распространённости многообразных нарушений сна (МКБ-10) в рамках психических расстройств и / или суицидального поведения (СП), показаны механизмы сложных взаимосвязей расстройств сна (прежде всего, бессонницы и ночных кошмаров) и суицидогенеза. Указаны пути дальнейших междисциплинарных комплексных (биопсихосоциальных) исследований для улучшения контроля риска СП в русле целевых лечебно-профилактических индивидуализированных мероприятий.

Ключевые слова: нарушения сна, суицидальное поведение, распространённость, взаимосвязи

Сегодня ночью я одна в ночи –
Бессонная, бездомная черница!

М. Цветаева

Tonight I'm alone in the night –
The sleepless, homeless nun!

M. Tsvetaeva

По данным ВОЗ ежегодно в мире от самоубийств погибает около 800 тысяч человек, на каждый летальный случай приходится до 20 суицидальных попыток [1]. Рикошетом трагедии поражены 30 и более человек: близкие, случайные свидетели, профессионалы. Суицидальное поведение (СП) и его профилактика – важная проблема здравоохранения во всем мире [2, 3] в

According to the WHO, every year around 800 thousand people die from suicides in the world, up to 20 suicidal attempts occur for every fatal case [1]. Ricochet of the tragedy struck 30 or more people: family, random witnesses, professionals. Suicidal behavior (SB) and its prevention is an important public health problem worldwide [2, 3] in connection

связи с чем актуально выделение научно обоснованных факторов риска СП [4, 5].

Среди факторов риска СП – неизменяемые и потенциально изменяемые [6, 7, 8]. К неизменяемым относят пожилой возраст, мужской пол и кавказскую этническую принадлежность. Примеры потенциально модифицируемых – симптомы депрессии, безнадежность, социальная изоляция, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), хронический болевой синдром и – последние в ряду, но не по значимости – нарушения сна [9, 10]. Необходимость поиска модифицируемых факторов риска в цитате: «отсутствие доказанных терапевтических методов в профилактике СП» [11], но нарушения сна обычно упускают из виду в тематических обзорах [12, 13].

При общемировом и многолетнем тренде снижения уровней суицидов [1] в первой декаде нового века происходит увеличение на 226% амбулаторных визитов, связанных с нарушениями сна взрослых (≥ 20 лет) при росте назначений лекарств на 293% [14], среди коих потенциально суицидоопасные при намеренной передозировке и вызывающие сами по себе расстройства сна.

Нарушения сна (МКБ-10 G47), показаны маркерами дистресса и риска СП [15, 16], причём одновременные проблемы сна могут риск усугубить [17, 18].

Бессонница (БС) – как клинический симптом выступает предвестником или проявлением психоневрологических расстройств, например, депрессивных в рамках соматического синдрома [19, 20].

Сам не пойму, что со мной творится. Чуть начинает смеркаться, как меня охватывает непонятная тревога, словно в ночи таится какая-то страшная угроза ... сердце сжимает безотчётная и непреодолимая боязнь – боязнь уснуть, боязнь лечь в постель ... Наконец я укладываюсь в постель и жду прихода сна, как приговорённый – прихода палача. *Монасан. «Орля».*

При этом до 90% жертв суицида страдали во время трагедии психическими расстройствами [21], обычно невыявленными или адекватно не лечены. Несмотря на данные психологической аутопсии [22], большей частью в западном мире, связь психического расстройства (клинических факторов) и самоубийств не столь очевидна [23].

Треть ($> 30\%$) населения страдает от БС в последний месяц, но частота диагноза БС выросла менее драматично: с 11,9 до 15,5% за 10 лет [14]. Почти $\frac{1}{2}$ (46%) суицидентов сообщают о глобальной БС, 92% – о частичной (трудностях засыпания, прерывистом сне и раннем пробуждении), но только у 14% совершивших импульсивные и реактивные суицидальные попытки предварительные суицидальные мысли / планы [24]. У 89% пациентов после суицидальной попытки нарушения сна – главная жалоба, причём затруднение засы-

with which discovering scientifically based risk factors for SB is relevant [4, 5].

Among the risk factors for SB there are those that cannot and those that can potentially be changed [6, 7, 8]. The factors that cannot be changed include old age, male gender and Caucasian ethnicity. Examples of the factors that can potentially be changed are symptoms of depression, hopelessness, social isolation, substance abuse, chronic pain syndrome, and, last but not least, sleep disorders [9, 10]. The need to search for modifiable risk factors can be demonstrated by the quote: “the inaccessibility of proven therapeutic methods in the prevention of SB” [11], but sleep disorders are usually overlooked in thematic reviews [12, 13].

With the global and long-term trend of decreasing suicide levels [1], the first decade of the new century sees a 226% increase in outpatient visits related to sleep disorders in adults (≥ 20 years) with a 293% increase in prescribing drugs [14], among which there are potentially suicidal in case of intentional overdose and causing sleep disorders in themselves.

Sleep disorders (ICD-10 G47) are indicated by markers of distress and risk of SB [15, 16], and simultaneous sleep problems can aggravate this risk [17, 18].

Insomnia as a clinical symptom is a harbinger or manifestation of neuropsychiatric disorders, for example, depressive ones in the framework of somatic syndrome [19, 20].

I don't understand what's going on with me. It begins to darken slightly, as an incomprehensible alarm engulfs me, as if some terrible threat lurks in the night ... an unaccountable and insurmountable fear grips my heart – the fear of falling asleep, the fear of going to bed ... Finally, I get into bed and wait for the dream to come, as if it were condemned – the executioner's arrival. *Maupassant "The Horla"*.

At the same time, up to 90% of suicide victims suffered from mental disorders during the tragedy [21], usually undetected or not adequately treated. Despite the data of psychological autopsy [22], for the most part in the Western world, the relationship of mental disorder (clinical factors) and suicide is not so obvious [23].

One third ($> 30\%$) of the population suffered from insomnia in the last month, but the frequency of its diagnosis has grown less dramatically: from 11.9 to 15.5% in 10 years [14]. Almost $\frac{1}{2}$ (46%) of suicides report general insomnia, 92% report partial (difficulties when falling asleep, intermittent sleep and early awakening), but only 14% of them have made impulsive and reactive suicidal attempts and report prior suicidal thoughts/plans [24]. 89% of patients after suicidal attempt report sleep disorders as the main complaint, with the difficulty of falling asleep in 73%, difficulty to keep sleeping in 69%, nightmares in 66%, and

пания – у 73%, трудности поддержания сна – у 69%, кошмары – у 66%, и раннее пробуждение – у 58% [25].

БС у 25-32% испытывающих суицидальные мысли (СМ), у 7-92% совершивших попытки суицида и 11-37% жертв самоубийств, причём чаще ближе к смерти [цит. по 26]

Бессонница и депрессия.

Депрессия – наиболее распространённое психическое расстройство (350 млн землян страдают ей), и доказанный фактор риска СП [21, 27]. Клиническая («большая») депрессия, предполагается, станет главной причиной длительной функциональной несостоятельности к 2030 г. [28, 29] как одного из суцидогенных факторов.

Уровень суцидов депрессивных в 22-36 раз выше, чем в общем населении [30]. Депрессивный эпизод нередко сопряжен с злоупотреблением ПАВ, возможно, как самолечение БС.

Я выпил вина

Но мне только хуже не спится...

Ночной снегопад.

Basse

Отмечена двусторонняя связь БС и депрессии [31]. Более половины пациентов клиник расстройств сна страдают БС, у них же чаще клиническая депрессия [32]. БС – самый частый остаточный симптом депрессии, персистирование её увеличивает риск рецидива [33, 34], а также удваивает риск развития депрессии [35] и, по МКБ-10, служит её телесным симптомом («классическая» терминальная инсомния) [36]. БС у более 90% страдающих клинической депрессией, и в 60-70% её прогнозирует [37, 38]. Расстройства сна депрессивных существенно связаны с риском суицида после контроля возраста и пола, но не иных переменных [39], но лишь БС связана с суицидальным намерением после контроля возраста и пола [40]. Тяжелая БС при диагностированной депрессии – один из доказанных клинических предикторов суицида в первый год наблюдения [40].

Частота суицидальных мыслей (СМ) при тяжёлой депрессии в широком ранжире 11-63% [41]. Среди размышляющих о суициде 15% совершали неоднократные суицидальные попытки [42]. БС – маркер повышенного риска СМ. Выраженные показатели БС и депрессии, по шкале депрессии НАМ-D, соответствуют интенсивным СМ [43]. Согласно национальному опросу китайских пациентов, поздняя БС и гиперсомния тесно связаны с СМ в первом эпизоде тяжелой депрессии [44].

Первый систематический обзор и мета-анализ 18 исследований (поровну поперечных, ретро- и проспективных) 1997-2018 гг., охвативших суммарно почти 200 тысяч участников 12-48 лет, объективизировал связи расстройств сна (БС, гиперсомнии и кошмаров) с СП (мыслями, попытками, суицидами) при депрессии и

early awakening in 58% [25].

Insomnia is registered in 25-32% of those experiencing suicidal thoughts, in 7-92% of those who attempted suicide and 11-37% of suicide victims, and more often closer to death [cit. to 26]

Insomnia and depression.

Depression is the most common mental disorder (with 350 million people suffering from it), and a proven risk factor for SB [21, 27]. Clinical (“major”) depression is expected to become the main cause of long-term functional failure by 2030 [28, 29] as one of the suicidogenic factors.

The level of suicides for the depressed is 22–36 times higher than in the general population [30]. A depressive episode is often associated with the suinsomniatance abuse, possibly as self-medication of the insomnia.

I drank the wine

But I just can't sleep worse ...

Night snowfall.

Basse

Bilateral relationship of insomnia and depression was noted [31]. More than half of patients at sleep disorders clinics suffer from insomnia and often have clinical depression at the same time [32]. Insomnia is the most common residual symptom of depression, persisting it increases the risk of relapse [33, 34], and also doubles the risk of developing depression [35] and, according to ICD-10, serves as its bodily symptom (“classic” terminal insomnia) [36]. Insomnia can be oinsomniaerved in more than 90% of patients with clinical depression, and predicts the depression in 60-70% [37, 38]. Depressive sleep disorders are significantly associated with the risk of suicide after controlling for age and gender, but not otherwise variables [39], but only insomnia is associated with suicidal intent after controlling for age and gender [40]. Severe insomnia in diagnosed depression is one of the proven clinical predictors of suicide during the first year of oinsomniaervation [40].

The frequency of suicidal ideation (SI) during severe depression takes a wide range of 11-63% [41]. Among those thinking about suicide, 15% made repeated suicidal attempts [42]. Insomnia is a marker of increased risk of SI. Marked indicators of insomnia and depression, according to the HAM-D depression scale, correspond to intense SI [43]. According to a national survey of Chinese patients, late insomnia and hypersomnia are closely associated with SI in the first episode of severe depression [44].

The first systematic review and meta-analysis of 18 studies that were taken in 1997-2018 (equal number of cross-, retro-and prospective), covering a total of almost 200 thousand participants aged 12-48, objectified the relationship of sleep disorders (insomnia, hy-

клинической («большой») депрессии [45]. Расстройства сна (БС и кошмары) тесно связаны с СП депрессивных пациентов (соотношение шансов, OR=2,45). Повышен риск расстройств сна с суицидальными мыслями, попытками и суицидами в ранжире 1,24-2,41. При существенных различиях OR результаты заслуживают доверия благодаря следующим факторам: строгая стратегия поиска источников, уменьшающая искусственные пропуски; оценка методологического качества исследований и ранговый подход оценки качества доказательств; OR скорректированы, и посредством анализа подгрупп и мета-регрессии обнаружен частичный источник неоднородности исследований.

Мета-анализ подтвердил, что риск суицидального у депрессивных в 2,5 раза выше при нарушениях сна, чем без таковых; тяжелее депрессия – выше риск СП. Результат полезен клинической практике, поскольку в большинстве областей медицины факторы, повышающие риск на 10%, чрезвычайно важны, но выводы интерпретированы осторожно из-за низкого базового уровня СП.

БС выступает основной жалобой при так называемых атипичных (по эпидемиологии, именно типичных) депрессиях, а также субсиндромальных, не менее (более?) суицидоопасных, чем клинические. Дневная сонливость и неизбытная усталость могут быть проявлениями и фасадными жалобами при депрессии, и рекомендовано тщательное выявление гиперсомнии депрессивных. Коморбидная тревога затрудняет, как правило, засыпание.

Спешу я, утомясь, к целительной постели,
Где плоти суждено от странствий отдохнуть,
Но только все труды от тела отлетели,
Пускается мой ум в паломнический путь...
Так, ни тебе, ни мне покоя не давая,
Днём тело трудится, а ночью – мысль живая.

Шекспир. Сонет 27

Сочетание и взаимосвязь БС и когнитивных расстройств.

... Всё не сплю – в голове клейстер. Вдруг сразу начинает отказывать вся машина. Видимых причин как будто и нет. Невидимые – где-то глубоко в душе. Всё болит, работать не могу, бросаю начатое. *Леонид Андреев.*

БС нарушает суждения подростков, концентрацию внимания, контроль импульсов [46]. Нарушения сна препятствуют решению проблем и регуляции настроения, увеличивая тем самым риск импульсивного поведения и СП [47].

Безнадёжность, распространенная при депрессии и как ключевая форма дисфункциональной когниции, ведёт к хронической БС и сама по себе – фактор риска суицида [12, 48]. Дисфункциональные убеждения, связанные с безнадёжностью заснуть, усугубляет депрессию и суицидальные тенденции.

personnia and nightmares) with SB (thoughts, attempts, suicides) in depression and clinical (“major”) depression [45]. Sleep disorders (insomnia and nightmares) are closely related to the SB of depressed patients (odds ratio, OR=2.45). The risk of suicidal thoughts, attempts and suicides is increased in the range of 1.24-2.41 in case of sleep disorders. Even though the differences in OR are significant from study to study, the results are trustworthy due to the following factors: a strict source search strategy that reduces artificial omissions; assessment of the methodological quality of research and a ranking approach to assessing the quality of evidence; ORs are corrected, and through subgroup analysis and meta-regression, a partial source of research heterogeneity has been discovered.

A meta-analysis confirmed that the risk of SB in depressed people is 2.5 times higher in case of sleep disorders than without them; the worse the depression, the higher the risk of SB. The result is useful in clinical practice, since in most areas of medicine factors that increase the risk by 10% are extremely important, but the conclusions are cautiously interpreted as the baseline level of SB is low.

Insomnia is the main complaint in the so-called atypical (according to epidemiology, precisely typical) depressions, as well as sub-syndromic, that are no less (or maybe even more?) suicidal than clinical ones. Daytime drowsiness and inescapable fatigue can be manifestations and facade complaints in case of depression, and careful identification of depressive hypersomnia is recommended. Comorbid anxiety makes it difficult, as a rule, to fall asleep.

Weary with toil, I haste me to my bed,
The dear repose for limbs with travel tired;
But then begins a journey in my head,
To work my mind, when body's work's expired:
For then my thoughts (from far where I abide)
Intend a zealous pilgrimage to thee...
Lo, thus, by day my limbs, by night my mind,
For thee, and for myself, no quiet find.

Shakespeare. Sonnet 27

The combination and relationship of BS and cognitive impairment.

... I don't sleep – there is paste in my head. Suddenly, the whole machine starts to fail. There are presumably no visible reasons, and invisible – somewhere deep in the soul. Everything hurts, I can't work, I quit what I started. *L. Andreev.*

Insomnia distorts adolescents judgment, concentration, impulse control [46]. Sleep disorders interfere with problem solving and mood regulation, thereby increasing the risk of impulsive behavior and SB [47].

Hopelessness is not only common in depression, it is a key form of dysfunctional cognition that leads to chronic insomnia and in itself is a risk factor for suicide [12, 48]. Dys-

БС нарушает нисходящие регуляторные системы при снижении функциональной активности префронтальной коры и при нарушениях исполнительного функционирования [49]. Тот же когнитивный дефицит различает совершающих суицидальную попытку или только размышляющих о суициде [50].

БС, возможно, в рамках невыявленной депрессии пожилых, симулирует бóльшую выраженность и становится предтечей истинных когнитивных расстройств пожилых. Обострённая критика (страх распада «Я») – известный суицидогенный фактор [6].

Связь бессонницы с суицидальным поведением.

Мучаясь бессонницей, поневоле становишься теоретиком самоубийства. *Эмиль Мишель Чоран*

Выраженные симптомы БС связаны с континуумом СП (от СМ до суицида) в возрастных выборках разных стран [51, 52, 53].

У подростков и взрослых с БС повышен риск СП, включая пожизненных, недавних и последующих попыток самоубийств. Пожилые, сообщающие о тяжести БС, чаще сообщают о попытках самоубийства. Субъективно нарушенный сон увеличивает вероятность самоубийства пожилых в 1,2 раза, нерегулярный – в 2,2 раза [здесь и далее цит. по 26]. Вероятность самоубийства в пять раз выше в выборке подростков, испытывающих БС в течение недели, причём жертвы вероятнее испытали её в последнюю неделю перед самоубийством. Среди жертв суицида (ветеранов) высока доля БС и гиперсомнии. Глобальная БС (начало, поддержание и терминальная бессонница) – одна из шести переменных, ассоциированных с самоубийством в течение 1 года.

БС связана с СП (от мыслей до суицида) независимо от известных факторов риска суицида как депрессия и безнадежность [9]. При отсутствии различий в СМ или истории попыток самоубийства между сообщавшими и отрицавшими симптомы БС в выборке 843 пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи в Риме [54], сообщившие о БС чаще выбирали brutalный метод попытки самоубийства.

БС в бóльшей мере определяют риск серьёзной суицидальной попытки, нежели СМ или план суицида [24].

Объяснения связи БС с суицидами депрессивных.

Ряд гипотез объясняют подлежащие механизмы активностью 5-гидрокситриптамина (5-HT) [55]. Серотонин определён ключевым кандидатом трансмиттером ЦНС для начала сна и риска импульсивного и / или враждебного поведения [56, 57]. Со снижением серотонинергической функции ЦНС связаны БС и суицид. БС не обязательно приводит к самоубийству, но служит маркером снижения серотонинергической функции. Доказательство специфической биологической связи между сном и самоубийством, и в связи между

functional beliefs associated with hopelessness of falling asleep aggravate depression and suicidal tendencies.

Insomnia perturbs the downward regulatory systems with a decrease in the functional activity of the prefrontal cortex and with impaired executive functioning [49]. The same cognitive deficit distinguishes those who commit suicide or who only think about suicide [50].

Possibly insomnia within the framework of undiagnosed depression of the elderly simulates a greater severity and becomes the forerunner of the true cognitive disorders of the elderly. Acute criticism (fear of the collapse of the “Self”) is a known suicidogenic factor [6].

The relationship of insomnia with suicidal behavior.

Suffering from insomnia, involuntarily you become a theorist of suicide. *E.M. Choran*

Severe symptoms of insomnia are associated with the continuum of SB (from suicide ideation to suicide) in age samples of different countries [51, 52, 53].

Adolescents and adults with insomnia have an increased risk of SB, including life-long, recent and subsequent suicide attempts. Older people who report severe insomnia are more likely to report suicide attempts as well. Subjectively disturbed sleep increases the likelihood of suicide for the elderly by 1.2 times, irregular sleep – by 2.2 times [hereinafter cit. on 26]. The likelihood of suicide is five times higher in the sample of adolescents experiencing insomnia during the week, and the victims were more likely to experience it in the last week before suicide. Among the veterans who are victims of suicide the proportion of insomnia and hypersomnia is high. Global insomnia (onset, maintenance, and terminal insomnia) is one of six variables associated with suicide for 1 year.

Insomnia is associated with SB (from thoughts to suicide) regardless of the known risk factors for suicide like depression and hopelessness [9]. In the absence of differences in suicide ideation or the history of suicide attempts between those reporting and denying symptoms of insomnia in a sample of 843 patients who entered the emergency department in Rome [54], those reporting insomnia were more likely to choose the brutal method of attempted suicide.

Insomnia determines the risk of a serious suicide attempt to a greater extent than suicide ideation or suicide plan [24].

Explanations of the relationship of insomnia with suicides of depressed patients.

A number of hypotheses explain the underlying mechanisms by the activity of 5 - hydroxytryptamine (5-HT) [55]. Serotonin is identified as a key CNS transmitter for starting sleep

скорым погружением в быстрый сон, активностью быстрого сна и СМ [58, 59]. 5-НТ – важный нейротрансмиттер, способствует пробуждению и засыпанию через постоянное подавление медленноволнового сна (slow-wave sleep, или SWS) и фазы быстрого сна; дисфункция ведёт к нарушениям сна [60].

У депрессивных сокращён SWS и снижена концентрация 5-гидроксииндовой кислоты (5-ННАА, главного метаболита 5-НТ) спинномозговой жидкости. Оценка SWS при депрессии тесно связана с серотониновой активностью [61].

Серотонинергическая дисфункция служит фактором риска расстройств сна. Кроме того, ритансерин, специфический 5-НТ2 антагонист, увеличивает SWS депрессивных [62], подтверждая гипотезу, что 5-НТ играет важную роль в регуляции сна. Более того, снижение 5-ННАА указывает депрессию, регулирует контроль импульсивности и действует как маркер риска СП [63]. Следовательно, дисфункция серотонина (предположительно) важный физиологический фактор связи расстройств сна и СП депрессивных.

Однако БС не обязательно ведёт к суициду через серотонин, напротив, расстройства сна нарушают функцию серотонина. Короткая стадия 4 медленного сна и высокий уровень ночного бодрствования связаны с СП депрессивных [64]. Гиперактивность гипоталамо - гипофизарно-надпочечниковой системы и норадренергической системы описаны как патофизиологические механизмы суицидального риска депрессивных пациентов с нарушениями сна [40, 65]. Гипотезы связаны с реакцией на стрессовые события, и причинно-следственную связь выявить трудно. Необходимы доказательства с привлечением больших выборок.

Помимо серотонинергических и биологических объяснений, БС непрямо связана с СП через дисфункциональные убеждения и установки о сне [66]; связь БС – самоубийство рассмотрена в рамках безнадёжности - самоубийства. Безнадёжность распространена у депрессивных и служит потенциально изменяемым фактором риска суицида; может «увечивать» БС, отражается в дисфункциональных убеждениях и установках о шкале сна, включающей пункты «когда плохо сплю одну ночь, знаю, что это нарушит график сна на всю неделю» [48]. Те же дисфункциональные убеждения безнадёжности попытки (пытки?) сна идентифицированы у депрессивных с БС [67].

БС – маркер серьёзного межличностного разрыва как проксимального фактора суицида [68].

Возможные механизмы связей БС-СП показаны в табл. 1.

Нарушения циркадного ритма сна и бодрствования не привлекли внимания при изучении распространённости СП. Малочисленные исследования показали неоднозначные результаты.

and the risk of impulsive and / or hostile behavior [56, 57]. Both insomnia, and suicide are associated with a decrease in serotonergic function of the central nervous system. Insomnia does not necessarily lead to suicide, but serves as a marker for a decrease in serotonergic function. There is found evidence of a specific biological relationship between sleep and suicide, and the relationship between fast immersion in REM sleep, REM activity and suicide ideation [58, 59]. 5-HT is an important neurotransmitter that promotes awakening and falling asleep through the constant suppression of slow-wave sleep (SWS) and the phase of REM sleep; dysfunction there leads to sleep disorders [60].

In depressive patients, SWS is reduced and the concentration of 5-hydroxyindole acid (5-HIAA, the main metabolite of 5-HT) in cerebrospinal fluid, is reduced. The evaluation of SWS in depression is closely related to serotonin activity [61].

Serotonergic dysfunction is a risk factor for sleep disorders. In addition, ritanserin, a specific 5-HT2 antagonist, increases depressive SWS [62], confirming the hypothesis that 5-HT plays an important role in sleep regulation. Moreover, a decrease in 5-HIAA indicates depression, regulates impulsiveness control and acts as a risk marker for SB [63]. Therefore, serotonin dysfunction is (presumably) an important physiological factor in the relationship between sleep disorders and SB of people with depression.

However, insomnia does not necessarily lead to suicide through serotonin; on the contrary, sleep disorders disrupt serotonin function. A short stage 4 of slow sleep and a high level of nocturnal wakefulness are associated with SB in the depressed [64]. Hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal system and the noradrenergic system are described as pathophysiological mechanisms of suicidal risk in depressed patients with sleep disorders [40, 65]. Hypotheses are associated with a reaction to stressful events, and a causal relationship is difficult to identify. There is definitely needed evidence that would involve studies of large samples.

In addition to serotonergic and biological explanations, insomnia is indirectly associated with SB through dysfunctional beliefs and attitudes about sleep [66]; connection insomnia – suicide is considered in the framework of hopelessness-suicide. Hopelessness is common for the depressed and serves as a potentially variable risk factor for suicide; it can “perpetuate” insomnia, is reflected in dysfunctional beliefs and attitudes about the sleep scale, which includes items “when I sleep badly for one night, I know that this will violate the sleep schedule for the whole week” [48].

Таблица 1 / Table 1

Механизмы соотношения БС – СП [цит. по 26] / The mechanisms of the ratio insomnia – SB [cit. on 26]

Предполагаемый посредник Supposed variable	Исследования / Research
Безнадёжность Hopelessness	<p>Непрямой эффект БС на СМ в поперечных исследованиях взрослых, независимо от депрессивных симптомов. Возможно, безнадёжность вторична по отношению к дистрессу БС и разрешается вслед улучшению сна вместе с СМ.</p> <p>Indirect effect of insomnia on suicide ideation in cross-sectional studies of adults, regardless of depressive symptoms. Perhaps hopelessness is secondary to insomnia distress and resolved following sleep improvement along with suicidal ideation.</p>
Депрессия Depression	<p>Структура депрессии (когнитивные /аффективные и соматические симптомы) объясняют discrepant депрессия-mediation результаты. Когнитивные / аффективные симптомы оказывают непрямо связывают БС и изначальные и спустя 12 месяцев СМ.</p> <p>The structure of depression (cognitive/affective and somatic symptoms) explains the discrepant depression-mediation results. Cognitive/affective symptoms have an indirect link between insomnia and both recent and 12 months long suicide ideation.</p>
Длительность БС Duration of insomnia	<p>связана с риском суицида независимо от её актуальных симптомов, депрессии, тревоги, ПТСР. Жалобы на БС сильнее связаны с СМ, чем рейтинги плохого сна; выше частота суицидальных мыслей при малой эффективности лечения БС, независимо от начальных расстройств сна, депрессивных симптомов и СМ. Неудовлетворённостью сном можно объяснить связь БС и желанием смерти.</p> <p>It is associated with the risk of suicide, regardless of its current symptoms, depression, anxiety, PTSD. Complaints about insomnia are more closely related to suicidal ideation than to bad sleep ratings; the frequency of suicidal thoughts is higher with low treatment effectiveness for insomnia, regardless of the initial sleep disorders, depressive symptoms and suicidal ideation. Dissatisfaction with sleep can explain the connection between insomnia and the desire for death.</p>
Дисфункциональные убеждения и позиции о сне Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep	<p>наряду с кошмарами, можно частично объяснить непрямую связь БС и СМ взрослых депрессивных.</p> <p>Along with nightmares, one can partially explain the indirect connection of insomnia and suicidal ideation of depressed adults.</p>
Ночные кошмары Nightmares	<p>Потенциальная роль медиатора БС – суицид; связаны с БС, непрямо прогнозирует СМ в поперечных выборках, причём связь БС и СМ несущественна при включении кошмаров и симптомов тревоги, депрессии и ПТСР как неизменных. Сосуществование БС и кошмаров повышает риск попыток взрослых психиатрических пациентов, потенциально поддерживая предположение, что кошмары – причина средней БС.</p> <p>The potential role of insomnia as a mediator is suicide; nightmares are associated with insomnia and indirectly predict suicidal ideation in cross samples, and the relationship of insomnia and suicidal ideation is not significant when nightmares and symptoms of anxiety, depression and PTSD are unchanged. The coexistence of insomnia and nightmares increases the risk of suicide attempts for adult psychiatric patients, potentially supporting the assumption that nightmares are the cause of moderate insomnia.</p>
Перевозбуждение Excitement	<p>с БС и ПТСР связанные кошмары как состояния hyperarousal и hyperarousal в течение сна предположительно нейробиологически коррелируют с суицидальными мыслями депрессивных взрослых. Более сильная связь БС и СМ агитированных, но 89% после суицидальной попытки отрицают агитацию за неделю до попытки.</p> <p>nightmares are associated with insomnia and PTSD as hyperarousal and hyperarousal states. During sleep they are presumably neurobiologically correlated with suicidal thoughts in depressed adults. There is a stronger connection between insomnia and suicidal ideation in agitated patients, but 89% of them deny agitation a week before the attempt after a suicidal attempt.</p>
Срыв принадлежности [69] Disruption of belongingness [69]	<p>как компонент желания суицида непрямо связан с БС, суицидальным риском (мыслями, попытками), но связь несущественна при контроле депрессии и в поперечных выборках, зато значимее при малой выраженности чувства обременения. То есть теория не объясняет, как симптомы БС увеличивают риск суицида во всех выборках.</p> <p>as a component of the desire for suicide, it is indirectly associated with insomnia, suicidal risk (thoughts, attempts), but the connection is insignificant in controlling depression and in cross samples, but it is more significant if the burden is low. That is, the theory does not explain how symptoms of insomnia increase the risk of suicide in all samples.</p>

Нарушения циркадного ритма подростков связана с попытками самоубийств на протяжении дальнейшей жизни, но не с СМ или несуйцидальными самоповреждениями при контроле возраста, пола, депрессивных симптомов, БС и гиперсомнии [70].

Исследования хронотипов показали связь между вечерней активизацией («сов») и СП (например, пожизненными и brutальными попытками самоубийства), объяснимого выраженностью депрессивных симптомов, безнадёжности и чувства поражения, а в сочетании с малой продолжительностью сна – с большей вероятностью СМ при контроле демографических показателей, безнадёжности и проблем сна в прошлом месяце [здесь и далее цит. по 26]. Однако вечерняя активизация не связана с текущим (при корректировке депрессивных симптомов) или пожизненным суйцидальным риском.

Исследования переменных СП отсутствовали в выборках испытывающих синдром смены часовых поясов или трудности сменной работы. Дневная смена связана с депрессивными СМ женщин-полицейских: увеличение числа суйцидальных идей при удлинении смен. У мужчин-полицейских с большим уровнем депрессии учащение СМ по мере учащения дежурств.

Синдром недостаточного сна.

У южнокорейских подростков выше баллы депрессии и суйцидального риска с учётом возраста и пола [71]. Значительны различия риска суйцида при корректировке депрессивных симптомов, а пересыпание в выходные связано с суйцидальным риском независимо от депрессии, БС, храпа и дневного сна, отсюда, возможно, хроническое недосыпание – независимый фактор суйцидального риска. Корейские и китайские подростки, «компенсационно» отсыпавшиеся в выходные сообщали чаще о недавних попытках самоубийств или самоповреждениях.

Малая продолжительность сна (в разных работах менее 4-8 часов) связана с риском суйцида тайваньских взрослых, солдат США после передислокации; американских, южнокорейских, тайваньских, китайских подростков (независимо от депрессивных симптомов). Недостаточный сон связан с СМ в течение последнего года, попытками самоубийств южнокорейских подростков (связь слабее у депрессивных) [72] и в общей выборке взрослых американцев после контроля симптомов депрессии, биполярного расстройства, панических атак, зависимости от ПАВ, диссоциального расстройства личности [73].

Чаще СМ [цит. по 26] у сельских китайских, европейских, американских и южнокорейских подростков и взрослых, сообщающих о малой длительности сна. Потенциальное значение длительности сна в развитии суйцидального риска подчёркнуто в длительных ис-

The same dysfunctional beliefs about the hopelessness of trying to fall asleep were identified in depressed people with insomnia [67].

Insomnia is a marker of serious interpersonal rupture as a proximal suicide factor [68].

Possible insomnia – SB relationship mechanisms are shown in Table. 1

Violations of the circadian rhythm of sleep and wakefulness did not attract attention when studying the prevalence of SB. Small studies have shown mixed results.

Violations of the circadian rhythm of adolescents are associated with suicide attempts in later life, but not with suicide ideation or non-suicidal self-harm when controlling for age, gender, depressive symptoms, insomnia and hypersomnia [70].

Studies of chronotypes showed a connection between evening activation (“owls”) and SB (for example, lifelong and serious suicide attempts), explained by the severity of depressive symptoms, hopelessness and a sense of defeat, and in combination with a short duration of sleep, with a greater likelihood of suicidal ideation during control for demographic indicators, hopelessness, and sleep problems during last month [hereinafter cit. on 26]. However, evening activation is not associated with the current (when adjusting depressive symptoms) or lifelong suicidal risk.

People experiencing time zone change syndromes or shift work difficulties were absent in samples in studies of SB variables. A day shift is associated with depressive suicide ideation of female police officers: there is an increase in the number of suicidal ideation in case of longer shifts. In male police officers with higher level of depression there is an increase in suicide ideation with the increase of duty hours.

Lack of sleep syndrome. South Korean adolescents have higher scores for depression and suicidal risk, taking into account age and gender [71]. There are significant differences in the risk of suicide in the correction of depressive symptoms, and extra weekend sleep is associated with suicidal risk, regardless of depression, insomnia, snoring and daytime sleep, hence, chronic lack of sleep is an independent factor for suicidal risk. Korean and Chinese teenagers who sleep “compensatory” at weekends report recent suicide attempts or self-harm more often.

The short duration of sleep (less than 4-8 hours in different works) is associated with the risk of suicide of Taiwanese adults, US soldiers after redeployment; American, South Korean, Taiwanese, Chinese adolescents (regardless of depressive symptoms). Lack of sleep is associated with suicidal ideation in the last year, suicide attempts of South Korean adolescents (the relationship is weaker in depressed teens) [72] and in the general sample of adult Americans

следованиях: желание смерти в небольшой выборке французских взрослых через месяц после суицидального кризиса возрастало с каждым потерянным часом сна, что согласуется с перекрестными исследованиями подростков, показывающими, что 1-часовое снижение дневного сна связано с повышенным риском безнадёжности, СМ и попыток самоубийства (риск выше у мужчин) в выборке монозиготных близнецов подростков. Поздний сон и короткая продолжительность сна предсказывают развитие депрессивных и тревожных симптомов, риск самоубийств и самоповреждения (независимо от регулярности сна и генетических и общих факторов окружающей среды).

Депрессивные симптомы ослабляют связь длительности сна и риска самоубийств китайских подростков, а малая продолжительность сна южнокорейских подростков в будние дни не связана с СМ последние 12 месяцев или попытками самоубийства при включении в регрессионные модели с демографическими переменными, продолжительностью сна в выходные и депрессивными симптомами.

Гиперсомнии центрального происхождения.

Нарколепсии.

По сравнению с общей населением у больных нарколепсией повышен риск смертности во всех возрастных группах. Немногие исследования бремени нарколепсии показали, что пациенты подвержены повышенному риску СП по сравнению с контрольными группами, включая повышенные шансы депрессивного или тревожного расстройств [74]. В длительном исследовании у больных нарколепсией семикратно больший риск самоубийства среди тех, кто страдает нарколепсией.

Идеопатическая и другие гиперсомнии связаны с СМ и попытками самоубийств подростков; повышен суицидальный риск и попыток самоубийства в прошлом году и в течение жизни депрессивных взрослых; прошлогодних СМ и планирования самоубийств, когда переживаются одновременно с БС. Выше распространённость гиперсомнии у подростков-жертв самоубийств; 15% погибших испытывали гиперсомнию в течение недели, предшествующей самоубийству и примерно в момент смерти. Вероятно, симптомы гиперсомнии у погибших ухудшились в течение недели, предшествующей суициду. Однако психологическая аутопсия взрослых показала, что сосуществование гиперсомнии с иными депрессивными симптомами (усталостью, рассеянностью / нерешительностью и увеличением веса / аппетита) связаны со снижением риска суицида [75].

Синдром Клейне–Левина. В немногочисленных исследованиях не изучены суицидальные переменные и

after controlling for symptoms of depression, bipolar disorder, panic attacks, substance addiction, and dissocial personality disorder [73].

Rural Chinese, European, American, and South Korean adolescents and adults who report short sleep duration also often report suicide ideation [cit. 26]. The potential significance of sleep duration in the development of suicidal risk is emphasized in long-term studies: the desire of death in a small sample of French adults a month after the suicidal crisis increased with the loss of every hour of sleep, which is consistent with cross-sectional studies of adolescents, showing that 1-hour decrease of daytime sleep is associated with an increased risk of hopelessness, suicide ideation and suicide attempts (the risk for men is higher) in a sample of monozygotic twins of adolescents. Late sleep and short duration of sleep predict the development of depressive and anxious symptoms, the risk of suicide and self-damage (regardless of the regularity of sleep and genetic and general environmental factors).

Depressive symptoms weaken the relationship between sleep duration and suicide risk of Chinese adolescents, and the short sleep duration of South Korean adolescents on weekdays is not associated with suicide ideation for the past 12 months or suicide attempts when included in the regression models with demographic variables, weekend sleep and depressive symptoms.

Hypersomnia of central origin.

Narcolepsy. Compared to the general population, patients with narcolepsy have an increased risk of mortality in all age groups. Few studies of the burden of narcolepsy have shown that patients are at increased risk of heart failure compared with control groups, including increased chances of depressive or anxiety disorders [74]. In a long-term study in patients with narcolepsy, the risk of suicide increases sevenfold among those who suffer from narcolepsy.

Ideopathic and other hypersomnia are associated with suicide ideation and teenage suicide attempts; increased suicidal risk and suicide attempts in the past year and throughout the life of depressed adults; last year suicide ideation and suicide planning, when experienced simultaneously with insomnia. Hypersomnia is more common for teenage suicide victims; 15% of the victims experienced hypersomnia during the week preceding suicide and around the time of death. It is likely that the symptoms of hypersomnia worsened during the week preceding suicide for those who died. However, psychological autopsy of adults has shown that the coexistence of hypersomnia with other depressive symptoms (fatigue, distraction/indecision and weight gain/appetite) are associated with a reduced risk of suicide [75].

потенциальные затуманивающие факторы (например, расстройство настроения). Попытки самоубийства крайне редки, однако лишь у имеющих детей [76], что не удивительно. Рекомендован мониторинг суицидального риска больных [77].

В целом чрезмерный и недостаточный сон (то и другое – ипостаси возможных депрессий) связан с риском СП взрослых [78].

Избыточная дневная сонливость не квалифицируется самостоятельным расстройством сна, но проявление других, как нарколепсии; чаще в выборке подростков – жертв самоубийств США по сравнению с контролем (13 и 5%) [52].

Он спал за столом.

На скале.

На ногах.

На чьих-то коленках.

В автобусах спал, в поездах, самолетах.

Спал на посту.

На обочине спал ...

Спал под чужими крышами всю жизнь.

Раймонд Карвер. «Спящий»

Перекрестные исследования показали, что чрезмерная дневная сонливость ассоциируется с тяжестью депрессии, суицидальными мыслями и попытками депрессивных, причём у сообщающих о большей сонливости, выше уровня СМ. Однако затем показано, что БС, но не чрезмерная дневная сонливость связана с СМ при контроле демографических факторов, продолжительности депрессии и БС и использования антидепрессантов / снотворных [40].

У страдающих БС выше баллы планирования суицидальных попыток и активного и пассивного СМ по шкале Бека для суицидальных мыслей, чем отмечающих дневную сонливость. Не выявлено связи чрезмерной дневной сонливости с риском самоубийств взрослых, поступивших в отделение неотложной помощи с пассивными или активными СМ.

Ночные кошмары (далее – кошмары) относят к парасомниям, обычно ограниченным быстрым сном; тесно связаны с риском СП [57, 79] и депрессии (как и БС). В 4-летнем проспективном натуралистическом исследовании амбулаторных депрессивных пациентов в неполной ремиссии распространённость БС в течение года на начальном этапе и при катамнезе составила 38 и 19%, ночных кошмаров – 24 и 9% соответственно [55].

Кошмары существенно связаны с СП, тогда как связь БС и суицидом нивелирована многофакторным анализом [80]: с суицидальными попытками и суицидами молодых, взрослых и пожилых, в настоящем, будущем и в течение жизни, независимо от потенциальных затуманивающих факторов, как возраст, пол, симптомы тревоги и депрессии (табл. 2).

Kleine – Levine Syndrome. There are few studies that have not studied suicidal variables and potential befogging factors (e.g., mood disorder). Suicide attempts are extremely rare, but only for those who have children [76], which is not surprising. Monitoring of suicidal risk is recommended for such patients [77].

In general, both excess, and lack of sleep (the hypostasis of possible depression) is associated with the risk of adult SB [78].

Excessive daytime sleepiness is not qualified as an independent sleep disorder, but the manifestation of others, like narcolepsy; it is reported more often in the sample of teenage suicide victims in the United States compared to controls (13 and 5%) [52].

He slept on his hands.

On a rock.

On his feet.

On someone else's feet.

He slept on buses, trains, in airplanes.

Slept on duty.

Slept beside the road ...

He slept under strange roofs all his life.

Raymond Carver «Sleeping»

Cross-sectional studies have shown that excessive daytime sleepiness is associated with the severity of depression, suicide ideation, and attempts of the depressed, and those reporting greater sleepiness have higher suicide ideation levels. However, it was shown that insomnia rather than excessive daytime sleepiness is associated with suicide ideation after the control for demographic factors, the duration of depression and insomnia, and the use of antidepressants/ sleeping pills [40].

People who suffer from insomnia have higher scores on planning suicidal attempts and active and passive suicide ideation on the Beck's suicidal thoughts scale than those who mark daytime sleepiness. There was no association of excessive daytime sleepiness with the risk of suicide in adults who were admitted to the emergency room with passive or active suicide ideation.

Nightmares are referred to as parasomnia, usually limited to fast sleep, and are closely associated with the risk of SB [57, 79] and depression (as well as insomnia). In a 4-year prospective naturalistic study of depressed patients in incomplete remission the prevalence of insomnia during the year at the initial stage and during follow-up was 38 and 19%, nightmares – 24 and 9%, respectively [55].

Nightmares are significantly associated with SB, while the relationship between insomnia and suicide is leveled out by a multi-factor analysis [80]: with suicidal attempts and suicides of young, adult and elderly people, in the present, future and throughout life, regardless of potential befogging factors like age, gender, symptoms of anxiety and depression (Table. 2).

Таблица 2 / Table 2

Распространённость СП страдающих кошмарами и возможные механизмы связи [цит. по 26]
 The prevalence of SB among those who experience nightmares and their possible communication relations [cit. to 26]

<p>Распространённость Prevalence</p>	<p>Среди взрослых с психической травмой 62% испытывающих кошмары в последний месяц сообщили о СМ, планировании суицида, суицидальной попытке и около 96% взрослых с меланхолическими симптомами и суицидальной попыткой в течение данного депрессивного эпизода сообщили о кошмарах не менее двух раз в неделю. 40% подростков, часто испытывающих кошмары, сообщили о СМ против 13% отрицающих кошмары; до 50% с СМ у переживающих кошмары «очень часто». Among adults with mental trauma, 62% who reported having nightmares in the last month also reported suicidal ideation, suicide planning, suicide attempts, and about 96% of adults with melancholic symptoms and suicidal attempts during this depressive episode reported nightmares at least twice a week. 40% of adolescents who often have nightmares reported suicidal ideation, compared to 13% of those who denied nightmares; there are up to 50% of teens with suicidal ideation who have nightmares “very often”.</p>
<p>Медиаторы («посредники») / Mediators («intermediaries»)</p>	
<p>Бессонница Insomnia</p>	<p>Сосуществующие симптомы БС могут объяснить связь кошмаров и СМ или попыток взрослых и пожилых. Coexisting symptoms of insomnia can explain the connection between nightmares and suicidal ideation or attempts of adults and the elderly.</p>
<p>Негативный аффект Negative affect</p>	<p>кошмары увеличивают риск несуицидального самоповреждающего и СП при непрямом эффекте негативного аффекта. Прямой эффект кошмаров на риск самоповреждений больший, чем не прямой: негативный аффект не может объяснить большинство таких связей. Nightmares increase the risk of non-suicidal self-harm and SB with indirect effect of the negative affect. The direct effect of nightmares on the risk of self-harm is greater than indirect: negative affect cannot explain most of these connections.</p>
<p>Поражение, ловушка, безнадёжность Failure, trap, hopelessness</p>	<p>Эффекты модели сохраняются после контроля симптомов БС и диагноза депрессии. The effects of the model persist after controlling for symptoms of insomnia and a diagnosis of depression.</p>
<p>Дистресс Distress</p>	<p>Частота кошмаров (студентов) непрямо связана с СМ через дистресс, независимо от БС. Непрямой эффект дистресса кошмаров на связь частоты кошмаров и СМ существенен у женщин. Возможно, подростки склонны недооценивать кошмары в отличие от их родителей; расхождения сообщений подростков и их родителей в оценке дистресса. The frequency of nightmares (for students) is indirectly related to suicidal ideation through distress, regardless of insomnia. The indirect effect of nightmare distress on the relationship between the frequency of nightmares and suicidal ideation is significant for women. Perhaps teens tend to underestimate nightmares as opposed to their parents; discrepancies in messages of adolescents and their parents in assessing distress.</p>
<p>Межличностная теория суицидов [Joiner] Interpersonal theory of suicide [Joiner]</p>	<p>«Срыв принадлежности» (одиночество) и / или переживаемая обременённость собою и окружающих не полностью объясняет связь дистресса кошмаров и СМ. Disruption of “belongingness” (loneliness) and/or experiencing oneself as a the burden for others does not fully explain the connection between the distress of nightmares and suicidal ideation.</p>

Возможно, количество эпизодов кошмаров предсказывают повторную попытку. Однако СП не отмечено у ищущих лечения больных ПТСР с кошмарами [81].

Следует детализировать механизмы связи кошмаров с риском СП [82]. Так, неизвестно, объясняют ли сосуществующие психические заболевания или иные расстройства сна противоречивые результаты. Возможно, более сильные факторы риска объясняют связь кошмаров с СП [83]. Кошмары чаще у совершивших попытки суицида [84], особо депрессивных [85].

При контроле возраста, брака и сопутствующей психиатрической патологии лишь кошмары связаны с

Perhaps the number of nightmare episodes predicts another attempt. However, SB was not observed in PTSD patients with nightmares seeking treatment [81].

The mechanisms of the association of nightmares with the risk of SB should be detailed [82]. So, it is not known whether coexisting mental illnesses or other sleep disorders explain the conflicting results. Perhaps stronger risk factors explain the association of nightmares with SB [83]. Nightmares are more common in attempted suicides [84], especially of the depressed [85].

When controlling for age, marital status,

СМ [80]. Интегрированная мотивационно-волевая (integrated motivational-volitional, или IMV) модель СП определяет связи БС и кошмаров с СМ через восприятие поражения и ловушки, но необходимы дальнейшие исследования, чтобы распутать связь между БС / кошмарами и поражением [86].

Кошмары тесно связаны с риском СП (OR=4,47), вслед – БС (OR=2,29). То есть объединённый показатель взаимосвязи ночных кошмаров вдвое более, чем у БС, и оба показателя статистически достоверны [45]. Результаты объяснимы более высокой частотой выраженного психологического дистресса в связи с кошмарами суицидентов. Возможно, кошмары отражают глубокие уровни самокритики и самообвинения и ухудшают самочувствие утром, а терминальная БС играет важную роль в предупреждении утренней депрессии [55].

У страдающих БС и кошмарами выше риск суицидальных попыток, чем при гиперсомнии [87].

Антидепрессанты, как СИОЗС и СИОЗНС, независимо связаны с повторными кошмарами. Депрессивные пациенты, принимающие эти лекарства, чаще страдают от них [88].

Среди связанных с медленным сном парасомний – *сонный паралич*, предполагаемый преципитирующий фактор СП тайваньских подростков с сопутствующими страхами сна и лунатизмом [89].

Снохождение – возможный «вкладчик» в суицидальные попытки и суициды, самоповреждения при нарушениях поведения в быстром сне.

Снотворные (золпидем и эзопиклон) могут провоцировать самоповреждения или СП при индукции парасомнического поведения [90].

Нарушения дыхания во сне и СП.

Число амбулаторных визитов с установлением апноэ сна выросло на 442% в 1999-2010 гг. [14], но распространённость СП пациентов неизвестна. 39-61% пациентов с обструктивным апноэ сна страдают от БС [91]. Неоднозначна связь апноэ и СП: отсутствует (СМ) в амбулаторной выборке взрослых, но отмечена (СМ, планирование суицида) в общей популяционной выборке взрослых и с большей тяжестью депрессии и суицидальным риском женщин, переживших сексуальное насилие по сравнению с неимевшими связанных со сном дыхательных симптомов [здесь и далее цит. по 26]. Наибольший суицидальный риск при сочетанных апноэ и нарушением движений во сне.

Нарушения движений во сне.

При синдроме беспокойных ног – риск депрессии, БС, тревожности и болевых расстройств, связанные с СП. Около 21-38% больных одобряли суицидальные мысли. Депрессивные пациенты склонны винить синдром в БС и СМ.

and concomitant psychiatric pathology, only nightmares are associated with suicidal ideation [80]. The integrated motivational-volitional (IMV) model of SB determines the relationship of insomnia and nightmares with suicidal ideation through the perception of failure and trap, but further studies are needed to unravel the connection between insomnia/nightmares and failure [86].

Nightmares are closely associated with the risk of SB (OR=4.47) and insomnia (OR=2.29). That is, the combined indicator of the relationship of nightmares is double that of insomnia, and both indicators are statistically reliable [45]. The results are explained by the higher frequency of severe psychological distress due to nightmares of suicide attempters. Perhaps nightmares reflect deep levels of self-criticism and self-incrimination, worsen their well-being in the morning, and terminal insomnia plays an important role in preventing morning depression [55].

Patients with insomnia and nightmares have a higher risk of suicidal attempts than patients with hypersomnia [87].

Antidepressants, like SSRIs, are independently associated with recurring nightmares. Depressed patients taking these drugs are more likely to suffer from them [88].

Among the slow-sleeping parasomnias is *sleep paralysis*, a presumptive precipitating factor in the SB of Taiwanese adolescents with concomitant fears of sleep and sleepwalking [89].

Sleep walking is a possible “contributor” to suicidal attempts and suicides, self-harm in case of disturbances in fast sleep.

Sleeping pills (zolpidem and eszopiclon) can provoke self-harm or SB during the induction of parasomic behavior [90].

Respiratory disturbances in a dream and SB. The number of outpatient visits with the establishment of sleep apnea increased by 442% in 1999-2010. [14], but the prevalence of SB of these patients is unknown. 39-61% of patients with obstructive sleep apnea suffer from insomnia [91]. The relationship between apnea and SB is ambiguous: absent (suicidal ideation) in the outpatient sample of adults, but can be observed (suicidal ideation, suicide planning) in the general population sample of adults and with a greater severity of depression and suicidal risk for women who have experienced sexual violence compared with having no sleep-related respiratory symptoms [hereinafter cit. on 26]. The greatest suicidal risk is observed in case of combined apnea and impaired movement in a dream.

Violations of movements in a dream. With restless legs syndrome there is the risk of depression, insomnia, anxiety and pain disorders associated with SB. About 21-38% of pa-

Оценка суицидального поведения.

Полуструктурированная шкала CM Scale for Suicide ideation (SSI) из 19 пунктов оценивает активное суицидальное желание, конкретные планы самоубийства и пассивное суицидальное желание по трёхбалльной шкале от 0 до 2 с максимальным баллом 38, меньшие баллы указывают менее выраженные CM. Оценка SSI ≥ 3 баллов предсказывает смерть от самоубийства в течение длительного времени Колумбийская шкала тяжести суицида Columbia–Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS [92].

Оценка бессоницы – диагностический критерий депрессии, оценивается одним или более пунктами шкал депрессии, как Patient Health Questionnaire, или PHQ-9 [93]; Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) [94]; Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [95]; скрининговыми опросниками как Epworth Sleepiness Scale (ESS) из 8 вопросов [96]; Берлинским опросником из 10 вопросов [97]; Insomnia Severity Index (ISI) [98] – опросником из 7 пунктов от 0 до 4, суммарный балл не более 28 в зависимости от степени неудовлетворённости сном, в отличие от дневника сна, измеряющего размерность времени бодрствования и сна. Большие баллы представляют большую степень БС. Не все шкалы валидизированы для русскоязычной выборки.

Четыре скрининговых вопроса «полуночникам». Вы довольны в целом жизнью? Есть ощущение полноты жизни? Не опасаетесь: что-то плохое случится с Вами? Вы большую часть времени в хорошем (ровном) расположении духа? Ответившие «Нет» на два вопроса – в группе риска депрессии.

Депрессивные симптомы – по пунктам «основных» симптомов депрессии: настроения и ангедонии (как предикторов CM) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). В HRSD три относящихся ко сну пункта и один – к суициду.

Ограничения исследований. Большинство исследований, включенных в обзоры и мета-анализы, наблюдательные, поперечные, катанестические, ограничивающие выводы темпоральности [99].

Причинность определена осторожно, качество доказательности низкое.

Выборки неоднородны, затруднено сравнение исследований. Изучение БС и связанных с СП переменных обычно в выборках, где клинический диагноз не очевиден. Возможно непреднамеренное включение больших БАР или ПТСР.

Выводы:

Я понять тебя хочу,
Смысла я в тебе ищу.
А.С. Пушкин

Несмотря на годы научных исследований, профи-

tients approved of suicidal ideation. Depressed patients are prone to blame the syndrome for having insomnia and suicidal ideation.

Assessment of suicidal behavior.

The 19-point semi-structured Scale for Suicide ideation (SSI) assesses active suicidal desire, specific suicide plans and passive suicidal desire on a three-point scale from 0 to 2 with a maximum score of 38, lower scores indicate less pronounced suicidal ideation. An SSI score of ≥ 3 scores predicts death from suicide over time. The Columbia Suicide Severity Rating Scale is a C-SSRS [92].

Assessment of insomnia is a diagnostic criterion for depression, evaluated by one or more points of the depression scales, such as Patient Health Questionnaire, or PHQ-9 [93]; Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) [94]; Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [95] screening questionnaires like Epworth Sleepiness Scale (ESS) of 8 questions [96]; Berlin questionnaire of 10 questions [97]; Insomnia Severity Index (ISI) [98] - a questionnaire of 7 points from 0 to 4, the total score does not exceed 28 depending on the degree of dissatisfaction with sleep, in contrast to the sleep diary, which measures the dimension of wakefulness and sleep time. Higher scores represent a greater degree of insomnia. Not all scales are validated for the Russian-language sample.

Four screening questions for “night owls”. Are you satisfied with your life on the whole? Is there a feeling of fullness of life? Are you afraid that something bad can happen to you? Are you in a good (even) mood most of the time? Those who answered “No” to two questions are at risk for depression.

Depressive symptoms – according to the points of the “main” symptoms of depression: mood and anhedonia (as predictors of suicide ideation) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). In HRSD, there are three sleep related items and one suicide-related.

Research limitations. Most studies included in reviews and meta-analyzes are observational, cross, follow-up, limiting the conclusions of temporality [99].

Causality is determined carefully, the quality of evidence is low.

Samples are heterogeneous; comparison of studies is difficult. The study of insomnia and SB-related variables is usually done with samples where the clinical diagnosis is not obvious. Patients with BAD or PTSD might have been included unintentionally.

Conclusions:

I want to understand you
I’m looking for meaning in you.
A. Pushkin

Despite years of scientific research, we

лактические возможности СП ограничены. Большинство известных факторов риска не могут быть оперативно скорректированы. Необходим поиск новых, над-нозологических, их констелляций [4, 5].

В многочисленных популяционных, наблюдательных поперечных и длительных, ретроспективных, проспективных исследованиях клинических и неклинических выборок, по данным психологической аутопсии расстройства сна (особо БС и кошмары) независимо связаны с континуумом СП [мета-анализы / систематические обзоры, например, 26, 45, 100, 101] при контроле депрессивных симптомов и/или других потенциальных затуманивающих факторов (возраста, пола, усталости, хронических проблем со здоровьем, ангедония, безнадежность, тревожные симптомы, употребление ПАВ, когнитивные расстройства и/или психическое расстройство) и входят в ряд важнейших предупреждающих признаков при точной оценке СП всех возрастных групп (от подростков до пожилых). Расстройства сна становятся маркерами и депрессии (как по выписке из психиатрической больницы) и подлежат мониторингу на каждом рутинном визите к профессионалу. Необходимо задавать прямые уточняющие вопросы о сне, его удовлетворённости, быть внимательным к «привычным» жалобам. БС и кошмары служат дистальными (проксимальными?) факторами риска СП, играя важную роль в непосредственном и в долгосрочном прогнозе последнего.

Однако причинность меж расстройствами сна и СП депрессивных строго не определена. Достоверность доказательств для общего исхода и подгруппы с клинической депрессией очень низкая и низкая – для подгруппы депрессивных.

Отсутствие доказанного независимого эффекта гипертонии при СП не должно дезориентировать практика: симптом распространён при депрессии и смешанном состоянии БАД.

Если БС и кошмары становятся доказательными независимыми прогностическими факторами риска СП после корректировки затуманивающих факторов, целесообразно включение первых в программы предотвращения самоубийств. Инициативы общественного здравоохранения, поощряющие «здоровый сон» [102], могут обеспечить первичную и вторичную профилактику СП.

Наиболее изучены нейронные связи сна и СП в условиях депривации или ограничения сна, но БС не депривация сна.

Недостаточно известны распространённость риска СП в отдельных группах расстройств сна и их сочетаний и их влияние на СП независимо от известных факторов риска, как депрессии или зависимости от ПАВ.

still have limited opportunities to prevent SB. Most known risk factors cannot be promptly corrected. It is necessary to search for new, over nosological measures and their constellations [4, 5].

In numerous population-based, observational cross and long-term, retrospective, prospective studies of clinical and non-clinical samples, according to psychological autopsy, sleep disorders (especially insomnia and nightmares) are independently associated with the continuum of SB [meta-analyzes / systematic reviews, for example, 26, 45, 100, 101] in the control for depressive symptoms and/or other potential befogging factors (age, gender, fatigue, chronic health problems, anhedonia, hopelessness, anxiety symptoms, substance abuse, cognitive disorders and/or mental disorders) and includes the number of most important warning signs with an accurate assessment of the SB all age groups (from teenagers to seniors). Sleep disorders also become markers for depression (as on discharge from a psychiatric hospital) and are subject to monitor at each routine visit to a professional. It is necessary to ask direct clarifying questions about sleeping, satisfaction it brings, and also to be attentive to the "habitual" complaints. Insomnia and nightmares serve as distal (proximal?) SB risk factors, playing an important role in the immediate and long-term prognosis of the latter.

However, the causality between sleep disorders and SB of the depressive patients is not strictly defined. The reliability of the evidence is very low for the overall outcome and the subgroup with clinical depression and is low for the depressed subgroup.

The absence of a proven independent effect of hypersomnia in SB should not disorient a practical specialist: the symptom is common in depression and a mixed state of BAD.

If insomnia and nightmares become evidence-based independent prognostic risk factors for SB after adjusting befogging factors, it is advisable to include the former in suicide prevention programs. Public health initiatives that promote "healthy sleep" [102] can provide primary and secondary prevention of SB.

The neural connections of sleep and SB are most studied under conditions of deprivation or sleep restriction, but insomnia is not sleep deprivation.

The prevalence of the risk of SB in certain groups of sleep disorders and their combinations and their effect on SB are not well known, regardless of known risk factors such as depression or substance addiction.

Prospective studies are to be taken to study specific sleep mechanisms, characteristics of sleep disorders (quality, sensitivity, duration, time to falling asleep, effectiveness,

Предстоят проспективные исследования специфических механизмов сна, характеристик нарушений сна (качество, чуткость, продолжительность, сроки засыпания, эффективность, регулярность) и их кумулятивные эффекты. Фокусируясь на различных аспектах сна, можно выделить особые мишени для снижения риска СП. Так, позднее засыпание в сочетании с частыми пробуждениями повышает риск СП ночью [103], а терминальная бессонница приводит (?) к утреннему суициду в преддверие очередного безрадостно бесконечного дня, когда контроль окружающих ослаблен.

Важны объективные измерения нейробиологических и циркадных переменных, чтобы уточнить связь СП с психическими расстройствами и без них, содействовать профилактике и целенаправленной терапии для снижения риска СП уязвимых лиц, определить индивидуализированный алгоритм лечения в повседневной практике.

На периферии изучения несуйцидальное самоповреждающее поведение; мало задействованы возможности качественного анализа (самоописания, «голоса бессонницы») – торный путь к пониманию внутренней картины болезни [104].

... В неспянье ужасно то, что остаёшься в собственном обществе дольше, чем тебе это надо. Страшно надоедаешь себе – и отсюда тяга к смерти: задушить этого постылого собеседника, затуманить, погасить. Страшно жаждешь погашения этого я. У меня этой ночью дошло до отчаяния. Неужели я так-таки никогда не кончусь. Ложишься на подушку, задрёмываешь, но не до конца, ещё бы какой-то кусочек – и ты был бы весь в бессознательном, но именно маленького кусочка и не хватает. Обостряется наблюдательность: «сплю я или не сплю? засну или не засну?», шпионишь за вот этим маленьким кусочком, и именно из-за этого шпионства не спишь совсем. Сегодня дошло до того, что я бил себя кулаком по черепу! Бил до синяков – дурацкий череп, переменить бы – о! о! о!... *К. Чуковский. Дневники.*

Недостаточно объективизированы потенциально суйцидогенные функциональные последствия нарушений сна (у подростков, студентов показана их академическая неуспешность) [105].

После бессонной ночи слабеет тело,
Милым становится и не своим, – ничьим.
В медленных жилах еще занывают стрелы...

Марина Цветаева

Тот, кто страдает бессонницей – не спит толком, и толком не бодрствует. Когда у тебя бессонница – всё нереально; всё очень далеко от тебя, всё это – копии, копий, копий. *Бойцовский клуб, кинофильм, США, 1999.*

При расширенной позиции следует обратить внимание на бремя семьи страдающего расстройствами сна (как и при СП), «молчаливых свидетелей», когда уклад дома подчинен сну.

regularity) and their cumulative effects. By focusing on various aspects of sleep, specific targets can be identified to reduce the risk of SB. So, falling asleep late in combination with frequent awakenings increases the risk of SB at night [103], and terminal insomnia leads (?) to morning suicide before the next joylessly endless day starts, when the control of others is weakened.

Objective measurements of neurobiological and circadian variables are important in order to clarify the relationship of SB with and without mental disorders, to promote prevention and targeted therapy to reduce the risk of SB of vulnerable individuals, to determine an individualized treatment algorithm in everyday practice.

Non-suicidal, self-harming behavior is at the periphery of the study; the possibilities of a qualitative analysis (self-description, “the voice of insomnia”) are not much involved – this is the path to understanding the internal picture of the disease [104].

... What is terrible in non-sleeping is that you stay with yourself longer than needed. You're terribly bored with yourself – and from here comes the craving for death: to strangle this hateful companion, to hide, to extinguish. You terribly long to exterminate this self. I got desperate this night. Is it possible that I will never end. You lie down on a pillow, doze off, but not completely, one more drop – and you would be all unconscious, but you don't have this drop. Observation intensifies: “Am I sleeping or not? Will I fall asleep or not?”, you are spying on this little drop, but because of this espionage that you don't sleep at all. Today it got to the point that I hit my skull with my fist! I beat it to bruises – a stupid skull, would like to change it – oh! oh! oh! ... *K. Chukovsky. Diaries.*

Potentially suicidogenic functional consequences of sleep disorders are insufficiently objectified (their academic failure is shown in adolescents and students) [105].

After a sleepless night, the body weakens,
It becomes sweet and not one's own but nobody's.

Arrows are groaning in slow veins ...

Marina Tsvetaeva

Anyone who suffers from insomnia does not really sleep and does not really stay awake. When you have insomnia, everything is unrealistic; everything is very far from you, all these are copies, copies, copies. *Fight Club, a movie, USA, 1999.*

With an expanded position, attention should be paid to the burden of a family suffering from sleep disorders (as in SB), “silent witnesses” when the way of home is subordinated to sleep.

It was impossible to even cough. To creak the door. To step hard. To rumble the dishes. To even speak in an undertone, to laugh. You can't ... You can't ... Life in the house froze. They

Нельзя было кашлянуть. Нельзя скрипнуть дверью. Нельзя тяжело шагнуть. Нельзя громыхнуть посудой. Нельзя разговаривать даже вполголоса, нельзя засмеяться. Нельзя... Нельзя... Жизнь в доме замирала. Двигались на цыпочках, говорили шёпотом. И никому в голову не приходило ворчать. Всю жизнь Корней Иванович страдал бессонницей, и усыпить его было очень трудно. Едва выучившись читать, дети терпеливо, часами читали ему перед сном. (Коля, сколько я помню, не читал.) Пока читали, все домашние мучились, переговариваясь шепотом. Если дверь кабинета бесшумно открывалась и читавший выходил, ликуя, – значит, заснул. А если появлялся с понурым видом, все понимали: не спит, «зачитать» не удалось. И весь дом погружался в уныние. М.Н. Чуковская. *Воспоминания о Корнее Чуковском*.

Перспективно использование новых технологий как онлайн мониторингирование СП и расстройств сна через смартфоны. Сетевой анализ позволяет выявить комплексные связи факторов риска и симптомов [106] в больших и малых выборках страдающих психическими расстройствами и «практически здоровых».

Возможно, детализация проблемы позволит объяснить переход СМ во внешнее СП, разделить неоднородные группы суицидентов по уровням риска. Так, при БС попытка суицида может быть более brutальной [54], а иные суициденты – лишь «идеаторы», и неясен переход от размышлений к действию.

Особое внимание привлекают, по традиции школы А.Г. Амбрумовой [107], СП психически здоровых (без явных «больших» психических расстройств), но с возможными нарушениями сна. Кстати, к современной психологической аутопсии предъявлены требования сбора более детальной информации для комплексного анализа СП [108].

Междисциплинарный подход в суицидологии, метод «точной медицины» [5], уместный с учётом сложности изучаемых феноменов и их взаимоотношений, при повышенном интересе к индивидуальным нейробиологическим и микросоциальным (очередной поклон школе А.Г. Амбрумовой) составляющим СП, позволит уточнить группы риска суицидентов и терапевтические мишени, позволяющие при «правильном лечении правильного пациента» снизить риск принципиально предотвратимой «напрасной смерти».

Научно доказательному управлению риском СП при расстройствах сна посвящено наше следующее сообщение.

tiptoed, whispering. And it never occurred to anyone to grumble. All his life, Korney Ivanovich suffered from insomnia, and it was very difficult to put him to sleep. As soon as they learned to read, the children were patiently reading for hours before bedtime. (Kolya, as far as I remember, didn't read.) While they were reading, all the family members were suffering whispering. If the study door opened silently and the reader came out with triumph, it meant he had fallen asleep. And if the reader appeared with a dull look, everyone understood: he was not sleeping, they could not "read him out". And the whole house sank into despair. M.N. Chukovskaya. *Memories of Korney Chukovsky*.

It is promising to use new technologies such as online monitoring of SB and sleep disorders via smartphones. Network analysis reveals the complex relationships of risk factors and symptoms [106] in large and small samples of people with mental disorders and "practically healthy".

Perhaps the specification of the problem will help to explain the transition of suicidal ideation into external SB and to differentiate heterogeneous groups of suicide attempters by risk level. For example, in case of insomnia an attempted suicide can be more brutal [54], while other suicide attempters are just "idea-tors", and the transition from reflection to action is unclear.

According to the school of A.G. Ambrumova tradition [107], special attention is drawn to SB of mentally healthy people (without obvious "serious" mental disorders), but having possible sleep disorders. By the way, the requirements to the modern psychological autopsy are strict now in terms of collecting more detailed information for a comprehensive analysis of SB [108].

The interdisciplinary approach in suicidology, the method of "exact medicine" [5], appropriate because of the complexity of the studied phenomena and their relationships, with an increased interest in individual neurobiological and microsocial components of SB (another merit of the A.G. Ambrumova school), allows us to be more clear about the risk of suicides groups and therapeutic targets that allow with the "right treatment for the right patient" to reduce the risk of a fundamentally preventable "unnecessary death".

The scientific evidence-based risk management of SB in sleep disorders is the subject of our next article.

Литература / Reference:

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. ВОЗ, 2014. 102 с.
2. Fleischmann A., Arensman E., Berman A., et al. Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs. *Glob Ment Health (Camb)*. 2016; 3: e5. [PMC free article]
3. Wilcox H.C., Wyman P.A. Suicide prevention strategies for improving population health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016; 25 (2): 219–233.
4. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017; 143 (2): 187–232.

5. O'Connor R.C., Portzky G. Looking to the Future: A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention. *Front Psychol.* 2018; 9: 2139.
6. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 23-35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology.* 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)
7. Brown G.K., Beck A.T., Steer R.A., et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychology.* 2000; 68: 371-377.
8. Maris R. Suicide. *Lancet.* 2002; 360: 319-226.
9. Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17: 554. [PMC free article]
10. Zhang J., Liu X., Fang L. Combined effects of depression and anxiety on suicide: A case-control psychological autopsy study in rural China. *Psychiatr Res.* 2019; 271 (1872-7123): 370-373. [PMC free article]
11. Oquendo M., Mann J.J. Intervention research for suicidal behavior. *Lancet.* 2003; 362: 844-845.
12. Coryell W., Young E.A. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66: 412-417.
13. Oquendo M., Malone K., Mann J.J. Suicide: Risk factors and prevention in refractory major depression. *Depression and Anxiety.* 1997; 5: 202-211.
14. Ford E.S., Wheaton A.G., Cunningham T.J., et al. Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications among US adults: findings from the National Ambulatory Medical Care survey 1999-2010. *Sleep.* 2014; 37: 1283-1293. [PMC free article]
15. Blasco-Fontecilla H., Alegria A.A., Lopez-Castroman J., et al. Short self-reported sleep duration and suicidal behavior: a cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2011; 133: 239-246.
16. Littlewood D., Kyle S.D., et al. Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. *Clin. Psychol. Rev.* 2017; 54: 1-16.
17. Matsumoto Y., Uchimura N., Ishida T., et al. Day workers suffering from a wider range of sleep problems are more likely to experience suicidality. *Sleep Biol Rhythms.* 2016; 14: 369-376. [PMC free article]
18. Rod N.H., Vahtera J., Westerlund H., et al. Sleep disturbances and cause-specific mortality: results from the GAZEL cohort study. *Am J Epidemiol.* 2011; 173: 300-309. [PMC free article]
19. Khurshid K.A. Comorbid insomnia and psychiatric disorders: An update. *Innovat. Clin. Neurosci.* 2018; 15: 28-32. [PMC free article]
20. Krystal A.D. Psychiatric disorders and sleep. *Neurologic Clin.* 2012; 30 (4): 1389-1413. [PMCFreearticle]
21. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005; 294: 2064-2074.
22. Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol. Med.* 2003; 33: 395-405.
23. Hjeltnelund H., Knizek B.L. Suicide and mental disorders: a discourse of politics, power, and vested interests. *Death Stud.* 2017; 41: 481-492.
24. Hall R.C., Platt D.E., Hall R.C. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics.* 1999; 40: 18-27.
25. Sjöström N., Waern M., Hetta J. Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep.* 2007; 30: 91-95.
26. Drapeau Ch.W., Nadorff M.R. Suicidality in sleep disorders: prevalence, impact, and management strategies. *Nat Sci Sleep.* 2017; 9: 213-226.
27. Eikelenboom M., Beekman A.T.F., Penninx B.W.J.H., Smit J.H. A 6-year longitudinal study of predictors for suicide attempts in major depressive disorder. *Psychol Med.* 2018; 49 (6): 911-921.
28. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature.* 2014; 515 (7526): 181.
29. Yang L., Zhao Y., Wang Y., et al. The effects of psychological stress on depression. *Curr Neuropharmacol.* 2015; 13 (4): 494-504. [PMC free article]
30. Gibbons J.S., Horn S.H., Powell J.M., Gibbons J.L. Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry.* 1984; 144 (1): 70-77.
31. Etensohn M., Soto Y., Bassi B., Khurshid K.A. Sleep problems and disorders in patients with depression. *Psychiatr. Ann.* 2016; 46 (7): 390-395.
32. Khurshid K.A. Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders: An Update. *Innov Clin Neurosci.* 2018; 15 (3-4): 28-32.
33. Carney C.E., Segal Z.V., Edinger J.D., et al. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68: 254-260.
34. Franzen P.L., Buysse D.J. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008; 10 (4): 473-481. [PMC free article]
35. Tsuno N., Besset A., Ritchie K. Sleep and depression. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66 (10): 1254-1269. DOI: 10.4088/JCP.v66n1008
36. Simon G.E., VonKorff M., Piccinelli M., et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 1999; 341 (18): 1329-1335.
37. Gerber P.D., Barrett J.E., Barrett J.A., et al. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med.* 1992; 7 (2): 170-173.
38. Ford D.E., Kamerow D.B. Epidemiological study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA.* 1989; 262 (11): 1479-1484.
39. Gallagher A.M., De Vries F., Tylee A.T., et al. The risk of suicide and suicidal ideation in depressed patients with sleep disturbance. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2009; 19: 379-380.
40. Chellappa S., Araujo J. Sleep disorders and suicidal ideation in patients with depressive disorder. *Psychiatry Res.* 2007; 153: 131-136.
41. Vuoriolehto M., Valtonen H.M., Melartin T., et al. Method of assessment determines prevalence of suicidal ideation among patients with depression. *Eur Psychiatry.* 2014; 29 (6): 338-344.
42. Li H., Luo X., Ke X., et al. Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population. *PLoS One.* 2017; 12 (10): e0186143.
43. Thase M.E. Depression, sleep, and antidepressants. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (4): 55-65.
44. Fang X., Zhang C., Wu Z., et al. The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2019; 245: 17-21.
45. Wang X., Cheng S., Xu H. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. *BMC Psychiatry.* 2019; 19: 303.
46. O'Brien L.M. The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2009; 18: 813-823.
47. Anderson C., Platten C.R. Sleep deprivation lowers inhibition and enhances impulsivity to negative stimuli. *Behav Brain Res.* 2011; 217 (2): 463-466.
48. Espie C.A., Inglis S.J., Harvey L., Tessier S. Insomniacs' attributions. psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2000; 48 (2): 141-148.
49. Goldstein A.N., Walker M.P. The role of sleep in emotional brain function. *Ann Rev Clin Psychol.* 2014; 10: 679-708.
50. Saffer B.Y., Klonsky E.D. Do neurocognitive abilities distinguish suicide attempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging research area. *Clin Psychol Sci Pract.* 2018; 25: e12227
51. Cukrowicz K., Otamendi A., Pinto J.V., et al. The Impact of Insomnia and Sleep Disturbances on Depression and Suicidality. *Dreaming.* 2006; 16: 1-10.
52. Goldstein T.R., Bridge J.A. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *J Consult Clin Psychology.* 2008; 76: 84-91. [PMC free article]

53. Liu X. Sleep and Adolescent Suicidal Behavior. *Sleep*. 2004; 27: 1351–1358.
54. Pompili M., Innamorati M., Forte A., et al. Insomnia as a predictor of high-lethality suicide attempts. *Int J Clin Pract*. 2013; 67: 1311–1316.
55. Agargun M.Y., Kara H., Solmaz M. Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *J Psychiatr Res*. 1997; 31 (3): 377–381.
56. Singareddy R., Balon R. Sleep and Suicide in Psychiatric Patients. *Ann Clin Psychiatry*. 2001; 13: 93–101.
57. Liu X., Buysse D. Sleep and Youth Suicidal Behavior: A Neglected Field. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19: 288–293.
58. Agargun M.Y., Cartwright R. REM Sleep, Dream Variables and Suicidality in Depressed Patients. *Psychiatry Res*. 2003; 119: 33–39.
59. Keshavan M.S., Reynolds C.F., III, Montrose D, et al. Sleep and suicidality in psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89: 122–125.
60. Fau J.M., Touret M. Indolamines and sleep: 5-HT or 5-HTP? *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1988; 77 (34A): 6–9.
61. Benson K.L., Faull K.F., Zarcone V.P.Jr. The effects of age and serotonergic activity on slow-wave sleep in depressive illness. *Biol Psychiatry*. 1993; 33 (11-12): 842–844.
62. Solomon R.A., Sharpley A.L., Cowen P.J. Increased slow wave sleep with 5-HT₂ receptor antagonists: detection by ambulatory EEG recording and automatic sleep stage analysis. *J Psychopharmacol*. 1989; 3 (3): 125–129.
63. Linnoila V.M., Virkkunen M. Aggression, suicidality, and serotonin. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53 (Suppl): 46–51.
64. Bernert R.A., Luckenbaugh D.A., Duncan W.C., et al. Sleep architecture parameters as a putative biomarker of suicidal ideation in treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 2017; 208: 309–315. [PMC free article]
65. Norra C., Richter N., Juckel G. Sleep disturbances and suicidality: a common association to look for in clinical practise and preventive care. *EPMA J*. 2011; 2 (3): 295–307. [PMC free article]
66. McCall W.V., Blocker J.N., D'Agostino R.Jr, et al. Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep Med*. 2010; 11 (9): 822–827.
67. Carney C., Edinger J., Manber R., et al. Beliefs About Sleep in Disorders Characterized by Sleep and Mood Disturbance. *J Psychosom Res*. 2007; 62: 179–188.
68. Vignau J., Bailly D., Duhamel A., et al. Epidemiologic Study of Sleep Quality and Troubles in French Secondary School Adolescents. *J Adolesc Health*. 1997; 21: 343–350.
69. Joiner T.E. *Why People Die by Suicide*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2005.
70. McGlinchey E.L., Courtney-Seidler E.A., German M., Miller A.L. The role of sleep disturbance in suicidal and nonsuicidal self-injurious behavior among adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2016; 47: 103–111
71. Lee Y.J., Cho S.J., Cho I.H., Kim S.J. Insufficient sleep and suicidality in adolescents. *Sleep*. 2012; 35: 455–460.
72. Jang S.I., Lee K.S., Park E.C. Relationship between current sleep duration and past suicidal ideation or attempt among Korean adolescents. *J Prev Med Public Health*. 2013; 46: 329–335.
73. Goodwin R.D., Marusic A. Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep*. 2008; 31: 1097–1101.
74. Ruoff C.M., Reaven N.L., Funk S.E., et al. High rates of psychiatric comorbidity in narcolepsy: findings from the Burden of Narcolepsy Disease (BOND) study of 9,312 patients in the United States. *J Clin Psychiatry*. 2017; 78: 171–176.
75. McGirr A., Renaud J., Seguin M., et al. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord*. 2007; 97: 203–209.
76. Miglis M.G., Guillemainault C. Kleine-Levin Syndrome. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2016; 16: 60.
77. Arnulf I., Rico T.J., Mignot E. Diagnosis, disease course, and management of patients with Kleine-Levin syndrome. *Lancet Neurol*. 2012; 11: 918–928.
78. Michaels M.S., Balthrop T., Nadorff M.R., Joiner T.E. Total sleep time as a predictor of suicidal behaviour. *J Sleep Res*. 2017; 26 (6): 732–738.
79. Bernert R., Reeve J., Perlis M.I.L., Joiner T.E. Insomnia and nightmares as predictors of elevated suicide risk among patients seeking admission to emergency mental health facility. *Sleep*. 2009; 32: 365–366.
80. Li S.X., Lam S.P., Chan J.W., et al. Residual sleep disturbances in patients remitted from major depressive disorder: a 4-year naturalistic follow-up study. *Sleep*. 2012; 35 (8): 1153–1161. [PMC free article]
81. Gupta M., Vujcic B. Posttraumatic stress disorder (PTSD) with nightmares is associated with a significantly lower frequency of suicidal behavior: results from a nationally representative US sample. *Biol Psychiatry*. 2017; 81: 89–90.
82. Nadorff M.R., Pearson M.D., Golding S. Explaining the relation between nightmares and suicide. *J Clin Sleep Med*. 2016; 12: 289–290. [PMC free article]
83. Sandman N., Valli K., Kronholm E., Vartiainen E., Laatikainen T., Paunio T. Nightmares as predictors of suicide: an extension study including war veterans. *Sci Rep*. 2017; 7: 447–456. [PMC free article]
84. Agargun M.Y., Besiroglu L., Cilli A.S., et al. Nightmares, suicide attempts, and melancholic features in patients with unipolar major depression. *J Affect Disord*. 2007; 98 (3): 267–270.
85. Sher L., Grunebaum M.F., Burke A.K., et al. Depressed multiple-suicide-attempters – a high-risk phenotype. *Crisis*. 2017; 38 (6): 367–375.
86. Russell K., Rasmussen S., Hunter S.C. Insomnia and nightmares as markers of risk for suicidal ideation in young people: investigating the role of defeat and entrapment. *J Clin Sleep Med*. 2018; 14 (5): 775–784. [PMC free article]
87. Soehner A.M., Kaplan K.A., Harvey A.G. Prevalence and clinical correlates of co-occurring insomnia and hypersomnia symptoms in depression. *J Affect Disord*. 2014; 167: 93–97. [PMC free article]
88. Sjostrom N., Waern M., Hetta J. Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*. 2007; 30 (1): 91–95.
89. Gau S.F., Soong W.T. Psychiatric comorbidity of adolescents with sleep terrors or sleepwalking: a case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33: 734–739.
90. McCall W.V., Benca R.M., Rosenquist PB, et al. Hypnotic medications and suicide: risk, mechanisms, mitigation, and the FDA. *Am J Psychiatry*. 2017; 174: 18–25. [PMC free article]
91. Hagen C., Patel A., McCall W.V. Prevalence of insomnia symptoms in sleep laboratory patients with and without sleep apnea. *Psychiatry Res*. 2009; 170: 276–277.
92. Brown G.K. A Review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2002.
93. Patient health questionnaire. www.phqscreeners.com
94. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56–62.
95. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 2010; 134 (4): 382–389.
96. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991; 14 (6): 540–545.
97. Netzer N.C., Stoohs R.A., Netzer C.M., et al. Using Berlin questionnaire to identify patients at risk for sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*. 1999; 131: 485–491.
98. Morin C.M., Belleville G., Bélanger L., Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011; 34 (5): 601–608.
99. Winer E.S., Cervone D., Bryant J., McKinney C., Liu R.T., Nadorff M.R. Distinguishing mediational models and analyses in clinical psychology: atemporal associations do not imply causation. *J Clin Psychol*. 2016; 72: 947–955.
100. Malik S., Kanwar A., Sim L.A., et al. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2014; 3 (2046-4053 (Electronic)): 18. [PMC free article]

101. Pigeon W.R., Pinquart M., Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73: e1160–1167.
102. Buysse D.J. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep (Basel)*. 2014; 37: 9–17.
103. Perlis M.L., Grandner M.A., Chakravorty S., et al. Suicide and sleep: is it a bad thing to be awake when reason sleeps? *Sleep Med Rev*. 2016; 29: 101–107.
104. Littlewood D.A.O., Gooding P.A.O., Kyle S.D., et al. Understanding the role of sleep in suicide risk: qualitative interview study. *BMJ Open*. 2016; 6 (8): e012113. [PMC free article]
105. Зотова Е.П. Нарушения сна у студентов. *Девинтология*. 2018; 2 (2): 37-43. [Zotova E.P. Sleep disorders in students. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 37-43.] (In Russ)
106. Любов Е.Б., Носова Е.С. Сетевой подход в суицидологии: проблемы и перспективы развития. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 58-61. [Lyubov E.B., Nosova E.S. Network approach to suicidology: problems and perspectives of development. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 58-61.] (In Russ)
107. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора А.Г. Амбрумовой в отечественной суицидологии. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2013; 2 (19). [Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Age, time and place of Professor A.G. Ambrumova in domestic of suicide-studying. *Medical psychology in Russia: electron. science. journal*. 2013; 2 (19).] (In Russ)
108. Conner K.R., Beautrais A. L., Brent D. A., et al. The next generation of psychological autopsy studies. *Suicide Life-Threaten. Behav*. 2011; 41: 594–613.

SLEEP DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR. ARTICLE I: PREVALENCE, IMPACT, AND ASSOCIATIONS

*E.B. Lyubov,
P.B. Zotov*

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbysky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

Suicidality and suicide has been associated with many risk factors, while recent clinical and epidemiological studies increasingly point to a potential link between sleep loss or sleep disturbances and suicidality. Considering the high suicide rate and high prevalence of sleep disorders (SD), we conducted this narrative review (1) to estimate the overall association between sleep disorders and suicidal behaviour (SB), (2), to identify a more specific relationship in patients with depression and (3) provide valuable information for clinical practice by exploring the risk difference between various SD and SB (i.e., suicidal ideation and behavior). The potential link between SD and SB has been the subject of several meta-analyses. Only insomnia and nightmares were found to be statistically associated with an increased risk of suicide. Growing evidence suggests that insomnia is associated with SB independent of well-established risk factors for suicide, such as depression and hopelessness. These associations generally remained even after adjusting for severity of depression. Insomnia remains an independent indicator of suicidal ideation, even taking into account the core symptoms of depression such as depressed mood and anhedonia. Further research is needed to clarify the specific mechanisms of SD on SB, and more well-designed trials are needed to reduce the risk of SB by improving sleep quality. A more detailed assessment of sleep problems and identification of specific risk domains in primary or secondary prevention of suicidality seem to be a future area of high importance. Assessment and treatment of individual sleep disturbances might represent a personalised preventive measure of suicidality and suicide. Thus, sleep disturbances may qualify as an individual treatable target of evidence-based personalised medicine in the clinical routine as well as in suicide prevention programmes.

Keywords: Sleep disorder, insomnia, suicidal behavior, prevalence, impact, and associations

Вклад авторов:

E.B. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

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: 02.11.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.03.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Нарушения сна и суицидальное поведение. Сообщение I: распространённость, влияния и взаимосвязи. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 98-116. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-98-116](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-98-116)

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Sleep disorders and suicidal behavior. Article I: prevalence, impact, and associations. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 98-116. (In Russ) [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-98-116](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-98-116)

КИБЕРБУЛЛИНГ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

И.С. Карауш, И.Е. Куприянова, А.А. Кузнецова

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

CYBERBULLYING AND SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

*I.S. Karaush, I.E. Kupriyanova,
A.A. Kuznetsova*

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research
Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

Информация об авторах:

Карауш Ирина Сергеевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4193-9285; Researcher ID: J-2343-2017; ORCID iD: 0000-0003-1920-6175). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Адрес: Россия, 634004, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 31-14-11, 72-43-79, электронный адрес: anir7@yandex.ru

Куприянова Ирина Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1617-63-49; Researcher ID: I-9441-2017; ORCID iD: 0000-0003-2495-7811). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Адрес: Россия, 634004, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: irinakupr@rambler.ru

Кузнецова Алина Андреевна (ORCID iD: 0000-0003-4239-3343). Место работы и должность: ординатор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Адрес: Россия, 634004, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: kuznetsovalina29@yandex.ru

Information about the authors:

Karaush Irina Sergeevna – MD, PhD (SPIN-code: 4193-9285; Researcher ID: J-2343-2017; ORCID iD: 0000-0003-1920-6175). Place of work and position: Leading Researcher, Department of Border States, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634004, Tomsk, 4 Aleutian st. Phone: +7 (3822) 31-14-11, 72-43-79, email: anir7@yandex.ru

Kupriyanova Irina Evgenievna –MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1617-63-49; Researcher ID: I-9441-2017; ORCID iD: 0000-0003-2495-7811). Place of work and position: Leading Researcher, Department of Border States, of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634004, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: iri-nakupr@rambler.ru

Kuznetsova Alina Andreevna (ORCID iD: 0000-0003-4239-3343). Place of work and position: Resident of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634004, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 72-43-79, e-mail: kuznetsovalina29@yandex.ru

Обзор посвящён распространённому в среде подростков и юношества явлению – кибербуллингу, определяющемуся как «агрессивное, преднамеренное действие, совершаемое группой или отдельным лицом, использующим электронные формы контакта, неоднократно и в течение долгого времени против жертвы, которая не может легко защитить себя». Ситуация переживания травли в Интернет-пространстве связана с широким спектром проблем психического здоровья и поведения у подростков – депрессией, тревогой, низкой самооценкой, повышением риска употребления психоактивных веществ, формированием суицидального поведения. В обзоре дана характеристика формам и специфике данного явления, особенностям мотивации и психологическим характеристикам «агрессоров» и «жертв». Отмечена разница в реагировании обоих полов на ситуацию кибербуллинга: мальчики проявляют большую склонность к экстернализации, более склонны к употреблению алкоголя и наркотиков, рискованному поведению. Девочки-подростки, являющиеся объектами кибербуллинга, более склонны к интернализации, демонстрируют большое количество и разнообразие эмоциональных проявлений и больший уровень психологической дезадаптации в сравнении с мальчиками, а также имеют более высокий риск суицидальных мыслей и попыток. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что у тех, кто стал жертвой кибербуллинга в сравнении с невовлечёнными в процесс травли подростками, значительно возрастает частота возникновения различных проявлений суицидального поведения – мыслей, планов, попыток. Жертвы киберзапугивания в 2 раза чаще совершают попытки самоубийства, испытывая при этом чувство

«абсолютной безнадежности», частота возникновения суицидальных мыслей и планов в среднем оценивается как «выше в 2-4 раза». Данная тенденция более актуальна для девочек-подростков в сравнении с мальчиками. Основная масса научных исследований кибербуллинга осуществляется зарубежом. Исследования в России немногочисленны, отсутствуют системные разработки психологической помощи и тактики поведения разных участников (жертвы, сверстники, взрослые – родители, педагоги) для оптимального разрешения ситуации травли, предупреждения и коррекции проблем психического здоровья. В этом аспекте к числу самых значимых вопросов относится оценка связи кибертравли и суицидального поведения. В анализе причин, приводящих к суицидальным попыткам, кибербуллинг не всегда является «лежащей на поверхности», в виду низкой осведомленности и информированности взрослых, порой принимающих подобные ситуации как «незначительные» и «несерьезные». Можно предположить, что роль буллинга как основной причины суицидальных действий, особенно в случае гибели подростков, нередко не распознаётся и остаётся «за кадром».

Ключевые слова: кибербуллинг, подростки, суицидальное поведение, суицидальные попытки, депрессия

Интернет и современные электронные устройства расширили традиционные формы общения, но также сделали возможными новые виды негативных взаимодействий, к которым относится особая форма травли (буллинга) – кибербуллинг [1-4]. Данное явление широко распространено среди обучающихся школ, колледжей и университетов [5]. Кибербуллинг является актуальной проблемой современной детской психологии и психиатрии [6], это явление связано с широким спектром проблем психического здоровья и поведения у подростков: депрессией, тревогой (включая развитие посттравматического стрессового расстройства), низкой самооценкой, академической неуспеваемостью, повышением риска употребления психоактивных веществ, делинквентного, рискованного и суицидального поведения [7-11]. Социальные, физические и психологические проблемы подростков - жертв часто сохраняются актуальными и во взрослом возрасте [12, 13]. Распространённость кибербуллинга по разным данным составляет от 3-14% [14-17] до 72% [18]. Хотя вариабельность значительна, обзор зарубежных данных (российской статистики в литературе крайне мало, а существующая основывается на небольших выборках) показывает, что киберзапугивание распространено в подростковом возрасте и заслуживает дальнейшего изучения.

Цель настоящего обзора литературы: провести анализ современных представлений о кибербуллинге и его влияния на психическое здоровье подростков, включая суицидальное поведение.

Подростки в виртуальном пространстве представляют собой наиболее уязвимую группу из-за высокой восприимчивости к давлению со стороны сверстников, сниженной способности к саморегуляции, технофилии и характерного для этого возраста сексуального любопытства [19]. В подростковом возрасте, как никогда, люди испытывают фундаментальную психологическую потребность принадлежать к группе сверстников и быть принятыми этой группой [20]. Кибербуллинг является относительно новым явлением, недостаточная осведомленность о нём и его последствиях, недостаток знаний о безопасности в Интернете и психологическая неготов-

The Internet and modern electronic devices have expanded the traditional forms of communication, but also made possible new types of negative interactions, which include a special form of bullying – cyberbullying [1-4]. This phenomenon is widespread among students of schools, colleges and universities [5]. Cyberbullying is an urgent problem of modern child psychology and psychiatry [6], this phenomenon is associated with a wide range of problems of mental health and behavior in adolescents: depression, anxiety (including the development of post-traumatic stress disorder), low self-esteem, academic failure, increased risk of the use of psychoactive substances, delinquent, risky and suicidal behavior [7-11]. Social, physical and psychological problems of adolescent victims often remain relevant in adulthood [12, 13]. The prevalence of cyberbullying, according to various sources, ranges from 3-14% [14-17] to 72% [18]. Although the variability is significant, a review of foreign data (there is very little Russian statistics in the literature, and the existing one is based on small samples) shows that cyberbullying is common among adolescence and deserves further study.

The purpose of this literature review is to analyze contemporary ideas about cyberbullying and its effect on the mental health of adolescents, including suicidal behavior.

Adolescents in the virtual realm are the most vulnerable group because of their high susceptibility to peer pressure, reduced ability to self-regulation, technophilia and sexual curiosity that are characteristic of this age [19]. During adolescence people have a fundamental psychological need to belong to a peer group and be accepted by this group [20]. Cyberbullying is a relatively new phenomenon, a lack of awareness about it and its consequences, a lack of knowledge about Internet security and psychological inability to solve problems of this kind can increase

ность к решению проблем такого рода могут повысить уязвимость подростков и молодых людей [21].

Первым определением этому понятию дал Билл Бэлси (Bill Belsey): «кибербуллинг – это использование информационных и коммуникационных технологий (электронной почты, мобильного телефона, личных интернет-сайтов и т.п.) для намеренного, неоднократного и враждебного поведения лица или группы, направленного на оскорбление других людей» [7]. Позднее кибербуллинг стал определяться как «агрессивное, преднамеренное действие, совершаемое группой или отдельным лицом, использующим электронные формы контакта, неоднократно и в течение долгого времени против жертвы, которая не может легко защитить себя» [22].

Киберзапугивание может принимать различные формы: распространение слухов, высмеивание и/или унижение другого человека, психологический прессинг по признаку расы, инвалидности, пола, религии или сексуальной ориентации; стремление отомстить или намеренно смутить человека, разместив интимные фотографии или видео о них без согласия; получение доступа к профилям социальных сетей со злым умыслом и социальное исключение человека из социальной сети или игрового сайта [5]. Отличия данного явления от «реальной» травли обусловлены спецификой взаимодействия в виртуальном пространстве – анонимность буллера, вовлечение неограниченной аудитории с повышенной экспозицией во времени и пространстве, обуславливающие рост тревоги и напряжения жертвы; возможность искажения личных данных и информации [23].

Анонимность является главной причиной возникновения так называемого «феномена растормаживания» у агрессора – не получая обратной эмоциональной связи и оставаясь безнаказанным, обидчик всё больше третирует жертву, не испытывая при этом личной ответственности [11, 23-25]. Анонимность усиливает чувство страха и незащищённости, провоцирует возникновение чувства бессилия, поскольку зачастую жертва не способна принять достаточные меры для прекращения агрессивных действий [6, 26]. A. Schultze-Krumbholz с соавт., при обследовании 6260 подростков, обнаружили, что лица, совершавшие киберзапугивание, ранее сами подвергались издевательствам традиционными способами [27]. Исследователи предположили, что анонимность кибербуллинга позволила этим молодым людям дать отпор способами, которые были бы невозможны «лицом к лицу».

Публичность. Кибербуллинг может привлечь большую аудиторию, чем традиционное запугивание, поскольку оно происходит в виртуальном пространстве и для того, чтобы стать свидетелем насилия, достаточно просто иметь доступ к интернету [11, 26]. Безграничной потенциальной аудитории, состоящей из свидетелей и

the vulnerability of adolescents and young people [21].

Bill Belsey was the first to define this concept: “cyberbullying is the use of information and communication technologies (email, mobile phone, personal Internet sites, etc.) for intentional, repeated and hostile behavior of an individual or a group aimed at insulting other people” [7]. Later, cyberbullying began to be defined as “an aggressive, deliberate action performed by a group or an individual using electronic forms of contact, repeatedly and over time against a victim who cannot easily protect themselves” [22].

Cyberbullying can take various forms: spreading rumors, making fun of and/or humiliating another person; psychological pressure based on race, disability, gender, religion or sexual orientation; the desire to avenge or intentionally embarrass a person by posting intimate photos or videos about them without their consent; gaining access to social media profiles with malicious intent and social exclusion of a person from a social network or game site [5]. The differences between this phenomenon and “real” bullying are due to the specifics of interaction in virtual space - the anonymity of the bully, the involvement of an unlimited audience with increased exposure in time and space, causing an increase in anxiety and tension of the victim; the possibility of distortion of personal data and information [23].

Anonymity is the main reason for the emergence of the so-called “disinhibition phenomenon” of the aggressor – without receiving emotional feedback and remaining unpunished the offender is increasingly attacking the victim, without experiencing personal responsibility [11, 23-25]. Anonymity enhances the feeling of fear and insecurity, provokes a feeling of powerlessness, because often the victim is not able to take sufficient measures to stop the aggressive actions [6, 26]. A. Schultze-Krumbholz et al., when examining 6,260 adolescents, found that individuals who committed cyberbullying had previously been harassed themselves by traditional methods [27]. Researchers have suggested that the anonymity of cyberbullying allowed these young people to fight back in ways that would not be possible “face to face”.

Publicity. Cyberbullying can attract a larger audience than traditional bullying, because it occurs in virtual realm and in

наблюдателей, психологически проще присоединиться к «агрессору», чем свидетелям традиционной травли в реальном времени, поскольку для этого не требуется ни физических, ни социальных навыков [28, 29]. В социальных сетях даже самый физически слабый ребенок может активно травить самого сильного [25]. В таких случаях при серьёзных намерениях буллера (например, передача откровенного сексуального образа жертвы), ситуация выходит за рамки киберзапугивания, оставляет последствия для психического здоровья «жертвы» и в некоторых странах признаётся уголовным преступлением [30].

Постоянство. Жертвы кибербуллинга испытывают постоянные напряжение и тревогу – онлайн-агрессия может произойти в любое время, где бы она не находилась, включая собственный дом, в то время как традиционное запугивание обычно не переносится в домашнюю обстановку [6, 10]. Невозможность для жертв иметь какой-либо контроль над актами киберзапугивания может привести к чувству бессилия у человека, подвергающегося издевательствам [31], идея о том, что «ничего нельзя сделать» является одной из главных для жертв [30].

К типичным проявлениям кибербуллинга в соответствии с характером атак относят следующие: письменно-вербальные (телефонные звонки, текстовые сообщения и электронные письма); визуальные (отправка смущающих изображений); использование или кража чьей-либо личности для раскрытия личной информации, используя свою учетную запись (более сложное проявление); преднамеренное исключение кого-либо из членов онлайн-группы. Отдельно выделяют виды кибербуллинга, связанные с трехкратным повышением риска эмоционального расстройства: случаи, в которых агрессор является взрослым человеком; публикация фотографий жертвы; эпизоды, сопровождающиеся агрессивными личными контактами.

К основным мотивам кибербуллинга относят экспериментирование подростками «примеивания» различных социальных ролей (что в виртуальном общении реализуется проще и быстрее в сравнении с реальным) и возможность отреагирования на агрессию по отношению к себе в реальной жизни (подросток-жертва в школе может оказаться в новой для себя роли агрессора в социальных сетях) [24]. Описаны и другие, часто встречающиеся мотивы: желание развлечься, стремление к превосходству, реализация чувства зависти и мести, конформизм (желание быть принятым в социальную группу путём агрессии к «неудобному», по её мнению, подростку), проблемы в семье (агрессивность и желание «отыграться» как реакция на жёсткий стиль воспитания) и с целью наказания (нападающие были уверены в том, что жертва неправильно ведёт себя в реальной жизни) [6].

order to witness violence, it is enough just to have access to the Internet [11, 26]. It is psychologically easier for a limitless potential audience that is made up of witnesses and observers to join the “aggressor” unlike witnesses of traditional real time bullying, since this does not require neither physical, nor social skills [28, 29]. In social media, even the most physically weak child can actively attack the strongest [25]. In some cases, when the situation goes beyond cyberbullying because of the bully’s serious intentions (for example, sharing the victim’s sexually explicit images), cyberbullying can lead to mental health consequences for the victim, and is recognized as a criminal offense in some countries [30].

Consistency. Cyberbullying victims experience constant tension and anxiety – online aggression can occur at any time, wherever it is, including your own home, while traditional bullying does not usually happen at home [6, 10]. The inability for victims to have any control over cyberbullying acts can lead to a sense of powerlessness [31], the idea that “nothing can be done” is one of the main for victims [30].

In terms of the nature of the attack typical manifestations of cyberbullying include: written and verbal (phone calls, text messages and emails); visual (sending embarrassing images); the use or theft of someone’s identity to disclose personal information using your account (a more complex manifestation); intentionally expelling any member of an online group. Also, there are outstanding types of cyberbullying associated with a three-fold increase in the risk of emotional disorders: cases in which the aggressor is an adult; publishing photos of the victim; episodes accompanied with aggressive personal contacts.

The main motives for cyberbullying include adolescent experimentation of “trying on” various social roles (which is easier and faster in virtual communication than real) and the possibility of counter reacting to aggression against oneself in real life (a teenage victim in school can to be in a new role of an aggressor in social networks) [24]. Other frequently encountered motives are described: a desire to have fun, a desire for superiority, the realization of a feeling of jealousy and revenge, conformism (the desire to be accepted into a social group through aggression towards a teenager that is “unconforming” in their opinion), family problems (aggressiveness and desire to com-

Кибербулли («агрессоры») часто вознаграждаются за свое поведение в интернете одобрением группы сверстников, однако исследования показывают, что имеются долгосрочные негативные последствия и для их психического здоровья, проблем социальной компетентности и формирования антисоциального поведения [32]. Типичными психологическими чертами буллеров являются низкий уровень развития эмпатии, отсутствие умения разрешать конфликты социально приемлемыми способами, наличие акцентуаций по истероидному или эпилептоидному типу.

Предикторами кибервиктимизации являются тревога, одиночество, психосоциальные проблемы, чувство собственного достоинства [9]. Низкий уровень самооценки рассматривается исследователями как значимый предиктор виктимизации киберзапугивания, так и одно из его негативных последствий [33, 34].

С учётом положений общей теории деформации С. Хэй и Р. Мелдрум виктимизацию определяют как тип деформации, связанный с негативными эмоциями и повреждающим поведением, направленным на себя; следовательно, дефицит регуляции негативных эмоций и/или неадекватные стили эмоционального выражения могут быть факторами риска для жертв издевательств в отношении возникновения проблем психического здоровья и суицидального поведения [35].

Выявлена значимая взаимосвязь кибервиктимизации как фактора риска формирования депрессивных симптомов, симптомов социальной тревоги и низкого уровня общего благополучия у подростков [15]. Ассоциация между кибербуллингом и депрессивной симптоматикой предполагает двунаправленность, то есть они могут быть либо причиной, либо следствием друг друга [26]. Например, было показано, что подростки, которые переживали депрессию в 8-м классе, подвергались более высокому риску стать жертвой кибербуллинга в 11-м классе [36].

Для кибервиктимов (жертв) и кибербуллей (нападающих) чаще других характерны эмоциональные и психосоматические проблемы, социальные трудности и отсутствие чувства безопасности в школе, самоповреждающее поведение [37, 38] и низкий уровень качества жизни [39]. Подростки-«жертвы» более склонны к головным болям, болям в животе, плохому аппетиту и нарушениям сна [40, 41], одиночеству, повышенному риску возникновения депрессии, тревоги и злоупотребления психоактивными веществами в сравнении со сверстниками [42-44].

Психологические механизмы, лежащие в основе связи между кибертравлей, виктимизацией и суицидальными идеями, а также поведением, связанным с суицидом, недостаточно хорошо изучены. Согласно теории соци-

pensate as a reaction to a harsh parenting style) and for the purpose of punishment (the attackers were sure that the victim behaved incorrectly in real life) [6]. Cyberbully (“aggressors”) are often rewarded for their behavior on the Internet with the approval of a group of peers, but studies show that there are long-term negative consequences for their mental health, problems of social competence and the formation of antisocial behavior [32]. Typical psychological features of bullies are a low level of empathy, lack of ability to resolve conflicts in socially acceptable ways, and the presence of accentuations of the hysteroid or epileptoid type.

The predictors of cybervictimization are anxiety, loneliness, psycho-social problems, and self-esteem [9]. The low level of self-esteem is considered by researchers as a significant predictor of victimization of cyberbullying, and one of its negative consequences [33, 34].

Taking into account the provisions of the general theory of deformation by S. Hay and R. Meldrum, victimization is defined as a type of deformation associated with negative emotions and damaging self-directed behavior; therefore, a lack of regulation of negative emotions and / or inadequate styles of emotional expression can be risk factors for victims of bullying regarding mental health problems and suicidal behavior [35].

A significant relationship between cyber victimization as a risk factor for the formation of depressive symptoms, symptoms of social anxiety and low levels of general well-being in adolescents has been identified [15]. The association between cyber bullying and depressive symptoms suggests two-way direction, that is, they can be either a cause or a consequence of each other [26]. For example, adolescents who experienced depression in the 8th grade were shown to be at a higher risk of becoming a victim of cyberbullying in the 11th grade [36].

For cybervictims and cyberbullies, emotional and psychosomatic problems, social difficulties and lack of sense of security at school, self-harming behavior [37, 38] and low quality of life [39] are more common than for other teenagers. Adolescent “victims” are more prone to headaches, abdominal pain, poor appetite and sleep disturbances [40, 41], loneliness, an increased risk of depression, anxiety and substance abuse compared to peers [42-44].

The psychological mechanisms underlying the relationship between cyber-attacks,

альной психологической деформации девиантности R. Agnew, напряжённые социальные отношения и события вынуждают индивидов совершать девиантные поступки [45]. Издевательства нередко являются источником внутреннего напряжения, оно заставляет жертв чувствовать гнев и разочарование, поэтому для них характерен большой риск формирования девиантного поведения [46, 47]. Для преодоления стресса и «психологической боли», связанной с опытом кибербуллинга подростки нередко используют такие способы совладания, как употребление психоактивных веществ и физическое насилие, увеличивающие в дальнейшем вероятность совершения суицидальных действий [48].

В целом, имеющиеся результаты исследований показывают, что риски суицидального поведения и суицидальных идей выше у тех, кто стал жертвой кибербуллинга в сравнении с невовлечёнными в процесс травли подростками; жертвы киберзапугивания в два раза чаще совершают попытки самоубийства, испытывая при этом чувство «абсолютной безнадёжности» [49, 50]. J. Raskauskas A.D. Stoltz (2007), изучая негативные последствия данного явления, также отмечают, что 93% жертв испытывают чувства печали, безнадёжности и бессилия [50].

По данным исследования H. Sampasa-Kanyinga с соавторами, обследовавших 1658 девочек и 1341 мальчика, учащихся 7-12 классов школ Восточного Онтарио (США), жертвы кибербуллинга имели значительно более высокий риск возникновения суицидальных мыслей (отношение шансов 3,31, 95% доверительный интервал 2,16-5,07), планов (2,79, 1,63-4,77 соответственно) и попыток (1,73, 1,26-2,38 соответственно) по сравнению с теми, кто не сталкивался с подобной ситуацией [29]. Данная взаимосвязь была опосредована также риском развития депрессивных симптомов. Опосредующая роль депрессии предполагает, что кибербуллинг среди школьников может привести к развитию депрессивной симптоматики и эпизодов депрессии, что, в дальнейшем, способствует появлению суицидальных идей, планов и попыток ($p < 0,001$).

Более масштабное исследование, объектом которого являлись 10398 учащихся 671 классов из 198 школ Штата Онтарио (Канада), также выявило повышенную вероятность неблагоприятных последствий для психического здоровья (суицидальные идеи, психологический дистресс и делинквентность), связанных с воздействием кибертравли [52]. Выявлена специфическая для женского пола тенденция – вероятность возникновения проблем и реализации суицидальных идей возрастала поэтапно при учащении эпизодов кибербуллинга у подростков женского пола (по сравнению с девочками-подростками, никогда не подвергавшимися киберзапугиванию, частота

victimization and suicidal ideation, as well as suicidal behavior, have not been well studied. According to the theory of social psychological deformation strain deviation by R. Agnew, tense social relations and events force individuals to commit deviant actions [45]. Bullying is often a source of internal tension, it makes victims feel angry and frustrated, which is why they are more at risk of deviant behavior [46, 47]. To overcome the stress and “psychological pain” associated with the experience of cyberbullying, adolescents often use coping methods such as the use of psychoactive substances and physical violence, which further increase the likelihood of suicidal actions [48].

In general, the available research results show that the risks of suicidal behavior and suicidal ideation are higher for those who are victims of cyberbullying compared to teenagers not involved in bullying; victims of cyberbullying are twice as likely to commit suicide, while experiencing a feeling of “absolute hopelessness” [49, 50]. J. Raskauskas and A.D. Stoltz (2007), studying the negative consequences of this phenomenon, also note that 93% of victims experience feelings of sadness, hopelessness, and powerlessness [50].

According to a study by H. Sampasa-Kanyinga et al. who examined 1658 girls and 1341 boys, 7-12 grades students in Eastern Ontario (USA), cyberbullying victims had a significantly higher risk of suicidal ideation (odds ratio 3.31, 95 % confidence interval 2.16-5.07), plans (2.79, 1.63-4.77, respectively) and attempts (1.73, 1.26-2.38, respectively) compared with those who did not face similar situation [29]. This relationship was also mediated by the risk of developing depressive symptoms. The mediating role of depression suggests that cyberbullying among schoolchildren can lead to the development of depressive symptoms and episodes of depression, which further contribute to the emergence of suicidal ideas, plans, and attempts ($p < 0.001$).

A larger study, targeting 10,398 students in 671 grades from 198 schools in Ontario, Canada, also revealed an increased likelihood of adverse effects on mental health (suicidal ideation, psychological distress, and delinquency) associated with exposure to cyberbullying [52]. A female-specific tendency has been identified – the likelihood of problems and the realization of suicidal ideations increased accordingly with the growth of number of cyberbullying epi-

суицидальных идей среди девочек, подвергавшихся кибербуллинг один раз, увеличивалась в 1,87 раз (95% Ди 1,37-2,54), а среди тех, кто подвергался 2 или более раз – в 4,60 раза (95% Ди 3,36-6,29).

Метаанализ 33 статей и 26 независимых исследований, охватывающих 156384 детей и молодых людей, проведенный английскими учёными, также показал, что жертвы кибербуллинга значимо чаще демонстрируют самоповреждающее (отношение шансов 2,35; 95% доверительный интервал 1,65-3,34), суицидальное поведение (2,10; 1,73-2,55 соответственно) и более склонны совершать суицидальные попытки (2,57; 1,69-3,90) [38].

Психологические последствия киберзапугивания кажутся похожими на последствия традиционного буллинга, однако у жертв кибербуллинга выявляется большее количество социальных и эмоциональных проблем (изоляция, проблемы регуляции эмоций, психологическая дезадаптация, нарушения сна), чем у жертв традиционного запугивания [53-56].

Отмечена разница в реагировании обоих полов на ситуацию кибербуллинга: мальчики проявляли большую склонность к экстернализации, в то время как девочки были склонны к интернализации [57]. Примечательно, что мальчики, испытывающие более высокий уровень психологического стресса и одиночества, чаще становятся жертвами кибербуллинга, чем девочки [9]. Мальчики-подростки, занимающиеся киберзапугиванием, имеют повышенный риск начала курения сигарет, в то время, как мальчики-подростки, являющиеся жертвами, более склонны к употреблению алкоголя [57], рискованному поведению, употреблению наркотиков и участию в драках [13]. Мальчики, имеющие негативные отношения со своими родителями, имеют больше шансов стать жертвами травли в виртуальном пространстве [44].

Девочки чаще становятся жертвами киберзапугивания [13, 58]. При этом у них отмечается большее количество эмоциональных симптомов, чувства страха и печали; а также большая психологическая дезадаптация в сравнении с мальчиками [59]. Девочки-подростки, являющиеся объектами кибербуллинга, имеют более высокий риск суицидальных мыслей и попыток самоубийства, а также подвержены более раннему началу употребления алкоголя, чем их сверстницы [57].

Так называемое «проблемное использование Интернета» [60] или Интернет-зависимость [60] также является растущей клинической проблемой для специалистов, работающих в области охраны психического здоровья подростков. Одним из современных аспектов изучения данного феномена является выявление его опосредующего влияния на ситуации кибертравли [29]. Американскими исследователями обследовано 205 подростков и лиц юношеского возраста 12-20 лет, находившихся в

sodes in female adolescents (compared with teenage girls who have never been subjected to cyberbullying, the frequency of suicidal ideas among girls subjected to cyberbullying once increased 1.87 times (95% CI 1.37-2.54), and among those who were exposed 2 or more times - 4.60 times (95% CI 3.36-6.29).

A British meta-analysis of 33 articles and 26 independent studies encompassing 156,384 children and young people also showed that cyberbullying victims are significantly more likely to show self-harm (odds ratio 2.35; 95% confidence interval 1.65-3,34), suicidal behavior (2.10; 1.73-2.55, respectively) and are more likely to commit suicidal attempts (2.57; 1.69-3.90) [38].

The psychological consequences of cyberbullying seem similar to the consequences of traditional bullying, but cyberbullying victims reveal more social and emotional problems (isolation, emotional regulation problems, psychological maladaptation, sleep disturbances) than traditional bullying victims [53-56].

There was a difference in the response of both sexes to the situation of cyberbullying: boys showed a greater tendency to externalization, while girls were prone to internalization [57]. It is noteworthy that boys who experience a higher level of psychological stress and loneliness are more likely to become victims of cyberbullying than girls [9]. Cyberbullying teenage boys have an increased risk of starting cigarette smoking, while victimized teenage boys are more likely to drink alcohol [57], take risky behaviors, use drugs, and get involved in fights [13]. Boys who have negative relationships with their parents are more likely to become victims of bullying in the virtual realm [44].

Girls are more likely to become victims of cyberbullying [13, 58]. Moreover, they have a greater number of emotional symptoms, feelings of fear and sadness; as well as greater psychological maladaptation compared to boys [59]. Teenage girls who are targeted by cyberbullying have a higher risk of suicidal thoughts and attempted suicide, they are also more prone to earlier drinking than their peers [57].

The so-called “problematic use of the Internet” [60] or Internet addiction [60] is also a growing clinical problem for professionals working in the field of adolescent mental health. One of the modern aspects of the study of this phenomenon is the identification of its indirect influence on the situa-

подростковом психиатрическом стационаре городской больницы штата Массачусетс, США. Выявлены значимые взаимосвязи проблемного использования Интернета с женским полом, секстингом, кибербуллингом и проявлениями суицидального поведения в течение последнего года [3]. Подростки с агрессивными расстройствами и расстройствами психологического развития имели значимо более высокие показатели уровня проблемного использования Интернета.

Раннее стороннее вмешательство с целью прекращения нападок буллера – это единственный работающий способ разрешения ситуации. Среди мер по предотвращению киберзапугивания называются разработка системных программ профилактики с учётом характера, возрастных, психологических и социокультурных особенностей; повышение уровня информированности общества (работников системы образования, психологов, врачей); формирование у детей и подростков компетенций в области использования медиапространства (плановый мониторинг использования компьютеров, установка инфа-фильтров, освоение настроек конфиденциальности и пр.), повышение уровня доверия в отношениях «подросток-значимый взрослый».

Проводится систематизация международного опыта проведения мероприятий (успехов и неудач) по борьбе с травлей / киберзапугиванием на школьном уровне [22, 62]. В метаанализе 44 школьных мероприятий, проведённых в течение 25 лет в Европе, Австралии, Америке и Южной Африке, описано, что некоторые программы вмешательства снизили уровень травли на 20-23% и виктимизации на 17-20% [62]. Ключевыми компонентами таких программ являлись организация родительских собраний и просвещение родителей, последовательные дисциплинарные методы, соблюдение правил проведения занятий, организация школьных конференций и квалифицированное руководство классами со стороны учителей. Даже в студенческом возрасте ключевую роль в качестве защитного фактора от кибербуллинга играет семья [5]. Школьников и студентов следует поощрять к обращению за поддержкой к сверстникам и членам семьи, педагогам, школьным психологам в ситуациях, когда они становятся жертвами издевательств [29]. Это оказывает значительное буферное воздействие на предупреждение формирования симптомов психической патологии, в частности, депрессивных симптомов и суицидального риска [63].

Программы профилактики кибертравли должны включать составляющие, направленные на повышение информированности общественности о состоянии этой проблемы и последствиях, сказывающихся на психическом здоровье жертв травли. Случайные наблюдатели (в качестве которых может оказаться абсолютно любой)

травляющий кибербуллинга [29]. Американские исследователи examined 205 adolescents aged 12-20 who were in-patients of the teenage psychiatric hospital in Massachusetts city hospital, USA. Significant correlations of the problematic use of the Internet with the female sex, sexting, cyberbullying, and suicidal manifestations over the past year have been identified [3]. Adolescents with aggressive and psychological developmental disorders had significantly higher rates of problematic use of the Internet.

Early third-party intervention to stop bullying attacks is the only working way to resolve the situation. The development of systemic prevention programs that consider the nature, age, psychological and socio-cultural characteristics; raising public awareness (educators, psychologists, doctors); building competencies in the use of media for children and adolescents (scheduled monitoring of computer use, setting up info filters, mastering privacy settings, etc.), increasing the level of confidence in the teenager-significant adult relationship should be also considered as effective measures to prevent cyberbullying.

The systematization of international experience in conducting events (successes and failures) to fight bullying / cyberbullying at the school level is being carried out [22, 62]. A 25 year meta-analysis of 44 school interventions in Europe, Australia, America, and South Africa described that some intervention programs reduced harassment by 20–23% and victimization by 17–20% [62]. The key components of such programs were the organization of parent-teacher meetings and parental education, consistent disciplinary methods, adherence to class rules, organization of school conferences and qualified classroom management on the part of teachers. Even for college students, family still is a key protective factor against cyberbullying [5]. Pupils and students should be encouraged to seek support from peers and family members, teachers, school psychologists in situations where they become victims of bullying [29]. This has a significant buffering effect on the prevention of the formation of symptoms of mental pathology, in particular, depressive symptoms and suicidal risk [63].

Cyberbullying prevention programs should include components aimed at raising public awareness about the state of this problem and the consequences that affect mental health of victims of bullying. Random ob-

могут смягчить эмоциональный и психический вред здоровью жертв после кибербуллинга [64]. В контексте предупреждения суицидального поведения одной из задач является подготовка учителей и родителей по вопросам информирования о возможностях выявления субдепрессивной и депрессивной симптоматики у подростков (определение аффективных симптомов, изменений в поведении, особенностей межличностного взаимодействия).

Подчеркивается необходимость создания онлайн-профилактических и поддерживающих сервисов, сотрудничающих с социальными сетями, легко доступных и охватывающих широкую целевую группу населения, включая подростков и молодёжь. Основные задачи таких сервисов – это дестигматизация, поощрение к обращению за помощью в специализированную (психиатрическую) службу и облегчение острого эмоционального или суицидального кризиса [65].

Важным направлением является поиск и определение личных ресурсов, которые облегчают совладание с киберагрессией со стороны сверстников, смягчают потенциально негативные последствия и, поэтому являются защитными [66]. Одним из таких личностных ресурсов является достаточно сформированный эмоциональный интеллект [50], который играет ключевую роль в психологической адаптации в подростковом возрасте [67, 68]. Помимо эмоционального интеллекта, значимым «буферным» фактором является социальная поддержка (в школьной и общественной среде) [5, 69]. Высокий уровень развития эмоционального интеллекта определяет использование адаптивных стратегий совладания, меньшее количество проблем интернализации [67], коррелирует с низким уровнем суицидального риска и оптимальной самооценкой; поэтому его формирование является потенциальной целью для превентивной психологической работы со школьниками, направленной на профилактику кибертравмы и/или ослабление тяжести её последствий [50].

В контексте поиска защитных факторов для уменьшения или даже предотвращения пагубного воздействия буллинга и кибербуллинга на психическое здоровье подростков описана роль прощения [70]. Прощение является одним из индивидуальных подходов к работе с негативными эмоциями, возникающими на фоне проблем межличностного взаимодействия, и связано с меньшей эмоциональной болью, испытываемой в ответ на различные случаи агрессии [71, 72]. Изучение выборки из 1044 подростков (обследованных с помощью специальных шкал на выявление принадлежности к травле в целом и кибербуллингу в частности, шкал суицидального риска и определение уровня удовлетворённости жизнью и уровня прощения) показало, что защитным фактором

servers (who can be absolutely anyone) can mitigate the emotional and mental harm to the health of victims after cyberbullying [64]. In the context of the prevention of suicidal behavior, one of the tasks is to train teachers and parents on how to identify subdepressive and depressive symptoms in adolescents (determining affective symptoms, changes in behavior, characteristics of interpersonal interaction).

The authors also emphasize the necessity of creating online preventive and supportive services that can collaborate with social networks, are easily accessible and cover a wide target group of the population, including adolescents and youth. The main objectives of such services are destigmatization, encouragement to seek help in a specialized (psychiatric) service, and alleviation of acute emotional or suicidal crisis [65].

An important area is the search and determination of personal resources that facilitate peer coping with cyber aggression, mitigate potentially negative consequences and are therefore protective [66]. One of such personal resources is a rather well-formed emotional intellect [50], which plays a key role in psychological adaptation in adolescence [67, 68]. In addition to emotional intelligence, a significant “buffer” factor is social support (in the school and public circles) [5, 69]. The high level of development of emotional intelligence determines the use of adaptive coping strategies, fewer internalization problems [67], correlates with a low level of suicidal risk and optimal self-esteem; therefore, its formation is a potential goal for preventive psychological work with schoolchildren, aimed at preventing cyber-torts and / or mitigating the severity of its consequences [50].

In the context of the search for protective factors to reduce or even prevent the harmful effects of bullying and cyberbullying on the mental health of adolescents, the role of forgiveness is described [70]. Forgiveness is one of the individual approaches to work with negative emotions arising from the background of interpersonal interaction problems, and is associated with less emotional pain experienced in response to various cases of aggression [71, 72]. A study of a sample of 1,044 adolescents (examined using special scales for identifying bullying in general and cyberbullying in particular, suicidal risk scales and determining the level of satisfaction with life and the level of forgiveness) showed that the protective factor

против пагубных последствий обеих форм издевательств является прощение. В целом, подростки с высоким уровнем прощения сообщали о значительно более высоком уровне удовлетворенности жизнью по сравнению с теми, у кого низкий уровень прощения; подростки, подвергшиеся буллингу, продемонстрировали более высокий уровень прощения и более низкий уровень суицидального риска в сравнении с группой, подвергшейся кибербуллингу [70].

Заключение.

Основная масса научных исследований явления кибербуллинга осуществляется в западных и азиатских странах, с использованием как качественных, так и количественных подходов; в то время как исследования по кибертравле в Российских регионах являются немногочисленными и, как правило, проведёнными на небольших выборках. Они касаются, в основном, описания самого явления, факторов риска его возникновения и попыток анализа распространённости. При этом отсутствуют системные разработки психологической помощи и тактики поведения разных участников (жертвы, сверстники, взрослые – родители, педагоги) для оптимального разрешения ситуации травли и профилактики / коррекции проблем психического здоровья.

Одной из актуальных проблем, на наш взгляд, является низкая информированность о проблеме и неготовность большей части школьных учителей и родителей подростков вовремя выявлять и адекватно реагировать на возникающую ситуацию травли, что соответственно, лишает жертву своевременной помощи, в ситуацию вовлекается большее число людей, утяжеляются последствия травли, включая последствия для психического здоровья. К числу самых значимых из них относится суицидальное поведение. В анализе причин, приводящих к суицидальным попыткам, кибербуллинг не всегда является «лежащей на поверхности», в виду низкой осведомлённости и информированности взрослых, порой принимающих подобные ситуации как «незначительные» и «несерьёзные». Можно предположить, что роль буллинга как основной причины суицидальных действий, особенно в случае гибели подростков, нередко не распознаётся и остаётся «за кадром».

Последствия кибербуллинга (аспекты влияния на психическое здоровье) остаются не полностью изученными, вероятно, из-за относительно недавнего появления данного феномена и отсутствия масштабных лонгитудинальных исследований; их определение и поиск защитных факторов (личностных, средовых) является, одной из перспектив данного научного направления. Ещё одним направлением для дальнейшей работы и исследований должно являться создание скрининговых анкет / опросников для выявления особенностей использования

against the harmful effects of both forms of bullying is forgiveness. In general, adolescents with a high level of forgiveness reported a significantly higher level of life satisfaction compared to those with a low level of forgiveness; adolescents that were bullied showed a higher level of forgiveness and lower suicidal risk compared to the group that were cyberbullied [70].

Conclusion

Most scientific research on the cyberbullying phenomenon is carried out in Western and Asian countries, using both qualitative and quantitative approaches; while cyberbullying studies in Russian regions are scarce and, as a rule, carried out in small samples. They relate mainly to the description of the phenomenon itself, risk factors for its occurrence, and attempts to analyze its prevalence. At the same time, there are no systematic developments of psychological assistance and behavior tactics for different participants (victims, peers, adults – parents, pedagogues) for optimal resolution of the situation of bullying and prevention / correction of mental health problems.

One of the urgent problems, in our opinion, is the low awareness of the problem and the unwillingness of a large part of school teachers and parents of adolescents to timely identify and adequately respond to the situation of bullying, which, in its turn, deprives the victim of timely assistance, gets more people involved in the situation, aggravates the consequences of bullying, including mental health problems. Onset of suicidal behavior is among the most significant of such consequences. In the analysis of the reasons leading to suicidal attempts, cyberbullying is not always obvious due to the low awareness and knowledge of adults who can sometimes see such situations as “insignificant” and “not serious”. It can be assumed that the role of bullying as the main cause of suicidal actions, especially in the case of the death of adolescents, is often not recognized and remains “behind the scenes”.

The consequences of cyberbullying (aspects of the impact on mental health) remain incompletely studied, probably due to the relatively recent occurrence of this phenomenon and the lack of large-scale longitudinal studies; their definition and the search for protective factors (personal, environmental) is one of the prospects of this scientific direction. Another direction for further work and research should be the creation of screening questionnaires to identify the fea-

Интернета, сочетающих прямые и косвенные вопросы и учитывающих деликатный характер обсуждаемой темы и специфику эмоциональной сферы подростков. Для контингентов групп риска (например, подростков с ограниченными возможностями здоровья) такие опросники могут быть адаптированными с учётом их интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих особенностей.

tures of using the Internet, combining direct and indirect questions and taking into account the delicate nature of the topic discussed and the specifics of the emotional sphere of adolescents. For contingents of risk groups (for example, adolescents with disabilities), such questionnaires can be adapted considering their intellectual, emotional and behavioral characteristics.

Литература / References:

- Calpbini P., Tas Arslan F. Virtual behaviors affecting *adolescent mental health*: The usage of Internet and mobile phone and cyberbullying. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2019; 32 (3): 139-148. DOI: 10.1111/jcap.12244
- Tokunaga R.S. Following you home from school: a critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Comp. Hum. Behav.* 2010; 26: 277-287. DOI: 10.1016/j.chb.2009.11.014
- Gansner M., Belfort E., Cook B. et al. Problematic Internet use and associated high-risk behavior in an adolescent clinical sample: results from a survey of psychiatrically hospitalized youth. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2019; 22 (5): 349-354. DOI: 10.1089/cyber.2018.0329
- Palermi A.L., Servidio R., Bartolo M.G., Costabile A. Cyberbullying and self-esteem: an Italian study. *Comp. Hum. Behav.* 2017; 69: 136-141. DOI: 10.1016/j.chb.2016.12.026
- Myers C.A., Cowie H. Cyberbullying across the Lifespan of Education: Issues and Interventions from School to University. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 4; 16 (7). pii: E1217. DOI: 10.3390/ijerph16071217
- Wang C.W., Musumari P.M., Techasrivichien T. et al. «I felt angry, but I couldn't do anything about it»: a qualitative study of cyberbullying among Taiwanese high school students. *BMC Public Health.* 2019; 19 (1): 654. DOI: 10.1186/s12889-019-7005-9
- Бенгина Е.А., Гришаева С.А. Кибербуллинг как новая форма угрозы психологическому здоровью личности подростка. *Вестник университета.* 2018; 2: 153-157. [Bengina E., Grishaeva S. Cyberbullying as a new form of danger of the psychological health of a teenager's personality. *University Herald.* 2018; 2: 153-157.] (In Russ)
- Baiden P., Graaf G., Zaami M. et al. Examining the association between prescription opioid misuse and suicidal behaviors among adolescent high school students in the United States. *J Psychiatr Res.* 2019; 112: 44-51. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.02.018
- Chu X.W., Fan C.Y., Lian S.L., Zhou Z.K. Does bullying victimization really influence adolescents' psychosocial problems? A three-wave longitudinal study in China. *J Affect Disord.* 2019; 1 (246): 603-610. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.103
- Englander E., Donnerstein E., Kowalski R. et al. Defining cyberbullying. *Pediatrics.* 2017; 140 (2): 148-151.
- Vaillancourt T., Faris R., Mishna F. Cyberbullying in children and youth: implications for health and clinical practice. *Can J Psychiatry.* 2017; 62 (6): 368-373. DOI: 10.1177/0706743716684791
- Sigurdson J.F., Undheim A.M., Wallander J.L. et al. The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2015; 9: 42. DOI: 10.1186/s13034-015-0075-2
- Carvalho M., Branquinho C., Gaspar de Matos M. Emotional symptoms and risk behaviors in adolescents: relationships with cyberbullying and implications on well-being. *Violence Vict.* 2018; 33 (5): 871-885. DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-16-00204
- Ybarra M.L., Mitchell J.K. Online aggressor/targets, aggressors and targets: a comparison of associated youth characteristics. *J Child Psychol. Psychiatry* 2004; 45: 1308-1316. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00328.x
- Fahy A.E., Stansfeld S.A., Smuk M. et al. Longitudinal associations between cyberbullying involvement and adolescent mental health. *J Adolesc Health.* 2016; 59 (5): 502-509. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.006
- Mishna F., Cook C., Saini M. et al. Interventions to prevent and reduce cyber abuse of youth: a systematic review. *Res. Soc. Work. Pract.* 2011; 21: 5-14. DOI: 10.1177/1049731509351988
- Przybylski A.K., Bowes L. Cyberbullying and adolescent well-being in England: a population-based cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2017; 1 (1): 19-26. DOI: 10.1016/S2352-4642(17)30011-1
- Juvonen J., Gross E. F. Extending the school grounds? Bullying experiences in cyberspace. *J. Sch. Health.* 2008; 78: 496-505. DOI: 10.1111/j.1746-1561.2008.00335.x
- Gassy A.M., Klettke B., Agustina J.R., Montiel I. Sexting, mental health and victimization among adolescents: a literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16. 13. pii: E2364. DOI: 10.3390/ijerph16132364
- Baumeister R. F., Leary M. R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol. Bull.* 1995; 117: 497-529. DOI: 10.1037/0033-2909.117.3.497
- Mishna F., Cook C., Gadalla T. et al. Cyber bullying behaviors among middle and high school students. *Am J Orthopsychiatry.* 2010; 80: 362-374
- Smith P. K., Mahdavi J., Carvalho M. et al. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2008; 49: 376-385. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x
- Nixon C.L. Current perspectives: the impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolesc Health Med Ther.* 2014; 5: 143-158. DOI: 10.2147/AHMT.S36456
- Волкова Е.Н., Волкова И.В. Кибербуллинг как способ социального реагирования подростков на ситуацию буллинга. *Вестник Минского университета.* 2017; 3. DOI: 10.26795/2307-1281-2017-3-17 [Volkova E., Volkova I. Cyberbullying as a method of social addressing teenagers on the bullying situation. *Vestnik of Minin University.* 2017; 3.] (In Russ)
- Бочавер А.А., Хломов К.Д. Кибербуллинг: травля в пространстве современных технологий. *Психология. Журнал Высшей школы экономики.* 2014; 11 (3): 177-191. [Bochaver A., Khlomov K. Cyberbullying: harassment in the space of modern technologies. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics.* 2014; 11 (3): 177-191.] (In Russ)
- Bottino S.M., Bottino C.M., Regina C.G. et al. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad Saude Publica.* 2015; 31 (3): 463-475.
- Schultze-Krumbholz A., Gobel K., Scheithauer H. et al. A comparison of classification approaches for cyberbullying and traditional bullying using data from six European countries. *J. Sch. Violence.* 2015; 14: 47-65. DOI: 10.1080/15388220.2014.961067
- Slonje R., Smith P.K. Cyberbullying: another main type of bullying? *Scand J Psychol.* 2008; 49: 147-154.
- Sampasa-Kanyinga H., Roumeliotis P., Xu H. Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian schoolchildren. *PLoS One.* 2014; 9 (7): e102145. DOI: 10.1371/journal.pone.0102145
- Myers C.-A., Cowie H. Bullying at university: the social and legal contexts of cyberbullying among university students. *J. Cross-Cult. Psychol.* 2017; 48: 1172-1182. DOI: 10.1177/0022022116684208

31. Dooley J.J., Pyzalski J., Cross D. Cyberbullying versus face-to-face bullying: a theoretical and conceptual. *Journal of Psychology*. 2009; 217: 182–188.
32. Colliety P., Royal C., Cowie H. The unique role of the school nurse in the holistic care of the bully. *Br. J. Sch. Nurs.* 2016; 11: 443–449. DOI: 10.12968/bjns.2016.11.9.443
33. Egan S.K., Perry D.G. Does low self-regard invite victimization? *Dev. Psychol.* 1998; 34: 299–309. DOI: 10.1037/0012-1649.34.2.299
34. Cénat J.M., Hébert M., Blais M. et al. Cyberbullying, psychological distress and self-esteem among youth in Quebec schools. *J. Affect. Disord.* 2014; 169: 7–9. DOI: 10.1016/j.jad.2014.07.019
35. Hay C., Meldrum R. Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. *J. Youth Adolesc.* 2010; 39 (5): 446–459. DOI: 10.1007/s10964-009-9502-0
36. Modecki K.L., Barber B.L., Vernon L. Mapping developmental precursors of cyber-aggression: trajectories of risk predict perpetration and victimization. *J. Youth Adolesc.* 2013; 42 (5): 651–661.
37. Gonzalez-Cabrera J., Leyn-Mejna A., Beranuy M. et al. Relationship between cyberbullying and health-related quality of life in a sample of children and adolescents. *Qual of Life Res.* 2018; 27 (10): 2609–2618. DOI: 10.1007/s11136-018-1901-9
38. John A., Glendenning A.C., Marchant A. et al. Self-Harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *J. Med Internet Res.* 2018; 19 (4): e129. DOI: 10.2196/jmir.9044
39. Fridh M., Lindstrum M., Rosvall M. Associations between self-injury and involvement in cyberbullying among mentally distressed adolescents in Scania, Sweden. *Scand J Public Health.* 2019; 47 (2): 190–198. DOI: 10.1177/1403494818779321
40. Schenk A.M., Fremouw W.J. Prevalence, psychological impact, and coping of cyberbully victims among college students. *J. Sch. Violence.* 2012; 11: 21–37. DOI: 10.1080/15388220.2011.630310
41. Sampasa-Kanyinga H., Chaput J.P., Hamilton H.A., Colman I. Bullying involvement, psychological distress, and short sleep duration among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018; 53 (12): 1371–1380. DOI: 10.1007/s00127-018-1590-2
42. Takizawa R., Maughan B., Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am. J. Psychiatr.* 2014; 171: 777–784. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13101401
43. van Geel M., Vedder P., Taniol J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2014; 168: 435–442. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.4143
44. Sampasa-Kanyinga H., Lalande K., Colman I. Cyberbullying victimisation and internalising and externalising problems among adolescents: the moderating role of parent-child relationship and child's sex. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018; 13: 1–10. DOI: 10.1017/S2045796018000653
45. Agnew R. Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology.* 1992; 30: 47–87.
46. Patchin J.W., Hinduja S. Traditional and nontraditional bullying among youth: A test of general strain theory. *Youth and Society.* 2011; 43: 727–751.
47. Wallace L.H., Patchin J.W., May D.J. Reactions of victimized youth: strain as an explanation of school delinquency. *Western Criminology Review.* 2005; 6: 104–116.
48. Litwiller B.J., Brausch A.M. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *J Youth Adolesc.* 2013; 42 (5): 675–684.
49. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch. Suicide Res.* 2010; 14: 206–221. DOI: 10.1080/13811118.2010.494133
50. Extremera N., Quintana-Orts C., Múrida-López S., Rey L. Cyberbullying victimization, self-esteem and suicidal ideation in adolescence: does emotional intelligence play a buffering role? *Front Psychol.* 2018; 22 (9): 367. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00367
51. Raskauskas J., Stoltz A.D. Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Dev Psychol.* 2007; 43 (3): 564–575.
52. Kim S., Kimber M., Boyle M.H., Georgiades K. *Can J Psychiatry.* 2019 Feb; 64 (2): 126–135. DOI: 10.1177/0706743718777397
53. Monks C.P., Smith P.K., Naylor P. et al. Bullying in different contexts: commonalities, differences and the role of theory. *Aggress. Violent Behav.* 2009; 14: 146–156. DOI: 10.1016/j.avb.2009.01.004
54. Ak S., Özdemir Y., Kuzucu Y. Cyber victimization and cyber bullying: the mediating role of anger, don't anger me! *Computers in Human Behavior.* 2015; 49: 437–443. DOI: 10.1016/j.chb.2015.03.030
55. Elipe P., Mora-Merchan J.A., Ortega-Ruiz R., Casas J.A. Perceived emotional intelligence as a moderator variable between cybervictimization and its emotional impact. *Front. Psychol.* 2015; 6: 486. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00486
56. Tsaousis I. The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: a meta-analytic review. *Aggress. Violent Behav.* 2016; 37: 186–199. DOI: 10.1016/j.avb.2016.09.005
57. Wiguna T., Irawati I. R., Sekartini R. et al. The gender discrepancy in high-risk behavior outcomes in adolescents who have experienced cyberbullying in Indonesia. *Asian J Psychiatry.* 2018; 37: 130–135. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.08.021
58. Craig W., Harel-Fisch Y., Fogel-Grinvald H. et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int. J. Public Health.* 2009; 54: 216–224. DOI: 10.1007/s00038-009-5413-9
59. Zych I., Ortega-Ruiz R., Del Rey R. Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggress. Violent Behav.* 2015; 23: 1–21. DOI: 10.1016/j.avb.2015.10.001
60. Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника. *Консультативная психология и психотерапия.* 2018; 26 (3): 56–79. DOI: 10.17759/cpp.2018260304 [Gerasimova A.A., Kholmogorova A.B. The Generalized Problematic Internet Use Scale 3 Modified Version: Approbation and Validation on the Russian Sample. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2018; 26 (3): 56–79. DOI: 10.17759/cpp.2018260304]. (In Russ)
61. Кибитов А.О., Трусова А.В., Егоров А.Ю. Интернет-зависимость: клинические, биологические, генетические и психологические аспекты. *Вопросы наркологии.* 2019; 2 (173): 22–47. [Kibitov A.O., Trusova A.V., Egorov A.Y. Internet addiction: clinical, biological, genetic and psychological aspects. *Addiction issues.* 2019; 2 (173): 22–47.] (In Russ)
62. Tfofi M.M., Farrington, D.P. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of experimental criminology.* 2011; 7 (1): 27–56. <http://dx.doi.org/10.1007/s11292-010-9109-1>
63. Machmutowa K., Perrena S., Sticca F., Alsaker F.D. Peer victimisation and depressive symptoms: can specific coping strategies buffer the negative impact of cybervictimisation? *Emotional and Behavioural Difficulties* 2012; 17: 403–420.
64. DeSmet A., De Bourdeaudhuij I., Walrave M., Vandebosch H. Associations Between Bystander Reactions to Cyberbullying and Victims' Emotional Experiences and Mental Health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2019; 22 (10): 648–656. DOI: 10.1089/cyber.2019.0031
65. Остроушко А.В., Букалеров А.А. Противодействие кибербуллингу детей в Великобритании и России. *Вестник всероссийского института повышения квалификации сотрудников министерства внутренних дел Российской Федерации.* 2018; 3 (47): 144–150. [Ostroushko A.V., Bukalero A.A. Anticyberbullying of children in the UK and Russia. *Bulletin of the Russian Institute for advanced training of employees of the Ministry of internal Affairs of the Russian Federation.* 2018; 3 (47): 144–150.] (In Russ)
66. Chen L., Ho S.S., Lwin M.O. A meta-analysis of factors predicting cyberbullying perpetration and victimization: from the social cognitive and media effects approach. *New Media Soc.* 2017; 19: 1194–1213. DOI: 10.1177/1461444816634037
67. Baroncelli A., Ciucci E. Unique effects of different components of trait emotional intelligence in traditional bullying and cyberbullying. *J. Adolesc.* 2014; 37: 807–815. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.009

68. Resurreccijn D.M., Salguero J. M., Fernández-Berroc P. Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: a systematic review. *J. Adolesc.* 2014; 37: 461–472. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.03.012
69. Jenaro C., Flores N., Frnas C.P. Systematic review of empirical studies on cyberbullying in adults: What we know and what we should investigate. *Aggress. Violent Behav.* 2018; 38: 113–122. DOI: 10.1016/j.avb.2017.12.003
70. Quintana-Orts C., Rey L. Traditional Bullying, cyberbullying and mental health in early adolescents: forgiveness as a protective factor of peer victimisation. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15 (11). pii: E2389. DOI: 10.3390/ijerph15112389
71. Egan L.A., Todorov N. Forgiveness as a coping strategy to allow school students to deal with the effects of being bullied: theoretical and empirical discussion. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2009; 28: 198–222. DOI: 10.1521/jsep.2009.28.2.198
72. Toussaint L.L., Worthington E.L.J., Williams D.R. In: Forgiveness and health. Toussaint L., Worthington E., Williams D.R., Toussaint L., editors. Springer; Dordrecht, The Netherlands: 2015.

CYBERBULLYING AND SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

I.S. Karaush, I.E. Kupriyanova,
A.A. Kuznetsova

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center,
Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; anir7@yandex.ru

Abstract:

The review is focused on a phenomenon wide-spread among adolescents and youths – cyberbullying that is defined as "an aggressive, deliberate action performed by an individual or a group using electronic forms of contact, repeatedly and over time against a victim who cannot easily defend himself." The situation of bullying in the Internet realm is associated with a wide range of mental health and behavior problems in adolescents – depression, anxiety, low self-esteem, increased risk of substance use, and the formation of suicidal behavior. The review gives a description of the forms and specifics of this phenomenon, the characteristics of motivation and the psychological characteristics of "aggressors" and "victims". There was a difference in the response of both sexes to the situation of cyberbullying: boys are more prone to externalization, they are more likely to use alcohol and drugs and get engaged into risky behavior. Teenage girls who are cyberbullied are more prone to internalization, show a large number and variety of emotional manifestations and a greater level of psychological maladaptation compared to boys, the risk of suicidal thoughts and attempts is higher. The data available in the literature indicate that victims of cyberbullying significantly have increased frequency of various manifestations of suicidal behavior – thoughts, plans, attempts, compared to the teenagers not involved in the bullying. Victims of cyberbullying are twice as likely to commit suicide, while experiencing a feeling of "absolute hopelessness", the frequency of occurrence of suicidal thoughts and plans is estimated at an average of "2-4 times higher". This trend is more relevant for teenage girls rather than boys. A lot of scientific research on cyberbullying is carried out abroad, while in Russia there are few studies, no systematic developments of psychological assistance and behavioral tactics for different participants (victims, peers, adults – parents, teachers) for optimal resolution of bullying situations, prevention and correction of mental health problems. In this aspect, one of the most significant issues is the assessment of the relationship between cyberbullying and suicidal behavior. In the analysis of the reasons leading to suicidal attempts, cyberbullying is not always obvious due to lack of knowledge and awareness of adults who sometimes see such situations as "insignificant" and "not serious". It can be assumed that the role of bullying as the main cause of suicidal actions, especially in the case of the death of adolescents, is often not recognized and remains "behind the scenes".

Keywords: cyberbullying, adolescents, suicidal behavior, suicidal attempts, depression.

Вклад авторов:

I.S. Karaush: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;
I.E. Kupriyanova: анализ данных литературы, написание текста рукописи, article editing;
A.A. Кузнецова: сбор и анализ данных литературы, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

I.S. Karaush: developing the research design, article writing; article editing;
I.E. Kupriyanova: article writing, reviewing relevant publications, article editing;
A.A. Kuznetsova: reviewing relevant publications, article writing.

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: 23.09.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 02.02.2020.

Для цитирования: Карауш И.С., Куприянова И.Е., Кузнецова А.А. Кибербуллинг и суицидальное поведение подростков. *Суицидология.* 2020; 11 (1): 117-129. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-117-129

For citation: Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Kuznetsova A.A. Cyberbullying and suicidal behavior of adolescents. *Suicidology.* 2020; 11 (1): 117-129. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-117-129

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

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

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

SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS WITH MENTAL RETARDATION: REVIEW OF LITERATURE

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

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia
Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Информация об авторах:

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; Researcher ID: AAL-5477-2020; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-63-81, электронный адрес: filonenko56@mail.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

Филоненко Вера Александровна – главный научный сотрудник (SPIN-код: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Место работы и должность: отдел международного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (903)063-36-06, электронный адрес: filvee@mail.ru

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

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671; Researcher ID: AAL-4537-2020). 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, доцент (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

Contact Information:

Filonenko Aleksandr Valentinovich – PhD (SPIN-code: 8545-8680; Researcher ID: AAL-5477-2020; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Republican Children's Clinical Hospital. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15. Tel.: +7 (905) 197-63-81, e-mail: filonenko56@mail.ru

Golenkov Andrei Vasilievich – 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 Psychiatics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Tel.: +7 (905) 197-35-25, e-mail: golenkovav@inbox.ru

Filonenko Vera Aleksandrovna – Head of the International education Office (SPIN-code: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Place of work and position: International Affairs Department, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15, Russia. Tel.: +7 (903) 063-36-06, e-mail: filvee@mail.ru

Orlov Fedor Vitalievich – 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 Psychiatics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University, Republican Psychiatric Hospital. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Tel.: +7 (903) 358-01-06, e-mail: orlovf@yandex.ru

Deomidov Evgeni Sergeevich – 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 Psychiatics, Medical Psychology

and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Tel.: +7 (927) 845-99-97, e-mail: neurokaf@yandex.ru

Bulygina Irina Evgenyevna – PhD (SPIN-код: 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, Russia. Tel.: +7 (905) 343-20-54, e-mail: ibuligina@rambler.ru

Суицидальное поведение (СП), к которому относятся мысли, высказывания, приготовление самоубийства (СУ) и попытки лишения себя жизни, у больных с умственной отсталостью (УО) недостаточно изучено и описано в научной литературе. Большинство специалистов считают, что распространённость суицидальной активности среди больных с УО ниже (38,7 на 100000 населения), чем среди других больных с психическими расстройствами (ПР) (126,7-310,5) и здоровыми людьми (52,3). Однако, возможно, это связано с малым вниманием к исследованиям СП, трудностями сбора такой информации среди умственно отсталых (отсутствие диагностических инструментов по СП для людей с низким интеллектуальным коэффициентом и снижением их коммуникативных навыков). Другие учёные, напротив, высказываются о более высокой суицидальной активности среди них за счёт социальной дезадаптированности, отсутствия навыков решения психологических проблем, наличия антивитальных переживаний и импульсивности поступков. Установлено, что частота СП обратно пропорциональна степени УО, но даже при умеренных и тяжелых нарушениях умственного развития (болезни Дауна) описаны случаи суицидальной активности. У многих суицидентов с умственной отсталостью отсутствуют чёткие границы между суицидом и парасуицидом, аутодеструктивным поведением. Из способов СУ преобладают «пассивные» (потенциально менее смертельные): отравления (около 30%), с использованием режущих предметов (около 30%), опасное самоповреждающее поведение. Среди причин СП среди УО чаще всего обсуждаются семейные факторы, стрессы (кризисные состояния), эпизоды насилия (вербального, физического и сексуального), отсутствие социальной поддержки, одиночество. При этом коморбидные ПР (в 4-11 раз чаще) являются одним из главных факторов СП, особенно психозы, депрессивные, личностные и тревожные расстройства, нарушения сна, употребление психоактивных веществ в сочетании с УО. Эпилепсия (судорожный синдром) встречается у больных с УО намного чаще (12,4-22,2%), чем среди населения в целом. Такая коморбидность также сопровождается повышенной смертностью от СУ. СП среди умственно отсталых детей и подростков остаётся недооцененной проблемой, а нарушения интеллектуальных способностей и малолетний возраст расценивается в ряде случаев как (когнитивная) преграда («антисуицидальный барьер») к совершению самоубийств. Однако более высокий в несколько раз (2-4 раза) уровень смертности матерей таких интеллектуально неполноценных детей может быть пусковым фактором к совершению СП среди УО. Места заключения, в которых содержится относительно высокая доля УО, способствуют различным проявлениям СП среди этих больных. Вопросы диагностики, профилактики и помощи УО больным с СП в настоящее время только разрабатываются. Лечение включает образовательные, поведенческие (психологические) и психофармакотерапевтические вмешательства, психотерапевтические техники адаптируются. С целью профилактики СП предлагается уделять в первую очередь внимание пациентам с расстройствами интеллектуального развития из группы высокого риска.

Ключевые слова: суицидальное поведение, умственная отсталость (интеллектуальная инвалидность, неспособность к обучению; «расстройства интеллектуального развития»)

Умственная отсталость (УО) – врождённое или приобретённое (в первые три года жизни) расстройство интеллектуального развития (интеллектуальная инвалидность, неспособность к обучению). УО классифицируется по степеням тяжести, объективизируется количественно, по так называемому интеллектуальному коэффициенту (IQ), на основе стандартизованных вербальных и невербальных психометрических тестов. Согласно МКБ-10, выделяют четыре степени УО: лёгкую (IQ=50-69), умеренную (IQ=35-49), выраженную (тяжелую) (IQ=34-20) и глубокую (IQ<20). УО страдает 1-3% населения, мужчины болеют в 1,5 раза чаще, чем женщины [1]. Признано, что данный интеллектуальный дефект сопровождается различными функциональными ограничениями в повседневной жизни, являются предиктором самоубийства (СУ), а сопутствующие психические расстройства (ПР) увеличивают его риск [2].

Предполагалось, что нарушение интеллектуальных

Mental retardation (MR) is a innate or acquired (in the first three years of life) disorder of intellectual development (intellectual disability, learning disability). MR is classified according to degrees of severity, quantitatively objectified, according to the so-called intellectual quotient (IQ), based on standardized verbal and non-verbal psychometric tests. According to ICD-10, four degrees of MR are distinguished: mild (IQ = 50-69), moderate (IQ = 35-49), severe (IQ = 34-20) and deep (IQ <20). 1-3% of the population suffer from MR, men get sick 1.5 times more often than women [1]. It is recognized that this intellectual defect is accompanied by various functional limitations in everyday life, is a predictor of suicide, and concomitant mental disorders (MD) increase its risk [2].

It was assumed that a violation of intellectual abilities could serve as a “buffer sui-

способностей может служить «буфером СУ» среди людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, нарушениями развития или УО. Это связано с отсутствием понимания концепции, планирования и осуществления суицида. Проведённые исследования J. Merrick и соавт. [3] показали, что проявления суицидального поведения (СП) у больных с УО мало чем отличаются от других групп суицидентов.

Y. Kaminer и соавт. [4] считают, что СП у УО необоснованно игнорируется. Обсуждается концепция суицидального потенциала в свете когнитивного дефицита людей с УО. По мнению S. Wark и соавт. [5], лица с интеллектуальной инвалидностью имеют более высокую вероятность подверженности выявленным факторам риска СП по сравнению с общим сообществом, способны формировать намерение совершить самоубийство и действовать в соответствии с ними. Однако, несмотря на работы авторитетных учёных, в которых излагаются эти опасения, по-прежнему, не хватает исследований, в которых изучается СП (СУ) среди лиц этой категории. К сожалению, пока встречаются единичные систематизированные обзоры, в которых анализируются суицидальная активность людей с ограниченными умственными способностями. Получены лишь предварительные данные, требующие уточнений и проверки [6]. Лица с УО должны стать целевой группой для будущих усилий по предотвращению СП. Необходимы дополнительные исследования, чтобы лучше понять факторы риска и предупреждения (ограничения) СП в этой группе населения [7].

Распространённость СП при УО.

В одной из первых работ на эту тему был рассчитан стандартизированный коэффициент смертности от СУ среди больных с УО в Финляндии [8]. Оказалось, что женщины с УО имели равный риск СУ с психически здоровыми женщинами в целом, в то время как мужчины с УО – только одну треть риска среди населения. Уровень самоубийств составил 16,2 на 100 тыс. населения [3]. Факторы риска СП среди УО были такими же, как и в общей популяции. Большинство самоубийц имели лёгкую степень УО, а кто совершил попытки СУ были госпитализированы в психиатрический стационар с сопутствующими психическими расстройствами. Способы СУ, как правило, являлись «пассивными» («относительно несмертельными»), а алкоголь был задействован только в одном случае, что существенно отличается от населения в целом [8]. По наблюдениям B.J. Kemp и соавт. [9], способы СУ связаны с личными возможностями и включают в себя весь спектр СП: повешение, использование огнестрельного оружия, отравление, прыжки с высоты, столкновение с движущимся транспортом, утопление, нанесение удара и избиения. В другой статье по дан-

«icide» among people with intellectual disabilities, developmental disabilities or MR. This is a result of a lack of understanding of the concept, planning and implementation of suicide. Research conducted by J. Merrick et al. [3] showed that the manifestations of suicidal behavior (SB) in patients with MR are not much different from other groups of suicides.

Y. Kaminer et al. [4] consider that the SB of the MR are unreasonably ignored. The concept of suicidal potential is discussed in the light of the cognitive deficit of people with MR. According to S. Wark et al. [5], persons with intellectual disabilities are more likely to be exposed to identified risk factors for SB than the general community, are able to shape the intention to commit suicide and act in accordance with them. However, despite the work of reputable scientists that set forth these concerns, there are still not enough studies that study SB (suicide) among people in this category. Unfortunately, so far there have been single, systematic reviews that analyze the suicidal activity of people with intellectual disabilities. Only preliminary data are obtained that require refinement and verification [6]. Persons with MR should be the target group for future efforts to prevent SB. Additional studies are needed to better understand the risk factors and warnings (limitations) of SB in this group [7].

The prevalence of SB in MR. In one of the first works on this topic, a standardized mortality rate from suicide among patients with MR in Finland was calculated [8]. It turned out that women with MR had equal suicide risk like mentally healthy women in general population, while men with MR had only one third of risk compared to men in general population. The suicide rate was 16.2 per 100 thousand people [3]. The risk factors for SB among people with MR were the same as in the general population. Most suicide attempters had a mild degree of MR, and those who attempted suicide were hospitalized in a psychiatric hospital with concomitant mental disorders. Suicide methods, as a rule, were “passive” (“relatively non-fatal”), and alcohol was involved in one case only, which significantly differs from the general population [8]. According to B.J. Kemp et al. [9], suicide methods are associated with personal capabilities and include the whole range of SBs: hanging, using firearms, poisoning, jumping from a height, collision with moving vehicles, drowning, striking and beating. In another article, according to a survey of service personnel of patients with MR, nine cases of SB of patients

ным опроса обслуживающего персонала больных УО было зарегистрировано девять случаев СП больных с УО. 77% также подтвердили, что наблюдали суицидальную активность у пациентов с УО, в том числе слышали высказывания о нежелании жить от 76% больных [5].

В обзоре J. Merrick и соавт. [3] отмечаются редкие (единичные) случаи СУ среди УО лиц (в учреждениях интернатного типа в Великобритании за 50 лет), либо их отсутствие в крупном центре США в течение 60 лет и отделе социального обслуживания 25000 лиц с УО в Израиле. Исследование смертности и заболеваний пожилых людей с интеллектуальным отставанием показали 9,5 на 100 тыс. населения случаев смерти от несчастных случаев, СУ и убийств.

Значительно больше работ посвящено изучению попыток СУ среди УО. Так, структурированное интервью 98 взрослых с УО, с подтверждающей информацией от лиц, осуществляющих уход, и клинических карт, выявило треть респондентов с высказываниями, что «жизнь не стоит того, чтобы жить»; 11% сообщили о предыдущих попытках СУ. Многие из них указали на одиночество, стрессы, тревогу и депрессию, а также меньшую социальную поддержку [7]. Попытки СУ среди УО встречались у 7%, чаще среди женщин (61%) в возрасте $28,7 \pm 10,1$ года с лёгкой степенью УО. Наиболее используемыми способами СУ являлись лекарственные средства (30%) и режущие / колющие предметы (30%). 85,7% были доставлены в отделение для оказания неотложной медицинской помощи, а 30% – госпитализированы; 42,9% среди них ранее лечились у психиатров. 10% словесно угрожали совершить СУ, они были достоверно старше предыдущей группы ($37,1 \pm 12,7$ года) [10].

Суицидальные попытки среди подростков с УО также привлекают внимание учёных. Они встречаются в нескольких работах с одинаковой частотой в 20-21% [11-13].

Причинами СП являлись различные случаи физического и сексуального насилия, семейные конфликты, которые сопровождались грустью и депрессией [11]. Нарушения сна и питания, грусть, психомоторная отсталость и соматизация – все это выявлено в качестве паттернов, наблюдаемых у субъектов с суицидальными идеями [8]. В другом исследовании, проведенном S.A. Walters и соавт. [12], отмечено, что у 90 молодых людей в возрасте от 8 до 21 года с УО СП связано с семейным разладом, невосполнимой утратой и эпизодами физического и/или сексуального насилия.

Лекарственные средства, применяемые при различных сопутствующих психических расстройствах и другой соматоневрологической патологией, могут способствовать развитию СП. Так, например, клонопин

with MR were recorded. 77% also confirmed that they observed suicidal activity in patients with MR, including heard statements about unwillingness to live from 76% of patients [5].

In a review by J. Merrick et al. [3] there are rare (single) cases of suicide among mentally retarded (in boarding facilities in the UK for 50 years), or their absence in a big USA center for 60 years and the social services department for 25,000 people with MR in Israel. A study of mortality and diseases of elderly people with intellectual disabilities showed 9.5 per 100 thousand population of deaths from accidents, suicide and homicide.

Significantly more works are devoted to the study of suicide attempts among the MR. Thus, a structured interview of 98 adults with MR, with supporting information from caregivers and clinical records, revealed a third of respondents with statements that “life is not worth living”; 11% reported previous attempts at suicide. Many of them indicated loneliness, stress, anxiety and depression, as well as less social support [7]. Suicide attempts among MR occurred 7% more often among women (61%) aged 28.7 ± 10.1 with a slight degree of MR. The most common suicide methods were medicines (30%) and cutting/piercing objects (30%). 85.7% were taken to the emergency medical care department, and 30% were hospitalized; 42.9% of them were previously treated by psychiatrists. 10% verbally threatened to commit suicide, they were significantly older than the previous group (37.1 ± 12.7 years) [10].

Suicidal attempts among adolescents with MR also attract attention of researchers. They are found in several works with the same frequency of 20-21% [11-13].

The reasons that led to suicide behavior were various cases of physical and sexual violence, family conflicts, which were accompanied by sadness and depression [11]. Sleep and eating disorders, sadness, psychomotor retardation and somatization are all identified as patterns observed in subjects with suicidal ideation [8]. In another study by S.A. Walters et al. [12], it was noted that in 90 young people aged 8 to 21 with MR SB is associated with family disorder, irreparable loss and episodes of physical and/or sexual violence.

Medicines used for various concomitant mental disorders and other somatoneurological pathologies can contribute to the development of SB. For example, clonopin (clonazepam), a benzodiazepine drug used to treat symptoms of convulsive conditions, including among people with MR, causes behavioral disorders, depression, hallucinations, sleep disorders,

(клоназепам), бензодиазепиновый препарат, используемый для лечения симптомов судорожных состояний, в том числе среди лиц с УО, вызывает расстройства поведения, депрессию, галлюцинации, расстройства сна и беспокойство [14]. M.J. Giannini и соавт. [15] приводится сводка факторов риска СУ у лиц с УО: у взрослых и детей (в возрасте от 10 до 14 и 25 лет) – это депрессия, тревога, психоз; у взрослых старше 25 лет – смерть в семье, насилие в анамнезе, стресс, отсутствие социальной и семейной поддержки, одиночество; у детей, подростков и молодежи (в возрасте от 10 до 24 лет) – посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения сна и пищевого поведения, грусть и психомоторная отсталость. Несмотря на значительный бóльший уровень депрессии по сравнению с населением в целом, лицам с УО уделяется мало внимания в исследованиях самоубийств.

Суицидальность, кроме депрессивных расстройств, чаще встречалась у больных с коморбидными психическими расстройствами [12], с диагнозом оппозиционно-вызывающего и посттравматического стрессового расстройства, реже у аутистов и людей с тяжёлой / глубокой УО [13]. Серьёзность суицидальных намерений с идеями, угрозами или попытками повешения являлось причиной госпитализаций в психиатрические стационары больных с УО [12, 13].

В России практически отсутствуют исследования по изучению распространённости СУ среди УО [16]. Одна из работ по изучению СУ, совершённых психически больными (зарегистрированных государственными учреждениями психиатрического, наркологического и психотерапевтического профиля) г. Чебоксары в 1997-2002 гг., показала, что на долю УО среди СУ пришлось 3,2% в структуре всех психических расстройств. Причём СУ среди них встречались в 0,74 раза реже, чем среди здоровых (38,7 на 100 тыс. населения против 52,3 у здоровых). Для сравнения больные шизофренией совершали СУ в 5,94 раза чаще, чем здоровые (310,5 на 100 тыс. населения), больные наркоманией – в 5,50 (287,9), алкогольной зависимостью – в 4,66 (243,7), пограничными ПР – в 3,09 (161,7), аффективными расстройствами – в 2,42 раза (126,7), чем население без ПР. К сожалению, половозрастная структура суицидентов и особенности клинической картины у немногочисленной группы больных с УО описана не была, незавершённые суицидальные попытки не изучались [17].

На наш взгляд, весьма интересной для изучения СП представляется клинко-физиологическая классификация УО, предложенная отечественными учёными С.С. Мнухиным и дополненная Д.Н. Исаевым. Так, при дисфорической форме УО (характеризующейся, в первую очередь, аффективными вспышками и агрессивным поведением) допускается аутоагрессивное по-

and anxiety [14]. M.J. Giannini et al. [15] provides a summary of the risk factors for suicide in people with MR: in adults and children (aged 10 to 14 and 25) – this is depression, anxiety, psychosis; adults over 25 years old – death in the family, history of violence, stress, lack of social and family support, loneliness; in children, adolescents and youth (aged 10 to 24 years) – post-traumatic stress disorder, sleep and eating disorders, sadness and psychomotor retardation. Despite a significantly higher level of depression compared to the general population, little attention is paid to people with MR in suicide research.

Besides depressive disorders, suicidality was more common in patients with comorbid psychiatric disorders [12], with a diagnosis of opposition-causing and post-traumatic stress disorder, less often in autistic people and people with severe/deep MR [13]. The seriousness of suicidal intentions with ideas, threats or attempts to hang was the reason for hospitalization in psychiatric hospitals of patients with MR [12, 13].

In Russia, there are practically no studies on the prevalence of suicide among mentally retarded [16]. One of the works on the study of suicides performed by mentally ill patients (registered by state institutions of a psychiatric, narcological and psychotherapeutic profile) in Cheboksary in 1997-2002 showed that in the structure all mental disorders there were 3,2% of mentally retarded among suicide attempters. Moreover, suicide among them was found 0.74 times less often than among healthy ones (38.7 per 100 thousand of the population versus 52.3 in healthy ones). For comparison, patients with schizophrenia performed suicide 5.94 times more often than healthy people (310.5 per 100 thousand people), drug addicts – 5.50 (287.9), and alcohol addicted – 4.66 (243.7), borderline personality disorder – by 3.09 (161.7), and affective disorders – by 2.42 times (126.7) than the population without PDs. Unfortunately, the sex-age structure of suicide attempters and the clinical picture in a small group of patients with MR were not described, incomplete suicidal attempts were not studied [17].

In our opinion, the clinical and physiological classification of MR proposed by Russian scientists S.S. Mnukhin and supplemented by D.N. Isaev seems extremely interesting. So, with the dysphoric form of MR (characterized primarily by affective outbursts and aggressive behavior), auto-aggressive behavior is allowed [1]. This can be assumed with the asthenic form of MR the unbalanced variant of the

ведение [1]. Подобное можно предполагать при астенической форме УО, неуравновешенном варианте стенической формы, акатизическом и мориоподобном варианте атонической формы УО. Констатацию единичных случаев СП без глубокого анализа среди лиц с УО, состоящих под наблюдением врача-психиатра, можно встретить и в других отечественных работах [18].

Постгомицидные СУ при УО.

В литературе описываются в основном случаи, когда дети с инвалидностью (disability) и ограниченными возможностями развития (здоровья), включая УО, становятся жертвами постгомицидных СУ. С 1982 по 2010 гг. в США было найдено 22 газетных статьи с 26 детьми-инвалидами жертвами таких деликтов (filicide-suicide). 81% убитых детей были мужского пола, а 54% страдали аутизмом с отставанием в интеллектуальном развитии; 30% преступников имели ПР. Делается вывод о том, что дети с аутизмом, УО и инвалидностью могут подвергаться смертельному риску и способствовать совершению СУ [19].

В нашем предыдущем исследовании с анализом 195 постгомицидных СУ в России мы обнаружили одного больного с лёгкой степенью УО, который убил ножом двух пожилых женщин, после чего сам повесился. Учась во вспомогательной школе, он неоднократно шокировал учителей своими «сочинениями», описывая жестокие расправы над женщинами преклонного возраста. Ещё один случай в нашей выборке можно было отнести к «альтруистическому» убийству-СУ, когда пожилая женщина до совершённого СУ убила своего взрослого сына с выраженной степенью УО в связи со своей тяжёлой болезнью и невозможностью окружающих ухаживать за ним [20].

СП при тяжёлой УО.

Суицидальность редко встречается у больных людей с тяжёлой и глубокой УО [13]. При этом R.M. Walters [21] сообщает о четырёх пациентах с СП при IQ ниже 50, тем самым опровергая мнение о том, что инвалиды с ограниченными умственными возможностями не могут сформировать такое намерение.

Отчёт A.D. Hurley [22] документирует случаи попыток СУ двумя больными с синдромом Дауна. Пациенты испытывали дисфорический аффект и чувство безнадежности относительно неудовлетворенных потребностей, связанных с их инвалидностью. В течение выраженного депрессивного эпизода каждый совершил попытку СУ, которая могла окончиться фатально.

M.G. Mazza и соавт. [23] подтверждают наличие статистической зависимости суицидальности от тяжести УО – больше пациентов с нарушениями в лёгкой степени пытаются совершить СУ. При этом все субъекты с интеллектуальной инвалидностью уязвимы для

stenic form, the akatizic and moriopod variant of the atonic form of MR. A statement of isolated cases of SB without a deep analysis among people with MR who are under the supervision of a psychiatrist can be found in other domestic works [18].

Posthomicidal suicide in MR.

The literature describes mainly cases when children with disabilities and developmental disabilities (health), including MR, become victims of posthomicide suicide. From 1982 to 2010 in the USA, 22 newspaper articles were found with 26 disabled children victims of such delicts (filicide-suicide). 81% of the children killed were males, and 54% suffered from autism with a delay in intellectual development; 30% of criminals had MD. It is concluded that children with autism, MR and disability can be at mortal risk and commit suicide [19].

In our previous study analyzing 195 posthomicide suicides in Russia, we found one patient with a mild degree of MR who killed two elderly women with a knife and then hanged himself. While studying in an auxiliary school, he repeatedly shocked teachers with his “essays,” describing the brutal reprisals against elderly women. Another case in our sample could be attributed to the “altruistic” murder-suicide, when an elderly woman killed her adult son with a pronounced degree of MR before committing suicide because of her serious illness and the inability of others to care for him [20].

SB with severe MR.

Suicidality is rarely found in sick people with severe and deep MR [13]. Moreover, R.M. Walters [21] reports about four patients with IQ below 50 having suicide behavior, thereby refuting the view that people with intellectual disabilities cannot form such an intention.

Report by A.D. Hurley [22] documents cases of suicide attempts by two patients with Down syndrome. Patients experienced dysphoric affect and a sense of hopelessness regarding the unmet needs associated with their disability. During the expressed depressive episode, each of them committed a suicide attempt that could be fatal.

M.G. Mazza et al. [23] confirm a statistical correlation between suicide and the severity of MR – more patients with mild impairments try to commit suicide. Moreover, all subjects with intellectual disability are vulnerable to MD. The total prevalence of all concomitant psychiatric disorders in patients with MR was 33.6% (95% CI = 25.2-43.1) with

ПР. Общая распространённость всех сопутствующих психических расстройств при УО составила 33,6% (95% ДИ=25,2-43,1) с высокой гетерогенностью. Частота встречаемости ПР и СП выше при лёгкой, средней и тяжёлой УО, чем при глубокой. Однако чрезвычайно важно и то, чтобы специалисты в области психического здоровья понимали серьёзность СП среди лиц с выраженной и тяжёлой УО [22].

Гендерные особенности СП при УО.

А. Miranda-Mendizabal и соавт. [24] рассмотрена связь между полом, попытками СУ и выявление специфических гендерных факторов риска. Оказалось, что у женщин выявлялся более высокий риск совершения попыток СУ (отношение шансов (ОШ)=1,96, 95% доверительный интервал (ДИ)=1,54-2,50), а у мужчин – завершённых СУ (ОШ=2,50, 95% ДИ=1,8-3,6). Общими факторами риска СП для обоих полов являлись предшествующее ПР, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами и подверженность межличностному насилию. Таковыми для женщин с СУ были: расстройство пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, биполярное расстройство, депрессивные симптомы, эпизоды насилия, межличностные проблемы и предшествующий аборт. Факторами риска для мужчин с попытками СУ являлись: расстройство поведения, безнадежность, разлука и развод родителей, СП друга и доступ к средствам совершения СУ. «Мужскими факторами риска» смерти от СУ также было злоупотребление психоактивными (наркотическими) веществами. Между тем, требуется больше данных о специфических для женщин, подростков и молодых людей факторах риска и защиты от суицидальной смерти.

Коморбидность с ПР как причина СП.

В работе L.S. Тоо и соавт. [25] проведён системный анализ – в какой степени ПР способствуют СУ. Поиск выявил ОШ суммарных показателей 13,2 (95% ДИ=8,6-20,3) для психотических расстройств, 12,3 (95% ДИ=8,9-17,1) – для расстройств настроения, 8,1 (95% ДИ=4,6-14,2) – для расстройств личности, 4,4 (95% ДИ=2,9-6,8) – для расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ и 4,1 (95% ДИ=2,4-6,9) – для тревожных расстройств в общей популяции. Общий показатель ОШ для этих психических расстройств составил 7,5 (95% ДИ=6,6-8,6). У населения атрибутивный риск ПР составил всего 21%. Общая неоднородность между исследованиями была очень высока. Авторы подчеркивают важную роль ПР в совершении СУ. Это говорит о том, что необходимы постоянные усилия по улучшению доступа и качества психиатрической помощи для предотвращения СУ психически больными людьми.

Исследования М. Gili и соавт. [26] с участием

high heterogeneity. The frequency of occurrence of MD and SB is higher with mild, moderate and heavy MR rather than with deep MR. However, it is extremely important that mental health professionals understand the severity of SB among individuals with severe and severe MR [22].

Gender features of SB in MR.

A. Miranda-Mendizabal et al. [24] examined the relationship between gender, suicide attempts, and the identification of specific gender risk factors. It turned out that women showed a higher risk of attempting suicide (odds ratio (OR) = 1.96, 95% confidence interval (CI) = 1.54-2.50), while among men completed suicides prevailed (OS = 2, 50, 95% CI = 1.8-3.6). Common risk factors for SB for both sexes were previous MD associated with the abuse of psychoactive substances and exposure to interpersonal violence. For women typical risk factors of suicide were: eating disorder, post-traumatic stress disorder, bipolar disorder, depressive symptoms, episodes of violence, interpersonal problems, and previous abortion. Risk factors for men with suicide attempts were behavioral disorder, hopelessness, separation and divorce of parents, a friend's SB and access to means of performing suicide. Abuse of psychoactive (narcotic) substances was also a "male risk factor" for death from suicide. Meanwhile, more data is needed on women, adolescents and young people specific risk factors and protection against death from suicide.

Comorbidity with MD as a cause of SB.

In the work of L.S. Too et al. [25] a systematic analysis was carried out to measure the extent MDs contribute to suicide. The search revealed an OR of total indicators of 13.2 (95% CI = 8.6-20.3) for psychotic disorders, 12.3 (95% CI = 8.9-17.1) for mood disorders, 8, 1 (95% CI = 4.6-14.2) for personality disorders, 4.4 (95% CI = 2.9-6.8) for disorders caused by substance abuse and 4.1 (95% CI = 2.4-6.9) for anxiety disorders in the general population. The overall OR for these mental disorders was 7.5 (95% CI = 6.6-8.6). In the population, the attributive risk of MD was only 21%. The overall heterogeneity between studies was very high. The authors emphasize the important role of MD in committing suicide. This suggests that continuous efforts are needed to improve access and quality of psychiatric care to prevent suicide among people with mental health problems.

Research by M. Gili et al. [26] with the participation of 25354 people aged 12-26

25354 человек в возрасте 12-26 лет показали, что наличие любого ПР связано с высоким риском смерти от СУ (ОШ=10,83, 95% ДИ=4,69-25,00) и попыткой СУ (ОШ=3,56; 95% ДИ=2,24-5,67). При рассмотрении СП в качестве мотивации значительными были аффективные расстройства (ОШ=1,54; 95% ДИ=1,21-1,96). Психиатрическая коморбидность представляется основным фактором риска попыток СУ, включая молодых людей. Выявление и лечение аффективных расстройств, а также сопутствующих ПР, могут быть решающей стратегией предотвращения суицидальности в этой возрастной группе.

S. Singh и соавт. [27] проанализировано распределение сопутствующих заболеваний у пациентов с интеллектуальными нарушениями в различных возрастных группах. Из 426 пациентов с УО у 42,3% имелись сопутствующие ПР. Коэффициент распространенности сопутствующей психической патологии, связанной с УО, составил 2,11. В порядке возникновения они были представлены трендом «Поведенческие нарушения – Эпилепсия – Аутизм и Синдром дефицита внимания и гиперактивности» для возрастной группы 10 лет и младше, «Поведенческие нарушения – Эпилепсия – Депрессия и Беспокойство» – 11 лет и старше. Независимо от возрастного распределения, нарушения поведения, связанные с эпилепсией, являлись наиболее распространёнными сопутствующими заболеваниями.

Риск развития психических расстройств среди УО в четыре раза выше, чем среди населения в целом. При этом СП часто не является причиной госпитализации УО пациентов [28].

СУ и самоповреждения особенно часто встречаются у людей с психотическими расстройствами. Метаанализ P.J. Taylor и соавт. [29] показал высокую распространённость недавних суицидальных мыслей (66%), самоповреждения (49%) и попыток СУ в течение всей жизни (18%). Сопутствующие психические расстройства, изменчивость настроения и семейная история психиатрических проблем присутствовали среди факторов, связанных с самоповреждением и риском СУ.

Оценки распространённости сопутствующих ПР и УО варьировали от 14,3 до 67,3%. В этой группе населения зарегистрировано большое количество ПР, включая шизофрению, депрессию и, как правило, расстройство поведения. Частота специфических расстройств, по-видимому, связана со степенью УО и наличием сопутствующего судорожного синдрома. Точная оценка ПР в этой группе населения затруднена, поскольку у УО пациентов плохие коммуникативные навыки, а большинство диагностических инструментов разработано для людей с нормальным интеллектом. Их лечение включает образовательные, поведенческие и фармакологические вмешательства, но необходимо

showed that the presence of any MD is associated with a high risk of death from suicide (OS =10.83, 95% CI = 4.69-25.00) and attempted suicide (OS=3.56; 95% CI=2.24-5.67). When considering SB as a motivation, affective disorders were significant (OS=1.54; 95% CI=1.21-1.96). Psychiatric comorbidity appears to be a major risk factor for suicide attempts, including young people. The identification and treatment of affective disorders, as well as concomitant MDs, can be a decisive strategy for preventing suicide in this age group.

S. Singh et al. [27] analyzed the distribution of concomitant diseases in patients with intellectual disabilities in various age groups. Of 426 patients with MR, 42.3% had concomitant MD. The prevalence rate of concomitant mental pathology associated with MR was 2.11. In order of occurrence, they were represented by the trend “Behavioral Disorders - Epilepsy - Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder” for the age group of 10 years and younger, “Behavioral Disorders - Epilepsy - Depression and Anxiety” - 11 years and older. Regardless of the age distribution, behavioral disorders associated with epilepsy were the most common concomitant diseases.

The risk of developing mental disorders among mentally retarded is four times higher than among general population. Moreover, SB is often not the reason for hospitalization of MR patients [28].

Suicide and self-harm are especially common in people with psychotic disorders. Meta-analysis of P.J. Taylor et al. [29] showed a high prevalence of recent suicidal thoughts (66%), self-harm (49%), and suicide attempts throughout their life (18%). Concomitant mental disorders, mood swings, and a family history of psychiatric problems were among the factors associated with self-harm and the risk of suicide.

Estimates of the prevalence of concomitant MD and MR in such patients varied from 14.3 to 67.3%. A large number of MDs are recorded in this group, including schizophrenia, depression, and, as a rule, behavior disorder. The frequency of specific disorders seems to be related to the degree of MR and the presence of an associated convulsive syndrome. An accurate assessment of MD in this group is difficult, because mentally retarded patients have poor communication skills, and most diagnostic tools are designed for people with normal intelligence. Their treatment includes educational, behavioral and pharmacological interventions, but guidance is needed on the safe use of psychotherapeutic tech-

руководство по безопасному использованию психотерапевтических методик [30].

Е.С. Harris и соавт. [31] установили, что из 44 психических расстройств, при 36 – значительно повышен стандартизированный коэффициент смертности по СУ, у пяти – повышен умеренно, у одного – не изменён, а для двух расстройств – показатель не удалось рассчитать.

Судорожный синдром (эпилепсия) как фактор СП у лиц с УО.

Известно, что распространённость эпилепсии у лиц с нарушениями интеллекта выше, чем среди населения в целом. Наличие судорожного синдрома (эпилепсии) повышает риск СП. Так, по данным N. Tian и соавт. [32], уровень СУ среди людей с эпилепсией в США превысил таковой в общей популяции. С 2003 по 2011 гг. среди людей в возрасте 10 лет и старше выявили 972 случая СУ с эпилепсией и 81529 СУ без эпилепсии. Годовой уровень смертности от СУ среди людей с эпилепсией составлял 16,89 на 100000 человек, что на 22% выше, чем среди населения в целом. Больше людей с эпилепсией в возрасте 40-49 лет погибли от СУ, чем людей в этом возрасте без эпилепсии (29% против 22%; $p < 0,01$).

Обзор J. Robertson и соавт. [33] с обобщением результатов метаанализа 38 исследований показал, что в общих выборках людей с ограниченными интеллектуальными возможностями встречаемость судорожных состояний составила 22,2% (95% ДИ=19,6-25,1). Распространённость случаев эпилепсии у них увеличивалась с тяжестью УО примерно в пять раз. Для выборки людей с синдромом Дауна объединённая оценка исследований составила 12,4% (95% ДИ=9,1-16,7), частота судорожных состояний увеличивалась с возрастом больных.

Тревога и депрессия как фактор СП при УО.

По данным мета-анализа 20 статей, представляющих 13 оригинальных исследований, тревожные расстройства являются одними из самых частых ПР, которые коррелируют с СУ, наравне с психотическими нарушениями, личностными и депрессивными расстройствами [25].

Как сообщается N. El Mrayyan и соавт. [34], частота сопутствующих ПР с аффективными и тревожными расстройствами в 11 раз выше у людей с УО по сравнению с общей популяцией. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин смертности (49% и 47% при аффективных и тревожных расстройствах соответственно), а также признаки и симптомы, и аномальные клинические и лабораторные данные, не классифицированные в дру-

ниques [30].

Е.С. Harris et al. [31] found that out of 44 mental disorders, 36 were associated with a significantly increased standardized mortality rate from suicide, five had moderately increased suicide mortality rate, one had unchanged suicide mortality rate, and for two disorders the indicator could not be calculated.

Convulsive syndrome (epilepsy) as a factor in SB in patients with MR.

It is known that the prevalence of epilepsy in people with intellectual disabilities is higher than among general population. The presence of convulsive syndrome (epilepsy) increases the risk of SB. So, according to N. Tian et al. [32], the level of suicide among people with epilepsy in the United States exceeded that in general population. From 2003 to 2011 among people aged 10 and older 972 cases of suicide with epilepsy and 81529 suicides without epilepsy were revealed. The annual mortality rate from suicide among people with epilepsy was 16.89 per 100,000 people, which is 22% higher than among general population. More people with epilepsy aged 40-49 died from suicide than people at this age without epilepsy (29% versus 22%; $p < 0.01$).

The review by J. Robertson et al. [33] with a generalization of the results of a meta-analysis of 38 studies showed that in the general samples of people with intellectual disabilities, the occurrence of convulsive states was 22.2% (95% CI = 19.6-25.1). The prevalence of cases of epilepsy in them increased with the severity of MR about five times. For a sample of people with Down syndrome, a unified assessment of studies was 12.4% (95% CI = 9.1-16.7), the frequency of convulsive conditions increased with age of patients.

Anxiety and depression as a factor of SB in MR.

According to a meta-analysis of 20 articles representing 13 original studies, anxiety disorders are one of the most frequent MDs that correlate with suicide, along with psychotic disorders, personality and depressive disorders [25].

According to N. El Mrayyan et al. [34], the incidence of concomitant MD with affective and anxiety disorders is 11 times higher in people with MR compared with the general population. The most common concomitant diseases were injuries, poisoning and some other consequences of external causes of death (49% and 47% for affective and anxiety disorders, respectively), as well as signs and symptoms, and abnormal clinical and laboratory data not classified in other headings (44% and

гих рубриках (44% и 50% при аффективных и тревожных расстройствах соответственно). Напротив, в общей референтной группе здоровых людей коморбидные соматические диагнозы на 20% менее вероятны, чем в когорте УО. У пожилых людей с УО, осложнённых аффективными и тревожными диагнозами, с большей вероятностью будут диагностированы и сопутствующие ПР.

Распространённость тревожных и депрессивных расстройств среди детей и подростков с интеллектуальными нарушениями, встречается соответственно у 5,4% и у 2,8% в общей выборке; 1,2% и 0,03% – у детей; и 7,9% и 1,4% – у подростков. Различные подтипы тревожных расстройств варьировали от 0,2% до 11,5% в целом по группе; от 0,7% до 17,6% – у детей; и от 0,6% до 19,8% – у подростков; дистимическое расстройство и основное депрессивное расстройство составляли соответственно – 3,4% и 2,5% в выборке; 2,1% и 3,2% – у детей; и 6,9% и 5,7% – у подростков. Анализ показал значительную распространённость смешанных типов тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного и генерализованного тревожного расстройства; в сочетании с депрессивными расстройствами [35].

Нарушения сна и СП при УО.

Выявление пациентов с повышенным риском СП является проблемой для врачей, ухаживающих за пациентами с ПР. S. Malik и соавт. [36] провели систематический обзор, чтобы оценить связь между СП и нарушениями сна у пациентов с ПР. По сравнению с пациентами без нарушений сна, пациенты с ПР и сопутствующими нарушениями сна в два раза чаще сообщали о СП (ОШ=1,99; 95% ДИ=1,72-2,30, $p<0,001$). Связь также выявлена при некоторых ПР, включая депрессию (ОШ=3,05; 95% ДИ=2,07-4,48, $p<0,001$), посттравматическое стрессовое расстройство (ОШ=2,56; 95% ДИ=1,91-3,43, $p<0,001$), паническое расстройство (ОШ=3,22; 95% ДИ=1,09-9,45; $p=0,03$) и шизофрения (ОШ=12,66; 95% ДИ=1,40-114,44, $p=0,02$). При анализе подгрупп, основанном на типе нарушения сна, обнаружено, что СП в значительной степени связано с наличием инсомнии (бессонницы), парасомний и нарушений дыхания во сне, но только не с гиперсомнией [36].

Исследование A.D.R. Surtees и соавт. [37] представляет собой анализ продолжительности и качества сна между здоровыми людьми и больными с умственными нарушениями. Мета-анализ времени сна показал, что пациенты с УО спали в среднем на 18 минут меньше, чем люди без УО, они имели худший по качеству сон в 93% случаев. Использование объективных показателей сна, таких как полисомнография или актиграфия, различий между исследованиями с записью сна, дневниками или вопросниками не выявило.

50% for affective and anxiety disorders, respectively). In contrast, comorbid somatic diagnoses in the general referent group of healthy people are 20% less likely than in the cohort of MR. Older people with MR complicated by affective and anxious diagnoses are more likely to be diagnosed with concomitant MD.

The prevalence of anxiety and depressive disorders among children and adolescents with intellectual disabilities occurs in 5.4% and 2.8% of the total sample, respectively; for children the figures are 1.2% and 0.03%; and for adolescents they are 7.9% and 1.4%. Different subtypes of anxiety disorders ranged from 0.2% to 11.5% for the group as a whole; from 0.7% to 17.6% for children; and from 0.6% to 19.8% for adolescents; dysthymic disorder and major depressive disorder were respectively – 3.4% and 2.5% in the sample; 2.1% and 3.2% for children; and 6.9% and 5.7% for adolescents. The analysis showed a significant prevalence of mixed types of anxiety disorders, obsessive-compulsive and generalized anxiety disorder; in combination with depressive disorders [35].

Sleep disorders and SB with MR.

Identification of patients with an increased risk of SB is a problem for physicians caring for patients with MD. S. Malik et al. [36] conducted a systematic review to assess the relationship between SB and sleep disturbances in patients with MD. Compared with patients without sleep disturbances, patients with MD and concomitant sleep disorders were twice as likely to report SB (OS = 1.99; 95% CI = 1.72-2.30, $p<0.001$). A relationship was also found in some MDs, including depression (OS = 3.05; 95% CI = 2.07-4.48, $p<0.001$), post-traumatic stress disorder (OS = 2.56; 95% CI = 1.91-3.43, $p<0.001$), panic disorder (OS = 3.22; 95% CI = 1.09-9.45; $p = 0.03$) and schizophrenia (OS = 12.66; 95% CI = 1.40-114.44, $p = 0.02$). When analyzing subgroups based on the type of sleep disturbance, it was found that SB is largely associated with the presence of insomnia (insomnia), parasomnia, and respiratory disturbances in sleep, but not with hypersomnia [36].

Research A.D.R. Surtees et al. [37] is an analysis of the duration and quality of sleep between healthy people and patients with intellectual disabilities. A meta-analysis of sleep time showed that patients with MR slept on average 18 minutes less than people without MR; they had worse quality of sleep in 93% of cases. The use of objective indicators of sleep, such as polysomnography or actigraphy, did not reveal differences between studies with

Полученные данные систематического обзора свидетельствуют о том, что поведенческие вмешательства являются многообещающей научно обоснованной практикой для улучшения проблем со сном (повышения качества и продолжительности сна) у детей и взрослых с УО [38], а значит и для снижения распространённости среди них и СП.

СП у детей и подростков с УО.

Дети и подростки с нарушениями интеллектуального развития проявляют широкий спектр СП, хотя суицидальные мысли и поступки недооценены в этой группе населения. Исследование В.Дж. Кемп и соавт. [9], проведенное в США среди 233 подростков в возрасте от 4 до 18 лет с нарушениями интеллекта, выявило, что 30% суицидентов страдали депрессивным расстройством, 6% – посттравматическим стрессовым расстройством, а у 2% имелись психотические расстройства. А. Хардан и соавт. [13] изучена суицидальность в клинически подобранной выборке. Медицинские карты всех лиц за один год, проверены с точки зрения частоты, типа и клинических характеристик СП. 47 пациентов (20%) в течение жизни высказывали суицидальные идеи, угрозы или предпринимали попытки СУ. Суицидальность чаще встречалась у подростков с диагнозом оппозиционно - вызывающего, депрессивного и посттравматического стрессового расстройства, но реже у аутистов и людей с тяжёлой и глубокой УО. СП часто встречалось у детей и подростков с нарушениями психического развития. Показано, что проспективные исследования нужны для тщательного изучения переменных, связанных с суицидальностью в этой группе населения.

Считалось, что нарушение интеллектуальных способностей может служить «антисуицидальным барьером» к СУ среди детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями. Дж. Меррик и соавт. оспаривают это предположение [39]. Результаты их исследований показали, что характеристики суицидальности в детско-подростковой группе лиц с ограниченными умственными возможностями очень схожи со здоровой популяцией того же возраста.

Дети и подростки со сниженным интеллектом часто имеют сопутствующие ПР, что делает их уязвимой группой населения за счёт риска развития СУ мыслей и поведения. Предыдущие исследования показали, что прямой скрининг на СУ может быстро и эффективно выявлять риск СП и облегчает дальнейшую клиническую оценку и лечение. Однако в настоящее время не существует валидных и надёжных инструментов для проверки риска СП, разработанных специально для лиц с УО [40].

Матери детей с нарушениями умственного развития или расстройствами аутистического спектра (РАС)

sleep recordings, diaries or questionnaires.

The findings of a systematic review suggest that behavioral interventions are a promising evidence-based practice for improving sleep problems (improving the quality and duration of sleep) in children and adults with MR [38], and therefore to reduce the prevalence among them and SB.

SB in children and adolescents with MR.

Children and adolescents with intellectual disabilities show a wide spectrum of SB, although suicidal thoughts and actions are underestimated in this population. The study conducted by B.J. Kemp et al. in the USA [9], analyzed 233 adolescents with intellectual disabilities aged from 4 to 18 and found that 30% of suicide attempters suffered from depressive disorder, 6% had post-traumatic stress disorder, and 2% had psychotic disorders. A. Hardan et al. [13] studied suicidality in a clinically selected sample. Medical records of all individuals within one year were checked in terms of frequency, type and clinical characteristics of SB. 47 patients (20%) expressed suicidal ideas, threats or attempted suicide during their lifetime. Suicidality was more common in adolescents with a diagnosis of opposition-causing, depressive and post-traumatic stress disorders, but was less often reported by autistic patients and people with severe and deep forms of MR. SB was often found in children and adolescents with mental disabilities. It has been shown that prospective studies are needed to carefully study the variables associated with suicidality in this population group.

It was believed that a violation of intellectual abilities can serve as an “anti-suicidal barrier” to suicide among children and adolescents with intellectual disabilities. J. Merrick et al. dispute this assumption [39]. The results of their studies showed that the characteristics of suicidality in a child-teenage group of people with intellectual disabilities are very similar to the healthy population of the same age.

Children and adolescents with reduced intelligence often have concomitant MD, which makes them a vulnerable group of the population due to the risk of developing suicide thoughts and behavior. Previous studies have shown that direct screening for suicide can quickly and efficiently identify the risk of SB and facilitate further clinical evaluation and treatment. However, at present, there are no valid and reliable tools for checking the risk of SB designed specifically for people with MR [40].

имеют худшее здоровье. Тем не менее, ни одно исследование не исследовало, отражается ли это плохое состояние здоровья на показателях смертности или же более вероятны определённые причины смерти. J. Fairthorne и соавт. [41] определили, что за период с 1983 по 2005 гг. матери детей с ограниченными умственными способностями или РАС имели более чем вдвое бóльший риск смерти. Они на 40% чаще умирают от онкологии, на 150% у них было больше шансов умереть от сердечно-сосудистых заболеваний и почти на 200% – от СУ или несчастного случая. Подобные исследования, объединяющие данные из реестров других стран, позволили бы улучшить понимание факторов, повышенной смертности матерей детей с УО или РАС. Это помогло бы внедрить информированные услуги и вмешательства для улучшения продолжительности жизни этих матерей.

СП заключённых с УО.

По сведениям I. Ray и соавт., в местах лишения свободы пребывают до 5% лиц с УО [42]. Тем не менее, мало что известно о суицидальности заключённых с УО. Количество исследований по профилактике и вмешательству при СП в этой популяции ограничено. E. Chaplin и соавт. в ходе исследования [43] установлено, что из 240 заключённых, 18 лиц имели УО. Возраст участников был старше 35 лет, многие оказались одиночками, бездомными и безработными до заключения в тюрьму. Нередко выявлялись проблемы с психическим здоровьем и суицидальная активность. Только в предыдущем до обследования месяце 25% из них думали о СУ, а 63% пытались покончить жизнь СУ; эти заключённые значительно чаще отбывали наказание за грабежи.

Данные, представленные G. Ayhan и соавт., подтверждают присутствие значительного числа людей с УО и высоким уровнем ПР в мужских тюрьмах [44]. Для определения предикторов суицидального риска у заключённых использовали многомерную логистическую регрессию и ОШ. Из 707 заключённых у 13,2% отмечен суицидальный риск, у 14,0% – высокий, у 15,1% – умеренный и у 41,9% – низкий. Предиктивные факторы СП были представлены: депрессией (ОШ=7,44, 95% ДИ=3,50-15,87), дистимией (ОШ=4,22, 95% ДИ=1,34-13,36), паническим расстройством (ОШ=3,47, 95% ДИ=1,33-8,99), общим тревожным расстройством (ОШ=2,19, 95% ДИ=1,13-4,22), насилием в детстве (ОШ=21,01, 95%, ДИ=3,26-135,48). Различий по этническому (расовому) признаку не выявлено. Значительными факторами риска СП являлись: предшествующая госпитализация в психиатрический стационар, сопутствующие физические отклонения (соматоневрологическая патология), одиночество, грусть, депрессия и беспокойство. Полученные результаты под-

Mothers of children with intellectual disabilities or autism spectrum disorders (ASD) have poorer health. However, no study has examined whether this poor health has effect on mortality rates or whether certain causes of death are more likely. J. Fairthorne et al. [41] determined that for the period from 1983 to 2005 mothers of children with intellectual disabilities or ASD had twice as high risk of death. They are 40% more likely to die from oncology, 150% more likely to die from cardiovascular disease, and nearly 200% more likely to die from suicide or an accident. Such studies, combining data from registries of other countries, would improve understanding of the factors that increase the mortality of mothers of children with MR or ASD. This would help introduce informed services and interventions to improve the life expectancy of these mothers.

SB prisoners with MR.

According to I. Ray et al., up to 5% of people with MR in pre-trial detention or in prison [42]. However, little is known about the suicidal nature of prisoners with MR. The number of studies on prophylaxis and intervention in SB in this group is limited. E. Chaplin et al. found in the course of the study [43] that out of 240 prisoners, 18 persons had MR. Participants were over 35 years old, many were lonely, homeless and unemployed before imprisonment. Mental health problems and suicidal activity were often identified. Only in the previous month before the survey, 25% of them thought about suicide, and 63% tried to end their life by suicide; these prisoners were much more likely to serve their sentences for robberies.

Data presented by G. Ayhan et al. confirm the presence of a significant number of people with MR and high levels of MD in male prisons [44]. Multidimensional logistic regression and OR were used to determine the predictors of suicidal risk in prisoners. Of the 707 prisoners, 13.2% had a suicidal risk, 14.0% had a high risk, 15.1% had a moderate risk and 41.9% had a low risk. Predictive factors of SB were presented: depression (OR = 7.44, 95% CI = 3.50-15.87), dysthymia (OR = 4.22, 95% CI = 1.34-13.36), panic disorder (OR = 3.47, 95% CI = 1.33-8.99), general anxiety disorder (OS = 2.19, 95% CI = 1.13-4.22), violence in childhood (OR = 21.01, 95%, CI = 3.26-135.48). Differences in ethnic (racial) grounds were not identified. Significant risk factors for SB were: previous hospitalization in a psychiatric hospital, concomitant physical abnormalities (somatoneurological pathology), loneliness, sadness, depression

черкуют важность своевременного выявления и лечения ПР, которые являются основными факторами риска СП заключённых [44]. Авторы приведённых работ разработали рекомендации, согласно которым специалисты, работающие в тюрьмах, должны знать и оценивать СП, поскольку установлено, что многие из них не имеют представления о суицидальных намерениях, отбывающих наказаниях людях. Необходимо улучшить их навыки распознавания правонарушителей с СП, устранения основных пробелов в медицинском обслуживании заключённых с УО и СП в местах лишения свободы [42-44].

Профилактика СП при УО.

Предупреждение СП сложная задача среди больных с УО. Это связано с недостаточным исследованием распространённости СП среди этой группы больных, его причин и проявлений, трудностями и неразработанностью диагностики, включая выявление (квалификацию) коморбидных ПР [27, 29, 32]. Проблемы также заключаются в комплексе факторов рисков СП у больных с УО: проживание в дисгармоничных (дисфункциональных) семьях с различными вариантами патологического воспитания, низкой психиатрической (медицинской) грамотности родителей (опекунов), наличие стигмы и дискриминации к таким людям среди населения, разобщённость, отсутствие (низкий охват) занятости, высокая частота среди них социальных стрессоров [9, 11-15, 25, 42]. Важно выделять управляемые факторы риска СП у конкретного больного с УО, чтобы успешно воздействовать на различные проявления суицидальной активности [1]. Здесь могут оказать эффективными мероприятия селективной, антикризисной и индикативной профилактики СП [16]. Важно только знать уязвимые группы больных с УО, своевременно их выявлять, иметь ресурсы и возможности для оказания суицидологической помощи и профилактики. Взрослые с УО, которые считают, что «жизнь не стоит, чтобы жить», должны стать целевой группой для будущих усилий по предотвращению СУ [7], как и больные УО с СП (попытки, угрозы СУ) в анамнезе [10, 30], коморбидными ПР (психотическими, депрессивными и тревожными состояниями, личностными, расстройствами, судорожным синдромом / эпилепсией и др.) [26, 28, 31]. Этому также может помочь динамическое наблюдение у психиатра с рациональной психофармакотерапией ПР (назначение антидепрессантов и других психотропных средств), психологи и работники социальных служб [1, 16].

Заключение.

СП среди людей с ограниченными интеллектуальными возможностями является сложной проблемой общественного здравоохранения. Она усложняется противоречивыми данными о распространённости суи-

and anxiety. The obtained results emphasize the importance of timely detection and treatment of a MD, which are the main risk factors for the prisoners' SB [44]. The authors of the cited works have developed recommendations according to which specialists working in prisons should know and evaluate SB, since it has been established that many of them have no idea about the suicidal intentions of the prisoners. It is necessary to improve their skills in recognizing offenders with SB, bridging the main gaps in medical care for prisoners with MR and SB in prison [42-44].

Prevention of SB with MR.

Prevention of SB is a difficult task among patients with MR. Main reasons for this come from an insufficient study of the prevalence of SB among this group of patients, its causes and manifestations, difficulties and undeveloped diagnostics, including the identification (qualification) of comorbid MD [27, 29, 32]. Problems also lie in the complex of risk factors for SB in patients with MR: living in dysharmonious (dysfunctional) families with different options for pathological education, low psychiatric (medical) literacy of parents (guardians), the presence of stigma and discrimination towards such people among the population, disunity, lack (low coverage) of employment, a high frequency of social stressors among them [9, 11-15, 25, 42]. It is important to identify controlled risk factors for SB in a particular patient with MR in order to successfully influence various manifestations of suicidal activity [1]. Here, selective, anti-crisis and indicative prophylaxis of SB can be effective [16]. It is only important to know the vulnerable groups of patients with MR, to identify them in a timely manner, to have the resources and capabilities to provide suicidological care and prevention. Adults with MR who believe that "life is not worth living" should become a target group for future efforts to prevent suicide [7], as well as mentally retarded patients with SB (attempts, threats of suicide) in history [10, 30], comorbid MD (psychotic, depressive and anxiety states, personality, disorders, convulsive syndrome / epilepsy, etc.) [26, 28, 31]. Dynamic observation by a psychiatrist with rational psychopharmacotherapy of MD (prescribing antidepressants and other psychotropic drugs), psychologists and social workers can also help [1, 16].

Conclusion

SB among people with intellectual disabilities is a complex public health problem. It is complicated by conflicting data on the prevalence of suicidal activity among patients with MR.

цидальной активности среди больных с УО.

Преобладают исследования, которые свидетельствуют о меньшем числе случаев СП в группе УО, однако в противовес этому приводятся доводы об игнорировании проблемы, отсутствия достаточного числа систематических обзоров и мета-анализов, стандартизованных методик (опросников, анкет, шкал) для обследования людей с расстройствами интеллектуального развития с СП. В качестве весомых аргументов можно признать большее число факторов риска СП у больных с УО, высокую (в несколько раз большую) распространённость коморбидных ПР, являющихся катализатором СУ. Требуется дополнительные исследования по изучению их клинической картины в сочетании с различными ПР, влияние их на формирование СП.

До конца непонятны многие известные детерминанты СП у больных УО в силу размытости границ истинных суицидальных попыток, парасуицида и ауто-деструктивного поведения. Есть основания предполагать наличие суицидальных эквивалентов у людей с расстройствами интеллектуального развития, редуцированных демонстративно-шантажных (имитационных) суицидальных попыток, своеобразного самоповреждающего поведения, являющегося по сути СП с импульсивностью поступков, агрессивностью, направленной на себя.

Все выше сказанное затрудняет разработку целенаправленных профилактических мероприятий у лиц с УО. Важна разработка подходов, направленных на борьбу со стигмой и дискриминацией лиц с УО и членов их семей в обществе. Необходимо признать у них наличие проблем в адаптации к меняющимся жизненным обстоятельствам. Нужны дополнительные исследования, для лучшего понимания факторов риска СП для его прогнозирования и организации суицидологической помощи в этой группе населения.

Currently the studies that report a smaller number of cases of SB for the mentally retarded predominate, however, counterarguments are given to show that the problem is ignored, there lacks a sufficient number of systematic reviews and meta-analyses, there are no standardized methods (questionnaires, questionnaires, scales) for examinations of people with intellectual disabilities who have SB. As a serious argument, one can recognize the greater number of risk factors for SB in patients with MR, the high (several times higher) prevalence of comorbid MDs that are a catalyst for suicide. Additional studies are required to investigate their clinical picture in combination with various MDs, their influence on the formation of SB.

Many well-known determinants of SB are incomprehensible for MR patients due to the blurring of the boundaries of true suicidal attempts, parasuicide and auto-destructive behavior. There is evidence to assume the presence of suicidal equivalents for people with intellectual disabilities of reduced demonstrative-intimidate (imitation) suicidal attempts, a kind of self-damaging behavior, that are in essence SB with impulsiveness of actions and aggressiveness directed at oneself.

All of the above makes it difficult to develop targeted preventive measures in people with MR. It is important to develop approaches aimed at combating stigma and discrimination against people with MR and their family members in society. The presence of their problems in adapting to changing life circumstances must be recognized. Additional studies are needed to better understand the risk factors of SB in order to predict it and organize suicidalological care in this group of population.

Литература / Reference:

1. Психиатрия. Национальное руководство. Изд. 2-е перераб. / Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с. [Psychiatry. National Guide. Ed. 2nd rev. / Ed. Yu.A. Alexandrovsky, N.G. Neznanov. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 1008 p.] (In Russ)
2. Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am. J. Orthopsychiatry*. 2007; 77 (1): 56-60. DOI: 10.1037/0002-9432.77.1.56
3. Merrick J., Merrick E., Lunskey Y., Kandel I. A review of suicidality in persons with intellectual disability. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci*. 2006; 43 (4): 258-264.
4. Kaminer Y., Feinstein C., Barrett R.P. Suicidal behavior in mentally retarded adolescents: an overlooked problem. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1987; 18 (2): 90-94. DOI: 10.1007/bf00709953
5. Wark S., McKay K., Ryan P., Müller A. Suicide amongst people with intellectual disability: an Australian online study of disability support staff experiences and perceptions. *J. Intellect. Disabil. Res*. 2018; 62 (1): 1-9. DOI: 10.1111/jir.12442
6. Dodd P., Doherty A., Guerin S. A Systematic Review of Suicidality in People with Intellectual Disabilities. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2016; May-Jun; 24 (3): 202-213. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000095
7. Lunskey Y. Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Res. Dev. Disabil*. 2004; 25 (3): 231-243. DOI: 10.1016/j.ridd.2003.06.004
8. Patja K., Livanainen M., Raitasuo M., Lonnqvist J. Suicide mortality in mental retardation. A 35-year follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand*. 2001; 103: 307-311. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00019.x
9. Kemp B.J., Krause J.S. Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disabil. Rehabil*. 1999; 21 (5/6): 241-249. DOI: 10.1080/096382899297666
10. Lunskey Y., Raina P., Burge P. Suicidality among adults with intellectual disability. *J. Affect. Disord*. 2012; Nov; 140 (3): 292-295. DOI: 10.1016/j.jad.2012.03.013
11. Merrick J., Merrick E., Morad M., Kandel I. Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. *Scientific World Journal*. 2005 Sep 8; 5: 724-728. DOI: 10.1100/tsw.2005.90
12. Walters S.A., Barrett P.R., Knapp G.L., Borden C.M. Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorder

- ders. *Res. Dev. Disabil.* 1995; 16 (2): 85-96. DOI: 10.1016/0891-4222(94)00029-8
13. Hardan A., Sahl R. Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorders. *Res. Dev. Disabil.* 1999; Jul-Aug; 20 (4): 287-296. DOI: 10.1016/s0891-4222(99)00010-4
 14. Matson J.L., Mayville S.B., Laud R.B. A system of assessment for adaptive behavior, social skills, behavioral function, medication side-effects, and psychiatric disorders. *Res. Developmental Disabilities.* 2003; 24: 75-81. DOI: 10.1016/s0891-4222(02)00166-x
 15. Giannini M.J., Bergmark B., Kreshover S., Elias E., Plummer C., O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disabil. Health J.* 2010; 3 (2): 74-78. DOI: 10.1016/j.dhjo.2009.09.001
 16. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: Изд-во Медицинское информационно агентство, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2019. 600 p.] (In Russ)
 17. Голенков А.В., Козлов А.Б., Андреева А.П., Карышев П.Б. Клинико-типологическая структура самоубийств у лиц с психической и наркологической патологией // Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Тезисы докладов. Чебоксары, 2005. С. 215-217. [Golenkov A.V., Kozlov A.B., Andreeva A.P., Karyshev P.B. Clinical and typological structure of suicides in people with mental and narcological pathologies // Third Congress of Psychiatrists, Narcologists and Psychotherapists of the Chuvash Republic: Abstracts. Cheboksary, 2005. P. 215-217.] (In Russ)
 18. Кузьмина К.Н., Мalykhina В.А. Анализ случаев суицидальных действий среди лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра. *Омский психиатрический журнал.* 2018; 3 (17): 5-7. [Kuzmina K.N., Malykhina V.A. Analysis of cases of suicidal actions among persons under the supervision of a psychiatrist. *Omsk Psychiatric J.* 2018; 3 (17): 5-7.] (In Russ)
 19. Coorg R., Tournay A. Filicide-suicide involving children with disabilities. *J. Child Neurol.* 2013. Jun; 28 (6): 745-751. DOI: 10.1177/0883073812451777.
 20. Голенков А.В., Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Деомидов Е.С. Постгомицидные самоубийства в России. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 32-41. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-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.] (In Russ)
 21. Walters R.M. Suicidal behaviour in severely mentally handicapped patients. *Br. J. Psychiatry.* 1990; 157: 444-446. DOI: 10.1192/bjp.157.3.444
 22. Hurley A.D. Two cases of suicide attempt by patients with Down's syndrome. *Psychiatr. Serv.* 1998; 49 (12): 1618-1619. DOI: 10.1176/ps.49.12.1618
 23. Mazza M.G., Rossetti A., Crespi G., Clerici M. Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.* 2020; 33(2): 126-138. DOI: 10.1111/jar.12654
 24. Miranda-Mendizabal A., Castellví P., Parés-Badell O., Alayo I., Almenara J., Alonso I., Blasco M.J., Cebrià A., Gabilondo A., Gili M., Lagares C., Piqueras J.A., Rodríguez-Jiménez T., Rodríguez-Marín J., Roca M., Soto-Sanz V., Vilagut G., Alonso J. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int. J. Public Health.* 2019; 64 (2): 265-283. DOI: 10.1007/s00038-018-1196-1
 25. Too L.S., Spittal M.J., Bugeja L., Reifels L., Butterworth P., Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J. Affect. Disord.* 2019; 259: 302-313. DOI: 10.1016/j.jad.2019.08.054
 26. Gili M., Castellvi P., Vives M., de la Torre-Luque A. et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J. Affect. Disord.* 2019; 245: 152-162. DOI: 10.1016/j.jad.2018.10.115
 27. Singh S., Singh L.K., Sahu M., Tikka S.K. Do comorbidities among patients with mental retardation differ across various age groups? *Asian J. Psychiatr.* 2019; 39: 12-14. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.11.001
 28. Bobińska K., Florkowski A., Amigielski J., Gałeczki P. Suicidal behaviors in mentally retarded patients. *Pol. Merkur. Lekarski.* 2009; 27 (159): 216-220.
 29. Taylor P.J., Hutton P., Wood L. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2015; 45 (5): 911-926. DOI: 10.1017/S0033291714002074
 30. Campbell M., Malone R.P. Mental retardation and psychiatric disorders. *Hosp. Community Psychiatry.* 1991; 42 (4): 374-379. DOI: 10.1176/ps.42.4.374
 31. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 1997; 170: 205-228. DOI: 10.1192/bjp.170.3.205
 32. Tian N., Cui W., Zack M., Kobau R., Fowler K.A., Hesdorffer D.C. Suicide among people with epilepsy: A population-based analysis of data from the U.S. National Violent Death Reporting System, 17 states, 2003-2011. *Epilepsy Behav.* 2016; 61: 210-217. DOI: 10.1016/j.yebeh.2016.05.028
 33. Robertson J., Hatton C., Emerson E., Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure.* 2015; 29: 46-62. DOI: 10.1016/j.seizure.2015.03.016
 34. El Mrayyan N., Eberhard J., Ahlström G. The occurrence of comorbidities with affective and anxiety disorders among older people with intellectual disability compared with the general population: a register study. *BMC Psychiatry.* 2019; 19 (1): 166. DOI: 10.1186/s12888-019-2151-2
 35. Mañano C., Couto S., Tracey D., Bouchard S., Lepage G., Morin A.J.S., Moullec G. Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2018; 236: 230-242. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.029
 36. Malik S., Kanwar A., Sim L.A., Prokop L.J., Wang Z., Benkhadra K., Murad M.H. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 2014; 3: 18. DOI: 10.1186/2046-4053-3-18
 37. Surtees A.D.R., Oliver C., Jones C.A., Evans D.L., Richards C. Sleep duration and sleep quality in people with and without intellectual disability: A meta-analysis. *Sleep Med. Rev.* 2018; 40: 135-150. DOI: 10.1016/j.smrv.2017.11.003
 38. Priday L.J., Byrne C., Totsika V. Behavioural interventions for sleep problems in people with an intellectual disability: a systematic review and meta-analysis of single case and group studies. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2017; 61 (1): 1-15. DOI: 10.1111/jir.12265
 39. Merrick J., Merrick E., Morad M., Kandel I. Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. *Scientific World J.* 2005; 5: 724-728. DOI: 10.1100/tsw.2005.90
 40. Ludi E., Ballard E.D., Greenbaum R., Pao M., Bridge J., Reynolds W., Horowitz L. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2012; 33(5): 431-440. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3182599295
 41. Fairthorne J., Hammond G., Bourke J., Jacoby P., Leonard H. Early mortality and primary causes of death in mothers of children with intellectual disability or autism spectrum disorder: a retrospective cohort study. *PLoS One.* 2014; 9 (12): e113430. DOI: 10.1371/journal.pone.0113430
 42. Ray I., Simpson A.I.F., Jones R.M., Shatokhina K., Thakur A., Mulsant B.H. Clinical, Demographic, and Criminal Behavior Characteristics of Patients With Intellectual Disabilities in a Canadian Forensic Program. *Front. Psychiatry.* 2019; 10: 760. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00760
 43. Chaplin E., McCarthy J., Underwood L., Forrester A., Hayward H., Sabet J., Mills R., Young S., Asherson P., Murphy D. Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2017; 61 (12): 1185-1195. DOI: 10.1111/jir.12441
 44. Ayhan G., Arnal R., Basurko C., About V., Pastre A., Pinganaud E., Sins D., Jehel L., Falissard B., Nacher M. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry.* 2017; 17 (1): 156. DOI: 10.1186/s12888-017-1320-4

SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS WITH MENTAL RETARDATION: REVIEW OF LITERATURE

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

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia
Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Abstract:

Suicidal behavior (SB) that includes thoughts, expressions, preparation for suicide and attempts to take one's own life, in patients with mental retardation (MR) is not sufficiently studied and described in the scientific literature. Most experts believe that the prevalence of suicidal activity among patients with MR is lower (38.7 per 100 000) than among other patients with mental disorders (MD) (126.7-310.5) and healthy people (52.3). However, perhaps due to the small attention paid to research on SB, the difficulties in collecting such information among the mentally retarded (the lack of diagnostic tools for SB for people with low intellectual coefficient and a decrease in their communication skills). Other scientists, on the contrary, speak of a higher suicidal activity among them due to social maladaptation, lack of skills to solve psychological problems, the presence of anti-vital experiences and the impulsiveness of actions. It has been established that the incidence of SB is inversely proportional to the degree of MR, but even with moderate and severe mental impairment (Down's disease), cases of suicidal activity have been described. Many suicides with mental retardation do not have clear boundaries between suicide and parasuicide, self-destructive behavior. Of the methods of SB, "passive" (potentially less fatal) predominate: poisoning (about 30%), using cutting objects (about 30%), dangerous self-harming behavior. Among the causes of SB among MR, family factors, stresses (crisis conditions), episodes of violence (verbal, physical and sexual), lack of social support, loneliness are most often discussed. At the same time, comorbid MDs (4-11 times more often) are one of the main factors of SB, especially psychoses, depressive, personality and anxiety disorders, sleep disturbances, the use of psychoactive substances in combination with MR. Epilepsy (convulsive syndrome) is much more common in patients with MR (12.4-22.2%) than among the general population. Such comorbidity is also accompanied by increased mortality from suicide. SB among mentally retarded children and adolescents remains an underestimated problem, and violations of intellectual abilities and young children are regarded in some cases as a (cognitive) barrier ("anti-suicidal barrier") to commit suicide. However, the several times higher (2-4 times) mortality rate of mothers of such intellectually inferior children can be a trigger factor in the commission of SB among MR. The places of detention, which contain a relatively high proportion of MR (up to 5%), contribute to various manifestations of SB among these patients. The issues of diagnosis, prevention and care of MR for patients with SB are currently only being developed. Treatment includes educational, behavioral (psycho-psychological) and psychopharmacotherapeutic interventions, psychotherapeutic techniques adapt. In order to prevent SB, it is proposed to pay attention primarily to patients with intellectual development disorders from the high-risk group.

Key words: suicidal behavior, mental retardation (intellectual disability, learning disabilities; "intellectual development disorders")

Вклад авторов:

A.V. Филоненко: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
A.V. Голенков: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
V.A. Филоненко: перевод публикаций по теме статьи и самой статьи на английский язык;
Ф.В. Орлов: обзор публикаций по теме статьи;
E.C. Деомидов: обзор публикаций по теме статьи;
И.Е. Бульгина: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

A.V. Filonenko: developing the research design, article writing; article editing;
A.V. Golenkov: article writing; article editing;
V.A. Filonenko: reviewing and translating relevant publications and the article itself in English;
F.V. Orlov: reviewing of publications of the article's theme;
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: 12.01.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.04.2020.

Для цитирования: Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С., Бульгина И.Е. Суицидальное поведение лиц с умственной отсталостью: Обзор литературы. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 130-145. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-130-145

For citation: Filonenko A.V., Golenkov A.V., Filonenko V.A., Orlov F.V., Deomidov E.S., Bulygina I.E. Suicidal behavior of persons with mental disability: review of literature. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 130-145. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-130-145

CRISIS NOW: БИЗНЕС-КЕЙС, ПРИВЕДШИЙ К ПРЕОБРАЗОВАНИЮ КРИЗИСНОЙ СЛУЖБЫ. ОПЫТ ШТАТА АРИЗОНА, США

David W. Covington

RI International, Финикс, штат Аризона, США

CRISIS NOW: THE BUSINESS CASE RESULTING IN A TRANSFORMATION OF CRISIS CARE. THE EXPERIENCE OF ARIZONA IN THE UNITED STATES

David W. Covington

RI International, Phoenix, Arizona, USA

Информация об авторе:

David W. Covington – лицензированный профессиональный консультант, магистр делового администрирования (Researcher ID: AAH-1910-2020; ORCID iD: 0000-0002-7311-1751). Место работы и должность: Исполнительный директор и президент RI International. Адрес: 2701 N. 16th St. Suite 316, Финикс, штат Аризона, 85006, США. Электронный адрес: David.Covington@riinternational.com

Information about the author:

David W. Covington, LPC, MBA (Researcher ID: AAH-1910-2020; ORCID iD: 0000-0002-7311-1751). CEO & President, RI International. Address: 2701 N. 16th St. Suite 316, Phoenix, AZ 85006, USA. Email: David.Covington@riinternational.com

Каждый день диспетчеры служб экстренного реагирования получают тысячи звонков, связанных с кризисными ситуациями в сфере психического здоровья. В большинстве случаев первыми на место выезжают полицейские, у которых нет другой возможности, кроме как отвезти человека в отделение скорой помощи или в участок. Люди могут ждать несколько часов или даже дней, чтобы получить консультацию психиатра. Во многих случаях их отпускают, не оказав необходимой помощи или не составив плана лечения. В ответ на эту ситуацию, Национальный альянс действия в США сформировал целевую группу по кризисным службам, которая в 2016 году выступила с моделью «*Crisis Now*: преобразование служб в пределах доступности». Чтобы справиться с задачей и изменить кризисные службы RI International объединился с Национальной ассоциацией директоров программ штатов в сфере психического здоровья и создал бизнес-кейс для *Crisis Now*, чтобы определить континуум оказания помощи. С этой моделью Индекс соответствия между потребностями и клиническим ответом на кризис повысился в 6 раз. Модель сократила расходы и потери отделений скорой помощи на 37 миллионов долларов, снизила потенциальные расходы на пациентов психиатрических стационаров на 260 миллионов долларов, а также сэкономило время работы полицейских, эквивалентное 37 ставкам (по данным штата Аризона, 2017 год). Количество перенаправленных в острый стационар из кризисного центра за этот период составило 8938 человек.

Ключевые слова: кризис, профилактика суицида, *Crisis Now*, Аризона, США

Каждый день в США диспетчеры служб экстренного реагирования получают тысячи звонков, связанных с кризисными ситуациями, вызванными проблемами в сфере психического здоровья. В большинстве случаев первыми выезжают на место полицейские. В США полицейские обычно проводят 7-10% времени, отвечая на эти вызовы. Хотя полицейские очень стараются, у них практически нет альтернатив: им приходится доставлять человека в состоянии психического кризиса, либо в отделение скорой помощи, либо запереть в участке, в камере предварительного заключения. В таких случаях, люди могут провести в ожидании часы и даже дни, чтобы получить специализированную кризисную помощь от профессионалов в сфере психического здоровья. Этот процесс называется “psychiatric boarding” (психиатрический пансион). В некоторых

Every day in the United States, thousands of calls are received by emergency dispatchers in response to mental health crisis situations. In the overwhelming majority of these cases, the first contact that a person receives is from a Police Officer. In the US, Police Officers routinely spend between 7-10% of their time responding to these calls. Despite the best intentions, Police officers often have little option but to take people in a mental health crisis to Emergency Response departments or to a jail cell. In these cases, individuals can sit for hours or days waiting for a chance to receive specialized crisis care by mental health professionals. This process is called “psychiatric boarding”. In some cases, those in crisis may be released without appropriate care and without a clear plan for recovery.

случаях человека в кризисе могут освободить без необходимой медицинской помощи и чёткого плана по выздоровлению.

Эта система не только губительна для людей в кризисе и не отвечает их нуждам, но и бессмысленно дорого обходится обществу. По оценкам, в США каждый визит пациента, требующего психиатрической помощи, в отделение скорой помощи стоит 2264 доллара [1]. Это стоимость содержания человека в кризисе в безопасности, пока ему не найдётся место. Этим местом чаще всего оказывается закрытая психиатрическая больница. В США отделения скорой помощи перенаправляют пациентов в дорогостоящие психиатрические стационары чаще, чем это предполагает клиническая модель.

Несмотря на затраты в текущей системе лечения людей в кризисе, исходы неутешительны.

Необходимость преобразовать кризисную психиатрическую помощь очевидна.

Смерти в результате самоубийства: В США в 2016 году около 45000 человек покончили с собой. Показатели самоубийств растут с 1999 по 2015 год, и это касается всех рас, полов, уровней урбанизации [2]. Всемирная организация здравоохранения утверждает, что каждые 40 секунд кто-то погибает, убивая себя [3]. При этом на одного погибшего обычно приходится около 20 человек, которые совершают суицидальные попытки, но выживают. Суицид – десятая причина смерти в США, и 80% погибших от суицида обращались в медицинские службы за год до смерти. В то время как показатели суицида различаются в разных странах, ни одна страна не достигла нулевой смертности от самоубийств.

Невыразимая боль: В своём выступлении «Почему поведенческая медицинская служба должна быть доступна студентам в кризисных состояниях» Миша Кесслер [4] говорил о своём опыте, когда на втором курсе университета он начал избегать людей, считая себя обузой для друзей и семьи. Эти болезненные размышления вместе с бессонницей привели к лихорадочному возбуждению. Он думал, что нашёл решение, возможность избежать боли: он залез на подоконник в своей комнате в общежитии на шестом этаже и был готов спрыгнуть. Но он посмотрел назад, в комнату, и увидел своё отражение в полный рост в зеркале шкафа, и тут его тревога и ненависть к себе превратилась в ярость. Вернувшись в комнату, он встал напротив зеркала и ударил по нему несколько раз изо всех сил, порезав руку. Это действие успокоило Кесслера, а также заставило понять всю тяжесть ситуации. «Я так себя ненавидел, что разбил зеркало – своё отражение в нём. Тут я понял: “Так, это серьёзно. Мне нужна помощь”». Кесслер борется за преобразование медицинской по-

This system is not only detrimental to those that are in crisis but is unnecessarily expensive to a community while still not addressing the needs of an individual in crisis. In the US, it is estimated that each Emergency Department visit for a mental health crisis costs \$2,264 [1]. This is the cost of keeping a person in crisis safe while an appropriate disposition is found. These dispositions tend to be a referral to an inpatient psychiatric hospital. In the US, Emergency Departments refer to costly inpatient psychiatric hospitals more often than clinical modeling would anticipate.

Despite the high cost of these common current systems in treating those in crisis, outcomes are increasingly poor.

The need to transform mental health crisis care is clear.

Deaths by suicide: In the United States, there were nearly 45,000 deaths by suicide in 2016. Suicide rates increased across all races, genders, age groups, and urbanization levels from 1999 to 2015 [2]. The World Health Organization states about one person dies by suicide every forty seconds [3]. That statistic does not even include the approximate twenty people who attempt to die by suicide to the one person who dies by suicide. It is the 10th leading cause of death in the United States and 80% of the victims in the US saw a healthcare professional in the year prior to their death. While the suicide rates vary per country, no country has reached the suicide rate of zero.

Unspeakable pain: In #CrisisTalk: Misha Kessler on Why Behavioral Healthcare Must be Accessible to Students in a Crisis [4], Kessler spoke on his experiences when he was a sophomore when he began to increasingly isolate himself, believing he'd become a burden to friends and family. These ruminating thoughts, combined with insomnia, reached a fever pitch. He thought he found his solution, an escape from pain, when he crawled out a windowsill of his dorm room, six stories above the ground, and willed himself to jump. His eyes were drawn back to the dorm room, and in seeing his image in the full length, closet mirror, Kessler's anxiety, and self-hatred turned into rage. Launching himself back into the room, he stood in front of the mirror and punched it repeatedly, slicing his hand. The action calmed Kessler, but also made him realize the severity of the situation. "I hated myself so much that I punched out the mirror: my reflection. That was the moment when I knew, 'Okay, this is serious. I need help.'" Kessler advocates for the need to transform behavioral healthcare to be accessible to students in a crisis.

мощи, чтобы она стала доступна студентам в кризисе.

Психиатрическая помощь не должна исходить от полицейских. По всей стране в США есть полицейские отделения, которые больше не выезжают по вызову, если есть подозрение, что может произойти «суицид с помощью полицейского» (“*suicide by cop*” – когда полицейскому приходится стрелять в человека на поражение, прим. перевод.). Около 100 таких случаев происходит ежегодно, это около 10% смертей в полицейских перестрелках. Рон Бруно, исполнительный директор Crisis Intervention Team Utah (Команды кризисного вмешательства в штате Юта) и второй вице-президент Crisis Intervention Team International (Международной команды кризисного вмешательства), говорит, что таковы настроения в правоохранительных органах по всей стране, но быстро добавляет, что людей нельзя оставлять в кризисе. «Что-то нужно делать, и, поэтому, нам требуется изучить нашу систему кризисного реагирования в целом, выделив чёткие роли для правоохранительных органов и для здравоохранения». Бруно утверждает, что правоохранительные органы должны играть ключевую роль в системе реагирования на психиатрический кризис, но она должна поддерживать психиатрическую систему и применяться только в случае необходимости. «Мы должны поставить под сомнение убеждение, будто кризисная психиатрическая помощь должна исходить от полицейских» [5].

Есть и другой путь. При таком решении люди в психиатрическом кризисе избегают тюрем и больниц: их везут в центры кризисного восстановления и центры психического здоровья. Модель *Crisis Now* предлагает набор инструментов, которые обеспечивают помощь любому человеку, в любое время и в любом месте.

Национальный альянс действия по предотвращению суицидов (Альянс действия) создал целевую группу по кризисным службам, в которой приняли участие 30 американских экспертов по кризисным ситуациям: вместе они решали, чего не хватает, и что необходимо психиатрическим службам в США. Преобразование кризисной помощи необходимо, чтобы обеспечить реагирование на психиатрический кризис, чтобы помочь излечению, дать надежду и достичь заветной цели Ноль суицидов (*Zero Suicide* – международное движение в поддержку этой цели, прим. перевод.), когда люди перестанут погибать из-за самоубийств. В соответствии с этой моделью, Альянс действия, Целевая группа по кризису опубликовала в 2016 году брошюру «*Crisis Now: Преобразование служб в пределах доступности*» [6].

Отчёт показал, что есть проблемы, которые требуется решить, чтобы разрешить кризис в системе психиатрической помощи. Проблемы, которые обнаружила группа Альянса действия таковы:

Mental health care shouldn't come in a police car: There are police departments throughout the United States that no longer answer calls they believe could result in “suicide by cop.” Around 100 shootings like this happen each year, making up roughly 10% of fatal police shootings. Ron Bruno, executive director of CIT Utah and 2nd vice president at CIT International, says this is a philosophy taking hold in law enforcement agencies all over the country, but he quickly points out, people can't just be left in distress. “Something has to be done, and that's why we need to examine our crisis response system as a whole, carving out clear roles for law enforcement and mental health services.” Bruno says that law enforcement has a critical part to play in the mental health crisis response system, but it needs to be in a position of support to the mental healthcare system and only when necessary. “We have to challenge the belief that mental health crisis services must come in a police car.” [5].

There is another way. A way that those persons in a mental health crisis are diverted from jails and hospitals to Crisis Recovery Centers and mental health centers.

The *Crisis Now* model offers a framework of mental health crisis tools that converge to provide care to any person, anywhere, at any time.



The National Action Alliance for Suicide Prevention (Action Alliance) convened the Crisis Services Task Force with 30 consensus US experts on crisis to address the gaps and needs of mental health care in the United States. A transformation of crisis care is needed to provide a response to mental health crisis to enable us to find recovery, hope, and to make it

– Кризисная служба часто оказывается предпочитаемой и самой эффективной помощью для людей в кризисе.

– Отсутствие ключевых элементов успешной кризисной помощи в многих сообществах.

– Предложения по реформированию психиатрической службы существуют, но они не охватывают кризисную помощь.

– Равенство в получении психиатрической помощи и расширение охвата.

Отчёт также обнаружил ключевые элементы, которые формируют основу для эффективной кризисной психиатрической поведенческой помощи. Они следующие:

1. Кризисные колл-центры на уровне области или штата, координируемые в реальном времени.

2. Мобильные кризисные бригады, работающие 24/7 и расположенные в центральных узлах.

3. Краткосрочные, «подострые» программы стабилизации в условиях жилищного кризиса.

4. Базовые принципы и практики кризисной помощи.

Бизнес-модель *Crisis Now*.

Необходима эффективная, действенная модель. Она должна обеспечить основу для выполнения ключевых элементов, и помощь должна быть доступной и практичной. *Crisis Now* обеспечивает такую основу, описанную Целевой группой по кризису от Альянса действия:

– Высокотехнологичные кризисные колл-центры.

– Мобильные кризисные бригады 24/7.

– Программы стабилизации в кризисе.

– Базовые принципы и практики.

Кризисные колл-центры на уровне региона или штата являются центральными узлами, которые с помощью различных средств связи координируют помощь. Они обладают большим объёмом данных для улучшения выполнения задач и отчетности. Одновременно колл-центры обеспечивают поддержку людей в кризисе и их семей.

Удобно расположенные *мобильные кризисные бригады*, 24/7. Мобильные кризисные бригады приезжают и поддерживают человека в кризисе на месте. Программы должны включать работников по контракту и медицинский персонал.

Краткосрочные «подострые» программы стабилизации в условиях жилищного кризиса. Эта программа краткосрочной «подострой» помощи людям, которым нужна поддержка и наблюдение, но не в отделении скорой помощи или стационаре, менее затратна и не требует помещения в психиатрическую больницу. Модель «Приюта» (Retreat model) доказывает, что реально избежать «психиатрического пансиона», чтобы пребы-

possible to reach the goal of Zero Suicide, in which there are NO deaths by suicide. As a framework, the Action Alliance's Crisis Task Force in 2016 published the *Crisis Now: Transforming Services is Within Our Reach* [6].

The report showed that there are significant areas that must be addressed in order to meet the mental health crisis. The issues that the Action Alliance Crisis Task Force found include:

– Crisis care often being the preferred and most efficient care for people in crisis.

– The absence of core elements of successful crisis care in many communities.

– Mental health reform proposals that are on the table but fail to seize the opportunity to improve crisis care

– Mental health parity legislation and coverage expansion.

The report also discovered core elements that form the framework for delivering effective behavioral health crisis care. The core elements are the following.

1. Regional or statewide crisis call centers coordinating in real-time

2. Centrally deployed, 24/7 mobile crisis

3. Short-term, “sub-acute” residential crisis stabilization programs

4. Essential crisis care principles and practices

The Crisis Now Business Model

An effective, efficient model is needed. It must provide the framework of delivering the core elements while assuring care is accessible and practical. *Crisis Now* provides that framework utilizing the core elements and recommendations of the Action Alliance's Crisis Task Force.

Regional or statewide crisis call centers

Crisis call centers provide a central hub through technology to coordinate across a system of care. They leverage a high volume of data to improve performance and accountability. Simultaneously, the call center provides high-touch support to individuals and families in crisis.

Centrally deployed, 24/7 mobile crisis

Mobile crisis offers outreach and support where people in crisis are. Programs should include contractually required response times and medical backup.

Short-term, “sub-acute” residential crisis stabilization programs

These programs offer short-term “sub-acute” care for individuals who need support and observation, but not ED holds or medical inpatient stay, at lower costs and without the overhead of hospital-based acute care. The

вание в психиатрическом стационаре предоставлялось только тем, кому это действительно нужно, и обеспечить максимум возможностей для восстановления [7].

Базовые принципы и практики кризисной помощи.

Они должны включать ориентацию на выздоровление, помощь с учетом травматического опыта, значительное задействование равных среди персонала (*peers*, «равные» – люди, пережившие схожие психиатрические кризисы, но восстановившиеся после лечения и выбравшие помогать другим кризисным пациентам, *прим. перевод.*), приверженность идеям Zero Suicide / Suicide Safer Care (движения Ноль суицидов, Безопасная помощь при суицидах), а также идеям безопасности для потребителей, и взаимодействие с правоохранительными органами.

Crisis Now в действии.

В одном округе в Аризоне, где модель *Crisis Now* воплощена полностью, мы видим её результативность. В 2016 году правоохранительные органы города Финикса отвечали на вызовы 22000 людей в кризисе, напрямую перевозив их в кризисные центры или передавая мобильным бригадам, минуя отделения скорой помощи. Это значительно сократило расходы благодаря следующему:

- индекс соответствия между потребностями и клиническим ответом на кризис увеличился в 6 раз;
- снизились потенциальные расходы на пребывание пациентов в стационаре на 260 млн долларов;
- сэкономило время работы полицейских, эквивалентное 37 ставкам;
- сэкономило 37 миллионов долларов для отделений скорой помощи;
- сократило общий «психиатрический пансион» на 45 лет.

Инструменты оценки кризисной системы.

Crisis Now – единственная кризисная система, которая поддерживается Национальной ассоциацией директоров штатов программы психического здоровья (National Association of State Mental Health Program Directors) и Международной командой кризисного вмешательства. Множество штатов теперь внедряют эту модель в свои системы. Несколько инструментов было разработано для поддержки и оценки достоверности модели.

Каков поток в вашей кризисной системе? Люди поступают в кризисную систему, приходя самостоятельно, или их привозят мобильные бригады, или перенаправляют колл-центры, лечащие врачи, полиция. Однако большинство направляются из больничных отделений скорой помощи. Этот инструмент учитывает, сколько обращений происходит относительно всего населения в регионе, выдавая ежемесячный поток кризисных пациентов (Monthly Crisis Flow).

Retreat model shows a substantial effort to tackle the scourge of psychiatric boarding and ensure psychiatric inpatient capacity is maximized and available for those most in need, but with the strongest possible recovery approach [7].

Essential crisis care principles and practices

These must include a recovery orientation, trauma-informed care, significant use of peer staff, a commitment to Zero Suicide / Suicide Safer Care, strong commitments to safety for consumers and staff, and collaboration with law enforcement.

Crisis Now in Action

In one county in Arizona where the *Crisis Now* model is utilized to full fidelity, we see the impact possible when the model is implemented. In 2016, the metro area Phoenix law enforcement engaged 22,000 people in crisis transferring them directly to crisis facilities and mobile crisis without visiting a hospital ED. The change provided significant savings by doing the following.

- Improved Crisis Clinical Fit to Need (CCFN) by 6x.
- Reduced potential state inpatient spend by \$260.
- Saved the equivalent of 37 FTE Police Officers (calculated by Arizona data, 2017).
- Saved hospital EDs \$37m in avoided costs/losses.
- Reduced total psychiatric boarding by 45 years (Calculated from “Impact of psychiatric patient boarding in EDs”, 2012) [1].

Tools for Assessing a Crisis System

Crisis Now is the ONLY crisis system to be endorsed by the National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) and CIT International. Multiple states are now replicating and implementing the model into their own system. A range of tools has been developed to support and ensure fidelity to the model.

How Does Your Crisis System Flow?

Individuals flow into the crisis system from walk-ins, mobile teams, crisis lines, primary care providers, and Police. However, most referrals flow through the Hospital Emergency Departments. The tool considers how many individuals flow through based on the total population for the region giving the amount of Monthly Crisis Flow. However, that is just part of the picture. The LOCUS Levels of Care helps to identify the level of need so that individuals are matched to the appropriate clinical care.

Таблица 1 / Table 1

Калькулятор проекций системы *Crisis Now* для штата Индиана
Crisis Now Crisis System Calculator Projections – Indiana

Показатель	Без кризисной помощи <i>No Crisis Care</i>	<i>Crisis Now</i>
Число кризисных эпизодов ежегодно <i># of Crisis Episodes Annually (200 / 100000 Monthly)</i>	160605	160605
Число сразу же отправленных в острый стационар <i># Initially Served by Acute Inpatient</i>	109211	22485
Перенаправленные в острый стационар из кризисного центра <i># Referred to Acute Inpatient From Crisis Facility</i>	-	8938
Общее число пациентов в остром стационаре <i>Total # of Episode in Acute Inpatient</i>	109211	31422
Число необходимых коек в остром стационаре <i># of Acute Inpatient Beds Needed</i>	2327	670
Общая стоимость коек в остром стационаре <i>Total Cost of Acute Inpatient Beds</i>	\$ 679537905	\$ 195517046
Перенаправленные на краткосрочное пребывание после стабилизационных кресел <i># Referred to Short-Term Bed From SStabilization Cha</i>	-	35751
число необходимых кризисных коек <i># of Crisis Beds Needed</i>	-	272
Общая стоимость кризисных коек / кресел <i>Total Cost of Crisis Facility Beds / Chairs</i>	\$ -	\$ 79445976
Число изначально обслуженных в центре кризисной стабилизации <i># Initially Served by Crisis Stabilization Facility</i>	-	86727
Число направленных в кризисный центр мобильной бригадой <i># Referred to Crisis by Mobile Team</i>	-	15418
Общее число случаев в кризисном центре <i>Total # of Episodes in Crisis Facility</i>	-	102145
Число необходимых кризисных стабилизационных кресел <i># of Crisis Stabilization Chairs Needed</i>	-	320
Общая стоимость кризисных коек / кресел <i>Total cost of Crisis Facility Beds / Chairs</i>	\$ -	\$ 93389555
Обслужено ежедневно одной мобильной бригадой <i># Served Per Mobile Team Daily</i>	4	4
Количество необходимых мобильных бригад <i># of Mobile Teams Needed</i>	-	49
Общее число эпизодов с мобильной бригадой <i>Total # of Episodes with Mobile Teams</i>	-	51394
Общая стоимость мобильных бригад <i>Total Cost of Mobile Teams</i>	\$ -	\$ 17248545
Число обслуженных уникальных индивидов <i># of Unique Individuals Served</i>	109211	160605
Общая стоимость затрат на стационар и кризисное реагирование <i>Total Inpatient and Crisis Cost</i>	\$ 679537905	\$ 385601121
Затраты отделения скорой помощи (\$1233 на острого пациента) <i>ED Costs (\$1,233 Per Acute Admit)</i>	\$ 134657717	\$ 38743797
Общие затраты <i>Total Cost</i>	\$ 814195621	\$ 424344918
Общая разница в затратах <i>Total Change Cost</i>		- 48%

Однако это лишь часть картины. Уровни помощи (LOCUS Levels of Care) помогают определить необходимый уровень помощи. Так люди получают то, что им нужно, а система экономит бюджет, сокращая число

This ensures people receive the treatment they need and the system saves money by reducing the number of people receiving a level of care that exceeds their need.

людей, получающих уровень помощи, который превышает их потребности.

Калькулятор коек даёт более полный обзор кризисной системы (табл. 1). Он учитывает число острых стационарных коек, число кризисных коек, число занятых кресел для стабилизации состояния, число мобильных команд. Калькулятор проекций системы *Crisis Now* для штата Индиана показывают экономию средств, когда была применена система *Crisis Now*. Сокращение расходов составило свыше 390 миллионов – на 48%.

The Bed Calculator provides a more in-depth view of the crisis system (Table 1). It takes into account the number of Acute Inpatient Beds, the number of Crisis Beds, the number of Crisis Stabilization Chairs, and the number of Mobile Teams. The Crisis Now System Calculator Projections for the state of Indiana in the United States demonstrate the cost savings obtainable when the *Crisis Now* system is utilized. The savings amounts to over \$390 million, a cost reduction of 48 percent.

Литература / Reference:

1. Nicks B.A., Manthey D.M. The Impact of Psychiatric Patient Boarding in Emergency Departments. *Emergency Medicine International*. 2012; Article ID 360308: 5 <https://doi.org/10.1155/2012/360308>
2. Stone D.M., Simon T.R., Fowler K.A., et al. Vital Signs: Trends in State Suicide Rate – United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide – 27 States, 2015. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018; 67: 617-624.
3. WHO (2019, September 27). Suicide data. Retrieved from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
4. Hepburn S. (2019, May 30). Misha Kessler on Why Behavioral Healthcare Must be Accessible to Students in a Crisis. Retrieved from: <https://talk.crisisnow.com/behavioral-healthcare-must-be-accessible-to-students/>
5. Hepburn S. (2019, December 3). Mental Health Care Shouldn't Come in a Police Car. Retrieved from: <https://talk.crisisnow.com/mental-health-care-shouldnt-come-in-a-police-car/>
6. National Action Alliance for Suicide Prevention: Crisis Services Task Force (2016). Crisis now: Transforming services is within our reach. Washington, DC: Education Development Center, Inc
7. Crisis Now (2018). Exceptional Practices Lead to System's Success. Retrieved from: <https://crisisnow.com/wp-content/uploads/2018/05/CrisisNow-LeadToSystemSuccessInAZ.pdf>

CRISIS NOW: THE BUSINESS CASE RESULTING IN A TRANSFORMATION OF CRISIS CARE. THE EXPERIENCE OF ARIZONA IN THE UNITED STATES

David W. Covington

RI International, Phoenix, USA; David.Covington@riinternational.com**Abstract:**

Every day, emergency dispatchers receive thousands of calls for mental health crisis situations. In the majority of cases, it is a Police Officer who is the first contact and often has little option but to take them to Emergency Rooms or jail. Individuals can wait hours or even days for an opportunity to see a mental health professional. Many times, the person is released without receiving appropriate care or a recovery plan. In response to this situation, the National Action Alliance, based in the US, formed a crisis services task force who released “Crisis Now: Transforming Services is Within Our Reach” in 2016. To meet the challenge of changing crisis services proposed in the report, RI International partnered with NASMHPD and created the business case for Crisis Now to define the Crisis Now continuum of care. The difference made by the Crisis Now model led to an six times greater Crisis Clinical Fit to Need (CCFN) than was possible previous. It additionally equated to \$37 million in avoided costs/losses for the hospital Emergency Departments, reduction in the potential state inpatient spending of \$260 million, and saved the equivalent of 37 FTE Police Officers (calculated by Arizona data, 2017).

Keywords: crisis, suicide, crisis care, *Crisis Now*, Arizona, USA

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 declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 21.12.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.03.2020.

Для цитирования: Covington D.W. *Crisis Now*: бизнес-кейс, приведший к преобразованию кризисной службы. Опыт штата Аризона, США. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 146-152. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-146-152](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-146-152)

For citation: Covington D.W. *Crisis Now*: The business case resulting in a transformation of crisis care. The experience of Arizona in the United States. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 146-152. (In Russ) [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-146-152](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-146-152)

ТАТУИРОВКИ У ДЕВУШЕК: ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

А.В. Меринов, Д.М. Васильева

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

GIRLS' TATTOOS: THEIR SIGNIFICANCE FOR SUICIDOLOGICAL PRACTICE

A.V. Merinov, D.M. Vasilyeva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). 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

Васильева Дарья Михайловна (SPIN-код: 4663-9802; Researcher ID: X-8218-2019; ORCID iD: 0000-0001-9964-1489). Место учёбы и должность: клинический ординатор 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 (980) 501-69-74, электронный адрес: dasha_tolstenok@mail.ru

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 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Vasilyeva Darya Mikhailovna (SPIN-code: 4663-9802; Researcher ID: X-8218-2019; ORCID iD: 0000-0001-9964-1489). Place of study: student of the Department of Psychiatry, acad. I.P. Pavlov Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (980) 501-69-74, электронный адрес: dasha_tolstenok@mail.ru

Татуировка – процесс нанесения перманентного (стойкого, постоянного) рисунка на тело. Существует мнение, что люди, стремящиеся сделать тату, более неуверенные в себе, склонны к глубокому самоанализу, имеют причудливое мировоззрение. А значит – само тату является индикатором личностной дисгармонии, возможно, имеющей точки «соприкосновения» с аутоагрессивными чертами и устремлениями личности. Существуют и противоположные мнения. Сегодня так же нет ясного представления о связи феномена аутоагрессии и нанесения татуировок. Что это – безобидный поведенческий паттерн или поведение, имеющее в своей основе некие, значимые для суицидологической практики причины, требует углублённого изучения. Цель исследования: изучение суицидологического профиля лиц, имеющих татуировки. Основной задачей исследования является проверка гипотезы связи наличия татуировок и склонности к агрессивному поведению, выяснение их суицидологического предикативного значения. Материалы и методы. Обследовано 30 девушек, имеющих на своём теле хотя бы одну татуировку (средний возраст – 21,07±2,1 года). В качестве контроля использована репрезентативная группа с аналогичными возрастными и социально-демографическими характеристиками. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем, а также тесты: MiniMult, STAXI, а также шкала родительских предписаний. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26. Результаты и обсуждение. Полученные данные позволяют констатировать высокую аутоагрессивную активность изучаемой группы: суицидальная попытка в анамнезе отмечалась у каждого четвёртого (26,67%), суицидальные мысли в анамнезе у каждого второго – 53,33% (в контрольной группе соответственно – 6,25% и 17,19%). Они значимо чаще обнаруживали депрессивные эпизоды (70%), безысходность (60%), навязчивый стыд (36,6%). Часто употребляли наркотических веществ (33,3%), были склонны к рискованным модусам поведения. Выводы. Приходится констатировать, что наличие татуировок у девушек тесно связано с высоким риском обнаружения у них аутоагрессивных паттернов, как суицидальной, так и несуйцидальной направленности. Описываемые выше данные согласуются с частотой обнаружения в исследуемой группе важных предикторов суицидального поведения и специфическим набором психологических характеристик. Полученные данные расширяют наши представления о связи феноменов аутоагрессии и тату.

Ключевые слова: суицидология, аутоагрессия, предикторы аутоагрессивного поведения, тату, татуировки

В XXI веке мы всё больше слышим об индивидуальности, уникальности человека. Многие люди стараются удивить окружающих своей неповторимостью или современностью. Одним из таких модных веяний является татуировка. Татуировка – процесс нанесения перманентного (стойкого, постоянного) рисунка на тело, выполняемого методом местного травмирования кожного покрова с внесением в дерму красящего пигмента. У многих татуировок есть своя история, свой символизм [1, 2]. Некоторые люди, нанося на тело рисунок, вкладывают колоссальный смысл, память, а кто-то «набивает» себе рисунок «чтобы не как у всех». Как бы просто все это не звучало, с точки зрения суицидологии за всё время существования «тренда» накопилось много вопросов [3, 4]. Существует мнение, что люди, стремящиеся сделать тату – более неуверенные в себе, склонны к глубокому самоанализу, имеют причудливое мировоззрение [1, 5, 6]. А значит – само тату является индикатором личностной дисгармонии, возможно, имеющей точки «соприкосновения» с аутоагрессивными чертами и устремлениями личности [4, 7, 8]. С другой стороны, людей с татуировками, особенно женщин, считают более сильными и независимыми, но в целом – некими персонажами, склонными к неоправданному риску, ведущих «ветреный образ жизни», импульсивности или нестойкой гиперкомпенсации [3, 5]. Ответственность к носителям татуировок относится, либо с настороженностью, либо достаточно индифферентно. Однако уже взрослые люди, не сделавшие когда-то тату (но хотевшие), считают тот период в жизни, как минимум, сложным, а решение сделать татуировку – возможным копингом.

В нашей практике неоднократно встречались пациенты, утверждающие, что именно татуировки в своё время позволили отказаться от действий, которые бы мы постфактум трактовали как безусловно аутоагрессивные. С другой стороны, некоторые обладатели татуировок, говорят, что они приносят им чувство комфорта, повышают самооценку. Приходится констатировать, что в настоящее время нет ясного представления о связи феномена аутоагрессии и нанесения татуировок. Что это – безобидный поведенческий паттерн или поведение, имеющее в своей основе некие, значимые для суицидологической практики причины, требует углубленного изучения?

Целью настоящего исследования являлось изучение суицидологического профиля лиц, имеющих татуировки. Основная задача исследования – проверка гипотезы связи наличия татуировок и склонности к агрессивному поведению, выяснение их суицидологического предикативного значения.

Материалы и методы.

Исходный массив обследованных был разделён на

In the XXI century, we constantly hear about the individuality, uniqueness of a person. Many people try to surprise others with their originality or modernity. One of such fashionable trends is getting a tattoo. Tattooing is the process of applying a permanent (lasting, constant) drawing to the body, performed by the method of local injury to the skin with the addition of coloring pigment to the dermis. Many tattoos have their own history, their own symbolism [1, 2]. Some people, applying pictures to the body, imply some colossal meaning or a dear memory, and some simply make a picture on themselves that “would be different from anyone else”. However simple all this may sound, from the suicidology point of view there have accumulated a lot of questions over the entire existence of this trend [3, 4]. There is an opinion that people who want to get a tattoo are more insecure, prone to deep introspection, have a fanciful worldview [1, 5, 6]. This means that a tattoo itself is an indicator of personal disharmony that can possibly relate to auto-aggressive personality traits and aspirations [4, 7, 8]. On the other hand, people with tattoos, especially women, are considered more powerful and independent, but in general they are viewed as characters who are prone to unjustified risk, leading a giddy lifestyle, impulsiveness, or unstable hypercompensation [3, 5]. The public refers to people with tattoos either with caution or rather indifferently. However, those adults who didn't make a tattoo (but wanted to) considered that period in life to be at least difficult, and the decision to make a tattoo view as a possible coping.

In our practice, we have repeatedly met patients who claim that it was tattoos that once allowed them to withdraw actions that we would undoubtedly call auto-aggressive. On the other hand, some people convey tattoos provide them a sense of comfort and increase their self-esteem. We have to admit that at present there is no clear idea about the connection between the phenomenon of auto-aggression and tattooing. What is this – a harmless behavioral pattern or behavior that has at its core some significant reasons for suicidological practice? This requires in-depth study.

The aim of this study was to study the suicidological profile of people with tattoos. The main objective of the study is to test the hypothesis of the relationship between the presence of tattoos and a tendency to aggressive behavior, to clarify their suicide prediction value.

две подгруппы: девушки, сделавшие татуировки и девушки без татуировок. Соответственно в исследуемую группу вошли 30 человек (средний возраст – 21,07±2,1 года). В контрольную группу вошло 64 человека (средний возраст – 21±4,0 года).

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [9]. В качестве инструмента для оценки личностных характеристик респондентов использованы тесты MiniMult, STAXI, а также «Шкала родительских предписаний», широко используемая в рамках транзакционного анализа [10].

Для решения поставленной задачи было проведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах (суицидологических, личностно - психологических). Статистический анализ и обработка данных проводилась посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев Стьюдента, χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса. Параметрические данные в работе представлены в виде $M \pm m$ (среднее арифметическое \pm стандартное отклонение). 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-Statistics V26.

Результаты и их обсуждение.

Проанализируем суицидальную направленность реализации аутоагрессивных импульсов в изучаемых группах. Статистически значимые отличия представлены в таблице 1.

Хорошо видны статистически значимые отличия в отношении как суицидальных попыток, так и суицидальных мыслей у девушек, имеющих татуировки, что, безусловно, представляет практический интерес для суицидологической практики. В перспективе – сравнение лиц с одной единственной татуировкой и без желания нанесения себе новых с лицами с многочисленными тату.

Materials and methods.

The initial cohort of the examined individuals was divided into two subgroups: girls who had tattoos and girls without tattoos. The study group included 30 people (mean age – 21.07±2.1 years) and the control group included 64 people (mean age – 21±4.0 years).

As a diagnostic tool, a questionnaire was used to identify auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present [9]. The MiniMult, STAXI tests, as well as the The Drego Injunction Scale (Russian version), which is widely used in the framework of transactional analysis, were it is used as a tool for assessing the personality characteristics of respondents [10].

To reach the aim of the study a frontal comparison of all the studied signs in the subgroups (suicidological, personality - psychological) was carried out. Statistical analysis and data processing were carried out using parametric and nonparametric methods of mathematical statistics using Student's criteria, χ^2 , χ^2 with Yates correction. The parametric data in the work are presented in the form $M \pm m$ (arithmetic mean \pm standard deviation). The description of statistical data for nonparametric criteria is presented in the form of n (%) (the absolute number of attributes for the group and its percentage of the total number of group members). Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics V26 program.

Results and its discussion.

Let us analyze the suicidal orientation of the implementation of auto-aggressive impulses in the studied groups. Statistically significant differences are presented in table 1.

Statistically significant differences are clearly visible in relation to both suicide attempts and suicide ideation in girls with tattoos, which, of course, is of practical interest for suicidological practice. As a perspective study we would mark one with the aim to compare persons with a single tattoo and no desire to make any new ones with faces with people with numerous tattoos.

Таблица 1 / Table 1

Представленность суицидальных паттернов в изучаемых группах
Representation of suicidal patterns in the studied groups

Признак / Indicator	Девушки с татуировками Girls with tattoos n=30		Девушки без татуировок Girls without tattoos n=64		χ^2	P
	n	%	n	%		
Суицидальная попытка в анамнезе History of suicide attempts	8	26,67	4	6,25	7,65	0,06
Суицидальные мысли в анамнезе History of suicide thoughts	16	53,33	11	17,19	13,03	0,001

На данном этапе исследования такой возможности не представилось, однако, вполне вероятно, что подобное сравнение уточнит полученные сейчас данные.

В любом случае, у девушек, нанесших себе тату, рассматриваемые показатели суицидальной активности представляются нам крайне высокими и заслуживающими дальнейшего изучения.

Перейдем к анализу представленности в изучаемых группах предикторов аутоагрессивного поведения и несуицидальных паттернов саморазрушающего поведения. Полученные данные представлены в таблице 2.

Девушки, сделавшие татуировки, значительно чаще находились в состоянии длительно пониженного настроения (70% против 43,75%). Многие татуировки плотно ассоциировались с эмоциональными колебаниями в жизни респонденток: «самый простой способ сделать себя счастливым, снова почувствовать радость – сделать новую татуировку». К сожалению, как демонстрируют данные таблицы, далеко не всегда данная «терапия» была успешной.

At this stage of the study, this possibility was not presented, however, it is likely that such a comparison will refine the data obtained now. In any case, for girls who had themselves tattooed, the considered indicators of suicidal activity seem to be extremely high and deserve a further study.

Let us move on to the analysis of the representation in the studied groups of predictors of auto-aggressive behavior and non-suicidal patterns of self-destructive behavior. The data obtained are presented in table 2.

Girls who had tattoos were much more likely to experience long terms of low mood (70% versus 43.75%). Many tattoos were closely associated with emotional fluctuations in the lives of the respondents stating that "the easiest way to make yourself happy, to feel joy again is to give yourself a new tattoo." Unfortunately, as the data in Table demonstrate, such "therapy" was far from successful.

Таблица 2 / Table 2

Представленность в группах предикторов аутоагрессивного поведения и несуицидальных аутоагрессивных паттернов / Representation in groups of predictors of auto-aggressive behavior and non-suicidal auto-aggressive patterns

Признак / Indicator	Девушки с татуировками Girls with tattoos n=30		Девушки без татуировок Girls without tattoos, n=64		χ^2	P
	n	%	n	%		
Предикторы аутоагрессивного поведения / Auto-aggressive behavior predictors						
Периоды снижения настроения в анамнезе History of low mood	21	70,00	28	43,75	5,64	0,018
Периоды безысходности в последние 2 года Periods of hopelessness in the last 2 years	16	53,33	6	9,38	16,14	0,0001
Периоды безысходности ранее Periods of hopelessness earlier	18	60,00	11	17,19	17,55	0,000
Навязчивое чувство вины в последние 2 года Obsessive guilt in the last 2 years	13	43,33	10	15,63	8,49	0,0036
Склонность долго переживать стыд Tendency to experience shame for a long period of time	11	36,67	11	17,19	4,32	0,0376
Стыд своего тела Being ashamed of own body	17	56,67	21	32,81	4,83	0,0280
Способность легко нарушить мораль Ability to easy violate moral principles	9	30,00	6	9,38	6,48	0,0109
Несуицидальные аутоагрессивные паттерны / Non-suicidal auto-aggressive patterns						
Курение Smoking tobacco	13	43,33	3	4,69	21,60	0,0000
Склонность к неоправданному риску Tendency to unjustified risk	7	23,33	4	6,25	5,77	0,0163
Несистематическое употребление наркотических веществ в анамнезе History of non-systemic use of dugs	10	33,33	1	1,56	19,95	0,0000
Незащищенный секс с малознакомым партнером Unprotected sex with a person they do not know well	4	14,28	0	0	8,91	0,0028

Таблица 3 / Table 3

Структура ряда личностно-психологических характеристик в изучаемых группах? М (m)
The structure of a number of personality-psychological characteristics in the studied groups M (m)

Признак / Indicator	Девушки с татуировками Girls with tattoos n=30	Девушки без татуировок Girls without tattoos n=64	P
Mini-Mult			
Шкала / Scale Mini-Mult «Hs»	4,10 (3,01)	3,64 (2,08)	0,016
Шкала / Scale Mini-Mult «Pd»	6,83 (2,78)	5,98 (1,86)	0,008
STAXI			
AX/OUT	14,67 (3,65)	12,12 (2,66)	0,041
Родительские предписания / The Drego Injunction Scale (Russian version)			
Послание «Не существуй» «Do not exist» message	17,03 (7,74)	13,95 (5,32)	0,016
Послание «Не чувствуй» «Do not feel» message	26,47 (6,00)	22,58 (8,71)	0,034

Девушки из исследуемой группы статистически значимо чаще обнаруживали у себя очерченные периоды безысходности. В их жизни случались события, ассоциированные с долговременными переживаниями стыда и вины. Они легко совершали рискованные и малообдуманные поступки, часто сопряженные с нарушением общественных устоев и морали.

В отношении несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, прежде всего, обращает на себя внимание, частота аддиктивных феноменов: употребления наркотических веществ (в 15 раз чаще, чем в контрольной группе), курение (почти в 10 раз). Рискованно - виктимный вариант представлен как непосредственно самой склонностью к неоправданному риску, так и неоднократно незащищенными сексуальными контактами с малознакомыми партнёрами (справедливости ради, стоит отметить, что эти два «вектора» аутоагрессии зачастую «перекрывались», поскольку подобная сексуальная активность наиболее часто отмечалась на фоне наркотического или алкогольного опьянения).

Перейдём к оценке обнаруженных личностно-психологических характеристик изучаемой группы девушек, что нашло отражение в таблице 3.

Начиная работать с данным блоком данных, мы ожидали, что в исследуемой группе высокой будет шкала Mini-Mult «Hs», что логично бы вписывалось в растиражированный образ людей с тату, как желающих обратить на себя внимание. Однако данная шкала находилась в нормативной возрастной зоне и не имела сколь значимых отличий от группы контроля. То есть, мы приходим к очевидному выводу, что большинство людей с татуировками вовсе не «позёры», а их появление скорее связано с какими-то иными личностными особенностями. Высокие значения шкалы «Pd» не вы-

Статистически девушки из группы исследования значительно чаще испытывают периоды безысходности. Некоторые жизненные события были ассоциированы с длительными переживаниями стыда и вины. Они легко совершали рискованные и малообдуманные поступки, часто сопряженные с нарушением общественных принципов и морали.

В отношении несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, прежде всего, обращает на себя внимание, частота аддиктивных феноменов: употребление психоактивных веществ (15 раз чаще, чем в контрольной группе), курение (почти в 10 раз). Рискованно - виктимный вариант представлен как непосредственно самой склонностью к неоправданному риску, так и неоднократно незащищенными сексуальными контактами с малознакомыми партнёрами (справедливости ради, стоит отметить, что эти два «вектора» аутоагрессии зачастую «перекрывались», поскольку подобная сексуальная активность наиболее часто отмечалась на фоне наркотического или алкогольного опьянения).

Let us move on to the assessment of the personality-psychological characteristics discovered in the studied group of girls that are presented in the following table.

Starting to work with this data block, we expected that the Mini-Mult «Hs» scale would be the highest in the study group which would logically fit into the popular image of people with tattoos as people who want to attract attention to themselves. However, this scale was in the normative zone and did not differ significantly from the control group. That is, we come to the obvious conclusion that most people with tattoos are not «poseurs» at all and getting them is more likely connected with some other personal characteristics. High val-

зывают удивления и хорошо согласуются с обнаруженными в группе склонностью к риску и поступкам, сопряжённым с нарушением общепринятых рамок и правил (для многих таковыми, по-прежнему, остаются и татуировки). Это и склонность к протестности и застреванию на субъективно значимых событиях. Высокие значения шкалы «Hs» объясняют нам такие черты как, лёгкость потери равновесия в конфликтных ситуациях, сложности при смене обстановки и в состоянии стресса, а в сочетании с шкалой «Pd» – общую неконформность и склонность к эскапизму.

Шкала «AX/OUT», отвечающая за оценку личностной агрессии, направленной «во вне», вполне согласуется с описанными выше характеристиками личности.

Родительское предписание «Не существуй» отчётливо перекликается с полученными данными о высокой представленности суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивности паттернов в исследуемой группе. Данное послание является наиболее токсичным в отношении формирования аутоагрессивного сценария жизни [10, 11] и, его высокие значения в группе со столь примечательным уровнем суицидальных паттернов, не вызывает удивления. Носят ли татуировки какое-то магическое значение в отношении ухода от родительской деструктивной программы, требует дальнейших уточнений. Послание «Не чувствуй» обычно ассоциировано с выученным подавлением каких-то собственных эмоций, запретом на их демонстрацию или осознание. Во взрослой жизни его действие сопряжено с целым рядом серьёзных проблем, что выражается в депрессивных реакциях истощения, эксплозивных реакциях, «подвешенным» состоянием в отношении отреагирования в ситуации стресса.

Выводы:

1. Приходится констатировать, что наличие татуировок у девушек тесно связано с высоким риском обнаружения у них аутоагрессивных паттернов, как суицидальной, так и несуйцидальной направленности.

2. Описываемые выше данные согласуются с частотой обнаружения в исследуемой группе важных предикторов суицидального поведения и специфическим набором психологических характеристик.

3. Настораживающим, на наш взгляд, является и аддиктологическая составляющая из суицидологического «портрета».

4. При безусловно важном индикативном значении изучаемого феномена в суицидологии, не до конца выясненной остаётся значение татуировок: вероятно, их нанесение в ряде случаев может иметь протективное значение в качестве механизма копинга стрессовых ситуаций.

5. Полученные данные расширяют наши представления о связи феноменов аутоагрессии и тату.

ues of the “Pd” scale are not surprising and are in good agreement with the tendency to risk and behavior associated with the violation of generally accepted rules (for many these are still tattoos). This can explain a tendency to protest and get stuck on subjectively significant events. High values of the “Hs” scale explain to us such features as ease of loss of balance in conflict situations, difficulties in changing the situation and stress, and in combination with the “Pd” scale – general non-conformity and a tendency to escapism.

The “AX/OUT” scale which assesses personal aggression directed “outside” is in full agreement with the personality characteristics described above.

The parental message “Do not exist” clearly resonates with the data obtained on the high representation of suicidal and non-suicidal autoaggressive patterns in the study group. This message is the most toxic in relation to the formation of an auto-aggressive life scenario [10, 11] and its high values in the group with such a remarkable level of suicidal patterns is not surprising. Whether tattoos have any magical significance in relation to avoiding the parental destructive program requires further clarification. The message “Do not feel” is usually associated with learned suppression of one’s own emotions, a ban to demonstrate them or to even be aware of them. In adulthood, this message causes several serious problems associated with depressive reactions of exhaustion, explosive reactions, undecisive state in relation to the response in a stress situation.

Conclusions:

1. We have to admit that the presence of tattoos in girls is closely associated with a high risk of detecting auto-aggressive patterns in them, both suicidal and non-suicidal.

2. The data described above are consistent with the frequency of detection in the study group of important predictors of suicidal behavior and a specific set of psychological characteristics.

3. In our opinion, the addictive component in the suicidological “portrait” is alarming.

4. With the unconditional importance of indicative value of the studied phenomenon for suicidology, the significance of tattoos is not fully understood – they are likely to have protective value in some cases like a coping mechanism in stressful situations.

5. The data obtained make our understanding of the connection between the phenomena of autoaggression and tattoo deeper.

Литература / References:

1. Sagoe D., Pallesen S., Andreassen C.S. Prevalence and correlates of tattooing in Norway: A large-scale cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2017; 58 (6): 562–570. DOI: 10.1111/sjop.12399
2. Stim A., Brähler E., Hinz A. Prevalence, sociodemography, mental health and gender differences of tattooing and body piercing. *Psychother. Psychosom. Medical. Psychology*. 2006; 56 (11): 445–449.
3. Balci S., Sari E., Mutlu B. Comparison of risk-taking behaviour and frequency of piercing and tattooing among university students. *J. Pak. Medical Association*. 2015; 65 (6): 587–592.
4. Deschesnes M., Finès P., Demers S. Are tattooing and body piercing indicators of risk-taking behaviours among high school students? *J. Adolesc.* 2006; 29 (3): 379–393.
5. Воробьева Е.С. О чем рассказывает татуированное тело: гендерный аспект в опыте визуальной социологии. *Интеракция. Интервью. Интерпретация*. 2018; 10 (16): 70–80. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2018.16.6>. [Vorobyova E.S. What the tattooed body tells us: gender aspect in the experience of visual sociology. *Interactia. Interview. Interpretation*. 2018; 10 (16): 70–80.] (In Russ)
6. Mayers L.B., Judelson D.A., Moriarty B.W., Rundell K.W. Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo Clin. Proc.* 2002; 77 (1): 29–34.
7. D'Ambrosio A., Casillo N., Martini V. Piercings and tattoos: psychopathological aspects. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 2013; 55 (4): 143–148.
8. Ворошилин С.И. Расстройства инстинктов самосохранения и сохранения целостности тела. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 1: 16–25. [Voroshilin S.I. Disorders of the instincts of self-preservation and preservation of the integrity of the body. *Academic Journal of Western Siberia*. 2010; 1: 16–25.] (In Russ)
9. Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М.: Секция наркологии МЗ РФ, 2000. 20 с. [Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik YU.V. Diagnosis of auto-aggressive behavior in alcoholism by the method of therapeutic interviews. Manual for doctors of psychiatrists, narcologists and psychotherapists. M.: Section narcology, 2000. 20 p.] (In Russ)
10. Drego P. The cultural parent. *Transactional Analysis Journal*. 1983; 13: 224–227.
11. Stewart I. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis / I. Stewart, V. Joines. Nottingham; Chapel Hill: *Lifespace Publ.*, 1987. 342 p.

GIRLS' TATTOOS: THEIR SIGNIFICANCE FOR SUICIDOLOGICAL PRACTICE

A.V. Merinov, D.M. Vasilyeva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

Tattoo is the process of applying a permanent (lasting, constant) drawing to the body. There is an opinion that people who want to get a tattoo, have more self-doubts, are prone to deep introspection, have a fanciful worldview. This means that the tattoo itself is an indicator of personal disharmony that can possibly be connected with auto-aggressive traits and aspirations of the person. There are opposing opinions as well. Today, there is no clear idea of the connection between the phenomenon of auto-aggression and tattooing. Whether it is a harmless behavioral pattern or behavior that basically has certain causes that are significant for suicidological practice requires in-depth study. The purpose of the study: to study suicidological profiles of tattooed individuals. The main objective of the study is to test the hypothesis of the relationship between having tattoos and a tendency to aggressive behavior, to understand if they have any suicide prediction value. Materials and methods. 30 girls with at least one tattoo on their body were examined (mean age – 21.07±2.1 years). A representative group with similar age and socio-demographic characteristics was used as control. As a diagnostic tool, a questionnaire to identify auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present was used, as well as the following tests: MiniMult, STAXI, The Drego Injunction Scale (Russian version). Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics V26 program. Results and discussion. The data obtained allow us to ascertain the high auto-aggressive activity of the studied group: an attempt was noted in every fourth (26.67%), every other individual had the history of suicidal thoughts 53.33% (in the control group, respectively – 6.25% and 17.19%). Significantly more often they reported depressive episodes (70%), hopelessness (60%), obsessive shame (36.6%), used drugs (33.3%), were prone to risky modes of behavior. Conclusions. We have to admit that having a tattoo is closely associated with a high risk of detecting auto-aggressive patterns in girls, both suicidal and non-suicidal. The data described above are consistent with the frequency of detection in the study group of important predictors of suicidal behavior and a specific set of psychological characteristics. The data obtained expand our understanding of the relationship between the phenomena of autoaggression and tattoos.

Keywords: suicidology, autoaggression, predictors of autoaggressive behavior, tattoos

Вклад авторов:

A.V. Merinov: дизайн исследования и статьи, написание и редактирование текста рукописи;

D.M. Vasilyeva: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

A.V. Merinov: developing the research design, article writing and editing;

D.M. Vasilyeva: article writing and editing.

Финансирование: 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: 29.11.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.04.2020.

Для цитирования: Меринов А.В., Васильева Д.М. Татуировки у девушек: их значение для суицидологической практики. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 153–159. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-153-159

For citation: Merinov A.V., Vasilyeva D.M. Girls' tattoos: their significance for suicidological practice. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 153–159. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-153-159

УКСУСНАЯ КИСЛОТА СРЕДИ СРЕДСТВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, В.И. Герасименко, Е.П. Зотова, И.М. Петров,
Е.Г. Скрябин, А.Б. Приленский

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

ACETIC ACID AMONG THE MEANS OF SUICIDAL ACTIONS

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov,
V.I. Gerasimenko, E.P. Zotova
I.M. Petrov, E.G. Scryabin, A.B. Prilensky*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical
research centre of psychiatry and narcology by name
V.P.Serbbsky, Moscow, 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 и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. 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 НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Герасименко Вадим Игоревич (SPIN-код: 9120-4651; Researcher ID: AAB-8458-2020; ORCID iD: 0000-0003-3912-4126). 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: vadim030393@mail.ru

Зотова Екатерина Павловна (SPIN-код: 3893-1762; AuthorID: 901232; ORCID iD: 0000-0002-2572-0480). Место учёбы: студентка 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронный адрес: e.p.note@mail.ru

Петров Иван Михайлович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 1629-7597; ResearcherID: D-7613-2015; ORCID iD: 0000-0001-7766-1745; Scopus Author ID: 7101601614). Место работы и должность: проректор по научной работе ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Телефон: (3452) 20-21-91

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: профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Приленский Александр Борисович – врач-психиатр (Researcher ID: W-2770-2017; ORCID iD: 0000-0003-1351-5890). Место работы и должность: врач-психиатр отделения токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Котовского, д. 54. Электронный адрес: prilensk@gmail.com

Contact Information:

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. 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 and position: 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

Gerasimenko Vadim Igorevich (SPIN-code: 9120-4651; Researcher ID: AAB-8458-2020; ORCID iD: 0000-0003-3912-4126). Place of study: student of Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: vadim030393@mail.ru

Zotova Ekaterina Pavlovna (SPIN-code: 3893-1762; AuthorID: 901232; ORCID iD: 0000-0002-2572-0480). Place of study: student of Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: e.p.note@mail.ru

Petrov Ivan Mikhailovich – MD, PhD (SPIN-code: 1629-7597; ResearcherID: D-7613-2015; ORCID iD: 0000-0001-7766-1745; Scopus Author ID: 7101601614). Place of work and position: Vice-rector for research of Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (3452) 20-21-91

Scryabin Evgeny Gennedievich – MD, PhD (SPIN-code: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Place of work and position: Professor of the Department of Traumatology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: skryabineg@mail.ru

Prilensky Alexander Borisovich (Researcher ID: W-2770-2017; ORCID iD: 0000-0003-1351-5890). Place of work and position: psychiatrist of the toxicology Department of the Regional clinical hospital. Address: Russia, Tyumen, 54 Kotovskiy str. Email: prilensk@gmail.com

Представлен обзор данных литературы с привлечением собственного клинического опыта авторов о месте уксусной кислоты (УК) среди средств суицидальных действий. Показано, что приём концентрированного раствора УК (70-80%, эссенции) с суицидальной целью был распространён в СССР, что можно объяснить её широким использованием УК в пище и бытовых целях, а так же сложившимися представлениями в населении о возможности её использования для самоповреждения. В настоящее время доля коррозионных веществ (включая УК) при преднамеренных самоотравлениях в России невелика. Наиболее высокие показатели регистрируются в отдельных государствах постсоветского пространства: Азербайджане – 7,7%, Узбекистане – 12,4%, Казахстане – до 15%, и Таджикистане. В России приём УК в 62-87% случаев связан с суицидальной целью (средняя доза – 55 мл). При попытках преобладают женщины (соотношение М:Ж – 1:1,6-2, возраст 26-31 год), среди погибших больше мужчин с медианой 34 года. У 44,4% суицидентов выявляется алкоголь (у мужчин в 2 раза чаще). Алкоголь присутствует и у многих мужчин, погибших от случайного приёма УК, что требует более пристального внимания к проблеме, так как, по мнению авторов, за этими случаями могут нередко скрываться нераспознанные самоубийства. Среди суицидентов преобладают лица с относительно низким социальным статусом и уровнем образования, часто неработающие трудоспособного возраста. Суицидальная попытка УК в большинстве случаев совершается дома, спонтанно, на вершине конфликта или в ближайший период после него, преимущественно днём или в вечернее время, в рабочие дни. Основной фон – семейный или супружеский конфликт, реже – проблемы в учёбе, на работе. У многих суицидентов выявляются расстройства адаптации. Преобладает депрессивный фон нарушений. В качестве мер профилактики обсуждается необходимость введения ограничительных мер в отношении свободной продажи концентрированной УК, а так же информирование населения о токсичных эффектах УК, характере и тяжести повреждений, высокой вероятности последующей инвалидизации. Роль СМИ и интернета в этом направлении значительна, и может включать несколько направлений: доведение общей информации о негативных последствиях умышленных отравлений УК, формирование в целом негативного отношения к её использованию в суицидальных целях, а так же информацию о методах первичной помощи и возможности обращения за медицинским пособием. В заключении авторы делают вывод о необходимости совершенствования мер профилактики, в том числе, ориентированных на обращение УК, а так же повышения уровня знаний специалистов, оказывающих помощь этим пациентам на всех этапах их ведения. Обосновано включение отдельных вопросов суицидологии в стандартные программы подготовки и повышения квалификации медицинского персонала.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, уксусная кислота, уксусная эссенция, самоотравление, умышленное отравление уксусной кислотой

Меня часто удивляло: почему они (самоубийцы) прибегают к такому гнусному средству самоубийства, как отравление серной кислотой, нашатырём, уксусной эссенцией, окисью углерода и карболкой?! Захватило горло... нечем дышать... и человек корчится шестьдесят часов подряд, лоя воздух, как рыба, выброшенная на берег... Вешаться тоже ужасно. Петля... мыло... необходимость вышвырнуть из-под себя скамейку... несколько секунд изображать собою качающийся маятник, – конечно, я не верю, что это сладкая смерть!..

А. Курпин «Самоубийство»

Профилактика суицидального поведения и снижение смертности от самоубийств является одной из приоритетных медико-социальных задач, определяемых ВОЗ, для многих стран мира [1]. Повышение эффективности мер превенции возможно при дифференцированной работе с группами риска, с учётом текущих социально-экономических условий, национальных традиций, этнических и других факторов.

К одному из важнейших вопросов можно отнести предпочтения индивида того или иного способа / средства для добровольного ухода их жизни. Выбор в каж-

Prevention of suicidal behavior and reducing mortality from suicide is one of the priority medical and social tasks defined by WHO for many countries of the world [1]. Improving the effectiveness of preventive measures is possible in case of differentiated work with risk groups, taking into account current socio-economic conditions, national traditions, ethnic and other factors.

One of the most important issues can be attributed to the preferences of the individual of a particular method / means for voluntarily taking their lives. The choice in each individual case, as a rule, is a reflection of the general ideas that are widespread in the population about the degree of its damaging effect, accessibility, acceptability on ethical, cultural and other aspects [2].

In Russia, self-hanging is the leading method of suicide. The frequency of mechanical asphyxia in our country ranges from 82.1

дом отдельном случае, как правило, является отражением общих представлений, распространённых в популяции, о степени его повреждающего эффекта, доступности, приемлемости по этическим, культуральным и другим аспектам [2].

В России ведущим способом самоубийства является самоповешение. Частота механической асфиксии в нашей стране составляет от 82,1 до 87,5%, достигая в отдельных регионах уровня – 96,1%. На втором месте – умышленные отравления – от 1,7 до 9,4% (у погибших женщин – до 23,8%) [3]. Среди совершивших суицидальные попытки частота самоотравлений – до 59,1% [4], при общем преобладании в этой группе женщин – «гендерный парадокс» [5, 6, 7].

Самоотравление, являясь одним из ведущих способов суицидальных действий, включает необычайно широкий перечень используемых средств, список которых регулярно меняется, пополняясь новыми категориями, схемами применения и т.д. Часть традиционно используемых средств с течением времени, нередко, теряет актуальность и воспроизводимость в популяции. Всё это требует систематической оценки ситуации с целью возможности своевременной коррекции прежних и разработки новых методических подходов в дифференцированной профилактике самоубийств.

Целью настоящей работы является обзор данных литературы с привлечением собственного клинического опыта о месте уксусной кислоты (эссенции) среди средств суицидальных действий.

Общие сведения.

Уксусная кислота (УК) – органическая кислота в концентрациях 2-80%, ведущий составляющий элемент уксуса, древнейшего продукта микробиологического синтеза, история которого уходит вглубь веков на многие тысячелетия и, обычно ассоциируется с виноделием – она образуется при скисании вина. Одни из самых первых описаний связаны с древним Вавилоном (более 5000 лет до н. э), где уксус и вино делали из фиников. Известны описания уксуса в Древнем Китае, Египте, Ассирии и Риме. Он упоминается в Библии и Коране [8].

Уже в то далёкое время уксус широко использовался в еде в качестве приправ и соусов, как дезинфицирующее (антисептическое) средство в быту, в гигиенических и медицинских целях. В Древнем Египте, кроме прочего, уксус входил в состав косметических средств для ухода за кожей лица и тела у женщин. Гиппократ ещё в IV веке до нашей эры писал: «Уксус освежающ, потому что он растворяет и поглощает влагу, находящуюся в теле; он скорее закрепляет, чем слабит, так как он непитателен и едок ...» [9].

Вода и напитки с уксусом широко использовались во время военных походов. Римские легионеры применяли его для обработки ран, а также в качестве антисептического средства профилактики от инфекционных заболеваний. Уксус входил и в состав используемых ими в походе напитков [10].

to 87.5%, reaching a level of 96.1% in some regions. The second place is taken by deliberate poisoning – from 1.7 to 9.4% (for women – up to 23.8%) [3]. Among those who have committed suicidal attempts, the frequency of self-poisoning is up to 59.1% [4], with a general predominance of women in this group – a “gender paradox” [5, 6, 7].

Self-poisoning, being one of the leading methods of suicidal actions, includes an unusually wide list of used drugs, the list of which is regularly changing, replenished with new categories, patterns of use, etc. Some of the traditionally used products over time, often lose their relevance and reproducibility in the population. All this requires a systematic assessment of the situation with a view to the possibility of timely correction of previous and development of new methodological approaches in the differentiated prevention of suicide.

The aim of this work is to review the literature data using our own clinical experience on the place of acetic acid (essence) among the means of suicidal actions.

General information.

Acetic acid (AA) is the leading constituent element of vinegar, the oldest product of microbiological synthesis, the history of which goes back many millennia and is usually associated with winemaking – it is formed during the souring of wine. Some of the earliest descriptions are associated with ancient Babylon (before 5000 BC), where vinegar and wine were made from dates. There are well-known descriptions of vinegar in ancient China, Egypt, Assyria and Rome. It is mentioned in the Bible and Koran [8].

Already at that far time, vinegar was widely used in food as seasonings and sauces, as a disinfectant (antiseptic) in everyday life, for hygienic and medical purposes. In Ancient Egypt, among other things, vinegar was a part of cosmetics for skin care for the face and body of women. Hippocrates wrote back in the 4th century BC: “Vinegar is refreshing because it dissolves and absorbs moisture in the body; it fixes rather than weakens, as it is nutritious and caustic...” [9].

Water and drinks with vinegar were widely used during military campaigns. Roman legionaries used it to treat wounds, as well as an antiseptic agent for the prevention of infectious diseases. Vinegar was also part of the drinks they used during campaigns [10].

For a long time, vinegar was obtained the traditional way: by fermenting wine. In 1648, the German chemist R. Glauber discovered

Долгое время уксус получали традиционным путём: при сбраживании вина. В 1648 г. немецкий химик Р. Глаубер обнаружил уксусную кислоту в подсмольной воде сухой перегонки дерева. В 1789 г. русский учёный Т. Ловиц впервые получил кристаллическую, так называемую, ледяную уксусную кислоту. В 1864 году шведский химик Й.Я. Берцелиус определил её химический состав, а Луи Пастер доказал участие в её синтезе роль уксуснокислых бактерий. С конца XIX века было налажено промышленное производство [8].

В России уксус так же был хорошо известен с давних времён. Домострой (XVI век) [11], в пивоваренном наказе рекомендует: «... а уксус ставити из доброго сусла, и в береженье и в тепле держати, ...».

В советское время УК производилась в промышленных масштабах. Эссенция, благодаря низкой цене, была широко распространена в системе общепита, и часто входила в стандарт оформления стола, наряду с солью, перцем и горчицей. Была рекомендована и использовалась в качестве средства для консервации, изготовления различных соусов, специй, приправ и других продуктов [12].

В последние годы в России производство УК постоянно растёт (ежегодный прирост в среднем – 4%), наряду с увеличением её потребления. В 2011 году в стране было реализовано 27,9 тысяч тонн пищевой эссенции, что составляет в среднем 0,195 л на душу населения [13].

Столовый уксус (до 6%) используют как пищевую приправу; в больших концентрациях – обычно в Восточной Европе, как пищевые консерванты и очистители. Водный раствор (4-10%) приготавливается путём разбавления 80% пищевой УК (эссенции) [8].

Поваренная книга советских хозяек учила особенностям приготовления уксуса: «... Пользоваться неразбавленной эссенцией нельзя, так как в этом случае трудно правильно дозировать её, а излишнее количество уксуса не только портит вкус пищи, но и вредно для организма. Уксусную эссенцию необходимо предварительно разбавлять кипячёной водой (3-5 г эссенции на 100 г воды)» [12].

Токсичность УК.

Уксусная кислота (этановая, метан-карбоновая кислота, CH_3COOH) – одноосновная органическая кислота жирного ряда; бесцветная жидкость с характерным резким запахом; смешивается во всех отношениях с водой, спиртом, эфиром, хлороформом, углеводородами и многими другими жидкостями [8].

Токсические действия УК проявляются при вдыхании паров, контакте с кожными покровами и слизистыми, энтеральном и парэнтеральном введении. С клинико-токсикологической точки зрения наиболее характерен и опасен пероральный путь поступления. Смертельная доза УК составляет примерно 50 мл [14].

При острых отравлениях УК токсический эффект складывается из её местного прижигающего и общего

acetic acid in the resinous water of dry distillation of a tree. In 1789, the Russian scientist T. Lovits first received crystalline, so-called, glacial acetic acid. In 1864, the Swedish chemist J.Ya. Berzelius determined its chemical composition, and Louis Pasteur proved the role of acetic acid bacteria in its synthesis. Since the end of the XIX century, industrial production has been established [8].

In Russia, vinegar was also well known since ancient times. Domostroy (XVI century) [11], in a brewing order, recommends: "... and make vinegar out of a good must, with care and warmth, ...".

In Soviet times, AA was produced on an industrial scale. The essence, due to its low price, was widespread in the catering system, and often was part of standard table design, along with salt, pepper and mustard. It was recommended and used as a means for preserving, making various sauces, spices, seasonings and other products [12].

In recent years, in Russia, the production of AA is constantly growing (annual growth on average is 4%), along with an increase in its consumption. In 2011, 27.9 thousand tons of food essence was sold in the country, which is an average of 0.195 liters per capita [13].

For food, vinegar is used – an aqueous solution (4-10%), prepared by diluting 80% of alimentary AA (essence) [8].

The cookbook for the Soviet housewives taught the peculiarities of vinegar preparation: "... It is impossible to use undiluted essence, since in this case it is difficult to dose it correctly, and excessive vinegar not only spoils the taste of food, but also is harmful to the body. Acetic essence must first be diluted with boiled water (3-5 g of essence per 100 g of water)" [12].

Toxicity of AA.

Acetic acid (ethanoic, methanecarboxylic acid, CH_3COOH) is a mono-basic organic acid of a fatty series; colorless liquid with a characteristic pungent odor; mixes in all respects with water, alcohol, ether, chloroform, hydrocarbons and many other liquids [8].

The toxic effects of AA are manifested by inhalation of vapors, contact with skin and mucous membranes, enteral and parenteral administration. From a clinical and toxicological point of view, the oral route of administration is most characteristic and dangerous. The lethal dose of AA is approximately 50 ml [14].

In acute poisoning by AA, the toxic effect consists of its local cauterizing and general resorptive action. The cauterizing effect when

резорбтивного действия. Прижигающее действие при приёме внутрь в большей степени проявляется в области желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Наиболее поражаемыми участками пищеварительного тракта являются периоральная зона, полость рта, глотка, пищевод в его грудном отделе и нижней трети, желудок в области дна, малой кривизны, кардиального и антрального отделов. Некротизируется не только слизистая оболочка, процесс может распространяться на всю толщу подслизистого и мышечного слоёв.

Химический ожог дыхательных путей возникает чаще при вдыхании концентрированных паров, в момент приёма или во время рвоты и аспирации кислого содержимого желудка с последующим развитием воспалительных изменений в трахее, бронхах и легочной ткани [14]. На этом фоне часто развиваются пневмонии, чему способствует и одновременно формирующийся иммунодефицит [15].

В эксперименте показано, что уже через сутки после интрагастрального введения УК в лёгких наблюдаются признаки отека с утолщением стенок альвеол, уменьшение объёмной доли альвеол, увеличение экссудата, появление в просвете альвеол эритроцитов. Возникают локальные ателектазы. Деструктивные процессы усиливаются в первые 7 дней. Объёмная доля альвеол в этот период может снижаться до 55%, что негативно отражается и на респираторной функции органа. С 7 по 14 сутки идёт медленный процесс восстановления [16].

Выраженность резорбции зависит от степени тяжести и площади ожога. Интенсивность всасывания анионов кислотных остатков тем выше, чем больше концентрация УК. Длительность резорбции колеблется в пределах от 2 до 6 ч, при этом период интенсивной резорбции продолжается до 30 мин, при увеличении концентрации кислоты период резорбции уменьшается.

Следствием резорбции является гемолиз эритроцитов. Недиссоциированная молекула УК является главным гемолитическим агентом. Гемолиз эритроцитов является одним из ведущих пусковых моментов в развитии синдрома токсической коагулопатии.

Транспорт свободного гемоглобина через почечные канальцы в условиях внутрисосудистого гемолиза, нарушения микроциркуляции и тромбообразование в мелких сосудах почек, а также повреждение базальной мембраны вплоть до разрыва дистальных канальцев вызывают поражение почек, проявляющееся патоморфологической картиной острого гемоглобинурийного нефроза.

Всасывание УК вызывает тяжелые нарушения кислотно-основного состояния крови по типу суб- или декомпенсированного метаболического ацидоза. Влияние двух основных патологических процессов – внутрисосудистого гемолиза и экзотоксического шока с выраженными расстройствами микроциркуляции, с явлениями токсической коагулопатии приводит к по-

taken orally is manifested to a greater extent in the gastrointestinal tract and respiratory tract. The most affected areas of the digestive tract are the perioral zone, oral cavity, pharynx, esophagus in its thoracic region and lower third, stomach in the bottom, lesser curvature, cardiac and antrum sections. Not only the mucous membrane becomes necrotic, the process can spread to the entire thickness of the submucosal and muscle layers.

Chemical burns of the respiratory tract occur more often when concentrated vapors are inhaled, at the time of administration or during vomiting and aspiration of an acidic stomach, followed by the development of inflammatory changes in the trachea, bronchi and lung tissue [14]. Against this background, pneumonia often develops, which is facilitated by the simultaneously developing immunodeficiency [15].

The experiment showed that within a day after intragastric administration of AA in the lungs, there are signs of edema with thickening of the walls of the alveoli, a decrease in the volume fraction of the alveoli, an increase in exudate, and the appearance of erythrocytes in the lumen of the alveoli. Local atelectasis occurs. Destructive processes intensify in the first 7 days. The volume fraction of alveoli during this period can decrease to 55%, which negatively affects the respiratory function of the organ. From days 7 to 14 a slow recovery process can take place [16].

The severity of resorption depends on the severity and area of the burn. The absorption rate of anions of acid residues is higher, the higher the concentration of AA. The duration of resorption ranges from 2 to 6 hours, while the period of intensive resorption lasts up to 30 minutes, with an increase in acid concentration, the resorption period decreases.

The result of resorption is hemolysis of red blood cells. The undissociated AA molecule is the main hemolytic agent. Red blood cell hemolysis is one of the leading triggers in the development of toxic coagulopathy syndrome.

Transport of free hemoglobin through the renal tubules under conditions of intravascular hemolysis, impaired microcirculation and thrombosis in small vessels of the kidneys, as well as damage to the basement membrane up to rupture of the distal tubules, cause kidney damage, which manifests itself as a morphological picture of acute hemoglobinuric nephrosis.

Absorption of the AA causes severe violations of the acid-base state of the blood as a

ражению печени в виде очаговых некрозов (инфарктов) с нарушением её основных функций [14].

Клиническая картина отравления УК концентрацией более 12% включает в себя:

– химический ожог слизистых пищеварительного тракта от поверхностного отека и эритемы до перфорации;

- гемолиз;
- экзотоксический шок;
- токсическую коагулопатию;
- нарушения сердечного ритма и проводимости
- токсическую нефропатию;
- токсическую гепатопатию;
- нарушения дыхания;
- осложнения ранние и поздние.

Отравления УК характеризуются тяжёлыми медицинскими, социальными и экономическими последствиями (лечение, длительная нетрудоспособность, инвалидизация, летальность в стационарах до 30%, среди «веществ прижигающего действия» – почти $\frac{3}{4}$). [14].

Вследствие непосредственного поражения сосудистой стенки наблюдается так называемое раннее первичное кровотечение, обнаруживаемое при промывании желудка. Как правило, это кровотечение не бывает продолжительным, так как развивающаяся гиперкоагуляция крови способствует быстрому наступлению гемостаза. Раннее вторичное кровотечение – при развитии фибринолиза образовавшиеся тромбы лизируются, что способствует восстановлению проходимости сосудов, в том числе и ранее кровоточивших. В результате вновь возникает кровотечение (на 1–2-е сутки). Это кровотечение имеет склонность к усилению и часто бывает массивным. Позднее, вторичное, кровотечение возникает на 4–14-е сутки (иногда до конца 3-й недели), связанное с отторжением некротизированных тканей, образованием кровоточащих язв.

Распространённый химический ожог пищеварительного тракта в 37% случаев сопровождается развитием экзотоксического шока. Отмечаются психомоторное возбуждение, сменяющееся спутанностью сознания и полной безучастностью к окружающему, бледность и гипотермия кожных покровов. Артериальное давление повышается за счёт систолического до 150–160 мм рт. ст., затем резко падает, снижается центральное венозное давление, усиливаются тахикардия, одышка, цианоз, снижается диурез. Экзотоксический шок имеет выраженный гиповолемический характер, а также сопровождается глубокими нарушениями кислотно-основного состояния с развитием декомпенсированного метаболического ацидоза. Летальность при развитии шока достигает 64,5% [14].

При суточном мониторинговании в 1-2 сутки при отравлении средней и тяжелой степени у 50,8% больных выявляются различные нарушения сердечного ритма и проводимости [17]. У суицидентов, погибших в первые сутки после приёма токсических доз УК (бо-

sub- or decompensated metabolic acidosis. The influence of two main pathological processes – intravascular hemolysis and exotoxic shock with severe microcirculation disorders, with the phenomena of toxic coagulopathy leads to liver damage in the form of focal necrosis (heart attacks) with a violation of its basic functions [14].

The clinical picture of poisoning includes:

- chemical burn of the digestive tract;
- hemolysis;
- exotoxic shock;
- toxic coagulopathy;
- heart rhythm and conduction disturbances
- toxic nephropathy;
- toxic hepatopathy;
- respiratory failure;
- early and late complications.

Due to the direct damage to the vascular wall, the so-called early primary bleeding is observed, which is detected during gastric lavage. As a rule, this bleeding does not last long, as the developing hypercoagulation of blood contributes to the rapid onset of hemostasis. Early secondary bleeding – with the development of fibrinolysis, the formed blood clots are lysed, which helps to restore the patency of blood vessels, including previously bleeding. As a result, bleeding reappears (on days 1-2). This bleeding tends to intensify and is often massive. Later, secondary bleeding occurs on the day 4th to 14th (sometimes until the end of the 3rd week), associated with the rejection of necrotic tissue and the formation of bleeding ulcers.

A common chemical burn of the digestive tract in 37% of cases is accompanied by the development of exotoxic shock. Psychomotor agitation is noted, alternating with confusion of consciousness and complete indifference to the environment, pallor and hypothermia of the skin. Blood pressure rises due to systolic up to 150-160 mm., then drops sharply, central venous pressure decreases, while tachycardia, shortness of breath, cyanosis increase and diuresis decreases. Exotoxic shock has a pronounced hypovolemic nature, and is also accompanied by deep violations of the acid-base state with the development of decompensated metabolic acidosis. Mortality rate in the development of shock reaches 64.5% [14].

With daily monitoring of 1-2 days for moderate and severe poisoning in 50.8% of patients various cardiac arrhythmias and conduction disorders are detected [17]. In suicide attempters who died on the first day after tak-

лее 60 мл) от острой сердечно-сосудистой недостаточности, при морфологическом исследовании выявляются признаки очагового некроза кардиомиоцитов на фоне распространённого тромбоза сосудов микроциркуляторного русла, признаки электрической нестабильности миокарда [18].

У 86,5% больных развивается токсическая нефропатия – от незначительных и кратковременных изменений в моче до развития острой почечной недостаточности (ОПН). ОПН характеризуется тяжёлым клиническим течением, во многом обусловленным сопутствующими поражениями легких, желудочно-кишечного тракта, печени, летальность при ней колеблется в пределах 60,6% [14, 19].

У 85% больных выявляются признаки токсической гепатопатии различной степени выраженности [14, 20]. При тяжелых отравлениях массивный некроз печени может развиваться уже в течение первого часа после приёма концентрированной УК [21].

Наиболее частыми причинами смерти пациентов при остром отравлении УК является: экзотоксический шок, ранние желудочно-кишечные кровотечения, а так же развитие ОПН [22].

К наиболее серьёзным поздним осложнениям тяжёлого ожога УК (в 3-5% случаях) относятся рубцовые сужения пищевода и желудка. Формирование стриктур начинается со 2-4 месяца после ожога и завершается к исходу первого года, иногда позднее. При прогрессировании стриктур (на протяжении 1-2 лет после ожога) возможна облитерация просвета пищевода. В рубцово изменённом пищеводе при хроническом эзофагите возможны перестройка эпителиального пласта, лейкопластические и диспластические изменения, которые рассматриваются как предопухолевые. На их фоне через 16-30 лет после химического ожога может развиваться плоскоклеточный рак [14].

При ректальном введении УК с суицидальной целью у пациентов в поздние сроки могут формироваться стриктуры толстой кишки и ректовагинальные свищи [23].

Симптомы отравления тяжелее протекают у лиц, принявших УК с суицидальной целью, что может определяться, помимо более высокой принятой дозы, предшествующим длительным пребыванием в стрессовой ситуации и истощением организма [24].

Эпидемиология отравлений.

Отравление, наряду с самопорезами, является одним из наиболее распространённых способов совершения суицидальных попыток. По данным различных токсикологических центров страны, доля умышленных отравлений среди госпитализированных больных составляет от 25,2% (Приморский край) [25] до 53,4% (Екатеринбург) [26]. Для сравнения: в Азербайджане – 46% [27], в Турции – 54,4% [6], Китае – 56,7% [28].

В настоящее время основным средством суицидальных попыток в России являются медикаменты,

ing toxic doses of AA (more than 60 ml) from acute cardiovascular failure, morphological examination reveals signs of focal necrosis of cardiomyocytes against the background of widespread thrombosis of blood vessels of the microvasculature, signs of electrical myocardial instability [18].

86.5% of patients develop toxic nephropathy – from minor and short-term changes in the urine to the development of acute renal failure (ARF). ARF is characterized by a severe clinical course, largely due to concomitant lesions of the lungs, gastrointestinal tract, and liver; mortality in that case reaches on average 60.6% [14, 19].

In 85% of patients, signs of toxic hepatopathy of varying severity are detected [14, 20]. In severe poisoning, massive hepatic necrosis can develop within the first hour after taking a concentrated AA [21].

The most common causes of death in patients with acute poisoning of AA are: exotoxic shock, early gastrointestinal bleeding, as well as the development of acute renal failure [22].

The most serious late complications of a severe AA burn (3-5% of cases) include cicatricial narrowing of the esophagus and stomach. The formation of strictures begins from 2-4 months after the burn and ends by the end of the first year, sometimes later. With the progression of strictures (within 1-2 years after the burn), obliteration of the lumen of the esophagus is possible. In a cicatricially modified esophagus with chronic esophagitis, restructuring of the epithelial layer, leukoplakic and dysplastic changes become possible, they are considered pre-cancerous. Against their background, squamous cell carcinoma may develop 16-30 years after a chemical burn [14].

With rectal administration of AA for suicidal purpose, patients may develop colon strictures and rectovaginal fistulas in late periods [23].

Symptoms of poisoning are more severe in people who have taken AA for suicidal purposes, which can be determined, in addition to the higher dose taken, preceding a long stay in a stressful situation and exhaustion of the body [24].

The epidemiology of poisoning.

Poisoning, along with self-cuts, is one of the most common ways of committing suicide attempts. According to various toxicological centers of the country, the proportion of deliberate poisoning among hospitalized patients ranges from 25.2% (Primorsky Krai) [25] to

среди которых лидирующие позиции занимают психотропные средства: Тюмень – 37,5% [29], Астрахань – 42,6% [30], Нижний Новгород – 43,7% [31], Пермская область – 47,8% [32].

Коды суицидов МКБ-10 выделяют отравления неспецифическими ядами (Х68–Х699). Отравление УК включено в группу «Токсическое действие разъедающих веществ» шифр Т54, подгруппа Т54.2 – «Токсическое действие едких кислот и кислотоподобных веществ».

В отличие от Европейского Союза и США, где производство и использование УК строго контролируются, в балканских странах, на Ближнем Востоке, в Китае, Таиланде и России она производится и используется в высоких концентрациях, и её выбор в суицидальных попытках чаще. Большинство зарегистрированных случаев преднамеренного или случайного отравления описаны в России и Восточной Европе в 1980-х гг, в настоящее время мало западных публикаций, обычно описания случаев реанимации.

Эпидемиологический пик уксусной кислоты в России пришёлся на 70-е годы прошлого столетия. Доля прижигающих ядов (в основном за счёт УК) в этот период достигала 20% [33]. К 2000 г. показатель снизился до 12-15% [34]. В последующем, на фоне роста числа отравлений психотропными препаратами, алкоголя и его суррогатами, а так же новых классов наркотических и психоактивных веществ (ПАВ), количество отравлений УК продолжало снижаться. Обратная динамика была более заметна в столичных регионах. Так, в 2003-2006 гг., относительное число больных, госпитализированных по поводу отравлений группой едких кислот и щелочей, в Санкт-Петербурге составило 1,1-3,1% [35]. В последние годы в отдельных территориях регистрируемые показатели могут значительно отличаться (табл. 1), что вполне может быть связано как с региональными особенностями кулинарных предпочтений населения, так и экономическими условиями.

Таблица 1 / Table 1

Доля прижигающих / коррозивных веществ при преднамеренных попытках самоотравления в отдельных регионах России, % / The proportion of cauterizing / corrosive substances in deliberate attempts of self-poisoning in certain regions of Russia, %

Регион / Region	%
Санкт-Петербург / Saint Petersburg [35]	1,1-3,1
Новокузнецк / Novokusnetzk [36]	3,8
Екатеринбург / Ekaterinburg [26]	6,9
Тюмень / Tyumen' [29]	8,2
Иркутск / Irkutsk [35]	8,5-10
Нижний Тагил / Nizhny Tagil [37]	9,3
Пермская область / Perm' region [32]	*9,8
Астрахань / Astrakhan' [30]	11,7
Чита / Chita [38]	16,6

Примечание: * – цифры приведены только для УК

Note: * - figures are for AA only

53.4% (Ekaterinburg) [26]. For comparison: in Azerbaijan it is 46% [27], in Turkey – 54.4% [6], China – 56.7% [28].

Currently, the main means of suicidal attempts in Russia are medicines, among which psychotropic drugs occupy the leading positions: Tyumen – 37.5% [29], Astrakhan – 42.6% [30], Nizhny Novgorod – 43.7 % [31], Perm region – 47.8% [32].

The epidemiological peak of the use of acetic acid in Russia occurred in the 70s of the last century. The proportion of cauterizing poisons (mainly due to AA) in this period reached 20% [33]. By 2000, the indicator dropped to 12-15% [34]. Later, with an increase in the number of poisonings by psychotropic drugs, alcohol and its surrogates, as well as new classes of narcotic and psychoactive substances, the number of poisonings with AA continued to decline. The reverse dynamics was more noticeable in the metropolitan regions. So, in 2003-2006, the relative number of patients hospitalized with poisoning by a group of caustic acids and alkalis in St. Petersburg was 1.1-3.1% [35]. In recent years, in some territories the recorded indicators can significantly differ (Table 1), which may well be the result of both regional peculiarities of the culinary preferences of the population and economic conditions.

Despite the marked decrease in the number of poisonings, the urgency of the problem persists due to high hospital mortality rates with the consumption of AA – from 16.4 to 45.4% [15, 30, 36, 39], even in conditions of increasing quality and expanding capabilities of emergency care.

With the number of poisonings with AA in some territories reaching 4.7-5 cases per 100,000 population, the number of fatal poisonings averages from 0.7 to 2.0 cases per 100,000 population [15, 40]. The share of AA in the structure of mortality from all poisonings is from 3.4 to 5.7% [30, 37, 40].

In foreign countries, the frequency of poisoning with AA is very different. The highest rates are recorded in individual post-Soviet states. For example, in Azerbaijan the proportion of AA among patients hospitalized with poisoning is 7.7% [27], in Kazakhstan it ranges from 6% to 15% [22], in Uzbekistan it is 12.4% [41], occupying the second or third place among the causes of mortality. In Tajikistan poisoning with AA and drugs accounts for 43% of the structure of all suicidal attempts [42].

In Western countries and the United States, poisoning with AA is not common. For many medical centers, these cases are an un-

Несмотря на отмеченное снижение числа отравлений, актуальность проблемы сохраняется вследствие высоких показателей госпитальной летальности при потреблении УК – от 16,4 до 45,4% [15, 30, 36, 39], даже в условиях повышения качества и расширения возможностей оказания неотложной помощи.

При числе отравлений УК в отдельных территориях – 4,7-5 случаев на 100000 населения, количество смертельных отравлений в среднем составляет от 0,7 до 2,0 случая 100000 населения [15, 40]. Доля УК в структуре смертности от всех отравлений – от 3,4 до 5,7% [30, 37, 40].

В зарубежных странах частота отравлений УК сильно различается. Наиболее высокие показатели регистрируются в отдельных государствах постсоветского пространства. Так, например, в Азербайджане доля УК среди госпитализированных с отравлениями пациентов составляет 7,7% [27], в Казахстане от 6% до 15% [22], Узбекистане – 12,4% [41], занимая вторую-третью строчку среди причин смертности. В Таджикистане отравления УК и медикаментами составляют 43% в структуре всех суицидальных попыток [42].

В Западных странах и США отравления УК не распространены. Для многих медицинских центров эти случаи являются необычным или редким фактом [19, 43]. Тем не менее, УК всё же присутствует как в отдельных регионах Европы, так и в отдельные временные периоды.

Например, за период с 1968 по 2000 гг. в отделении общей Больницы Медицинского центра "Доктор Гере Иштван" в Сенте (Сербия) было зарегистрировано лишь 42 случая (в среднем 1,3 в год) суицидальных действий с применением агрессивных веществ, в том числе УК (33 покушения и 9 самоубийств) [44]. В университетской клинике токсикологии Skopje (Македония) за десять лет (2002-2011 г.) было зарегистрировано 932 случая отравления едкими веществами, из них 84 случая употребления высококонцентрированной УК – 9% [45].

Представляют интерес и показатели больницы в Беловаре в 1931-1940 гг. (Хорватия). Согласно данным регистра пациентов за этот период было совершено 33 попытки самоубийства, основным средством которых была УК. Скончался каждый пятый (21,2%). Соотношение М:Ж среди покушающихся – 13:13, среди погибших это соотношение было больше в пользу женщин (3:4) [46].

Сегодня имеются сообщения об отравлениях УК и коррозионными веществами и в других странах, например, в Корею [20], Шри-Ланке [47] и др.

Большинство сообщений о случаях преднамеренного или случайного отравления УК связаны со странами Восточной Европы, государствах - преемниках бывшего СССР или мигрантами из них [48]. Среди последних приём УК может носить комбинированный характер, редко используемый в России. Например, М.

sual or rare fact [19, 43]. Nevertheless, AA is still present both in individual regions of Europe and in certain time periods.

For example, for the period from 1968 to 2000 only 42 cases (average 1.3 per year) of suicidal acts involving aggressive substances were recorded in the department of the general hospital of the Doctor Gere Istvan Medical Center in Sent (Serbia), including AA (33 attempts and 9 suicides) [44]. Over the course of ten years (2002-2011), 932 cases of poisoning with caustic substances were registered at the University University of Toxicology Skopje (Macedonia), of which 84 cases (9%) were attributed to the use of highly concentrated AA [45].

The indicators of the hospital in Belovar (Croatia) in 1931-1940 are also of interest. According to the patient register, 33 suicide attempts were made during this period, the main means of which was AA. Every fifth person died (21.2%). The ratio M: F among the attempters is 13:13, among the dead, this ratio was more in favor of women (3: 4) [46].

Today there are reports of poisoning with AA and corrosive substances in other countries, for example, in Korea [20], Sri Lanka [47] and others.

Most reports of cases of intentional or accidental poisoning with AA are related to countries of Eastern Europe, successor states to the former USSR, or migrants from them [48]. Among the latter, the administration of AA may have a combined character, rarely used in Russia. For example, M. Faller-Marquardt et al. [48] describe post-mortal observations when three late emigrants of German descent from Russia (1 man and 2 women) drank 70 and 86% of acetic acid, respectively, before hanging themselves. The authors note that in one of the suicides a hanging loop ran across the face, and none of the three showed any perioral chemical burns.

The causes of poisoning with AA can be various and include random reception, suicidal attempt or inadvertent overdose.

Accidental use is most often found in children, in the elderly and in case of alcohol intoxication.

In children, the proportion of AA is 87.7% of all acid poisonings, which, as a rule, is associated with a violation of its storage conditions and / or insufficient attention of adults. AA determines 10% of mortality from all poisonings in children. The main age contingent is younger 6 [49]. Usually, the doses of the accepted AA are small and in most cases (up to 75%), local food-water injuries (chemi-

Faller-Marquardt и соавт. [48] описывают постмортальные наблюдения, когда трое поздних эмигрантов немецкого происхождения из России (1 мужчина и 2 женщины) выпили 70- и 86% уксусной кислоты соответственно перед тем, как повеситься. Авторы обращают внимание, что в одном из самоубийств висячая петля шла поперек лица, и ни у кого из троих не было обнаружено никаких периоральных химических ожогов.

Причины отравления УК могут быть различны и включать случайный приём, суицидальную попытку или неумышленную передозировку.

Случайный приём наиболее часто встречается в детской практике, у пожилых и при алкогольном опьянении.

У детей доля УК составляет 87,7% от всех отравлений кислотами, что, как правило, связано с нарушением условий её хранения и/или недостаточным вниманием взрослых. УК определяет 10% смертности от всех отравлений у детей. Основной возрастной контингент – до 6 лет [49]. Обычно дозы принятой УК невелики и в большинстве случаев (до 75%) у детей формируются местные повреждения пищевода (химические ожоги) [50].

В странах с различным национальным составом в педиатрической группе отравлений нередко наблюдается ассоциация между едким веществом и этнической принадлежностью. Так, в Израиле среди еврейских детей самой распространённой причиной отравлений являются щелочные чистящие средства (82%). Уксусная кислота – наиболее частая при отравлениях у арабских детей (100%) [51], что может так же косвенно свидетельствовать о более широком применении УК в арабских семьях.

У взрослых частота умышленного и случайного приёма УК в отдельных странах сильно различается. В России большинство случаев связано с *суицидальной целью* – от 62 до 87% [17, 33, 52]. В университетской клинике токсикологии Скопје (Македония) этот показатель ещё выше – 95% [45]. В Пакистане процент потребления коррозионных веществ с суицидальным намерением так же очень высок – 95,6% [53]. В Казахстане этот показатель составляет – 46,1% [54], в Израиле, не превышает 33% [51], а Турции – лишь 16,2% [55].

В России случайные отравления УК регистрируются реже. Помимо детей, как правило, это лица (преимущественно мужчины) в состоянии алкогольного опьянения, пожилые люди с ограничением зрения, обоняния, когнитивными нарушениями [17, 52 и др.].

Дозы и способы потребления.

УК проявляет токсические действия на организм при всех формах контакта с биологической средой человека. Кислота имеет резкий неприятный запах, что ограничивает ингаляционный путь введения с суицидальной целью, и, как правило, характерен для непер-

cal burns) are formed in children [50].

In countries with different ethnic backgrounds, the association between caustic and ethnicity is often observed in the pediatric group of poisonings. So, in Israel, among Jewish children, the most common cause of poisoning is alkaline cleaners (82%). Acetic acid is the most common in cases of poisoning in Arab children (100%) [51], which may also indirectly indicate a wider use of AA in Arab families.

In adults, the frequency of intentional and accidental administration of AA in individual countries varies greatly. In Russia, most cases are associated with a suicidal goal – from 62 to 87% [17, 33, 52]. In the university clinic of toxicology Skopje (Macedonia), this figure is even higher – 95% [45]. In Pakistan, the percentage of consumption of corrosive substances with suicidal intent is also very high – 95.6% [53]. In Kazakhstan, this figure is 46.1% [54], in Israel it does not exceed 33% [51], and in Turkey it is only 16.2% [55].

In Russia, accidental poisoning with AA is recorded less frequently. In addition to children, as a rule, these are persons (mainly men) in a state of intoxication, elderly people with visual impairment, smell, cognitive impairment [17, 52, etc.].

Doses and methods of consumption.

AA has toxic effects on the body in all forms of contact with the human biological environment. The acid has a sharp unpleasant odor, which limits the inhalation route of administration for suicidal purposes, and, as a rule, is typical for unintentional poisoning, mainly in industrial production or by accident. With suicidal attempt, the main way is to consume AA.

The volume, as a rule, ranges from 20 to 70-100 ml, an average of 55 ml, and rarely exceeds this level, which is quite understandable immediately arising pronounced soreness in contact with the skin and mucous membranes [17, 56]. Macedonian authors cite slightly lower average indicators – 23 ml (5 to 100) [45]. It is not always possible to establish the exact numbers in each case, since the amount is usually estimated according to the anamnesis, which is subject to an individual assessment or may be hidden.

Nevertheless, in some foreign publications, despite the rarity of with AA, a suicidal dose of 200 ml of 80% solution (160 g) (Germany) [57] and in another work 250 ml of 70% (175 g) (Great Britain) [43] are reported.

In addition to ingestion, intravenous administration of AA and acetic anhydride for

думьшленных отравлений, преимущественно в условиях промышленного производства или несчастных случаев. При суицидальных попытках основной путь – приём УК внутрь.

Объём, как правило, колеблется от 20 до 70-100 мл, в среднем 55 мл, и редко превышает этот уровень, что вполне объяснимо сразу возникающей выраженной болезненностью при контакте с кожей и слизистыми [17, 56]. Македонские авторы приводят несколько меньшие средние показатели – 23 мл (от 5 до 100) [45]. Точные цифры в каждом конкретном случае установить не всегда удаётся, так как количество обычно оценивается по данным анамнеза, что подвержено индивидуальной оценке или может скрываться.

Тем не менее, в отдельных зарубежных публикациях, несмотря на редкость отравлений УК, сообщается о принятой суициденткой дозе 200 мл 80% раствора (160 г) (Германия) [57], в другой работе – 250 мл 70% (175 г.) (Великобритания) [43].

Помимо приёма внутрь описано *внутривенное введение* УК и уксусного ангидрида с суицидальной целью [58]. Все суициденты, избравшие такой способ, наркозависимые (мужчины и женщины в возрасте 23-27 лет). Дозы введённой внутривенно УК составили 5 мл, уксусного ангидрида – 2 мл.

Не менее казуистические способы описаны зарубежными исследователями – попытки самоубийства путём *ректального введения* с помощью клизм, содержащих УК [23].

Доза, характер и тяжесть отравления УК.

Малое количество принятой УК чаще встречается при случайном отравлении вне алкогольного опьянения (см. ниже *Алкоголь*) – болевая реакция в ответ на быстро развивающийся химический ожог ограничивает дальнейший приём. Более высокие дозы обычно характерны для суицидальных попыток, при которых намерение причинить себе вред в сочетании с аффективным компонентом могут снижать болевую реакцию на повреждение, по крайней мере, в первые минуты.

Более высокие дозы УК при суициде определяют среди этих лиц и большую частоту тяжёлых отравлений, осложнений и летальности. Более тяжёлые отравления УК с суицидальной целью характерны для женщин. У мужчин эти формы обычно ассоциируются с алкогольным опьянением (как в случаях суицидальной попытки, так и случайного приёма УК) [52, 56].

Алкоголь и отравление УК.

Алкоголь относится к важным факторам с доказанным просуцидотропным влиянием [59]. В России среди всех случаев умышленных самоотравлений алкогольное опьянение выявляется с частотой от 28,9% [31] до 74,1% [29]. При суицидальных попытках с помощью УК этот показатель по данным отдельных исследований составляет 44,4%, и сравним с другими способами: самоповешения – 56,9%, самопорезы – 50%, самосожжения – 42,9% [38]. Частота алкогольного опьянения при

suicidal purpose is described [58]. All suicide attempters who choose this method are drug-addicted (men and women aged 23-27 years). Doses amounted to 5 ml for intravenously administered AA and 2 ml for acetic anhydride.

No less casuistic methods are described by foreign researchers – suicide attempts by rectal administration using enemas containing AA [23].

Dose, nature and severity of poisoning with AA.

A small amount of accepted AA is more common in case of accidental poisoning outside of alcohol intoxication (see section *Alcohol* below) – a pain reaction in response to a rapidly developing chemical burn limits further intake. Higher doses are usually characteristic of suicidal attempts, in which the intention to harm oneself in combination with the affective component can reduce the pain response to damage, at least in the first minutes.

Higher doses of AA for suicide determine among these individuals the higher incidence of severe poisoning, complications and mortality. More severe poisoning with AA with a suicidal purpose is characteristic of women. In men, these forms are usually associated with intoxication (both in cases of suicidal attempts and inadvertent administration of AA) [52, 56].

Alcohol and poisoning with AA.

Alcohol is an important factor with proven prosuicidogenic effect [59]. In Russia, among all cases of intentional self-poisoning, alcohol intoxication is detected with a frequency of 28.9% [31] to 74.1% [29]. In suicidal attempts with the help of AA, this indicator according to the data of individual studies is 44.4%, and is comparable with other methods: self-hanging – 56.9%, self-cutting – 50%, self-immolation – 42.9% [38]. The frequency of intoxication with poisoning with cauterizing substances in men is 2 times more likely (62.1%) than in women (30.2%) [15].

Meanwhile, the situation with alcohol and the frequency of its participation in suicidal actions when taking AA is not so unambiguous, and requires discussion. Many studies have shown a high incidence of alcohol intoxication in patients with AA poisoning. Men with higher doses of AA and high mortality prevail [51, 52, 56]. In the absence of obvious data for suicide, as a rule, the history of the disease indicates accident poisoning due to the victim's inability to recognize AA in the taken fluid. But if we examine this contingent more closely, it turns out that the situation itself is not entirely favorable for collecting a suicidal

отравлении веществами прижигающего действия у мужчин в 2 раза чаще (62,1%), чем у женщин (30,2%) [15].

Между тем ситуация с алкоголем и частотой его участия в суицидальных действиях при приёме УК не столь однозначна, и требует обсуждения. Во многих исследованиях показана высокая частота выявления алкогольного опьянения у пациентов с отравлениями УК. Преобладают мужчины с более высокими дозами потребления УК, и высокой смертностью [51, 52, 56]. При отсутствии явных данных за суицид, как правило, в истории болезни указывается на случайность отравления вследствие неспособности распознать пострадавшим в принимаемой жидкости УК. Но если рассмотреть этот контингент более внимательно, то получается, что для сбора суицидального анамнеза не совсем благоприятна сама ситуация. Большинство пациентов к моменту обращения за медицинской помощью или находятся без сознания, или не способны дать вменяемого ответа на вопросы врача вследствие тяжести состояния. Контакт может быть значительно ограничен или невозможен вследствие: а) опьянения, чаще средней или тяжёлой степени; б) отравления УК, как правило, присутствуют большие дозы; в) значительных ожоговых повреждений перiorальной зоны, полости рта и верхних дыхательных путей. Как показывает, в том числе и наш опыт работы, нередко, подозрение на отравление УК в состоянии алкогольного опьянения при отсутствии сознания у больного возникает лишь вследствие исходящего от него характерного запаха УК. Как собирается суицидологический анамнез в этом случае: у близких или ретроспективно у пациента. Близкие и родственники больного – обязательный контингент для выяснения обстоятельств трагического случая [60, 61]. Однако угроза стигматизации и наложения клейма «суицидальной семьи» часто заставляет их отрицать / скрывать покушение [63, 63]. Ретроспективный опрос самого пострадавшего нередко так же мало информативен. В случаях тяжёлого токсического повреждения ЦНС пациенты могут искренне отрицать суицидальные действия вследствие амнезии предшествующего госпитализации периода. При совершении суицидальных попыток на фоне алкоголя, сопровождающихся потерей сознания, доля «амнестических» форм отрицания суицидальных действий может достигать 25%, то есть в каждом четвёртом случае [61]. Нередки ситуации, когда пациенты даже при наличии, казалось бы, объективных данных могут осознанно отрицать преднамеренный характер самоповреждений, в том числе привлекать свидетелей [64]. Понятно, что при летальных отравлениях, в случаях отсутствия достоверной информации от близких, многие случаи суицида остаются нераспознанными. В этой связи с определённой долей уверенности можно говорить о том, за тяжёлыми «неумышленными» отравлениями УК у мужчин могут скрываться суицидальные попытки. В

history. Most patients, at the time of seeking medical help, are either unconscious or unable to give a sound answer to doctor's questions due to the severity of the condition. Contact may be significantly limited or impossible due to: a) intoxication, usually moderate to severe; b) poisoning with AA, as a rule, there are large doses; c) significant burn injuries of the perioral zone, oral cavity and upper respiratory tract. As our experience also often shows, the suspicion of poisoning with AA in a state of intoxication in the absence of consciousness in a patient arises only due to the characteristic smell of AA emanating from them. How is the suicidological history collected in this case: from relatives or retrospectively from the patient. Close relatives of the patient are a mandatory contingent for clarifying the circumstances of the tragic incident [60, 61]. However, the threat of stigmatization and stigmatization of the "suicidal family" often makes them deny/ hide the attempt [63, 63]. A retrospective survey of the victims themselves is often just as little informative. In cases of severe toxic damage to the central nervous system, patients can sincerely deny suicidal actions due to amnesia of the period previous to hospitalization. When making suicidal attempts under influence of alcohol, accompanied by loss of consciousness, the proportion of "amnesic" forms of denial of suicidal actions can reach 25%, that is every fourth case [61]. It is not uncommon for patients, even with seemingly objective data, to consciously deny the intentional nature of self-harm, including the involvement of witnesses [64]. It is clear that with fatal poisoning, in cases of lack of reliable information from loved ones, many cases of suicide remain unrecognized. In this regard, with a certain degree of certainty, we can say that suicidal attempts may be hidden in men behind severe "unintentional" poisoning with AA. In favor of such an assessment of the situation with AA, one can consider the results of our comparative analysis of the dynamics of the level of suicides and the mortality rate from other accidental poisonings in Russia for the period from 1956 to 2005 that shows a closer relationship between suicides and other poisonings in men, and it is possible that some deaths from other accidental poisonings can be viewed as hidden suicides [65]. Based on this, it is possible to point out the relevance of research in this direction, especially since the system of accounting for suicidal actions in our country requires improvement.

Gender and age.

In Russia, women predominate among those who made a suicide attempt by oral ad-

пользу такой оценки ситуации с УК могут быть и результаты проведённого нами сравнительного анализа динамики уровня суицидов и уровня смертности от прочих случайных отравлений в России за период с 1956 по 2005 г., где показана более тесная связь между самоубийствами и прочими отравлениями у мужчин, и не исключается вероятность того, что часть случаев смерти от прочих случайных отравлений являются скрытыми суицидами [65]. На основе этого можно указать на актуальность исследований в данном направлении, тем более, что система учёта суицидальных действий в нашей стране требует совершенствования.

Пол и возраст.

Отравления УК, случайные и намеренные, сопровождаются резкой болью, удушьем. Выживший – возможный инвалид с «безобразными следами вокруг рта и на шее» [2]. Несмотря на ожидаемые страдания и антиэстетичность в России среди совершивших суицидальную попытку оральной приёмом УК преобладают женщины (соотношение М:Ж – 1:1,6-2) [45, 52, 54], среди погибших чаще больше мужчин [18, 52, 66], что в целом отражает гендерный парадокс при суицидальном поведении [7]. Причины большей частоты погибших мужчин – более высокие дозы принятой УК, и соответственно более тяжёлая степень интоксикации, более старший возраст и алкогольное опьянение.

Соотношение М:Ж в группе лиц, совершивших суицидальную попытку при помощи УК в других странах несколько отличается. Например, в Македонии – 1:1,2 [45], Хорватии – 1:1 [46], среди погибших это соотношение было больше в пользу женщин (3:4) [46] (последний факт может быть связан с малым количеством случаев).

Возраст совершающих суицидальную попытку – от подросткового (обычно, начиная с 17 лет) до старческого. Средние возрастные показатели по стране от 26 лет до 31 года [17, 56]. В подавляющем большинстве это лица трудоспособного возраста. В группе погибших возрастная категория с медианой 34 года [18, 52].

В других странах возрастные показатели могут отличаться. Например, в Узбекистане верхние границы редко превышают 54 года [41], в Македонии, напротив, при возрастном интервале от 17 до 80 лет, средний возраст суицидентов, принявших УК – 50,3 лет [45]. В Казахстане, основной контингент составляют пациенты пожилого и старческого возраста [67]. В основе таких различий могут лежать как особенности суицидальной активности населения, так и недостатки учёта, особенно при сопутствующем алкогольном опьянении.

Социальный статус.

Среди лиц, совершивших попытку умышленного отравлениями коррозивными веществами, преобладают лица с относительно низким социальным статусом – неработающие трудоспособного возраста, имеющие начальное или среднее специальное образование [30, 38, 54, 66, 68]. Женщины часто являются домохозяйками

министративной АА (М:Ж – 1:1,6-2) [45, 52, 54], among the dead there are more men [18, 52, 66], which generally reflects gender paradox in suicidal behavior [7]. The reasons for the higher frequency of dead men are higher doses of the accepted AA with more severe degree of intoxication as a result, an older age, and alcohol intoxication.

The M:F ratio in the group of people who have made a suicide attempt using AA in other countries is slightly different. For example, it reaches 1:1.2 in Macedonia [45], 1:1 in Croatia [46]. Among the people who died from suicide this ratio was higher for women (3:4) [46] (the latter fact may be associated with a small number of cases).

The age of those who commit suicide attempts varies from adolescence (usually starting at 17 years old) to senile. The mean age indices for the country are from 26 years to 31 years [17, 56]. The vast majority are people of working age. In the group of the dead, the median age is 34 [18, 52].

In other countries, age may vary. For example, in Uzbekistan, the upper boundaries rarely exceed 54 years [41], in Macedonia, on the contrary, with an age range of 17 to 80, the mean age of suicide attempt via intaking AA is 50.3 years [45]. In Kazakhstan, the main contingent is elderly and senile patients [67]. Such differences can be based on the characteristics of the suicidal activity of the population, as well as deficiencies in accounting, especially with concomitant alcohol intoxication.

Social status.

Among persons who attempted intentional poisoning with corrosive substances, there predominate persons with a relatively low social status — non-working-age workers with primary or secondary special education [30, 38, 54, 66, 68]. Women are often housewives or have industrial occupations. Many suicide attempters are married, but have disharmonious relationships in families. Most families have a lower socio-economic status [44, 53], which can probably determine their low or no Internet communication activity including with the aim of finding a resource for help or compensation.

In Russia, the urban population predominates among this category of suicides by 2–3 times [30, 68], which in some cases is completely due to deficiencies in suicidal accounting in small territories, including in the countryside [42, 69].

In Asian countries of the post-Soviet realm where the consumption of AA for suicidal purposes has the highest frequency, the

или имеют рабочие специальности. Многие суициденты женаты / замужем, но имеют дисгармоничные отношения в семьях. Большинство семей – с более низким социально-экономическим статусом [44, 53], что, вероятно, может определять и их малую интернет - коммуникативную активность, или отсутствие таковой, в том числе с целью поиска ресурса помощи или компенсации.

В России среди этой категории суицидентов преобладает городское население – в 2-3 раза [30, 68], что в части случаев вполне обусловлено недостатками суицидологического учёта в малых территориях, в том числе на селе [42, 69].

В азиатских странах постсоветского пространства с наиболее высокой частотой потребления УК с суицидальной целью, основной контингент – молодые женщины, домохозяйки, проживающие в больших семьях (чаще это семья мужа, где проживает по 3-4 поколения). Основные занятия – воспитание детей, ведение домашнего хозяйства, уход за престарелыми [42].

Суицидальная попытка УК в большинстве случаев совершается дома, спонтанно, на вершине конфликта или в ближайший период после него (преимущественно днём или в вечернее время, в рабочие дни). Приём УК обычно происходит вне присутствия близких. Намерение погибнуть чаще преобладает, что указывает преимущественно на истинный характер. Небольшое количество принятой УК не отражает степень суицидальных намерений, и может определяться малой осведомлённостью человека о летальной дозе, невозможностью принять большее количество вследствие часто наблюдающихся ожогов перiorальной зоны или рук при подготовке покушения. Половина суицидентов обращается за помощью самостоятельно. Повторные попытки с помощью УК не характерны [42, 45, 56, 70]. Описаны единичные случаи комбинирования использования УК и другого способа суицида, например, принятия УК перед тем, как повеситься [48].

Мотивы и психический статус.

Учитывая преимущественно спонтанный характер принятия решения и последующий приём УК в течение короткого времени, большинство пострадавших часто называют текущую проблему как непосредственную и основную причину настоящего покушения («после этого, значит вследствие этого»), как правило, оставляя вне поля зрения и обсуждения длительно присутствующую трудноразрешимую ситуацию. Можно предположить, что в основе суицида – реакция короткого замыкания («импульсивное» суицидальное поведение). В большинстве случаев приём УК происходит после семейных (с близкими, родственниками, в том числе родственниками мужа) и/или супружеских конфликтов. Среди других причин – проблемы в учёбе, на работе [29, 42, 44, 45]. В азиатских странах это длительные, и нередко, многоуровневые конфликты с многочисленными родственниками, другими жёнами (при наличии многожёнства, в том числе официально неоформленного) [42].

main contingent is young women, housewives living in large families (most often this is the husband's family, where 3-4 generations live). The main occupations are raising children, housekeeping, caring for the elderly [42].

In most cases, a suicide attempt with AA is made at home, spontaneously, at the top of the conflict or in the immediate period after it (mainly during the day or in the evening on working days). AA intake usually occurs while the loved ones are absent. The intention to die more often prevails, which indicates predominantly the true character of suicide. A small amount of the accepted AA does not reflect the degree of suicidal intentions, and can be determined by a person's low awareness of the lethal dose, the inability to take a larger amount due to frequent burns of the perioral zone or hands during the preparation of the attempt. Half of the suicide attempters seek help on their own. Repeated attempts with the help of AA are not characteristic [42, 45, 56, 70]. Isolated cases of combining the use of AA and another method of suicide are described, for example, taking AA before hanging itself [48].

Motives and mental status.

Given the predominantly spontaneous nature of the decision and the subsequent taking of AA shortly after that, most victims often refer to the current problem as the immediate and main cause of the attempt (“after that, therefore, because of this”), usually leaving them out of sight and discussions of the long-standing difficult-to-solve situation. In most cases, the administration of AA occurs after family (with relatives, including relatives of the husband) and / or marital conflicts. Among other reasons – problems at school, at work [29, 42, 44, 45]. In Asian countries, these are long-term, and often multi-level conflicts with numerous relatives, other wives (in the presence of multiple marriage, including officially unregistered) [42].

By the time the attempt is made, many suicide attempters show adaptation disorders, less often an affective or organic mental disorder. The leading basis is experiences of a depressive nature against a background of prolonged stress. In isolated cases, the choice of AA for suicide can be determined by delusional motives in the framework of psychotic disorders in schizophrenia or psychosis [29, 44, 45, 71]. In all cases, an aggravating factor is alcohol intoxication or consumption of other surfactants [44, 58].

Why AA?

The preferred choice of AA for a suicide attempt may be determined by several factors.

К моменту совершения попытки у многих суицидентов выявляются расстройства адаптации, реже аффективное или органическое психическое расстройство. Ведущей основой являются переживания депрессивного характера на фоне длительного стресса. В единичных случаях выбор УК для совершения суицида может определяться бредовыми мотивами в рамках психотических нарушений при шизофрении или психозах [29, 44, 45, 71]. Во всех случаях отягчающим фактором является алкогольное опьянение или потребление других ПАВ [44, 58].

Почему уксусная кислота?

Предпочтительный выбор УК для совершения суицидальной попытки может определяться несколькими факторами. Безусловно ведущими являются *социально-исторические условия потребления УК* в Советской стране. Длительное ограниченное присутствие на рынке различных специй было компенсировано более доступными средствами, среди которых значительную нишу заняла УК. Во многих национальных кухнях УК нашло своё применение при консервировании продуктов для длительного хранения, приготовления различных соусов, маринадов. УК использовалась с медицинской целью для снижения температуры (путём обтирания слабо концентрированным раствором кожных покровов), как антисептическое средство, а так же в бытовых целях.

При этом нельзя было игнорировать и особенности обращения с уксусной эссенцией. Резкий раздражающий запах, ограничивающий дыхание, формирование болезненных и труднозаживающих ожогов даже при малейшем контакте подтверждал высокую повреждающую способность. Это в сочетании с периодическими сообщениями о случаях её использования при суицидальных действиях сформировало в обществе стойкие представления об уксусной эссенции как о средстве суицида. Как показывает практика, устойчивость этих предпочтений настолько велика, что эмигранты из территорий постсоветского пространства, даже пребывая в странах с большей доступностью менее травматичных средств (например, медикаменты), периодически демонстрируют в суицидальных действиях приём УК [48].

Другим важным фактором является *доступность* – присутствие УК практически у каждой хозяйки на кухне обеспечивает возможность её использования в любое время суток. Это имеет особое значение при совершении попыток спонтанно, с коротким периодом от принятия суицидального решения до его реализации, что в целом очень характерно для преднамеренных самоотравлений, среди которых доля *импульсивных форм* достигает 96% [71]. В большинстве случаев (до 76,7%) приём отравляющего вещества происходит в течение менее трёх часов после первой мысли о добровольном уходе из жизни [73].

К категории доступности так же следует отнести свободную продажу и возможность приобретения кон-

Of course, the leading ones are the socio-historical conditions of consumption of AA in the Soviet country. The long limited presence on the market of various spices was offset by more affordable means, among which AA occupied a significant niche. In many national cuisines, AA has found application in preserving products for long-term storage, in preparing various sauces, and marinades. AA was used for medical purposes to reduce temperature (by rubbing it with a weakly concentrated solution into the skin), as an antiseptic, as well as for domestic purposes.

At the same time, it was impossible to ignore the peculiarities of the treatment of vinegar essence. A sharp irritating odor restricting breathing, the formation of painful and difficult to heal burns, even at the slightest contact, confirmed a high damaging ability. These, combined with periodic reports of cases of its use in suicidal acts, has formed in society persistent ideas about vinegar essence as a means of suicide. As practice shows, the stability of such preferences is so great that emigrants from post-Soviet territories, even while staying in countries with more accessible less traumatic means (for example, drugs), periodically demonstrate the use of AA in suicidal actions [48].

Another important factor is accessibility – the presence of AA practically in every kitchen makes it possible to use it at any time of the day. This is of particular importance when an attempt is spontaneous, with a short period from making a suicidal decision to its implementation, which is generally very characteristic of deliberate self-poisoning, among which the proportion of impulsive forms reaches 96% [71]. In most cases (up to 76.7%), the poisonous substance is taken within less than three hours after the first thought of voluntary death [73].

The category of accessibility also includes free sale and the possibility of acquiring concentrated asset management in a retail chain [27]. Moreover, up to 9% of suicides intentionally acquire corrosive substances immediately before the suicide attempt [27, 53].

The factors noted above can be observed in most cases of poisoning with AA. Their influence has been forming for a rather long time (decades). In recent years, the Internet, social networks and other electronic resources have become an indispensable element of a significant part of suicides. In addition to communicating with the relevant contingent, information is often sought regarding the

центрированной УК в розничной торговой сети [27]. Более того, до 9% суицидентов специально приобретают коррозионные вещества непосредственно перед покушением [27, 53].

Отмеченные выше факторы можно наблюдать при большинстве случаев отравлений УК. Их влияние формировалось в течение достаточно длительного времени (десятилетий). В последние годы неперенным элементом значительной части самоубийств становится интернет, социальные сети и другие электронные ресурсы. Помимо общения с соответствующим контингентом, чаще ведётся поиск информации относительно средства суицида, его повреждающего действия и летальности, описания возможных ощущений при покушении и др. [74, 75, 76]. Для потребителей УК эта форма поведения не характерна, что вполне возможно объясняется низкими социально - экономическими характеристиками контингента, уровнем образования и др. Большинство суициденток до совершения попытки не имеют достоверных представлений о летальности УК, картины возможных осложнений и болезненности, исходов. Для многих эта информация вполне могла бы иметь предупреждающее действие, по крайней мере, отказ от приёма УК.

Обобщённый портрет суицидента, использующего УК.

Привлекая данные обзора, можно получить общий портрет человека, совершающего суицидальную попытку отравления при помощи УК.

Категория 1. Как правило, это молодая женщина, 25-30 лет, с неполным средним или средне специальным образованием, рабочей специальности, часто не работающая и занимающаяся домашним хозяйством. Замужем, имеет малолетних детей. Проживает в большой семье с родственниками мужа. Отношения с мужем нестабильны, с членами семьи, преимущественно старшего поколения, дисгармоничны. Финансовые возможности семьи понижены. Зависима экономически от мужа. Личные интересы ограничены семьей и бытом. Пребывает в состоянии хронического стресса. Могут длительно присутствовать суицидальные идеи, но попытку совершает спонтанно под воздействием очередной конфликтной ситуации (по принципу «последней капли в переполненной чаше»); обычно дома, вне присутствия близких. Отравление средней или тяжелой степени. Характерны ожоги рук, перiorальной зоны.

Категория 2. Если наши рассуждения относительно недостаточного выявления и учёта суицидальных действий среди погибших мужчин верны, то можно предложить и вторую характерную категорию. Это мужчина, ~ 60-65 лет, рабочей специальности, не работающий или на пенсии, страдающий алкоголизмом. На этом фоне дисгармоничные отношения с близкими, игнорирование и усталость со стороны членов семьи. Периодически запои или псевдозапои. Суицидальная попытка совершается на фоне тяжёлого опьянения,

means of suicide, its damaging effects and lethality, descriptions of possible sensations during the assassination attempt, etc. [74, 75, 76]. For consumers of AA, this form of behavior is not characteristic, which is quite possibly explained by the low socio-economic characteristics of the contingent, the level of education, etc. Most suicidal women, before the attempt, do not have reliable ideas about the mortality of AA, the picture of possible complications, pain, and outcomes. For many, this information could well have a preventive effect, at least it could lead to a refusal to intake AA.

A generalized portrait of a suicide attempter using AA.

Using the survey data, you can get a general portrait of a person making a suicidal attempt using AA.

Category 1. As a rule, this is a young woman, 25-30 years old, with incomplete secondary or secondary special education, a working specialty, often not working and doing household work. Married, has young children. She lives in a large family with relatives of her husband. Relations with her husband are unstable, and with family members, mainly of the older generation, they are disharmonious. Family financial opportunities are reduced. Depends economically from her husband. Personal interests are limited by family and everyday life. She is often in a state of chronic stress. Suicidal ideas may be present for a long time, but commits one spontaneously under the influence of another conflict situation (according to the principle of "the last drop in a full bowl"); usually at home, outside the presence of loved ones. Medium or severe poisoning. Burns of hands, perioral zone are characteristic.

Category 2. If our reasoning regarding the insufficient identification and accounting of suicidal actions among the dead men is correct, then we can propose a second characteristic category. This is a man of ~ 60-65 years of age, has industrial specialty, not working or retired, suffering from alcoholism. Against this background, disharmonious relationships with loved ones, disregard and fatigue on the part of family members. Periodical binges or pseudo binges. A suicide attempt is made against the background of severe intoxication, mainly spontaneously, possibly against the backdrop of a conflict situation. Mostly severe poisoning, often fatal.

Prevention

Prevention of cases of suicide with AA should include general measures recommended

преимущественно спонтанно, возможно на фоне конфликтной ситуации. Отравление преимущественно тяжёлой степени, часто летальный исход.

Профилактика.

Предупреждение случаев суицида при помощи УК должны включать общие меры, рекомендуемые для профилактики умышленных самоотравлений, а так же частные, ориентированные, преимущественно на УК.

Среди последних можно выделить две группы наиболее важные: 1) связанные с доступностью и продажами УК; 2) информированием населения и пациентов о её повреждающем действии.

1. Доступность УК – один из важнейших факторов, поддерживающих распространённость отравлений УК [27]. В странах с её свободной продажей в розничной торговой сети регулярно регистрируются суицидальные попытки и летальные отравления УК. Поэтому введение ограничительных мер может положительно повлиять на показатели самоубийств с её участием. Во многих европейских странах, где случаи умышленного отравления УК достаточно редки, свободная продажа концентрированной УК и других коррозионных веществ запрещена [77]. Например, опыт Македонии так же показал, что после введения в 2007 году торговых ограничений, вслед за снижением продаж наблюдалось и уменьшение количества случаев умышленных отравлений УК [45]. Как одна из дополнительных профилактических мер, предлагается более широкое использование соответствующей предупреждающей информации на упаковке о её едкой природе, фасовка в ёмкости с дополнительной системой защиты и т.д. [77]. Так же рекомендуется дальнейшее совершенствование законодательных мер, направленных на предотвращение легкодоступности высоко летальных методов самоубийства [78, 79].

2. Информирование населения, особенно в странах с высокой частотой суицидального использования УК так же является одной из необходимых мер в общей системе профилактики самоубийств. Обоснованно общее информирование о токсичных эффектах УК, характере и тяжести повреждений, высокой вероятности последующей инвалидизации.

Роль СМИ и интернета в этом направлении значительна, и может включать несколько направлений: доведение общей информации о негативных последствиях умышленных отравлений УК, формирование в целом негативного отношения к её использованию в суицидальных целях, а так же информацию о методах первичной помощи и возможности обращения за медицинским пособием. При этом СМИ и производителям интернет-сайтов необходимо следовать рекомендациям по особенностям работы с информацией и освещению случаев самоубийства [74]. Среди других мер предлагается повышение доступности психологической и психотерапевтической помощи, особенно у молодых,

for the prevention of intentional self-poisoning, as well as individual, focused mainly on AA.

Among the latter, there are two groups that are most important: 1) related to the availability and sales of asset management companies; 2) informing the population and patients about its damaging effect.

1. Accessibility of AA is one of the most important factors supporting the prevalence of poisoning with AA [27]. In countries with its free sale in the retail network, suicidal attempts and fatal poisonings with AA are regularly recorded. Therefore, the introduction of restrictive measures can positively affect the suicide rates with its intake. In many European countries, where cases of intentional poisoning with AA are quite rare, the free sale of concentrated AA and other corrosive substances is prohibited [77]. For example, the experience of Macedonia also showed that after the introduction of trade restrictions in 2007, following a decrease in sales, a decrease in the number of cases of intentional poisoning with AA was also observed [45]. As one of the additional preventive measures, a wider use of the corresponding warning information on the packaging about its caustic nature, packaging in containers with an additional protection system, etc. are proposed. [77]. Further improvement of legislative measures aimed at preventing the easy accessibility of highly lethal methods of suicide is also recommended [78, 79].

2. Informing the population, especially in countries with a high frequency of suicidal use of AA is also one of the necessary measures in the overall suicide prevention system. General information on the toxic effects of AA, the nature and severity of injuries, the high likelihood of subsequent disability are justified.

The role of the media and the Internet in this direction is significant, and may include several directions: providing general information about the negative consequences of intentional poisoning with AA, the formation of a generally negative attitude to its use for suicidal purposes, as well as information about primary care methods and the possibility of seeking medical attention allowance. In this case, the media and web-hosters of Internet sites must follow the recommendations on the features of working with information and reporting on cases of suicide [74]. Among other measures, it is proposed to increase the accessibility of psychological and psychotherapeutic care, especially for young people, representing a risk group for poisoning with corrosive substances [79].

In Russia, there are no restrictions on the

представляющих группу риска отравления коррозивными веществами [79].

В России ограничений на продажу высококонцентрированной УК в торговой сети нет, что, безусловно, является фактором её максимальной доступности. Вместе с тем, меры, реализуемые в европейских странах, и свидетельствующие о достаточной эффективности такого подхода, информировании населения и работе СМИ, могут быть вполне интересны для России и многих стран постсоветского пространства, где уровень использования УК в суицидальных целях достаточно высок.

Заключение.

Умышленные отравления УК в России, и особенно в ряде азиатских стран постсоветского пространства, остаются одной из значимых медико - социальных проблем, требующих повышения эффективности общих мер профилактики самоубийств, а так же необходимость разработки и внедрения частных, ориентированных на обращение УК, превентивных мероприятий. Среди последних – системная просветительская работа о тяжелых последствиях отравлений УК, возможность введения частичных ограничений или полного запрета на свободную продажу высококонцентрированных растворов для употребления в пищу и бытовых целей, а так же работа со СМИ и интернет-ресурсов.

Для большей объективизации статистических показателей и повышения эффективности системы выявления и учёта суицидальных попыток среди всех случаев отравлений УК вполне обоснованно более пристальное внимания врачей к сбору общего и суицидологического анамнеза, а так же оценке других характеристик суицидальной динамики, в том числе с привлечением близких пациента. Для повышения уровня знаний специалистов, оказывающих помощь этим пациентам на всех этапах их ведения, обосновано включение отдельных вопросов суицидологии в стандартные программы подготовки и повышения квалификации.

sale of highly concentrated AA in the distribution network, which, of course, is a factor of its maximum availability. At the same time, the measures implemented in European countries and indicating the sufficient effectiveness of this approach, informing the population and the work of the media, may be quite interesting for Russia and many post-Soviet countries, where the level of use of AA for suicidal purposes is quite high.

Conclusion.

Intentional poisoning with AA in Russia, and especially in a number of Asian post-Soviet countries, remains one of the significant medical and social problems requiring increasing the effectiveness of general suicide prevention measures, as well as the need to develop and implement individual, AA oriented preventive measures. Among the latter – systematic educational work on the severe consequences of poisoning with AA, the possibility of introducing partial restrictions or a complete ban on the free sale of highly concentrated solutions for human consumption and domestic purposes, as well as working with the media and Internet resources.

To make the statistical indicators more objective and increase the effectiveness of the system for identifying and accounting for suicidal attempts among all cases of AA poisoning, it is quite reasonable that doctors pay more attention to collecting general and suicidal history, as well as evaluating other characteristics of suicidal dynamics, including involving close ones of the patient. In order to increase the level of knowledge of specialists providing assistance to these patients at all stages of their management, it is justified to include certain issues of suicidology in standard training and professional development programs.

Литература / Reference:

1. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO, 2018.
2. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993. 268 с. [Tregubov L.Z., Vagin Yu.R. Aesthetics of suicide. Perm, 1993. 268 PP.] (In Russ)
3. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62–66. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3\(100\)-62-66](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66) [Zotov P.B., Buzik O.Zh., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of completed suicides: a comparative aspect. *Siberian Bulletin of psychiatry and narcology*. 2018; 3 (100): 62–66.] (In Russ)
4. Зотов П.Б. Суицидальные попытки в г. Тюмени и юге Тюменской области в 2013 году. *Академический журнал Западной Сибири*. 2014; 10 (1): 25-27. [Zotov P.B. Suicidal attempts in Tyumen and the South of the Tyumen region in 2013. *Academic journal of Western Siberia*. 2014; 10 (1): 25-27.] (In Russ)
5. Spiller H.A., Ackerman J.P., Spiller N.E., Casavant M.J. Sex- and Age-specific Increases in Suicide Attempts by Self-Poisoning in the United States among Youth and Young Adults from 2000 to 2018. *J Pediatr*. 2019 Jul; 210: 201-208. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.02.045
6. Sungur S., Bilge U., Acar N., Unluoglu I. Retrospective evaluation of adult poisoning cases admitted to emergency department of a University Hospital in Turkey. *Niger J Clin Pract*. 2018 Aug; 21 (8): 1023-1028. doi: 10.4103/njcp.njcp_291_17
7. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девантология*. 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)
8. Уксусная кислота / Большая Советская Энциклопедия. М., 1956. Второе издание. Т. 44. С. 178-179. [Acetic acid / Big Soviet encyclopedia. Moscow, 1956. Second edition, Vol. 44, Pp. 178-179.] (In Russ)
9. Гиппократ. Сочинения. Том 1. О диете. М.: Медгиз, 1936. [Hippocrates. Essays. Vol. 1. About the diet. Moscow: Medgiz, 1936.] (In Russ)

10. Уотсон Дж. Римский воин / Пер. с англ. М.: Центрполиграф, 2010. 189 с. [Watson J. Roman warrior / Per. s Engl. M.: tsempoligraf, 2010. 189 p.] (In Russ)
11. Домострой / Изд. подгот. В.В. Колесов, В.В. Рождественская. СПб: Наука, 1994. С. 88-133. [Domostroy / Ed. podgot. V.V. Kolesov, V.V. Rozhdestvenskaya. Saint Petersburg: Nauka, 1994. Pp. 88-133.] (In Russ)
12. Книга о вкусной и здоровой пище / Под ред. акад. АМН СССР А.А. Покровского. 9-е изд. М.: Агропромиздат, 1989. С. 93. [A book about delicious and healthy food / Ed. Acad. Academy of medical Sciences of the USSR A.A. Pokrovsky. 9th ed. M.: Agropromizdat, 1989. P. 93.] (In Russ)
13. <https://www.gks.ru/> (In Russ)
14. Федеральные клинические рекомендации «Токсическое действие разъедающих веществ», «Токсическое действие мыл и детергентов» / Гл. ред. Остапенко Ю.Н. / Межрегиональная благотворительная общественная организация «Ассоциация клинических токсикологов. М., 2014. 41 с. [Federal clinical recommendations "Toxic effect of corrosive substances", "Toxic effect of Soaps and detergents" / ed. Ostapenko Yu.N. / interregional charitable public organization «Association of clinical toxicologists». Moscow, 2014. 41 p.] (In Russ)
15. Сарманаев С.Х. Острые отравления химическими веществами прижигающего действия: диагностика, осложнения, прогноз: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Уфа, 2004. 54 с. [Sarmanaev S.H. Acute poisoning with chemical substances of cauterizing action: diagnostics, complications, prognosis: autoref. Diss. ... doctor of medical Sciences. Ufa, 2004. 54 p.] (In Russ)
16. Колесников С.И., Шашкова О.Н., Изатулин В.Г., Изатулин А.В. Морфологические изменения в легких при отравлении уксусной кислотой. *Сибирский медицинский журнал*. 2009; 4: 73-76. [Kolesnikov S.I., Shashkova O.N., Zatulyn V.G., Estulin A.V. Morphological changes in the lungs in cases of poisoning with acetic acid. *Siberian medical journal*. 2009; 4: 73-76.] (In Russ)
17. Соколова Н.А. Динамика показателей свободных жирных кислот и макроэргических фосфатов в крови больных с острым отравлением уксусной кислотой. *Сибирский медицинский журнал*. 2013; 7: 53-56. [Sokolova N.A. Dynamics of indicators of free fatty acids and macroergic phosphates in the blood of patients with acute acetic acid poisoning. *Siberian medical journal*. 2013; 7: 53-56.] (In Russ)
18. Чарторизжская Н.Н., Соколова Н.А., Гаспарян А.М. Патоморфологические особенности поражения сердечно-сосудистой системы у больных с острым отравлением уксусной кислотой. *ЭНИ Забайкальский медицинский вестник*. 2011; 1: 94-99. [Chartorizhskaya N.N., Sokolova N.A., Gasparyan A.M. Pathomorphological features of cardiovascular system damage in patients with acute acetic acid poisoning. *ENI TRANS-Baikal medical Bulletin*. 2011; 1: 94-99.] (In Russ)
19. Sangüesa Molina J.R., Macía Heras M.L. Acute oliguric kidney failure secondary to acetic acid poisoning. *An Med Interna*. 1999 Sep; 16 (9): 461-462.
20. Kim S.J., Cho S.B., Cho J.M., Chung M.J., Paik S.H., Kim S.Y., Sung D.J., Kim Y.H. CT Imaging of Gastric and Hepatic Complications After Ingestion of Glacial Acetic Acid. *J Comput Assist Tomogr*. 2007 Jul-Aug; 31 (4): 564-568. DOI: 10.1097/01.rct.0000284389.53202.f8
21. Kamijo Y., Soma K., Iwabuchi K., Ohwada T. Massive noninflammatory periportal liver necrosis following concentrated acetic acid ingestion. *Arch Pathol Lab Med*. 2000 Jan; 124 (1): 127-129. DOI: 10.1043/0003-9985(2000)124
22. Берченко М.А. Наиболее распространенные причины смерти в первые часы при отравлении уксусной кислотой *Вестник КазНМУ*. 2015; 4: 386-388. [Berchenko M.A. Most common cause of death in the early hours in case of poisoning with acetic acid. *Bulletin Of KazNMU*. 2015; 4: 386-388.] (In Russ)
23. Sheibani S., Gerson L.B. Chemical Colitis. *J Clin Gastroenterol*. 2008 Feb; 42 (2): 115-121. DOI: 10.1097/MCG.0b013e318151470e
24. Шашкова О.Н., Колесников С.И., Изатулин В.Г., Изатулин А.В. Морфологические изменения печени при случайном и суицидальном отравлении уксусной кислотой. *Сибирский медицинский журнал*. 2009; 4: 68-71. [Shashkova O.N., Kolesnikov S.I., Estulin V.G., Estulin A.V. Morphological changes of the liver in accidental and suicidal poisoning with acetic acid. *Siberian medical journal*. 2009; 4: 68-71.] (In Russ)
25. Афанасьева С.И., Сербина Е.Е. Эпидемиология острых отравлений в Приморском крае. *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. 2012; 3-4 (49-50): 18-19. [Afanasiaeva S.I., Serbina E.E. Epidemiology of acute poisoning in the Primorye territory. *Health. Medical ecology. The science*. 2012; 3-4 (49-50): 18-19.] (In Russ)
26. Краева Ю.В., Бушуев А.В., Брусин К.М., Сенцов В.Г., Ховда К.-Э. Эпидемиология острых отравлений и оценка объема лечебных мероприятий на догоспитальном этапе. *Уральский медицинский журнал*. 2011; 11 (89): 80-84. [Krayeva Yu.V., Bushuyev A.V., Brusin K.M., Sentsov V.G., Hovda K.E. Epidemiology of acute poisonings and estimation of quantities of therapeutic measures prehospital stage. *Ural medical journal*. 2011; 11 (89): 80-84.] (In Russ)
27. Эфендиев И.Н. Результаты пятилетнего проспективного исследования токсико-эпидемиологической ситуации в Азербайджане. *Токсикологический вестник*. 2010; 4: 13-17. [Efendiyev I.N. Outcome of 5 year perspective investigation into toxicological and epidemiological situation in Azerbaijan. *Toxicological Bulletin*. 2010; 4: 13-17.] (In Russ)
28. Zhang Y., Yu B., Wang N., Li T. Acute poisoning in Shenyang, China: a retrospective and descriptive study from 2012 to 2016. *BMJ Open*. 2018 Aug 29; 8 (8): e021881. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021881
29. 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)
30. Гладченко Ю.Л., Сердюков А.Г., Гладченко А.Ю. Острые химические отравления в Астраханской области – актуальная медико-социальная проблема. *Астраханский медицинский журнал*. 2010; 5 (3): 138-145. [Gladchenko Yu.L., Serdyukov A.G., Gladchenko A.Yu. Acute chemical intoxications in the Astrakhanian region – actual medico-social problem. *Astrakhan Medical Journal*. 2010; 5 (3): 138-145.] (In Russ)
31. Касимова Л.Н., Втюрина 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 L. N., Vtyurina M. V., Svyatogor M. V. Indicators of attempts at self-poisoning according to the Toxicological center of Nizhny Novgorod for the period from 2006 to 2010. *Medical almanac*. 2013; 1 (25): 176-179.] (In Russ)
32. Кушнирева О.Н., Малкова Т.Л., Вишневецкий М.К. Структурный анализ острых отравлений в Пермской области в 1990-2000 г. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2002; 3: 46-47. [Kushnareva O.N., Malkova T.L., Vishnevetsky M.K. Structural analysis of acute poisoning in the Perm region in 1990-2000. *Problems of expertise in medicine*. 2002; 3: 46-47.] (In Russ)
33. Зобнин Ю.В., Провадо И.П. Эпидемиология острых экзотоксикозов в г. Иркутске. *Сибирский медицинский журнал*. 2002; 33 (4): 65-67. [Zobnin J.V., Provado I.P. the Epidemiology of acute ecotoxicol in Irkutsk. *Siberian medical journal*. 2002; 33 (4): 65-67.] (In Russ)
34. Неотложная клиническая токсикология (руководство для врачей / Под. Ред. Е.А. Лужникова. М.: Медпрактика-М, 2007. [Emergency clinical toxicology (guide for doctors / Ed. by E.A. Luzhnikov. M.: Medpraktika-M, 2007.] (In Russ)
35. Зобнин Ю.В., Калмансон М.Л., Брусин К.М. Этиологическая структура острых отравлений по данным трех токсикологических центров. *Сибирский медицинский журнал*. 2007; 8: 74-77. [Zobnin Yu.V., Kalmanson M.L., Brusin K.M. Etiological structure of acute poisoning according to three Toxicological centers. *Siberian medical journal*. 2007; 8: 74-77.] (In Russ)
36. Федоров И.В., Кириллов С.А., Креницын А.А., Зуев А.С. Анализ динамики острых отравлений химической этиологии

- в г. Новокузнецке за 2009-2013 гг. *Медицина в Кузбассе*. 2014; 4: 103-105. [Fedorov I.V., Kirillov S.A., Krinitsyn A.A., Zuev A.S. Analysis of dynamics of acute chemical poisoning. *Medicine in Kuzbass*. 2014; 4: 103-105.] (In Russ)
37. Мишарин В.Ю., Ентус В.А., Ромашева Е.Н. и др. Эпидемиологическая ситуация острых отравлений в г. Н.Тагиле. *Уральский медицинский журнал*. 2011; 11 (89): 85-88. [Misharin V.Yu., Entus V.A., Romasheva E.N. et al. Epidemiological situation of acute poisoning in Tagil. *Ural medical journal*. 2011; 11 (89): 85-88.] (In Russ)
 38. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Клинико-эпидемиологические аспекты парасуицидов в г. Чите. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2007; 3: 54-57. [Sakharov A.V., Govorin M.V. Clinical and epidemiological aspects of suicide attempts in city of Chita. *Far Eastern medical journal*. 2007; 3: 54-57.] (In Russ)
 39. Сенцов В.Г., Лейдерман И.Н., Воронцов С.В. Медико-экономические показатели у больных с отравлениями уксусной кислотой, получавших энтеральную нутритивную поддержку. *Скорая медицинская помощь*. 2003; 3: 49. [Sentsov V. G., Leiderman I. N., Vorontsov S. V. Medical and economic indicators in patients with acetic acid poisoning who received enteral nutritional support. *Emergency medical care*. 2003; 3: 49.] (In Russ)
 40. Остапенко Ю.Н., Литвинов Н.Н., Рожков П.Г., Гасимова З.М., Батурова И.В. Современное состояние эпидемиологии острых химических отравлений и токсикологической помощи населению. *Токсикологический вестник*. 2010; 3: 36-39. [Ostapenko Yu N., Litvinov N.N., Rozhkov P.G., Gasimova Z.M., Baturova I.V. Present-day state of epidemiology of acute chemical poisonings and toxicological aid to population. *Toxicological Bulletin*. 2010; 3: 36-39.] (In Russ)
 41. Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н. Метаболическая терапия на раннем этапе острых отравлений уксусной кислотой. *Скорая медицинская помощь*. 2013; 14 (3): 73-76. [Stopnitsky A.A., Akalaev R.N. The metabolic therapy at an early stage of the sharp acetic acid poisoning. *Emergency medical care*. 2013; 14 (3): 73-76.] (In Russ)
 42. Шаропова Н.М., Шарипов Т., Турсунов Р.А. Социально-демографические и этнокультуральные аспекты суицидов в Республике Таджикистан. *Вестник Авиценны*. 2014; 3: 86-91. [Sharopova N.M., Sharipov T., Tursunov R.A. Sociodemographic and ethnocultural aspects of suicide in the Republic of Tajikistan. *Avicenna's Messenger*. 2014; 3: 86-91.] (In Russ)
 43. Ratcliffe A., Baker A., Smith D. Successful Management of 70% Acetic Acid Ingestion on the Intensive Care Unit: A Case Report. *J Intensive Care Soc*. 2018 Feb; 19 (1): 56-60. DOI: 10.1177/1751143717711062
 44. Deković I., Curčić M., Molnar M., Dadašović J. Suicides and attempted suicides with corrosive substances 1968-2000. *Med Pregl*. 2001 Mar-Apr; 54 (3-4): 155-160.
 45. Chibishev A., Sikole A., Pereska Z., Chibisheva V., Simonovska N., Orovchanec N. Severe renal function impairment in adult patients acutely poisoned with concentrated acetic acid. *Arch Hig Rada Toksikol*. 2013; 64 (1): 153-158. DOI: 10.2478/10004-1254-64-2012-2275
 46. Sklebar D., Vrabec-Matković D., Catipović M., Sklebar I. Diagnoses of suicidium and tentamen suicidi in the registers of patients of the Kingdom of Yugoslavia's Banovina Public General Hospital in Bjelovar from 1931-1940. *Coll Antropol*. 2012 Dec; 36 (4): 1205-1209.
 47. Wijeratne T., Ratnatunga C., Dharmapala A., Samarasinghe T. Corrosive acid injury of the stomach. *Ceylon Med J*. 2015 Mar; 60 (1): 25-27. DOI: 10.4038/cmj.v60i1.6939
 48. Faller-Marquardt M., Bohnert M., Logemann E., Pollak S. Combined Suicide by Drinking Acetic Acid With Subsequent Hanging. *Arch Kriminol*. 2000 Nov-Dec; 206 (5-6): 140-149.
 49. Эфендиев И.Н., Гусейнова Н.А. Острые отравления у детей в Азербайджанской республике. *Eurasian Journal of Clinical Sciences*. 2018; 1 (4): 1-7. [Efendiev I.N., Huseynova N.A. Acute poisoning in children in the Republic of Azerbaijan. *Eurasian Journal of Clinical Sciences*. 2018; 1 (4): 1-7.] (In Russ)
 50. Михно В.А., Бельчева О.С. Современные представления о диагностике и лечении отравлений уксусной кислотой в педиатрии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2012; 1: 33. [Mikhno V.A., Belicheva O.S. Modern views on the diagnosis and treatment of poisoning with acetic acid in Pediatrics. *International journal of applied and fundamental research*. 2012; 1: 33.] (In Russ)
 51. Arévalo-Silva C., Eliashar R., Wohlgeleitner J., Elidan J., Gross M. Ingestion of caustic substances: a 15-year experience. *Laryngoscope*. 2006 Aug; 116 (8): 1422-1426. DOI: 10.1097/01.mlg.0000225376.83670.4d
 52. Романихин Р.А., Гончаревич А.Ю., Ковалёва О.А., Кошкин В.Б. Исход и прогноз острых отравлений уксусной кислотой в зависимости от тактики лечения. Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова. 2015; 12: 88-91. [Romanikhin R.A., Goncharevich A.Yu., Kovaleva O.A., Koshkin V.B. Outcome and prognosis of acute acetic acid poisoning depending on treatment tactics. *Bulletin of the Khakass state University named after N. F. Katanov*. 2015; 12: 88-91.] (In Russ)
 53. Hashmi M.U., Ali M., Ullah K., Aleem A., Khan I.H. Clinic-epidemiological Characteristics of Corrosive Ingestion: A Cross-sectional Study at a Tertiary Care Hospital of Multan, South-Punjab Pakistan. *Cureus*. 2018 May 29; 10 (5): e2704. DOI: 10.7759/cureus.2704
 54. Демидчик Л.А., Бейникова И.В., Муравлёва Л.Е. и др. Окисленные белки в крови больных с острым отравлением уксусной кислотой. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2018; 5: 82-86. [Demidchik L.A., Beynikova I.V., Muravleva L.E., et al. Oxidized p proteins in the blood of p atients with acute acetic acid intoxication. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2018; 5: 82-84.] (In Russ)
 55. Acehan S., Satar S., Gulen M., Avci A. Evaluation of corrosive poisoning in adult patients. *Am J Emerg Med*. 2020 Jan 8: S0735-6757(20)30016-4. DOI: 10.1016/j.ajem.2020.01.016
 56. Соколова Н.А., Витковский Ю.А., Говорин А.В. Сердечные аритмии и кардиогематологические нарушения у больных с острым отравлением уксусной кислотой. *Токсикологический вестник*. 2011; 5 (110): 8-10. [Sokolova N.A. Dynamics of indicators of free fatty acids and macroergic phosphates in blood of patients with acute poisonings by acetic acid. *Toxicological Bulletin*. 2011; 5 (110): 8-10.] (In Russ)
 57. Hakenbeck H., Zimmermann K., Kiehl U., Nitzsche M. Poisoning with 80% acetic acid. *Z Urol Nephrol*. 1984 May; 77 (5): 311-314.
 58. Китишвили И.З., Парфенов Л.Л., Миньковецкий В.Д., Гладченко Ю.Л. Уксусная кислота как этиологический фактор развития респираторный дистресс-синдром взрослых. *Вестник новых медицинских технологий*. 2009; XVI (2): 211-212. [Kitishvili I.Z., Parfenov L.L., Minkovetsky V.D., Gladchenko Y.L. Acetic acid as an etiological factor in the development of respiratory distress syndrome in adults. *Bulletin of new medical technologies*. 2009; XVI (2): 211-212.] (In Russ)
 59. Разводовский Ю.Е., Кандрычын С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси. *Девантология*. 2018; 2 (2): 25-30. [Razvodovsky Y.E., Kandrychyn S.V. Alcohol as a factor of gender gap in suicide mortality in Belarus. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 25-30.] (In Russ)
 60. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53. [Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Diagnostic of suicidal behavior in drug addicts. *Academic Journal of West Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53.] (In Russ)
 61. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпискрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. *Суицидология*. 2012; 1: 28-39. [Merinov A.V., Shustov D.I., Vasjatkina N.N. Episcrypt as a variant of intrafamilial dynamics of autoaggressive patterns in families of men suffering from alcohol dependence. *Suicidology*. 2012; 1: 28-39.] (In Russ)
 62. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты. *Тюменский медицинский журнал*. 2013;

- 15 (1): 14. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results. Tyumen medical journal. 2013; 15 (1): 14.] (In Russ)
63. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-74. [Obraztsova A.S. About support group for the people enduring a suicide of close: experience of creation, complexity and advantage. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-74.] (In Russ)
64. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Приленский А.Б., Хохлов М.С., Юшкова О.В., Коровин К.В. Преднамеренные отравления с суицидальной целью: характеристика контингента отделения токсикологии. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 98-106. [Zotov P.B., Rodyashin E.V., Prilensky A.B., Hohlov M.S., Yushkova O.V., Korovin K.V. Intentional poisoning with suicide intention: characteristics of the toxicology department contingent. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 98-106.] (In Russ)
65. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 47-54. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-47-54](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-47-54) [Razvodovsky Y.E., Zotov P.B. Suicides and fatal poisonings by other toxic substances: a trend analysis. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 47-54.] (In Russ)
66. Титова А.А., Билалова Р.Г., Быкова Е.В. Ведение токсикологического мониторинга на территории Республики Татарстан с целью формирования здорового общества. В сборнике: *Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения* Материалы всероссийской научно-практической интернет-конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора с международным участием. Под редакцией А.Ю. Поповой, Н.В. Зайцевой. 2018. С. 89-92. [Titova A. A., bilalova R. G., Bykova E. V. conducting Toxicological monitoring on the territory of the Republic of Tatarstan in order to form a healthy society. In the collection: *Fundamental and applied aspects of public health risk analysis* Materials of the all-Russian scientific and practical Internet conference of young scientists and specialists of Rospotrebnadzor with international participation. Edited by A. Yu. Po-povoy, N. V. Zaitseva. 2018. Pp. 89-92.] (In Russ)
67. Тойбаева Г.М., Джаркимбекова Г.К., Ахметова Ф.У., Камалова Г.Т. Анализ летальности при острых экзогенных отравлениях по отделению токсикологии г. Алматы за последние 17 лет. *Вестник КазНМУ*. 2015; 4: 383-385. [Aitbaeva G.M., Dzharkimbekova G.K., Akhmetov F.W., Kamalov G.T. Analysis of mortality in acute exogenous poisoning in Almaty division of toxicology in 17 years. *Bulletin Of KazNMU*. 2015; 4: 383-385.] (In Russ)
68. Федоров А.С., Резанова Н.В. Острые бытовые отравления в Омской области. *Вести МАНЭБ в Омской области*. 2013; 2 (2): 37-39. [Fedorov A.S., Rezanova N.V. Acute household poisoning in the Omsk region. *Vesti MANEB in the Omsk region*. 2013; 2 (2): 37-39.] (In Russ)
69. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Ряхина Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области. *Академический журнал Западной Сибири*. 2012; 6: 44-45. [Zotov P. B., Rodyashin E. V., Ryakhina N.A. A systematic registration of suicide attempts: first experience results of the register in the Tyumen region. *Academic journal of Western Siberia*. 2012; 6: 44-45.] (In Russ)
70. 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)
71. Логутенко Р.М. Гетероагрессивное и суицидальное поведение больных параноидной шизофренией с бредом одержимости. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2015; 3: 104-110. [Logutenko R.M. Heteroaggressive and suicidal behavior of patients with paranoid schizophrenia with delusions of obsession. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2015; 3: 104-110.] (In Russ)
72. Hiremath M., Craig S., Graudins A. Adolescent deliberate self-poisoning in South-East Melbourne. *Emerg Med Australas*. 2016; 28 (6): 704-710. DOI: 10.1111/1742-6723.12681
73. 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.] (In Russ) [doi: https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-16-29](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29)
74. Simkin S., Hawton K., Kapur N., Gunnell D. What can be done to reduce mortality from Paracetamol overdoses? A patient interview study. *QJM*. 2012; 105 (1): 41-51. DOI: 10.1093/qjmed/hcr135
75. Krysinska K., Westerlund M., Niederkrotenthaler T., Andriessen K., Carli V., Hadlaczky G., Till B., Wasserman D., Krysinska K., et al. A Mapping Study on the Internet and Suicide. *Crisis*. 2017 Jul; 38 (4): 217-226. doi: 10.1027/0227-5910/a000444
76. Padmanathan P., Biddle L., Carroll R., Derges J., Potokar J., Gunnell D. Padmanathan P., et al. Suicide and Self-Harm Related Internet Use. *Crisis*. 2018 Nov; 39 (6): 469-478. DOI: 10.1027/0227-5910/a000522
77. Nuutinen M., Uhari M., Karvali T., Kouvalainen K. Consequences of caustic ingestions in children. *Acta Paediatr*. 1994 Nov; 83 (11): 1200-1205. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1994.tb18281.x
78. Cha E.S., Chang S.S., Gunnell D., Eddleston M., Khang Y.H., Lee W.J. Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea. *Int J Epidemiol*. 2016 Apr; 45 (2): 470-479. DOI: 10.1093/ije/dyv304
79. Azizpour Y., Asadollahi K., Sayehmiri K., Kaikhavani S., Abangah G. Epidemiological survey of intentional poisoning suicide during 1993-2013 in Ilam Province, Iran. *BMC Public Health*. 2016 Aug 30; 16 (1): 902. DOI: 10.1186/s12889-016-3585-9

ACETIC ACID AMONG THE MEANS OF SUICIDAL ACTIONS

P.B. Zotov, E.B. Lyubov,
V.I. Gerasimenko, E.P. Zotova, I.M. Petrov,
E.G. Scryabin, A.B. Prilensky

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical
research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky,
Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

Abstract:

A literature review and the authors' own clinical experience on the place of acetic acid (AA) among the means of suicidal action is presented. It is shown that the intake of concentrated solution of AA (70-80% essence) for suicidal purpose was common in the USSR, which can be explained by the widespread use of AA for culinary and household purposes, as well as the prevailing ideas in the population about the possibility of using it for self-harm. At present, the proportion of corrosive substances (including AA) with the aim of deliberate self-poisoning in Russia is not large. The

highest rates are recorded in certain post-Soviet states: Azerbaijan – 7.7%, Uzbekistan – 12.4%, Kazakhstan – up to 15%, and Tajikistan. In Russia, 62-87% of cases of taking AA is associated with a suicidal goal (average dose – 55 ml). The number of women prevails in suicide attempts (ratio M:F - 1:1.6-2, mean age – 26-31), among those who died there are more men with mean age of 34. In 44.4% of suicides, alcohol is detected (twice more often in men). Alcohol is also detected in many men who died from an accidental intake of AA, which requires closer attention to the problem, since, according to the authors, unrecognized suicides can often hide behind these cases. Among suicide attempters, persons with a relatively low social status and educational level, often unemployed of working age, predominate. In most cases, the suicidal attempt with AA is made at home, spontaneously, at the top of the conflict or in the immediate period after it, mainly during the day or in the evening on working days. The main background is a family or marital conflict, less often – problems at school or at work. Many suicide attempters have adaptation disorders. A depressive background of disorders prevails. As preventive measures, the necessity of introducing restrictive measures regarding the free sale of concentrated AA, as well as informing the population about the toxic effects of AA, the nature and severity of the damage, and the high probability of subsequent disability, are discussed. The role of the media and the Internet in this direction is significant, and may include several directions: providing general information about the negative consequences of intentional poisoning of AA, the formation of a generally negative attitude to its use for suicidal purposes, as well as information on primary methods of help and opportunities for applying for medical compensation. In conclusion, the authors conclude that it is necessary to improve preventive measures, including those focused on how to manage AA, as well as how to increase the level of knowledge of specialists who assist these patients at all stages of their treatment. The substantiation of the inclusion of certain issues of suicidology in standard training programs and advanced training of medical personnel.

Keywords: suicide, suicidal attempt, acetic acid, acetic essence, self-poisoning, deliberate poisoning with acetic acid

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования; написание и редактирование текста рукописи;
Е.Б. Любов: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
В.И. Герасименко: обзор публикаций по теме статьи, перевод;
Е.П. Зотова: обзор публикаций по теме статьи, перевод;
И.М. Петров: обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
Е.Г. Скрыбин: обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
А.Б. Приленский: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: developing the research design, article writing; article editing;
E.B. Lyubov: article writing; article editing;
V.I. Gerasimenko: reviewing of publications of the article's theme, translation;
E.P. Zotova: reviewing of publications of the article's theme, translation;
I.M. Petrov: reviewing of publications of the article's theme, article editing;
E.G. Stryabin: reviewing of publications of the article's theme, article editing;
A.B. Prilensky: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: 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: 30.01.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.05.2020.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Герасименко В.И., Зотова Е.П., Петров И.М., Скрыбин Е.Г., Приленский А.Б. Уксусная кислота среди средств суицидальных действий. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 160-181. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-160-181

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Gerasimenko V.I., Zotova E.P., Petrov I.M., Stryabin E.G., Prilensky A.B. Acetic acid among the means of suicidal actions. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 160-181. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-160-181

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, результаты научных исследований, лекции, обзорные статьи, 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 и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) и международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI). Поэтому электронная версия обязательно размещается на сайте elibrary.ru 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, звание, учёная степень, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный 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. Объём статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), 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.

Каждая статья должна иметь профессиональный перевод на английском языке: Название статьи, ФИО авторов и их полной контактной информации, название учреждения, город, резюме и ключевые слова, название и подписи в рисунках и графиках таблиц. Приветствуется полный профессиональный перевод всей статьи на английском языке.

Для каждого автора необходимо указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
- б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
- в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

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 и описаны в тексте.

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 пристатейным 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»;

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 работы: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

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 так же отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. 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 редакции: note72@yandex.ru и письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».

