

Суицидология

научно-практический журнал № 1 2021



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, нейропсихолог
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
Jugki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Marco Zargiarone, 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

<i>В.А. Козлов, А.В. Голенков, С.П. Сапожников</i> Роль генома в суицидальном поведении (обзор литературы)	3
<i>Е.Б. Любов, П.Б. Зотов</i> Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть III	23
<i>A. Vespa, И. Галынкер, К.А. Чистопольская</i> Эмоциональный отклик клинициста на пациентов с суицидальным риском: обзор литературы	47
<i>Н.Б. Семёнова</i> Планирование безопасности с подростками, совершившими суицидальную попытку	64
<i>Б.С. Положий</i> Современные подходы к превентивной суицидологии	73
<i>В.А. Розанов</i> К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии – современный контекст	80
<i>К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.Э. Дровосеков</i> Взрослая романтическая привязанность у молодых людей в повседневности и при суицидальных переживаниях	109
<i>К.В. Полкова, А.В. Чулюкина, А.В. Меринов, Д.М. Васильева, Б.Ю. Володин, В.В. Новиков, Д.С. Петров</i> Суицидологическая характеристика юношей и девушек, практикующих незащищённые половые контакты с малознакомыми партнёрами	126

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)

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)

Журнал «Суицидология»
включен в:

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

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

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

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

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

ISSN 2224-1264

A.B. Голенков, Ф.В. Орлов,
Е.С. Деомидов, И.Е. Бульгина

Попытка постгомицидного самоубийства
больного с психотической депрессией после
перенесённой коронавирусной инфекции
(клинический случай) 137

Информация для авторов 149

Contents

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov, S.P. Sapozhnikov
The role of the genome in suicidal behavior
(literature review) 3

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
Adolescents non-suicidal self-injury:
general and particular. Part III 23

A. Vespa, I. Galynker, K.A. Chistopolskaya
Clinician emotional response to patients at risk
of suicide: a review of the extant literature 47

N.B. Semenova
Planning safety with adolescents after a suicide attempt 64

B.S. Polozhy
Modern approaches to preventive suicidology 73

V.A. Rozanov
On the gender paradox in suicidology – a contemporary
context 80

K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, S.E. Drovosekov
Adult romantic attachment in young people in suicidal
and non-suicidal states 109

K.V. Polkova, A.V. Tchulyukina, A.V. Merinov,
D.M. Vasilyeva, B.Yu. Volodin, V.V. Novikov, D.S. Petrov
Suicidological characteristics of young males and
females practicing unprotected sexual contacts
with unfamiliar partners 126

A.V. Golenkov, F.V. Orlov, E.S. Deomidov, I.E. Bulygina
Attempt of posthomicidal suicide of a patient with psychotic
depression after having coronaviral infection (clinical case) 137

Information 149

Сайт журнала: <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. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
Заказ № 57. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 28.05.2021 г. Цена свободная

РОЛЬ ГЕНОМА В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ (обзор литературы)

В.А. Козлов, А.В. Голенков, С.П. Сапожников

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

THE ROLE OF GENOME IN SUICIDAL BEHAVIOR (literature review)

V.A. Kozlov, A.V. Golentkov,
S.P. Sapozhnikov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Информация об авторах:

Козлов Вадим Авенирович – доктор биологических наук, кандидат медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1915-5416; Researcher ID: I-5709-2014; ORCID iD 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Место работы и должность: профессор кафедры медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: pooh12@yandex.ru

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

Сапожников Сергей Павлович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6985-9660; Researcher ID: C-5335-2019; ORCID iD: 0000-0003-0967-7192). Место работы и должность: заведующий кафедрой медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (965) 689-54-45, электронный адрес: adaptagon@mail.ru

Information about the authors:

Kozlov Vadim Avenirovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1915-5416; Researcher ID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Place of work and position: Professor of the Department of Medical Biology with a course in Microbiology and Virology, I.N. Ulyanov Chuvash State University. Address: Russia, Cheboksary, 45 Moskovsky prospect. Phone: +7 (903) 379-56-44, email: pooh12@yandex.ru

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

Sapozhnikov Sergey Pavlovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6985-9660; Researcher ID: C-5335-2019; ORCID iD: 0000-0003-0967-7192). Place of work and position: Head of the Department of Medical Biology with a course in Microbiology and Virology, I.N. Ulyanov Chuvash State University. Address: Russia, Cheboksary, 45 Moskovsky prospect. Phone: +7 (965) 689-54-45, e-mail: adaptagon@mail.ru

Обзор литературы посвящён анализу связи суицидального поведения как с генными локусами, так и установленными полиморфизмами генов. Рассмотрена связь с суицидами как отдельных генов, так и их групп. Особенно ценными являются сведения об однонуклеотидных полиморфизмах генов, регулирующих концентрацию кортизола (гены *FKBP5*, *SLC6A3*, *CRHR1*, *CRHR2*, *SKA2*), поскольку именно эта группа генов регулирует стресс-реакцию и участвует в формировании депрессивного состояния наряду с серотонин- (гены *5-HTTLPR*, *HTR_{2A}*) и адренергической (гены *ADRA2A*, *ADRA2B*) системами, патологию которых обычно связывают с разными формами депрессии и суицидами. Большой интерес представляют сведения, что разные полиморфизмы генов (*CRHR1*, *CRHR2*, *SKA2*), регулирующих концентрацию кортизола, характерны для половозрастных групп и потому определяют различия по частоте, возрасту и причинам совершения суицида. Кроме того, рассмотрена роль в реализации суицида полиморфизмов гена белков семейства *YWHAЕ*, гена нейротрофического фактора *NTRK2*, *reward* системы. Обсуждены вопросы формирования возможных путей поиска средств профилактики развития суицидального фенотипа. Авторами предложено выделить суицидальный фенотип в самостоятельную группу состояний, рассматриваемую как мультифакториальное заболевание, финальным итогом которого является совершение суицида или его попытка, требующее кодификации и нуждающееся в разработке классификации вариантов этиологии и патогенеза.

Ключевые слова: суицид, суицидальный фенотип, генная сеть, кортизол, адреналовая система, серотониновая система

Определив точно значения слов,
вы избавите человечество от половины заблуждений
Рене Декарт Картезий

Мрачная тема суицидов в обществе прочно обросла легендами. *A priori* считается, что человек, совершивший суицид, был обстоятельствами подведён к принятию фатального решения, либо он был психически несостоятелен. Но, серьёзные научные исследования доказывают, что семейное суицидальное поведение реализуется независимо от наличия психических заболеваний, то есть, риск совершения самоубийства у психически здоровых сибсов самоубийц и не суицидентов статистически различаются и риск значительно выше для пробандов из семей суицидентов, чем из семей без суицидов [1]. Тем не менее, в группе больных шизофренией самоубийств совершается в 170 раз больше, чем в популяции психически здоровых людей [2]. У пациентов, совершающих самоубийство, наиболее частыми психиатрическими диагнозами являются депрессия (15% случаев), шизофрения (10%), расстройства личности (7%), алкоголизм (2%) [3]. По другим данным, полученным за 25-летний период наблюдения, частота самоубийства составляет среди больных шизофренией 32,2%, алкоголизмом – 29,7%, депрессией – 18,9%, сосудистыми психозами – 5,6%, психопатиями – 3,9%, эпилепсией – 3,1%, посттравматическими психозами – 2,7%, соматогенными психозами – 2,5% [4]. Депрессия связана с 30-кратным увеличением риска совершения самоубийства [5]. При ретроспективной оценке депрессивных симптомов оказывается, что депрессия была примерно у 60% пациентов, совершивших самоубийство [6]. Взаимосвязь между депрессивными состояниями и частотой завершённых суицидов хорошо выражена [7]. Интересно, что у 27,2% из 122356 студентов медиков, обследованных в 43 странах, была обнаружена депрессия, а у 11,1% из них – выявлены суицидальные идеи [8].

Семейная передача самоубийств и тяжёлой депрессии различны, несмотря на то, что частично перекрываются [9]. У монозиготных близнецов мужского пола величина риска совершения суицида сибсом суицидента составляет 11,3%, в то время как у дизигот – 1,8% [10]. В результате метаанализа 32 исследований завершённых суицидов моно- и дизиготными близнецами, генетически обусловленная склонность к суициду оценена в 30-55%, то есть, вклад аддитивных генетических факторов в фенотип суицидального поведения – большой и в значительной степени не зависит от наследования психических расстройств [11]. Пассаж исследователей о «фенотипе суицидального поведения», по-видимому, должен быть пояснён дополнительно. Благодаря работам в том числе Роберта Докинза, понятие фенотип получает более широкое толкова-

Having determined exactly the meanings of the words, you will help humanity to get rid of half of their delusions
René Descartes Cartesius

The dark theme of suicide in society is firmly overgrown with legends. *A priori*, it is believed that a person who committed suicide was led by circumstances to make a fatal decision, or they were mentally incapable. But, serious scientific studies prove that family suicidal behavior is realized regardless of the presence of mental illness, that is, the risk of committing suicide in mentally healthy siblings of suicide attempters and non-suicide attempters is statistically different and the risk is significantly higher for probands from suicidal families than from families without suicides [1]. Nevertheless, in the group of patients with schizophrenia, there are 170 times more committed suicides than in the population of mentally healthy people [2]. In patients who commit suicide, the most frequent psychiatric diagnoses are depression (15% of cases), schizophrenia (10%), personality disorders (7%), and alcoholism (2%) [3]. According to other data obtained over a 25-year observation period, the suicide rate among patients with schizophrenia is 32.2%, for alcoholism it is 29.7%, for depression – 18.9%, vascular psychoses – 5.6%, psychopathies – 3.9 %, epilepsy – 3.1%, post-traumatic psychoses – 2.7%, somatogenic psychoses – 2.5% [4]. Depression is associated with a 30-fold increased risk of suicide [5]. On retrospective assessment of depressive symptoms, it appears that approximately 60% of patients who commit suicide were depressed [6]. The relationship between depressive conditions and the frequency of completed suicides is well expressed [7]. Interestingly, 27.2% of the 122356 medical students surveyed in 43 countries had depression, and 11.1% of them had suicidal ideation [8].

Familial transmission of suicide and severe depression are distinct from each other even though they overlap [9]. In monozygotic male twins, the risk of committing suicide after a sibling suicide is 11.3%, while in dizygotes it is 1.8% [10]. As a result of a meta-analysis of 32 studies of completed suicides by mono- and dizygotic twins, genetically determined suicidal tendencies were estimated at 30-55%, that is, the contribution of additive genetic factors to the phenotype of suicidal behavior is large and largely independent of inheritance. mental disorders [11]. The passage of researchers about the "phenotype of suicidal behavior", apparently, needs to be further explained. Thanks to the work of Ro-

ние, чем это известно широкой публике. Границы этого термина расширены за счёт включения в понятие фенотип поведенческих особенностей как вида в целом, так и его субпопуляций – «расширенный фенотип». Р. Докинз предлагает включать в это понятие как собственно поведенческие акты, так и материальные результаты деятельности особей (например, бобровые хатки, форму термитников, особенности построения гнезда и т.п. предположительно являются результатом инстинктивного поведения и поэтому реализуется через выполнение программы, заложенной в геноме) [12]. Поэтому принимая терминологию Р. Докинза допустимо считать суицидентное поведение фенотипическим признаком. В последующем изложении мы покажем, что гены, ассоциированные с психическими расстройствами, как правило, ассоциированы с завершёнными суицидами. То есть, психически больные люди совершают суициды потому, что в их геномах встречается количественно большее число сочетаний генов, ассоциированных с суицидами, чем у психически здоровых суицидентов, а у последних больше, чем у лиц, в семьях которых суициды не зарегистрированы.

Суицид в обществе воспринимается как нечто случайное, ситуационное, вызывающее отторжение и непонимание. Между тем, если жизненный путь суицидента оказывается подробно рассмотрен, становится очевидным, что человек изощённо организовывал свою жизнь таким образом, чтобы прийти к состоянию безысходности и завершить её суицидом или быть убитым (виктимное поведение). К выводу о предопределённости (заданности) совершения суицида отдельными индивидуумами пришел Эмиль Дюркгейм [13], сделавший в своей исключительно тщательно сделанной работе вывод о существовании среди мужчин субпопуляции, представители которой завершают свою жизнь суицидом в определённой возрастной когорте. Поэтому частота суицидов для возрастных когорт является константой и представляет собой долгосрочный временной ритм. Позднее вывод Эмиля Дюркгейма был подтверждён работами, из которых следует, что суицидальное поведение ассоциировано с нейробиологическими особенностями становления медиаторного статуса [14]. В том числе оно может иметь генетическую основу и зависеть от эпигенетической регуляции [15]. В настоящее время появился ряд работ, доказывающих наличие связи некоторых генетических полиморфизмов с суицидальным поведением.

Если в географических популяциях людей действительно существуют количественно устойчивые субпопуляции индивидуумов, склонных к совершению суицида вследствие наличия в их геномах генов, ассоциируемых с психическими расстройствами и/или суицидами и виктимным, то распределение частот этих

bert Dawkins, among others, the concept of phenotype gains a broader interpretation than is known to the general public. The boundaries of this term have been expanded due to the inclusion in the concept of phenotype of behavioral features of both the species as a whole and its subpopulations – “extended phenotype”. R. Dawkins proposes to include both the actual behavioral acts and the material results of the activity of individuals (for example, beaver huts, the shape of termite mounds, the peculiarities of building a nest, etc., are presumably the result of instinctive behavior and therefore is realized through the implementation of an understanding of the program embedded in the genome) in this concept [12]. Therefore, accepting the terminology of R. Dawkins, it is permissible to consider suicidal behavior as a phenotypic trait. In the following discussion, we will show that genes associated with mental disorders are generally associated with completed suicide. That is, mentally ill people commit suicide because their genomes contain a quantitatively greater number of combinations of genes associated with suicides than in mentally healthy suicides, and the latter have more than those who come from families with no registered suicides.

Suicide in society is perceived as something accidental, situational, causing rejection and misunderstanding. Meanwhile, if the life path of a suicide attempter is examined in detail, it becomes obvious that a person has sophisticatedly organized their life in such a way as to come to a state of despair and end it with suicide or be killed (victim behavior). In his extremely carefully made work [13], Emile Durkheim came to the conclusion about the predetermination (predestination) of committing suicide by individual minds and concluded that there is a subpopulation among males who end their lives by suicide in a certain age cohort. Therefore, the suicide rate for age cohorts is constant and represents a long-term temporal rhythm [13]. Later, the conclusion of Emile Durkheim was confirmed by works, from which it follows that suicidal behavior is associated with neurobiological features of the formation of the mediator status [14]. In particular, it may have a genetic basis and depend on epigenetic regulation [15]. At the present time, a number of works have appeared proving the existence of a connection between some genetic polymorphisms and suicidal behavior.

If in geographic populations of people there are really quantitatively stable subpopulations of individuals prone to committing suicide due to the presence of genes associated

генов в общей популяции должно соответствовать распределению Харди–Вайнберга.

Целью настоящей работы является систематизация и анализ сведений о роли генетических факторов в реализации суицида.

Ген, как реализуемая во времени подпрограмма. Значительные успехи в области изучения структуры и функционирования генома человека и эукариот привели к размытию понятия ген, поскольку строение и трехмерная организация генов эукариот значительно отличается от таковых прокариот (линейные хромосомы, выделение экспрессируемых участков хромосом в отдельную структуру (эухроматин) с близким взаиморасположением в трёхмерном пространстве из разных хромосом генов, образующих генную сеть, наличие интронов, процессинг первичного транскрипта, эпигенетическое регулирование экспрессии) – классическая дефиниция: «Ген – единица наследственной информации, занимающая определённое положение в геноме или хромосоме и контролирующая выполнение определённой функции в организме», – оказалась не состоятельной. По этой причине в настоящее время существует ряд значительно отличающихся по смыслу определений термина «ген». Сравните с новыми дефинициями:

– ген – это «сегмент ДНК, влияющий на фенотип или функцию. В отсутствие проявленной функции ген может быть охарактеризован последовательностью, транскрипцией или гомологией» [16];

– ген – это «локализуемый участок последовательности генома, соответствующий единице наследственности, которая ассоциирована с регуляторными, транскрипционными и другими функциональными участками последовательности» [17].

По этой причине, прежде чем излагать какие-либо сведения о связи генетических полиморфизмов, следует договориться о том, какой концепции гена придерживаются авторы. В современном мире цифровых технологий наиболее близкой функциональной аналогией генома является операционная система – информационная среда, управляющая исполнением кода подпрограмм, интегрированных в эту среду. Такому пониманию взаимодействия генома в целом с его отдельными структурными и регуляторными генами эукариот и исполнительными структурами клетками (регуляторные РНК и органоиды клетки), внедренных в геном, соответствует дефиниция *M. Snyder и соавт.*: «Ген – это подпрограмма в операционной системе генома» [18]. Данная дефиниция, в частности, позволяет хорошо понять (представить) временную последовательность исполнения генетической программы в процессе индивидуального развития организма – исполнение группы одних программ запускает исполнение после-

with mental disorders and / or suicides and victimization in their genomes, then the frequency distribution of these genes in the general population should correspond the Hardy – Weinberg distribution.

The aim of this work is to systematize and analyze information about the role of genetic factors in the realization of suicide.

Gene as a subprogram implemented in time. Significant advances in the study of the structure and functioning of the human and eukaryotic genome have led to the blurring of the concept of a gene, since the structure and three-dimensional organization of eukaryotic genes is significantly different from those of prokaryotes (linear chromosomes, the isolation of expressed chromosome regions into a separate structure (euchromatin) with a close relationship in three-dimensional space from different chromosomes of genes that form a gene network, the presence of introns, processing of the primary transcript, epigenetic regulation of expression) - the classical definition: “A gene is a unit of hereditary information that occupies a certain position in the genome or chromosome and controls the performance of a certain function in organism” - turned out to be not functioning. For this reason, there are currently a number of significantly different definitions of the term "gene". Let's compare with the new definitions:

– a gene is “a segment of DNA that affects a phenotype or function. In the absence of manifested function, a gene can be characterized by sequence, transcription, or homology” [16];

– a gene is “a localized region of the genome sequence corresponding to a unit of heredity, which is associated with regulatory, transcriptional and other functional regions of the sequence” [17].

For this reason, before setting out any information about the relationship of genetic polymorphisms, one should agree on what concept of the gene the authors adhere to. In the modern world of digital technologies, the closest functional analogy of the genome is the operating system – the information environment that controls the execution of the code of subprograms integrated into this environment. This understanding of the interaction of the genome as a whole with its individual structural and regulatory genes of eukaryotes and the executive structures of cells (regulatory RNAs and cell organelles), introduced into the genome, corresponds to the definition of *M. Snyder et al.*: “A gene is a subprogram in the operating room system of the genome” [18]. This definition, in particular, makes it possible

дующей группы программ и т.д. Думаем, что ни у кого не вызовет возражений утверждение, что индивидуальное психическое развитие человека и становление его личности как социального существа также генетически детерминировано. Но также очевидно, что если становление высших психических функций зависит от социальной среды («Вы можете родиться Моцартом, но не стать им», – Татьяна Владимировна Черниговская), они мобильны, то базовые психические функции (инстинкт самосохранения, агрессивность, эмпатия и др.) генетически жёстко детерминированы.

Существуют достаточно убедительные доказательства, что становление человечества как вида произошло в результате слияния (транслокации) двух хромосом ($2p$ и $2q$) у предковой формы с образованием хромосомы 2 человека [19]. С известной долей осторожности можно предполагать, что регуляция высших психических функций осуществляется в том числе генами этой хромосомы, содержащей 3080 генов и представляющей 8% генома человека [20]. Поэтому не удивительно, что наибольшее число сведений об ассоциации психических нарушений и суицидальном поведении связано с находками полиморфизмов в хромосоме 2.

Хромосомные локусы, ассоциированные с суицидальным поведением. Геномное исследование пар брат-сестра в семьях алкоголиков с эпизодами самоубийств позволили установить статистически значимую связь суицидов с хромосомой 2 и в меньшей степени с хромосомами 1 и 3 [21]. При геномном обследовании членов 81 семьи с семейной униполярной депрессией, в которых были зарегистрированы попытки суицидов, были выявлены локусы суицидального риска (ЛСР) высоко-значимой связи с попытками суицида – $2p$, $6q$, $8p$ и Xq . Авторы сделали вывод, что ЛСР не зависят от локусов предрасположенности к расстройствам настроения, и предполагают, что способность ЛСР влиять на развитие суицидального поведения зависит от психического расстройства или подтипа, с которым они взаимодействуют [22]. В результате собственного исследования связи 1060 генотипированных микросателлитных маркеров, дополненного метаанализом пяти аналогичных работ, выявлена слабая связь с суицидами локуса $3p14$ и доказательная связь с суицидальностью локуса $2p12$ [23].

Сложные поведенческие паттерны, как фенотипическое явление, должны регулироваться множеством генов. Действительно, исследование у 18223 европейцев 22 генов на хромосомах 13, 15, 16, 17 и 19 позволило выявить полиморфизмы $rs34399104$, $rs35518298$, $rs34053895$, $rs66828456$, $rs35502061$ и $rs35256367$ у 3413 депрессивных пациентов, связанные с суицидальным поведением [24]. Итогом этого исследования стала разработка прогностической балльной шкалы оценки

to understand (imagine) well the temporal sequence of the execution of a genetic program in the process of individual development of the organism – the execution of a group of some programs launches the execution of the next group of programs, etc. We think that no one will raise objections to the statement that the individual mental development of a person and the formation of his personality as a social being is also genetically determined. But it is also obvious that if the formation of higher mental functions depends on the social environment ("You can be born Mozart, but not become one," – Tatyana Vladimirovna Chernigovskaya), they are mobile, then the basic mental functions (the instinct of self-preservation, aggressiveness, empathy, etc.) are genetically rigidly determined.

There is quite convincing evidence that the formation of mankind as a species occurred as a result of the fusion (translocation) of two chromosomes ($2p$ and $2q$) in the ancestral form with the formation of human chromosome 2 [19]. With a certain degree of caution, it can be assumed that the regulation of higher mental functions is carried out, among other things, by the genes of this chromosome, which contains 3080 genes and represents 8% of the human genome [20]. Therefore, it is not surprising that the largest amount of information on the association of mental disorders and suicidal behavior is associated with the findings of polymorphisms in chromosome 2.

Chromosomal loci associated with suicidal behavior. Genomic studies of brother-sister pairs in families of alcoholics with suicide episodes made it possible to establish a statistically significant association of suicides with chromosome 2 and, to a lesser extent, with chromosomes 1 and 3 [21]. A genomic examination of members of 81 families with familial unipolar depression and suicide attempts recorded, revealed suicide risk loci (SRL) of a highly significant association with suicide attempts – $2p$, $6q$, $8p$, and Xq . The authors concluded that SRL does not depend on loci of susceptibility to mood disorders, and suggest that the ability of SRL to influence the development of suicidal behavior depends on the mental disorder or the subtype with which they interact [22]. As a result of our own study of the relationship of 1060 genotyped microsatellite markers, supplemented by a meta-analysis of five similar works, a weak relationship with suicides at the $3p14$ locus and an evidence-based relationship with the suicidality of the $2p12$ locus were revealed [23].

Complex behavioral patterns, as a pheno-

риска совершения суицида, показавшая хорошую сходимость результатов прогноза и ранее установленного исхода.

Тем не менее, большой интерес представляют работы, в которых исследуется связь какого-либо фенотипического признака, в нашем случае – суицидального поведения – с отдельным геном, или группой генов, после того как стало понятно, что большинство фенотипов формируется не одним, а множеством генов.

Гены YWHAЕ, ассоциированные с суицидальным поведением. Группа генов YWHAЕ (активатор триптофан-5- и тирозин-3-монооксигеназы) кодирует регуляторные изоформные белки β-, γ-, ε-, η-, σ-, τ/θ- и ζ-YWHA, активирующие синтез монооксигеназ (см. выше) [25]. Генная локализация: 17p13.3 [26]. В свободном доступе имеется как минимум две публикации, авторы которых исследовали связь полиморфизмов изоформы ипсилон с суицидальным поведением [27, 28]. Во всех исследованных случаях, ассоциация полиморфизмов rs1532976, rs3752826 и rs9393 с завершёнными суицидами оказалась статистически значимой, а частота их встречаемости во всех выборках в Татарии соответствовала закону Харди-Вайнберга [27]. Этот же ген ассоциирован с наличием у пациентов Китая большой депрессии [29]. Кроме связи с суицидальным поведением, гены этой группы ассоциированы с развитием шизофрении [30, 31].

Ген NTRK2, ассоциированный с суицидальным поведением. Рецепторная тирозинкиназа 2 (NTRK2) является высокоаффинным рецептором нейротрофического фактора головного мозга (BDNF), однонуклеотидные полиморфизмы в гене NTRK2 убедительно ассоциированы с суицидами у депрессивных больных [32]. Суицидальное поведение и положительная реакция на лечение у 389 больных с депрессией из 894 обследованных были связаны с полиморфизмами rs10868223, rs1659412 и rs11140778.

typic phenomenon, must be regulated by many genes. Indeed, the study of 22 genes on chromosomes 13, 15, 16, 17, and 19 in 18223 Europeans revealed the polymorphisms rs34399104, rs35518298, rs34053895, rs66828456, rs35502061 and rs35256367 in 3413 depressed patients associated with suicidal behavior [24]. The result of this study was the development of a prognostic score scale for assessing the risk of committing suicide, which showed a good convergence between the prediction results and the previously established outcome.

Nevertheless, the works that investigate the relationship of any phenotypic trait, in our case, suicidal behavior, with a separate gene, or a group of genes are of greater interest, as it became clear that most phenes are formed not by one, but by many genes.

YWHAЕ genes associated with suicidal behavior. The group of YWHAЕ genes (activator of tryptophan-5- and tyrosine-3-monooxygenase) encodes regulatory isoform proteins β-, γ-, ε-, η-, σ-, τ / θ- and ζ-YWHA, that activate the synthesis of monooxygenases (see. above) [25]. Gene localization: 17p13.3 [26]. There are at least two publications in the public domain, the authors of which investigated the relationship of the upsilon isoform polymorphisms with suicidal behavior [27, 28]. In all studied cases, the association of the rs1532976, rs3752826, and rs9393 polymorphisms with completed suicides was statistically significant, and the frequency of their occurrence in all samples in Tatarstan corresponded to the Hardy – Weinberg law [27]. The same gene is associated with the presence of major depression in Chinese patients [29].

Таблица / Table 1

Генные полиморфизмы, ассоциированные с суицидальным фенотипом, их генная и геномная локализация и психические эффекты
Gene polymorphisms associated with the suicidal phenotype, their gene and genomic localization and mental effects

Полиморфный ген, гаплотип и локализация Polymorphic gene, haplotype and their localization	Белковый продукт Protein product	Эффект полиморфизма The effect of polymorphism	Источник Source
YWHAЕ rs1532976, rs3752826, rs9393 17p13.3	Белки семейства YWHA Family of YWHA proteins	Изменение экспрессии гена YWHAЕ нарушает нейрональную миграцию, гиперактивирует экспрессию генов триптофан- и тирозинмонооксигеназы → нарушение синтеза серотонина, адреналина, дофамина. Сниженное настроение, суицид. Change in YWHAЕ gene expression disrupts neuronal migration, hyperactivates the expression of tryptophan- and tyrosine monooxygenase genes → impairment of the synthesis of serotonin, adrenaline, dopamine. Low Mood, Suicide.	[25, 27, 28, 34, 35]

NTRK2 rs10868223, rs1659412, rs11140778, rs4923468, rs1387926 9q21.33	Рецептор нейротрофического фактора головного мозга. Brain-derived neurotrophic factor receptor	Суициды и положительный эффект лечения у депрессивных больных. Суицид. Suicides and the benefits of treatment in depressed patients. Suicide.	[33]
5-HTTLPR rs25531 17q11.2	Ген белка-носителя Серотонина. Serotonin Carrier Protein Gene	«Облегчение» принятия решения о совершении суицида. Суицидальное поведение. "Facilitating" the decision to commit suicide. Suicidal behavior.	[36, 42, 43]
ADRA2A rs3750625 10q25.2	Ген альфа-2А-адренорецептора. Alpha-2A-adrenergic receptor gene	Суицидальное поведение. Суицид. Suicidal behavior. Suicide.	[37]
ADRA2B rs1018351 2q11.2	Ген альфа-2В-адренорецептора. Alpha-2B-adrenergic receptor gene	Суицидальное поведение. Суицид. Suicidal behavior. Suicide.	[39]
SLC6A3 rs403636 5p15.33	Ген белка-транспортера дофамина. Dopamine transporter protein gene	Суицидальное поведение. Суицид. Suicidal behavior. Suicide.	[39]
HTR _{2A} rs594242, rs6311, rs6313 13q14.2	Рецептор серотонина. Serotonin receptor	Суицидальное и агрессивное поведение. Суицид. Suicidal behavior. Suicide.	[40]
CRHR1 rs110402, rs242924, rs16940665 rs7209436, rs4792887 rs12936511 17q21.31	Ген рецептора кортикотропин-релизинг-фактора. Corticotropin-releasing factor receptor gene	Пиковое увеличение плазменной концентрации интерлейкина IL-1β. Зависимое от пола и возраста суицидальное, агрессивное и аутоагрессивное поведение. Суицид. Peak increase in plasma concentration of interleukin IL-1β Suicidal, aggressive and auto-aggressive behavior dependent on gender and age. Suicide.	[44, 45]
CRHR2 rs2190242, rs228421, rs2014663 7p14.3	Ген рецептора кортикотропин-релизинг-фактора. Corticotropin-releasing factor receptor gene	Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Суицид. Suicidal and autoaggressive behavior. Suicide.	[44]
FKBP5 rs3800373, rs1360780, rs2395635, rs3777747, rs4713902 6p21.31	Ген связывающего белка. Binding protein gene	Экспрессия гена FKBP5 глюкокортикоидами при стрессе усиливает поведенческие признаки тревоги. Тяжелое депрессивное расстройство и ускоренный ответ на лечение антидепрессантами. Депрессия. Суицидальное поведение. Expression of the FKBP5 gene by glucocorticoids under stress enhances behavioral signs of anxiety. Severe depressive disorder and an accelerated response to antidepressant treatment. Depression. Suicidal behavior.	[51]
SKA2 rs7208505 17q22	Ген белка кинетохор-ассоциированного комплекса. Kinetochores-associated complex protein gene	Белок кинетохор-ассоциированного комплекса субъединицы 2 участвует в модуляции внутриклеточных рецепторов глюкокортикоидных гормонов. Суицид. The protein of the kinetochores-associated complex of subunit 2 is involved in the modulation of intracellular receptors of glucocorticoid hormones. Suicide.	[55, 56]

Кроме того, авторы обнаружили межгенное взаимодействие *BDNF-NTRK2* для полиморфизмов *rs4923468* и *rs1387926*. Тем не менее, плазменные концентрации белка BDNF оказались неэффективными предикторами исходов лечения [33].

Гены адренергической медиаторной системы, ассоциированные с суицидальным поведением. Три однонуклеотидных полиморфизма *C-1291G*, *N251K* и *rs3750625C/A* и один инсерционно-делеционный полиморфизм в гене альфа-2А-адренорецептора *ADRA2A* выявлены у 184 самоубийц с завершённым суицидом. Эти полиморфизмы отсутствовали у 221 субъекта, умерших по естественным причинам [37]. Одновременная гиперэкспрессия генов *ADRA2A*, *5-HT_{1A}*, *5-HT_{2A}* серотониновых рецепторов и мю-опиоидных рецепторов была обнаружена посмертно у жертв завершённого суицида.

У лиц, умерших естественной смертью или в результате несчастного случая гиперэкспрессии этих генов не наблюдалось [38]. Это наблюдение доказывает роль сетевого взаимодействия нескольких генов в реализации фенотипа суицидентов.

Суицидальное поведение с завершившимися суицидами также наблюдалось у суицидентов с однонуклеотидными полиморфизмами в геноме генов *ADRA2B* *rs1018351* и белка-транспортера дофамина *SLC6A3* *rs403636* [39].

Гены серотониновой медиаторной системы, ассоциированные с суицидальным поведением. Считается, что психоэмоциональный статус человека, в частности, регулируется серотониновой системой медиации. Дисрегуляция которой является частью патогенеза депрессивного психоза. Поэтому гены серотониновых рецепторов и созависимые гены, модулирующие их активность, являются объектами пристального интереса генетиков, занимающихся проблемой суицида. Например, на материале обследования 203 суицидентов и 363 здоровых добровольцев (на материале выборки из Германии) были выявлены полиморфизмы *rs594242-rs6311 G-C* и *rs6311 C* гена серотонинового рецептора 2А подтипа, ассоциированные с суицидальным и агрессивным поведением. Интересно, что в данном исследовании удалось выявить три полиморфизма *rs643627-rs594242-rs6311: A-C-T*, два *rs594242-rs6311: C-T* и один функциональный *rs6311: T*, по терминологии авторов, защищающие от совершения суицида [40]. В другом исследовании была прослежена связь редактирования аденозина РНК в инозин, рецептора серотонина *HTR_{2C}* и стрессовых жизненных событий с суицидами. Полиморфизмы *rs9983925* и *rs4819035* в гене аденозиндеаминазы *ADARBI* – ферменте, преобразующим в РНК аденозин в инозин, и полиморфизм *rs6318* в гене рецептора *HTR_{2C}* оказались созависимыми факто-

In addition to being associated with suicidal behavior, the genes of this group are associated with the development of schizophrenia [30, 31].

NTRK2 gene associated with suicidal behavior. Receptor tyrosine kinase 2 (*NTRK2*) is a high affinity receptor for brain-derived neurotrophic factor (*BDNF*); single nucleotide polymorphisms in the *NTRK2* gene are convincingly associated with suicide in depressed patients [32]. Suicidal behavior and a positive response to treatment in 389 out of 894 patients with depression were associated with the *rs10868223*, *rs1659412*, and *rs11140778* polymorphisms. In addition, the authors found the intergenic *BDNF-NTRK2* interaction for the *rs4923468* and *rs1387926* polymorphisms. However, plasma concentrations of the *BDNF* protein were found to be ineffective predictors of treatment outcome [33].

Genes of the adrenergic mediator system associated with suicidal behavior. Three single nucleotide polymorphisms *C-1291G*, *N251K*, and *rs3750625C/A* and one insertion-deletion polymorphism in the alpha-2A-adrenoreceptor gene *ADRA2A* were detected in 184 suicides with completed suicide. These polymorphisms were absent in 221 subjects who died of natural causes [37]. Simultaneous overexpression of genes *ADRA2A*, *5-HT_{1A}*, *5-HT_{2A}* serotonin receptors and mu-opioid receptors was found posthumously in victims of completed suicide. In individuals who died of natural death or as a result of an accident, overexpression of these genes was not observed [38]. This observation proves the role of the network interaction of several genes in the realization of the suicide phenotype.

Suicidal behavior with completed suicides was also observed in suicide attempters with single nucleotide polymorphisms in the genome of the *ADRA2B* *rs1018351* genes and the dopamine transporter protein *SLC6A3* *rs403636* [39].

Genes of the serotonin mediator system associated with suicidal behavior. It is believed that the psychoemotional status of a person, in particular, is regulated by the serotonin mediation system. Its dysregulation is part of the pathogenesis of depressive psychosis. Therefore, genes of serotonin receptors and codependent genes that modulate their activity are objects of keen interest of geneticists dealing with the problem of suicide. For example, a study of 203 suicides and 363 healthy volunteers (a sample from Germany) revealed polymorphisms *rs594242-rs6311 G-C* and *rs6311 C* of the serotonin receptor 2A subtype gene associated with suicidal and aggressive behavior. Interestingly, this study

рами совершения суицида, а детские стрессовые переживания увеличивали риск самоубийства у носителей этих полиморфизмов [41].

Какова роль пережитого в детстве стресса в реализации суицида? Некоторые авторы считают, что пережитые стрессовые ситуации формируют субъективную толерантность к боли и бесстрашие перед смертью [42, 43], что в сочетании с набором полиморфизмов генов, в частности, полиморфизма гена белка-носителя серотонина 5-HTTLPR [42, 43], отвечающих за формирование психики и поведения, формирует депрессивный психический статус и при наличии суицидальных мыслей облегчает реализацию суицида.

Гены кортикотропин-рилизинг-рецепторов, ассоциированные с суицидальным поведением. На материале генетического обследования 183 детей, получивших травму в результате суицида в сравнении с 183 детьми, травмированными вне связи с суицидом, было установлено, что полиморфизмы генов кортикотропин-рилизинг-рецепторов *CRHR1* (*rs110402*, *rs242924* и *rs16940665*) и *CRHR2* (*rs2190242*, *rs2284217* и *rs2014663*) могут быть вовлечены в суицидальное поведение и самоповреждение, совершённое с целью суицида [44]. Полиморфизм *CRHR1 rs110402* вызывает пиковое увеличение у суицидентов плазменных концентраций интерлейкина *IL-1 β* , что увеличивает риск совершения суицида на 15% [45]. Интересно, что однонуклеотидные полиморфизмы гена *CRHR1* имеют возрастную и гендерную специфичность при реализации суицидального поведения. Так полиморфизм *rs7209436* оказался статистически значимо связан с попытками совершения суицида женщинами и попытками физического нападения или суицида в детском/подростковом возрасте, полиморфизм *CRHR1 rs16940665* – у взрослых мужчин, а *rs4792887* – у мужчин с депрессией [46]. По-видимому, ген *CRHR1* является очень вариабельным, так у мужчин, но не у женщин, выявлен ещё один полиморфизм этого гена – *rs12936511* – сильно связанный с депрессией и попытками суицида [47]. В другом исследовании была установлена связь полиморфизма *rs110402* гена *CRHR1* с повышенным риском сезонной частоты суицидов и раннего возраста начала первого депрессивного эпизода. Тогда как носители полиморфизма *rs2270007* гена *CRHR2* имели устойчивость к лечению депрессии циталопрамом [48].

Тем не менее, существуют исследования, в которых отрицается связь полиморфизмов генов с суицидами, например, на материале анализа полиморфизмов *HTR1A rs6295* и *HTR2A rs7997012*, *rs6313*, *rs643627*, *rs17288723* 374-х пациентов с тяжёлой депрессией после 4-х недельного лечения [49]. Аналогичный результат для полиморфизмов *HTR2A* гена получен и при метаанализе всех работ типа случай контроль, опублико-

identified three polymorphisms *rs643627* – *rs594242* – *rs6311*: A – C – T, two *rs594242* – *rs6311*: C – T and one functional *rs6311*: T, according to the authors' terminology, protecting against suicide [40]. Another study traced the link between adenosine RNA changing to inosine, the serotonin receptor *HTR2C*, and stressful life events with suicide. The *rs9983925* and *rs4819035* polymorphisms in the *ADARBI* adenosine deaminase gene, an enzyme that converts adenosine into inosine in RNA, and the *rs6318* polymorphism in the *HTR2C* receptor gene turned out to be codependent factors of suicide, and childhood stressful experiences increased the risk of these polymorphisms [41].

What is the role of childhood stress in the realization of suicide? Some authors believe that experienced stressful situations form subjective tolerance to pain and fearlessness of death [42, 43], which in combination with a set of gene polymorphisms, in particular, polymorphism of the serotonin carrier protein 5-HTTLPR gene [42, 43] being responsible for the formation of the psyche and behavior, forms a depressive mental status and, in the presence of suicidal thoughts, facilitates the implementation of suicide.

Corticotropin-releasing receptor genes associated with suicidal behavior. Based on the material of a genetic examination of 183 children injured as a result of suicide in comparison with 183 children injured outside of connection with suicide, it was found that polymorphisms of the genes of corticotropin-releasing receptors *CRHR1* (*rs110402*, *rs242924* and *rs16940665*) and *CRHR2* (*rs2284217* and *rs2014663*) may be involved in suicidal behavior and self-harm committed with the intent of suicide [44]. The *CRHR1 rs110402* polymorphism causes a peak increase in plasma concentrations of interleukin *IL-1 β* in suicides, which increases the risk of suicide by 15% [45]. Interestingly, single nucleotide polymorphisms of the *CRHR1* gene have age and gender specificity in the implementation of suicidal behavior. Thus, the *rs7209436* polymorphism was statistically significantly associated with attempts to commit suicide in women and attempts at physical attack or suicide during childhood/adolescence, the *CRHR1* polymorphism *rs16940665* in adult men, and *rs4792887* in men with depression [46]. Apparently, the *CRHR1* gene is very variable, so in men, but not in women, another polymorphism of this gene, *rs12936511*, was revealed, which is strongly associated with depression and suicide attempts [47]. Another study found an association of the *rs110402* polymorphism of

ванных на английском языке до 2013 г. [50].

Гены, регулирующие концентрации кортизола, ассоциированные с суицидальным поведением. К таким генам относятся гены *FKBP5* и *SKA2*. *FKBP5* – белок-шаперон, ингибирующий связывание кортизола и транслокацию глюкокортикоидных рецепторов в ядро. Известно, что незавершившийся стресс может сопровождаться депрессией и приводить к суициду. Молекулярные причины этого явления становятся ясны только сейчас. Стойкое увеличение плазменных концентраций глюкокортикоидов, наблюдаемое при стрессе, активирует *NMDA*-рецепторы. Возбуждение *NMDA*-рецепторов индуцирует экспрессию гена *FKBP5* и усиливает поведенческие признаки тревоги [51]. С завершёнными суицидами ассоциированы гаплотипы *rs3800373*, *rs1360780* и *rs2395635* гена *FKBP5* [52].

Полиморфизм *rs1360780* гена *FKBP5* был обнаружен у 219 жертв суицида японцев в отличие от контрольной группы, у которой этот полиморфизм не выявлен [52]. Этот же полиморфизм *rs1360780 T* минорного аллеля гена *FKBP5* был обнаружен у 146 мексиканцев, совершивших суицид, что подтверждает его ассоциацию с суицидальным поведением. Тогда как минорный аллель *rs3800373 C* того же гена оказался фактором защиты от суицида [53]. Выявлено ещё два полиморфизма этого гена *rs3777747* и *rs4713902*, ассоциирующихся с суицидами у людей, имевших детскую стрессовую травму [54].

Экспрессия гена белка кинетохор - ассоциированного комплекса субъединицы 2 (*SKA2*) оказывается значительно снижена в префронтальной коре жертв самоубийств по сравнению с нормальными контрольными испытуемыми и не суицидальными пациентами. Дефицит этого белка может приводить к чрезмерному выделению кортизола. Поэтому ряд авторов считают, что *SKA2* может быть потенциальным маркером самоубийства [55, 56]. Метилирование гена *SKA2* с однонуклеотидным полиморфизмом *rs7208505* в цитозингуаниновом локусе *cg13989295* предсказывало более высокие показатели текущих суицидальных мыслей и поведения [57, 58].

Гены reward системы, ассоциированные с суицидальным поведением. Суицид можно рассматривать как крайнюю форму наказания за предшествующее поведение, приведшее к суициду. Поэтому определённый интерес должна представлять тема связи суицидов с функционированием *reward* системы – системы вознаграждения наказания мозга. Орфанин *FQ* и опиоидный пептид похожий на ноцицептин (орфанин) участвуют в эмоциональной регуляции. Количественное определение экспрессии этих медиаторов методом ПЦР в переднем островке, медиодорсальном таламусе и дорсальной передней поясной коре 34-х человек обоого

the *CRHR1* gene with an increased risk of seasonal suicide frequency and an early age at the onset of the first depressive episode. Whereas carriers of the *rs2270007* polymorphism of the *CRHR2* gene had resistance to treatment of depression with citalopram [48].

Nevertheless, there are studies that deny the association of gene polymorphisms with suicides, for example, based on the analysis of polymorphisms *HTR1A rs6295* and *HTR2A rs7997012*, *rs6313*, *rs643627*, *rs17288723* in 374 patients with severe depression after 4 weeks of treatment [49]. A similar result for *HTR2A* gene polymorphisms was obtained in the meta-analysis of all case control studies published in English before 2013 [50].

Genes that regulate cortisol concentrations associated with suicidal behavior. These genes include the *FKBP5* and *SKA2* genes. *FKBP5* is a chaperone protein that inhibits the binding of cortisol and the translocation of glucocorticoid receptors into the nucleus. It is known that uncompleted stress can be accompanied by depression and lead to suicide. The molecular reasons for this phenomenon are becoming clear only now. The persistent increase in plasma glucocorticoids concentrations observed during stress activates *NMDA* receptors. Excitation of *NMDA* receptors induces expression of the *FKBP5* gene and enhances behavioral signs of anxiety [51]. The haplotypes *rs3800373*, *rs1360780*, and *rs2395635* of the *FKBP5* gene are associated with completed suicides [52].

The *rs1360780* polymorphism of the *FKBP5* gene was found in 219 Japanese suicide victims, in contrast to the control group, in which this polymorphism was not detected [52]. The same polymorphism *rs1360780* of the *T* minor allele of the *FKBP5* gene was found in 146 Mexicans who committed suicide, which confirms its association with suicidal behavior. Whereas the minor allele *rs3800373 C* of the same gene turned out to be a protective factor against suicide [53]. Two more polymorphisms of this gene, *rs3777747* and *rs4713902*, were identified, which are associated with suicide in people with childhood stress trauma [54].

Gene expression of the kinetochore-associated complex subunit 2 (*SKA2*) protein gene is significantly reduced in the prefrontal cortex of suicide victims compared to normal control subjects and non-suicidal patients. Deficiency of this protein can lead to excessive cortisol secretion. Therefore, a number of authors believe that *SKA2* may be a potential marker of suicide [55, 56]. Methylation of the *SKA2* gene with single nucleotide polymorphism *rs7208505* at the cytosine-guanine lo-

пола контрольной группы и 60 суицидентов с завершённым суицидом обоого пола выявили снижение экспрессии обоих регуляторов на 18%. Связи уменьшения экспрессии орфанина *FQ* и опиоидного пептида похожего на ноцицептин с депрессивными расстройствами или употреблением психоактивных веществ в момент смерти не обнаружено [59]. Концентрация в спинномозговой жидкости другого медиатора *reward* системы орексина также оказалась сниженной у 66 пациентов с незавершённым суицидом [60]. Если орфанины, опиоидный пептид похожий на ноцицептин и орексин являются медиаторами вознаграждения *reward* системы, то динарфин – медиатор наказания. И если концентрации первых трёх пептидов у суицидентов уменьшается, то экспрессия мРНК продинорфина в головном мозге самоубийц с завершённым суицидом оказывается увеличенной [61].

Думается, что определённый интерес в данном контексте представляют сведения об увеличении в 9 раз плотности мю-опиоидных рецепторов в лобных и височных извилинах [62]. Позже это исследование было подтверждено обнаружение увеличения на 36-39% плотности мю-опиоидных рецепторов во фронтальной коре и хвостатом ядре у 15 жертв самоубийств по сравнению с 15 умершими по естественным причинам [63].

Достижения в области исследования генетических причин суицидов в связи с последним открытием постмортальных изменений экспрессии генов в головном мозге впечатляют. Тем не менее, не всё так просто, как кажется. В текущем году опубликована работа, из которой следует, что смерть не прекращает работу генетического аппарата. В головном мозге, по крайней мере, в первые 24 часа после смерти наблюдается выраженная экспрессия генов в нейроглии [64]. Эта работа была выполнена как проверка на человека ранее выявленной посмертной экспрессии генов в головном мозге в эксперименте на животных [65]. Сами обстоятельства совершения суицида могут наложить на эти, по видимому, закономерные изменения посмертной экспрессии генов какие-либо особенности. Поэтому, какие-то полиморфизмы, приведшие к постмортальной экспрессии генов, не экспрессирующихся при смерти от естественных причин, могут быть расценены, как ассоциированные с суицидальным фенотипом. Соответственно, более объективными свидетельствами связи генных полиморфизмов и изменения экспрессии генов с суицидальным фенотипом кажутся исследования на выживших суицидентах, или те работы, в которых генные полиморфизмы выявлены в целевой группе до совершения суицида. По этой причине теперь возникают некоторые вопросы к методологии исследований связи полиморфизмов генов и их экспрессии, выполненные на посмертном материале. И, например,

cg13989295 predicted higher rates of current suicidal thoughts and behavior [57, 58].

Reward systems genes associated with suicidal behavior. Suicide can be viewed as an extreme form of punishment for previous behavior that led to suicide. Therefore, the topic of the connection between suicides and the functioning of the reward system – the brain reward and punishment system – should be of some interest. Orphanin FQ and an opioid peptide similar to nociceptin (orphanin) are involved in emotional regulation. Quantitative determination of the expression of these mediators by PCR in the anterior islet, mediodorsal thalamus and dorsal anterior cingulate cortex of 34 people of both sexes in the control group and 60 suicides with completed suicide of both sexes revealed a decrease in the expression of both regulators by 18%. The relationship between a decrease in the expression of orphanin FQ and an opioid peptide similar to nociceptin with depressive disorders or the use of psychoactive substances at the time of death has not been found [59]. The concentration in the cerebrospinal fluid of the other mediator of the reward system, orexin, was also reduced in 66 patients with incomplete suicide [60]. While orphanins, an opioid peptide similar to nociceptin, and orexin are mediators of the reward system, dynorphin is a mediator of punishment. And if the concentration of the first three peptides in suicides decreases, then the expression of prodynorphin mRNA in the brain of suicides with completed suicide turns out to be increased [61].

It is believed that in this context the information about a 9-fold increase in the density of mu-opioid receptors in the frontal and temporal gyri [62] is of certain interest. Later, this study was confirmed by the detection of a 36-39% increase in the density of mu-opioid receptors in the frontal cortex and caudate nucleus in 15 suicide victims compared with 15 deaths from natural causes [63].

Advances in the study of the genetic causes of suicide in connection with the recent discovery of postmortem changes in gene expression in the brain are impressive. However, not everything is as simple as it seems. There was a work published this year that states that death does not stop the work of the genetic apparatus. In the brain, at least during the first 24 hours after death, pronounced gene expression is observed in the neuroglia [64]. This work was performed as a human test of previously identified postmortem gene expression in the brain in an animal experiment [65]. The very circumstances of committing suicide can impose some peculiarities on these appar-

рекомендации по сбору посмертного материала, данные в обзоре [66] всего восемь лет назад, уже требуют коррекции. Тем более что экспрессия генов могла быть изменена прижизненно, равно как и полиморфизмы генов могут происходить направленно в результате соматических мутаций, вызванных постоянным приёмом лекарственных средств, например, антидепрессантов, или наркотиков у наркозависимых. Более того, головной мозг, потребляющий до 20% всего поступающего в организм кислорода (3-3,5 л на 100 г ткани), молекулярная форма которого расценивается как мутагенный газ [67], по этой причине должен испытывать значительную прижизненную мутационную нагрузку. Употребление наркотиков, либо алкоголя, либо программный приём психотропных лекарственных средств, как правило, упоминаемые в большинстве как оригинальных исследований, так и обзоров литературы, является дополнительным мутагенным фактором, вызывающим направленные мутации в силу своего химического строения. Кроме того, результат исследования связи генетических полиморфизмов и/или изменения экспрессии генов с суицидальным фенотипом может зависеть от зоны головного мозга, в которой был взят материал, поскольку в разных областях головного мозга могут наблюдаться разные полиморфизмы и посттрансляционные регуляторные эффекты [66]. Поэтому отрицательный результат ассоциации каких-либо генов с фенотипом, может быть, как истинным, так и ошибочным выводом. По-видимому, для исключения таких артефактов все-таки необходимо исследовать, как минимум, семейный анамнез, а как максимум, в современных условиях осуществлять генетическое обследование членов семьи. Кроме того, если полиморфизм, ассоциируемый с суицидальным фенотипом, обнаружен и в головном мозге и экстракционно, можно с большей уверенностью принять гипотезу, что это унаследованная, а не соматически приобретённая мутация. Общегеномные ассоциативные исследования суицидального фенотипа в основном дали неубедительные или противоречивые результаты [68], видимо, как раз потому, что авторами этих исследований не были учтены обсуждённые выше факторы, несомненно, влияющие на результат геномного исследования ассоциаций.

Другой проблемой исследований связи суицидов с генными полиморфизмами является статистический анализ данных. Например, авторы одного из больших метаанализов, изучив работы о связи генных полиморфизмов с суицидальным фенотипом, опубликованные в PubMed, SCOPUS и ISI Web of Science за период десять лет делают вывод, что исследователи рассматривают, в том числе, применявшиеся методы статистического анализа данных как при поиске однонуклеотидных полиморфизмов, так и при общегеномных ассоциативных

ently regular changes in posthumous gene expression. Therefore, some polymorphisms leading to the postmortal expression of genes that are not expressed during death from natural causes can be regarded as associated with a suicidal phenotype. Accordingly, studies on surviving suicides, or those studies in which gene polymorphisms were detected in the target group before committing suicide, seem to be more objective evidence of the relationship of gene polymorphisms and changes in gene expression with the suicidal phenotype. For this reason, some questions now arise about the methodology of studies of the relationship between gene polymorphisms and their expression, carried out on posthumous material. And, for example, the recommendations for the collection of posthumous material, given in the review [66] just eight or seven years ago, already require correction. Moreover, gene expression could be changed during life, just as gene polymorphisms can occur in a targeted manner as a result of somatic mutations caused by the constant use of drugs, for example, antidepressants, or drugs in drug addicts. Moreover, the brain consuming up to 20% of all oxygen entering the body (3-3.5 liters per 100 g of tissue), the molecular form of which is regarded as a mutagenic gas [67], for this reason should experience significant mutational load. The use of drugs, or alcohol, or the programmed intake of psychotropic drugs, as a rule, mentioned in most of both original studies and literature reviews, is an additional mutagenic factor that causes directional mutations due to its chemical structure. In addition, the result of studying the relationship of genetic polymorphisms and / or changes in gene expression with a suicidal phenotype may depend on the area of the brain in which the material was taken, since different polymorphisms and post-translational regulatory effects can be observed in different regions of the brain [66]. Therefore, a negative result of the association of any genes with a phenotype may be both true and erroneous conclusion. Apparently, in order to exclude such artifacts, it is still necessary to investigate, at least, the family history, and at most, in modern conditions, to carry out a genetic examination of family members. In addition, if the polymorphism associated with the suicidal phenotype is found both in the brain and extraneuronally, the hypothesis that this is an inherited rather than a somatically acquired mutation can be more confidently accepted. Genome-wide associative studies of the suicidal phenotype generally yielded inconclusive or contradictory results [68], apparently, precisely because the authors of these studies did

исследованиях. При этом авторы обошли умалчиванием явный результат своей работы – прицельное исследование ассоциаций однонуклеотидных полиморфизмов, как в оригинальных исследованиях, так и в проведённом авторами метаанализе, как правило, заканчивается обнаружением связи полиморфизма гена или группы генов с суицидами. Тогда как общегеномные ассоциативные исследования, как правило, заканчивались отрицательным результатом [69]. Но если при исследовании однонуклеотидных полиморфизмов применяется, как правило, тест ANOVA, то при общегеномных ассоциативных исследованиях – регрессионный анализ. Различие использования методов статистического анализа в данном случае обусловлено характером статистического материала. В первом случае выявляются статистически значимые частоты встречаемости полиморфизмов, отличающиеся от общепопуляционных или групп контроля. Во втором – исключаются обычно встречающиеся (дикие) аллели. Таким образом, существует зависимость результата исследования геномных ассоциаций от дизайна и методологии исследования и последующего варианта статистического анализа.

Суицид-теории

Социологическая (Э. Дюркгейм) – суицид: аномический, фаталистический, эгоистический, альтруистический

Психологические

Психологическая (З. Фрейд) – суицида как борьба Этоса и Танатоса.

Самонаказания (К.Г. Юнг)

Чувство личной неполноценности (К. Хорни)

Теория психической болезни

Эссенциалистические

Биохимическая

Генетическая

Диатез-стресс теория

Другие теории

Суицид (Э. Берн) – результат формирования и развития жизненного сценария

Теория личностных конструктов (G. Kelly) – фатализм, либо личностная тревога

Теория экзистенциального вакуума (В. Франкл, И.Д. Ядом)

Теория рефлекса цели (бихевиоризм)

Анатомо-антропологическая теория (Ч. Ломброзо)

Рис. 1. Концептуальные теории суицидального поведения (по Руженков В.А. и др., 2012 [71], Хритинин Д.Ф. и др., 2015 [72], Ludwig В. и др., 2017 [73]).

Обнаружение связи суицидального поведения с какими-либо генами неизбежно ставит вопрос о генетической предопределённости суицидов – поскольку есть эссенциалистский (сущностный) субстрат (генная сеть). Он обязательно должен реализовать соответст-

not take into account the factors discussed above, which undoubtedly influencing the result of the genomic study of associations.

Another problem in studies of the association of suicides with gene polymorphisms is statistical data analysis. For example, the authors of one of the large meta-analyses, having studied the works on the relationship of gene polymorphisms with the suicidal phenotype, published in PubMed, SCOPUS and ISI Web of Science for a period of ten years, conclude that the researchers are considering, including the applied methods of statistical data analysis both in the search for single nucleotide polymorphisms and in general genome associative studies. At the same time, the authors bypassed the obvious result of their work – a targeted study of the associations of single nucleotide polymorphisms, both in the original studies and in the meta-analysis carried out by the authors, as a rule, ends with the discovery of a connection between gene polymorphism or a group of genes with suicides. Whereas genome-wide associative studies, as a rule, ended in negative results [69]. But if in the study of single nucleotide polymorphisms the ANOVA test is used as a rule, in general genome associative studies, regression analysis is used. The difference in the use of methods of statistical analysis in this case is due to the nature of the statistical material. In the first case, statistically significant frequencies of occurrence of polymorphisms are revealed, which differ from the general population or control groups. In the second, the commonly occurring (wild) alleles are excluded. Thus, there is a dependence of the result of the study of genomic associations on the design and methodology of the study and the subsequent version of statistical analysis.

Suicide theories

Sociological (E. Durkheim) – suicide: anomical, fatalistic, egoistic, altruistic

Psychological

Psychological (Z. Freud) – suicide as a struggle between Ethos and Thanatos.

Self-punishment (C.G. Jung)

Feelings of personal inferiority (K. Horney)

Mental illness theory

Essentialist

Biochemical

Genetic

Diathesis stress theory

Other theories

Suicide (E. Bern) – the result of the formation and development of a life scenario

The theory of personality constructs (G. Kelly) –

вующий фенотип. Но тогда возникает вопрос о биологической целесообразности возникновения и существования такой генной сети. Ответ на этот вопрос, вероятно, один – такая генная сеть есть следствие накопления индифферентных полиморфизмов, которые сами по себе являются биологически нейтральными. То есть, несмотря на то, что наличие генной сети из мутантных генов, формирующей суицидентное поведение и вынуждающей человека совершить суицид, укорачивает продолжительность жизни, суицид совершается, как правило, в зрелом возрасте. Это позволяет оставить потомство, поддерживающее постоянство популяционной частоты генов, экспрессия которых приводит индивидуума к суициду.

Наследуемое совершение суицидов в одной семейной линии очевидно вызвано накоплением соответствующих генов в семейной линии и поэтому является примером плейотропного взаимодействия и/или эпистаза. Это позволяет сделать предположение, что суицид является исходом мультифакториального заболевания, базовые причины которого в настоящее время могут быть заблаговременно диагностированы. Соответственно, появляется возможность превентивного лечения, целью которого является нормокопирование фенотипа. Если суициды отнести к самостоятельной мультифакториальной патологии – с этого явления спадает пелена загадочности и неопределённости. Уже нет причин ломать копья – является ли суицид психической патологией, или волевым решением, направленным на достижение каких-то целей. Теперь это самостоятельная патология, и как любая другая патология, суицид может иметь различные формы и базовые основы патогенеза.

В противоположность нашему предположению можем предложить некую попытку графического представления теорий, объясняющих суицидальное поведение, составленную на материале двух публикаций, опубликованных с интервалом в пять лет об одном и том же – концепциях суицидального поведения.

Поиск причин суицидальной активности чаще всего связан с приверженностью автора к той или иной теории суицидогенеза. Рассматривая любой подход к объяснению причин данного явления, мы наблюдаем вполне логичное и обоснованное объяснение той или иной причинно-связанной теории совершения суицида. И в этом есть определённая научная целесообразность. Изучая волнующую весь Мир проблему, авторы в своих исследованиях пытаются решить или приблизиться к решению одного единственного вопроса «что является истинной причиной», не триггером, не предрасполагающим фактором, а именно той причиной, который объяснила бы все половозрастные и этнические различия в совершении самоубийств.

fatalism, or personal anxiety

The theory of existential vacuum (V. Frankl, I. D. Yadom)

Goal reflex theory (behaviorism)

Anatomical and anthropological theory (C. Lombroso)

Fig. 1. Conceptual theories of suicidal behavior (according to VA Ruzhenkov et al., 2012 [71], DF Khritinin et al., 2015 [72], B. Ludwig et al., 2017 [73]).

The discovery of a connection between suicidal behavior with any genes inevitably raises the question of the genetic predetermination of suicides – since there is an essentialist (substantial) substrate (gene network). It must necessarily realize the corresponding phenotype. But then this raises the question of biological expediency of the emergence and existence of such a gene network. There is probably only one answer to this question – such a gene network is a consequence of the accumulation of indifferent polymorphisms, which in themselves are biologically neutral. That is, despite the fact that the presence of a gene network of mutant genes that forms suicidal behavior and forces a person to commit suicide shortens life expectancy, suicide usually occurs in adulthood. This makes it possible to leave offspring that maintains the constancy of the population frequency of genes, the expression of which leads an individual to suicide.

Inherited suicide in one family line is obviously caused by the accumulation of the corresponding genes in the family line and therefore is an example of pleiotropic interaction and/or epistasis. This allows us to assume that suicide is an outcome of a multi-factorial disease, the underlying causes of which can now be diagnosed in advance. Accordingly, there is a possibility of preventive treatment, the purpose of which is normocopying of the phenotype. If suicides are attributed to an independent multi-factorial pathology, the veil of mystery and uncertainty falls out from this phenomenon. There is no longer any reason to guess – if suicide is a mental pathology or a strong-willed decision aimed at achieving some goals. Now it is an independent pathology, and like any other pathology, suicide can have various forms and general bases of pathogenesis.

In contrast to our assumption, we can offer a certain attempt at a graphical presentation of theories explaining suicidal behavior, compiled on the material of two articles published with an interval of five years about the same thing – the concepts of suicidal behavior.

The search for the causes of suicidal activity is most often associated with the author's adherence to a particular theory of suicidoge-

Усилия специалистов на протяжении минимум столетия вылились в ряд теорий, объясняющих природу суицида. Не останавливаясь на сущности этих теорий, поскольку их разбор, тщательно совершённый авторами [71, 72, 73], не является целью нашей публикации, обращаем внимание на их множество, эклектичность и неперекрываемость. Каждая эпоха порождает свои теории суицидального поведения. С одной стороны, это является свидетельством актуальности теории, объясняющей причины суицида, с другой стороны, обилие теорий, как правило, говорит об отсутствии среди них правильной или рабочей.

Отсутствие единства понимания причин формирования суицидального фенотипа является причиной генерации новых идей, призванных устранить противоречия теорий. Например, предложена концепция трёхуровневой детерминации суицидального поведения. «На первом уровне имеет значение носительство неблагоприятного сочетания генов, предрасполагающего к определённым качествам (агрессия, депрессия, импульсивность, нейротизм, стресс - уязвимость). На втором уровне решающую роль играет характер ранних этапов развития, неблагоприятное протекание которых сопровождаются установлением стресс-зависимых эпигенетических меток в геноме и формированием «уязвимого фенотипа». На третьем, возможно, срабатывает поведенческая связь, приводящая индивидуум с повышенной стресс-реактивностью в повторяющиеся жизненные ситуации стресса (активная ковариация генов и среды), вследствие чего устанавливается стереотип реагирования и «приобретается» способность преодолевать страх боли и вероятной смерти» [74].

Проводя поиск генов-кандидатов, причастных к формированию суицидального поведения, бывает просто невозможно вычлениить генетические полиморфизмы, характерные для людей, совершивших самоубийство, но не испытывающих в течение своей жизни психо-неврологических отклонений, оформленных в диагноз или ограничившихся консультациями частного психолога. В тоже время следует отметить, что основой семейного характера многих заболеваний является одна из форм избирательности браков или положительная ассортативность [75].

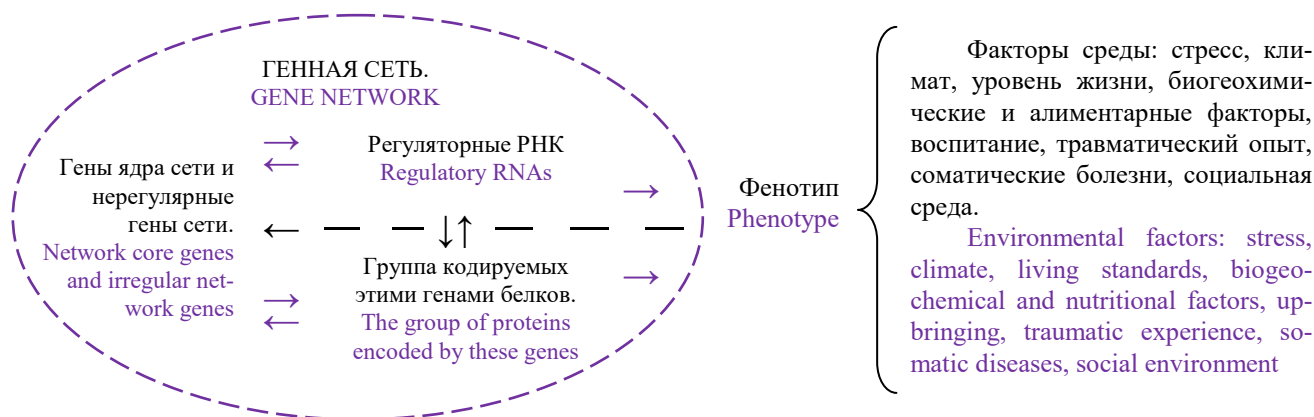
Отмеченные нами выше противоречия методологических подходов к эссенциалистскому изучению причин суицидов не прошли незамеченными и другими авторами. Так коллектив авторов [76], исследовав в обзоре литературы современные достижения молекулярной генетики, проводит сопоставление генетических маркеров и особенностей однонуклеотидных полиморфизмов как в группе пациентов с одним заболеванием, так и между группами с различными психическими заболеваниями.

Considering any approach to explaining the causes of this phenomenon, we observe a completely logical and reasonable explanation of a particular causal theory of suicide. And there is a certain scientific expediency in this. Studying the problem that worries the whole world, the authors in their studies try to solve or come closer to solving one single question "what is the true cause", not a trigger, not a pre-disposing factor, but precisely the reason that would explain all gender, age and ethnic differences in committing suicide.

The efforts of specialists for at least a century have resulted in a number of theories explaining the nature of suicide. Without dwelling on the essence of these theories, since their analysis carefully conducted by the authors [71, 72, 73], is not the purpose of our publication, we draw attention to their multitude, eclecticism and non-overlap. Each era has generated its own theories of suicidal behavior. On the one hand, this is evidence of the relevance of the theory explaining the causes of suicide, on the other hand, the abundance of theories, as a rule, indicates the absence of a correct or working one among them.

The lack of unity in understanding the reasons for the formation of the suicidal phenotype is the reason for the generation of new ideas designed to eliminate the contradictions of theories. For example, the concept of a three-level determination of suicidal behavior is proposed. "At the first level, the carriage of an unfavorable combination of genes that predispose an individual to certain qualities (aggression, depression, impulsivity, neuroticism, stress-vulnerability) is important. At the second level, the decisive role is played by the nature of the early stages of development, the unfavorable course of which is accompanied by the establishment of stress-dependent epigenetic marks in the genome and the formation of a "vulnerable phenotype". On the third, a behavioral connection may be triggered, leading an individual with increased stress reactivity into repetitive life situations of stress (active covariance of genes and environment), as a result of which a stereotype of response is established and the ability to overcome fear of pain and probable death is "acquired" [74].

When searching for candidate genes involved in the formation of suicidal behavior, it is simply impossible to isolate genetic polymorphisms that are characteristic of people who have committed suicide, but do not experience psycho-neurological abnormalities during their life, formalized in a diagnosis or limited to consultations private psychologist. At the same time, it should be noted that the basis of the family character of many diseases is one of the forms of marriage selectivity or positive assortability [75].



Это позволило авторам предложить план исследований по поиску маркеров суицида с перспективой предсказывать суицидальное поведение.

Исходя из анализа приведённых данных литературы, допустимо сделать вывод, что, по-видимому, предопределённость суицида обусловлена работой генной сети, а не одного отдельно взятого гена. Представление: ген → белок → фенотип, – справедливо только для моногенных заболеваний. Плейотропное формирование фенотипического признака в результате работы генной сети можно представить следующей схемой.

Двойными стрелками на схеме показаны прямые и обратные – как отрицательные, так и положительные – регуляторные пути. Пунктирной стрелкой показано, что поведенческий фенотип в процессе своего становления может оказывать положительную обратную связь с геномом, что ускоряет формирование соответствующего фенотипа. При сборе анамнеза жизни суицидентов без явных расстройств психики часто можно составить ретроспективное впечатление, что человек сознательно строил свою жизнь таким образом, чтобы завершить её суицидом.

Поэтому другим аспектом этой проблемы является известный факт, что совокупный генетический эффект множественных однонуклеотидных полиморфизмов, скорее всего, будет иметь более высокую наследуемость, чем любой из индивидуальных однонуклеотидных полиморфизмов [70]. То есть, если суицид действительно является полигенной патологией, то необходимо выявление ядра генной сети, гена – регулятора генной сети и модифицирующих генов, не являющихся постоянными элементами сети. С другой стороны, имеется явная сосредоточенность исследователей на поиске генов, экспрессия которых реализуется в суицидальный фенотип. При этом забывается, что обязательными элементами генной сети являются регуляторные РНК и белки, реализующие фенотип. Поэтому геномные исследования должны быть дополняемы протеомным анализом, то есть, по-

The contradictions of methodological approaches to the essentialist study of the causes of suicide noted by us above did not pass unnoticed by other authors. Thus, a team of authors [76], having studied the modern achievements of molecular genetics in a literature review, compares genetic markers and features of single nucleotide polymorphisms both in a group of patients with one disease and between groups with various mental illnesses. This allowed the authors to propose a research plan for the search for markers of suicide with the prospect of predicting suicidal behavior.

Based on the analysis of the literature data presented, it is permissible to conclude that, apparently, the predetermination of suicide is the result of the work of the gene network, not one particular gene taken. The concept: gene → protein → phenotype, is valid only for monogenic diseases. The pleiotropic formation of a phenotypic trait as a result of the work of the gene network can be represented by the following scheme.

Double arrows in the diagram show forward and backward – both negative and positive – regulatory pathways. The dotted arrow shows that the behavioral phenotype in the process of its formation can provide a positive feedback with the genome, which accelerates the formation of the corresponding phenotype. When collecting a life history of suicides without obvious mental disorders, it is often possible to make a retrospective impression that a person deliberately built their life in such a way as to end it with suicide.

Therefore, another aspect of this problem is the known fact that the cumulative genetic effect of multiple single nucleotide polymorphisms is likely to have a higher heritability than any of the individual single nucleotide polymorphisms [70]. That is, if suicide is indeed a polygenic pathology, then it is necessary to identify the nucleus of the gene network, the gene that regulates the gene network, and modifying genes that are not permanent elements of the network. On the other hand, there is a clear focus of researchers on the search for genes, the

иском у суицидентов групп аномальных белков, транслированных с полиморфных генов, ассоциируемых с суицидальным фенотипом, а в идеале и регуляторных РНК-транскриптов и их генов. То есть, в установлении причинно-следственных связей полиморфного гена и фенотипа пропускается исследование промежуточной цепочки, непосредственно реализующей фенотип.

Что отличает моногенное формирование фенотипа от полигенного (плейотропного)? Вероятность и «лёгкость» так называемого сдвига гена. При моногенном типе достаточно устранить субстрат, вызывающий развитие нежелательного фенотипа. При плейотропном взаимодействии генов сети – субстратов много. Любое изменение вызовет реакцию всей сети, направленную на обязательную реализацию генерируемого сетью фенотипа. Видимо по этой причине полигенные заболевания в целом резистентны к терапии. Но это не означает предопределённость развития нежелательного фенотипа, поскольку существует возможность выключения главного гена регулятора генной сети, либо блокада синтеза ключевых белков. Кроме того, известны способы ранней профилактики полигенных заболеваний с помощью диетотерапии. В данном случае диета очевидно не должна содержать группы алиментарных факторов, необходимых как субстраты для реализации патологического фенотипа генной сетью, либо должна содержать факторы, активирующие «защитные» гены. Также очевидно, что геномика суицидального поведения находится в самом начале своего становления – на стадии накопления фактов. Поэтому нам ещё предстоит поиск отличающихся от диких генов гены ядра этой сети, содержащие полиморфизмы, формирующие суицидальный фенотип или обнаружение нескольких сетей, ответственных за его формирование. Такой подход к суицидальному фенотипу позволяет предложить поиск путей нормокопирования данного фенотипа. То есть, выработать стратегию, основанную на раннем выявлении генных маркеров суицидального фенотипа с последующим пожизненным блокированием реализации этого фенотипа, что позволит прожить этим людям нормальную продолжительность жизни.

Проведённый анализ данных литературы предопределяет принципиальную позицию авторов данного обзора, мы предлагаем – выделить суицидальный фенотип в самостоятельную группу состояний, рассматриваемую как мультифакториальное заболевание, финальным итогом которого является совершение суицида или его попытка, требующее кодификации и нуждающееся в разработке классификации вариантов этиологии и патогенеза.

expression of which is realized in the suicidal phenotype. At the same time, it is forgotten that the obligatory elements of the gene network are regulatory RNAs and proteins that realize the phenotype. Therefore, genomic studies should be supplemented by proteomic analysis, that is, by searching for groups of abnormal proteins translated from polymorphic genes associated with the suicidal phenotype in suicides, and, ideally, regulatory RNA transcripts and their genes. That is, in establishing causal relationships between a polymorphic gene and a phenotype, the study of the intermediate chain that directly implements the phenotype is skipped.

What distinguishes monogenic phenotype formation from polygenic (pleiotropic)? The likelihood and "ease" of the so-called gene shift. In the case of a monogenic type, it is sufficient to eliminate the substrate causing the development of an undesirable phenotype. There are many substrates in the pleiotropic interaction of network genes. Any change will cause a reaction of the entire network, aimed at the obligatory implementation of the phenotype generated by the network. Apparently for this reason, polygenic diseases are generally resistant to therapy. But this does not mean that the development of an undesirable phenotype is predetermined, since there is a possibility of turning off the main gene of the gene network regulator, or blocking the synthesis of key proteins. In addition, methods are known for the early prevention of polygenic diseases using diet therapy. In this case, the diet obviously should not contain a group of alimentary factors that are necessary as substrates for the realization of the pathological phenotype by the gene network, or should contain factors that activate "protective" genes.

It is also obvious that the genomics of suicidal behavior is at the very beginning of its formation – at the stage of accumulating facts. Therefore, we still have to search for genes of the core of this network that differ from wild genes, containing polymorphisms that form a suicidal phenotype or the discovery of several networks responsible for its formation. This approach to the suicide-distant phenotype makes it possible to propose a search for ways of normocopying this phenotype. That is, to develop a strategy based on the early identification of gene markers of the suicidal phenotype with subsequent lifelong blocking of the implementation of this phenotype, which will allow these people to have a normal life expectancy.

The analysis of the literature data predetermines the fundamental position of the authors of this review, we propose to single out the suicidal phenotype into an independent group of states, considered as a multifactorial disease, the final result of which is the commission of suicide or its attempt, requiring codification and requiring the development of a classification of variants of

Такой подход к суицидам с нашей точки зрения будет способствовать целенаправленной разработке методов и средств раннего выявления и профилактики трагического завершения онтологии суицидального фенотипа.

Литература / References:

1. Tsuang M.T. Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives, and controls. *J. Clin. Psychiatry*. 1983; 44 (11): 396-400.
2. Zabeera J., Olfson M., Mallia E., et al. Predictors of suicide at time of diagnosis in schizophrenia spectrum disorder: A 20-year total population study in Ontario, Canada. *Schizophrenia Research*. 2020; 222: 382-388. DOI: 10.1016/j.schres.2020.04.025
3. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения. *Вестник Российской Академии медицинских наук*. 2006; 8: 18-22. [Dmitrieva T.B., Polozhii B.S. Social and clinical problems of suicidology in the system of measures to reduce premature mortality and increase life expectancy of the population. *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences* 2006; 8: 18-22.] (In Russ)
4. Шульга А.И., Сонник Г.Т. О суицидальных действиях психически больных. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1986; 8: 1216-1217. [Shul'ga A.I., Sonnik G.T. About suicidal actions of the mentally ill. *Journal of Neuropathology and Psychiatry named after S. S. Korsakov*. 1986; 8: 1216-1217.] (In Russ)
5. Goldney R.D. Suicide Prevention. Oxford University Press, 2008.
6. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. 2nd ed. Beacon: Hill Press, 1988.
7. Смудевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М: МИА. 2007; 191-204. [Smulevich A.B. Depression in somatic and mental diseases. Moscow: MIA. 2007; 191-204.] (In Russ)
8. Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M., et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016; 316 (21): 2214-2236. DOI: 10.1001/jama.2016.17324
9. McGirr A., Alda M., Séguin M. et al. Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2009; 166 (10): 1124-1134. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.08111744
10. Roy A., Segal N.L., Centerwall B.S. et al. Suicide in twins. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1991; 48 (1): 29-32. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810250031003
11. Voracek M., Loib L.M. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin. Wochenschr*. 2007; 119 (15-16): 463-475. DOI: 10.1007/s00508-007-0823-2
12. Докинз Р. Расширенный фенотип: длинная рука гена. Москва: Астрель, 2011; 512 с. [Dawkins R. Extended phenotype: the long arm of the gene. Moscow: Astrel, 2011; 512 p.] (In Russ)
13. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр.; Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994; 399 с. [Durkheim E. Suicide: Sociological study / Per. s fr. s sokr.; Ed. V.A. Bazarov. Moscow: Mysl, 1994; 399 p.] (In Russ)
14. Heeringen C.V., Marusic A. Understanding of suicidal brain. *Br. J. Psychiatry*. 2003; 183 (4): 282-284. DOI: 10.1192/bjp.183.4.282
15. Roy B., Dwivedi Y. Understanding epigenetic architecture of suicide neurobiology: A critical perspective. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2017; 72: 10-27. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.10.031
16. Zhang X., Yang H., Yu J., et al. Genomic organization, transcript variants and comparative analysis of the human nucleoporin 155 (NUP155) gene. *Gene*. 2002; 288: 9-18.
17. Pearson H. Genetics: what is a gene? *Nature*. 2006; 441 (7092): 398-401.
18. Gerstein M.B., Bruce C., Rozowsky J.S., et al. What is a gene, post-ENCODE? History and updated definition. *Genome Research*. 2007; 17: 669-681.
19. Ijdo J.W., Baldini A., Ward D.C. et al. Genetics Origin of human chromosome 2: An ancestral telomere-telomere fusion. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1991; 88: 9051-9055.
20. Human chromosome 2 map view. Vertebrate Genome Annotation (VEGA) database. The Wellcome Trust Sanger Institute. https://vega.archive.ensembl.org/Homo_sapiens/Location/Chromosome?chr=2;r=2:1-242193529
21. Hesselbrock V., Dick D., Hesselbrock M. et al. The search for genetic risk factors associated with suicidal behavior. *Jr. Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2004; 5 (Suppl.): 70S-76S. DOI: 10.1097/01.alc.0000127416.92128.b0
22. Zubenko G.S., Maher B.S., Hughes H.B. 3rd et al. Genome-wide linkage survey for genetic loci that affect the risk of suicide attempts in families with recurrent, early-onset, major depression. *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet*. 2004; 129B (1): 47-54. DOI: 10.1002/ajmg.b.30092
23. Butler A.W., Breen G., Tozzi F., et al. A genomewide linkage study on suicidality in major depressive disorder confirms evidence for linkage to 2p12. *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet*. 2010; 153 B (8): 1465-1473. DOI: 10.1002/ajmg.b.31127
24. Docherty A.R., Shabalin A.A., DiBlasi E. et al. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents. *Psychiatry*. 2020; 177 (10): 917-927. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.19101025
25. Ichimura T., Isobe T., Okuyama T. et al. Molecular cloning of cDNA coding for brain-specific 14-3-3 protein, a protein kinase dependent activator of tyrosine and tryptophan hydroxylases. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1988; 85 (19): 7084-7088. DOI: 10.1073/pnas.85.19.7084
26. <https://omim.org/entry/605066?search=ywhae%20gene&highlight=gene%20ywhae>
27. Халилова З.Л., Зайнуллина А.Г., Валиуллина А.Р. и др. Анализ ассоциаций полиморфных локусов гена YWHAЕ с суицидальным поведением. *Генетика*. 2013; 49 (6): 767-772. [Khalilova Z.L., Zainullina A.G., Valiullina A.R., et al. Analysis of associations of polymorphic loci of the YWHAЕ gene with suicidal behavior. *Genetics*. 2013; 49 (6): 767-772/] (In Russ)
28. Yanagi M., Shirakawa O., Kitamura N. et al. Association of 14-3-3 gene haplotype with completed suicide in Japanese. *J. Hum. Genet*. 2005; 50(4): 210-216. DOI: 10.1007/s10038-005-0241-0
29. Liu J., Zhang H.X., Li Z.Q et al. The YWHAЕ gene confers risk to major depressive disorder in the male group of Chinese Han population. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2017; 77: 172-177. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.04.013
30. Middleton F., Peng L., Lewis D., et al. Altered expression of 14-3-3 genes in the prefrontal cortex of subjects with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30 (5): 974-983. DOI: 10.1038/sj.npp.1300674
31. Jia Y., Yu X., Zhang B. et al. An association study between polymorphisms in three genes of 14-3-3 (tyrosine 3-monooxygenase/tryptophan 5-monooxygenase activation protein) family and paranoid schizophrenia in northern Chinese population. *Eur. Psychiatry*. 2004; 19 (6): 377-379. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2004.07.006
32. Kohli M.A., Salyakina D., Pfennig A., et al. Association of genetic variants in the neurotrophic receptor-encoding gene NTRK2 and a lifetime history of suicide attempts in depressed patients. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 67(4): 348-359. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.201
33. Hennings J.M., Kohli M.A., Czamara D., et al. Possible associations of NTRK2 polymorphisms with antidepressant treatment

- outcome: findings from an extended tag SNP approach. *PLoS One*. 2013; 8 (6): e64947. DOI: 10.1371/journal.pone.0064947
34. Sekiguchi H., Iritani S., Habuchi C., et al. Impairment of the tyrosine hydroxylase neuronal network in the orbitofrontal cortex of a genetically modified mouse model of schizophrenia. *Brain Res*. 2011; 1392: 47-53. DOI: 10.1016/j.brainres.2011.03.058
 35. Toyooka K., Shionoya A., Gambello M., et al. 14-3-3 epsilon is important for neuronal migration by binding to NUDEL: a molecular explanation for Miller-Dieker syndrome. *Nat. Genet.* 2003; 34: 274-285. DOI: 10.1038/ng1169
 36. Božina N., Jovanović N., Podlessek A., et al. Suicide ideators and attempters with schizophrenia – the role of 5-HTTLPR, rs25531, and 5-HTT VNTR Intron 2 variants. *J. Psychiatr. Res.* 2012; 46 (6): 767-773. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.008
 37. Fukutake M., Hishimoto A., Nishiguchi N. et al. Association of alpha2A-adrenergic receptor gene polymorphism with susceptibility to suicide in Japanese females. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2008; 32 (6): 1428-1433. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2008.02.003
 38. Escribá P.V., Ozaita A., García-Sevilla J.A. Increased mRNA expression of alpha2A-adrenoceptors, serotonin receptors and mu-opioid receptors in the brains of suicide victims. *Neuropsychopharmacology.* 2004; 29 (8): 1512-1521. DOI: 10.1038/sj.npp.1300459
 39. Molnar S., Mihanović M., Grah M., et al. Comparative study on gene tags of the neurotransmission system in schizophrenic and suicidal subjects. *Coll. Antropol.* 2010; 34 (4): 1427-1432.
 40. Giegling I., Hartmann A.M., Möller H.J., et al. Anger- and aggression-related traits are associated with polymorphisms in the 5-HT-2A gene. *J. Affective Disorders.* 2006; 96 (1-2): 75-81. DOI: 10.1016/j.jad.2006.05.016
 41. Karanović J., Šviković S., Pantović M., et al. Joint effect of *ADAR1* gene, *HTR2C* gene and stressful life events on suicide attempt risk in patients with major psychiatric disorders. *World J. Biol. Psychiatry.* 2015; 16 (4): 261-271. DOI: 10.3109/15622975.2014.1000374
 42. Wannemueller A., Forkmann T., Glaesmer H., et al. The role of the 5-HTTLPR polymorphism in acquired capability for suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2020; 50 (6): 1121-1126. DOI: 10.1111/sltb.12660
 43. Bokor J., Krause S., Torok D., et al. "Out, out, brief candle! Life's but a walking shadow": 5-HTTLPR is associated with current suicidal ideation but not with previous suicide attempts and interacts with recent relationship problems. *Front. Psychiatry.* 2020; 11: 567. doi: 10.3389/fpsy.2020.00567.
 44. Sanabrais-Jiménez M.A., Sotelo-Ramirez C.E., Ordoñez-Martínez B., et al. Effect of CRHR1 and CRHR2 gene polymorphisms and childhood trauma in suicide attempt. *J. Neural. Transm. (Vienna).* 2019; 126 (5): 637-644. DOI: 10.1007/s00702-019-01991-4
 45. Ludwig B., Kienesberger K., Carlberg L., et al. Influence of CRHR1 Polymorphisms and Childhood Abuse on Suicide Attempts in Affective Disorders: A GxE Approach. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 165. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00165
 46. Ben-Efraim Y.J., Wasserman D., Wasserman J., et al. Gene-environment interactions between CRHR1 variants and physical assault in suicide attempts. *Genes Brain Behav.* 2011; 10 (6): 663-672. DOI: 10.1111/j.1601-183X.2011.00703.x
 47. Wasserman D., Sokolowski M., Rozanov V., et al. The CRHR1 gene: a marker for suicidality in depressed males exposed to low stress. *Genes Brain Behav.* 2008; 7 (1): 14-19. DOI: 10.1111/j.1601-183X.2007.00310.x
 48. Papiol S., Arias B., Gastó C., et al. Genetic variability at HPA axis in major depression and clinical response to antidepressant treatment. *J. Affect Disord.* 2007; 104 (1-3): 83-90. DOI: 10.1016/j.jad.2007.02.017.
 49. Höfer P., Schosser A., Calati R., et al. The impact of serotonin receptor 1A and 2A gene polymorphisms and interactions on suicide attempt and suicide risk in depressed patients with insufficient response to treatment – a European multicentre study. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2016; 31 (1): 1-7. DOI: 10.1097/YIC.000000000000101
 50. Wang J.Y., Jia C.X., Lian Y., et al. Association of the HTR2A 102T/C polymorphism with attempted suicide: a meta-analysis. *Psychiatr. Genet.* 2015; 25 (4): 168-177. DOI: 10.1097/YPG.0000000000000091
 51. Attwood B.K., Bourgognon J.-M., Patel S., et al. Neuropsin cleaves EphB2 in the amygdala to control anxiety. *Nature.* 2011; 473 (7347): 372-375. DOI: 10.1038/nature09938
 52. Supriyanto I., Sasada T., Fukutake M., et al. Association of FKBP5 gene haplotypes with completed suicide in the Japanese population. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2011; 35 (1): 252-256. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2010.11.019
 53. Hernández-Díaz Y., González-Castro T.B., Tovilla-Zárate C.A., et al. Association between polymorphisms of FKBP5 gene and suicide attempt in a Mexican population: A case-control study. *Brain Res. Bull.* 2021; 166: 37-43. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2020.11.002
 54. Roy A., Gorodetsky E., Yuan Q., et al. Interaction of FKBP5, a stress-related gene, with childhood trauma increases the risk for attempting suicide. *Neuropsychopharmacology.* 2010; 35 (8): 1674-1683. DOI: 10.1038/npp.2009.236
 55. Kaminsky Z., Wilcox H.C., Eaton W.W. et al. Epigenetic and genetic variation at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder. *Transl. Psychiatry.* 2015; 5 (8): e627. DOI: 10.1038/tp.2015.105
 56. Pandey G.N., Rizavi H.S., Zhang H., et al. The expression of the suicide-associated gene SKA2 is decreased in the prefrontal cortex of suicide victims but not of nonsuicidal patients. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2016; 19 (8): pyw015. DOI: 10.1093/ijnp/pyw015
 57. Xie M., Bu Y. SKA2/FAM33A: A novel gene implicated in cell cycle, tumorigenesis, and psychiatric disorders. *Genes Dis.* 2018; 6 (1): 25-30. DOI: 10.1016/j.gendis.2018.11.001
 58. Sadeh N., Spielberg J.M., Logue M.W., et al. SKA2 methylation is associated with decreased prefrontal cortical thickness and greater PTSD severity among trauma-exposed veterans. *Mol. Psychiatry.* 2016; 21 (3): 357-363. DOI: 10.1038/mp.2015.134
 59. Lutz P.E., Zhou Y., Labbe A., et al. Decreased expression of nociception / orphanin FQ in the dorsal anterior cingulate cortex of suicides. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2015; 25 (11): 2008-2014. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2015.08.015
 60. Brundin L., Björkqvist M., Petersén A., et al. Eur. Reduced orexin levels in the cerebrospinal fluid of suicidal patients with major depressive disorder. *Neuropsychopharmacol.* 2007; 17 (9): 573-579. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2007.01.005
 61. Hurd Y.L., Herman M.M., Hyde T.M., et al. Prodynorphin mRNA expression is increased in the patch vs matrix compartment of the caudate nucleus in suicide subjects. *Mol. Psychiatry.* 1997; 2 (6): 495-500. DOI: 10.1038/sj.mp.4000319
 62. Gross-Isseroff R., Dillon K.A., Israeli M., et al. Regionally selective increases in mu opioid receptor density in the brains of suicide victims. *Brain Res.* 2010; 530 (2): 312-316. DOI: 10.1016/0006-8993(90)91301-v
 63. Gabilondo A.M., Meana J.J., García-Sevilla J.A. Increased density of mu-opioid receptors in the postmortem brain of suicide victims. *Brain Res.* 1995; 682 (1-2): 245-250. DOI: 10.1016/0006-8993(95)00333-1
 64. Dacht F., Brown J.B., Valyi-Nagy T., et al. Selective time-dependent changes in activity and cell-specific gene expression in human postmortem brain. *Sci Rep.* 2021; 11: 6078. DOI: 10.1038/s41598-021-85801-6
 65. Noble P.A., Pozhitkov A.E. Cryptic sequence features in the active postmortem transcriptome. *BMC. Genomics.* 2018; 19 (675): DOI: 10.1186/s12864-018-5042-x
 66. Furezyk K., Schutová B., Michel T., et al. The neurobiology of suicide – a review of post-mortem studies. *J. Mol. Psychiatry.* 2013; 1 (1): 2. DOI: 10.1186/2049-9256-1-2
 67. Copley J.N., Fiorello M.L., Bailey D.M. 13 reasons why the brain is susceptible to oxidative stress. *Redox Biol.* 2018; 15: 490-503. DOI: 10.1016/j.redox.2018.01.008
 68. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. *Nat. Rev. Neurosci.* 2014; 15 (12): 802-816. DOI: 10.1038/nrn3839
 69. Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M.-A., et al. Genetic association studies of suicidal behavior: a review of the past 10 years,

- progress, limitations, and future directions. *Front Psychiatry*. 2016; 7: 158. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00158
70. Mann J.J., Currier D.M. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur. Psychiatry*. 2010; 25 (5): 268-271. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.009
71. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 4: 52-60. [Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V., Boeva A.V. Concepts of suicidal behavior. *Suicidology*. 2012; 4: 52-60.] (In Russ)
72. Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Шчукина Е.П. Основные модели суицидального поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 71-77. [Khritinin D.F., Esin A.V., Sumarokova M.A., Shchukina E.P. Basic models of suicidal behavior. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2017; 3 (96): 71-77.] DOI: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-71-77. (In Russ)
73. Ludwig B., Roy B., Wang Q. et al. The life span model of suicide and its neurobiological foundation. *Front Neurosci*. 2017; 11: 74. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-71-77.: 10.3389/fnins.2017.00074
74. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 3-14. [Rozanov V.A. Genes and suicidal behavior. *Suicidology*. 2013; 4 (1): 3-14.] (In Russ)
75. Guner N., Kulikova Y., Llull J. Marriage and Health: Selection, Protection, and Assortative Mating. *Eur. Econ. Rev*. 2018; 104: 138-166. DOI: 10.1016/j.euroecorev.2018.02.005
76. Розанов В.А., Кибитов А.О., Гайнетдинов Р.Р. и др. Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 3-20. [Rozanov V.A., Kibitov A.O., Gainetdinov R.R. et al. The current state of molecular genetic research in suicidology and new opportunities for assessing the risk of suicide. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 3-20.] DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-3-20 (In Russ / Engl)

THE ROLE OF GENOME IN SUICIDAL BEHAVIOR (literature review)

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov,
S.P. Sapozhnikov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
golenkovav@inbox.ru

Abstract:

The literature review is devoted to the analysis of the relationship of suicidal behavior with both gene loci and established gene polymorphisms. The relationship with suicides of both individual genes and their groups is considered. Information about single nucleotide polymorphisms of genes regulating the concentration of cortisol (*genes FKBP5, SLC6A3, CRHR1, CRHR2, SKA2*) is especially valuable, since it is this group of genes that regulates the stress response and is involved in the formation of the depressive state along with serotonergic (*genes 5-HTTLPR, HTR2A*) and adrenergic (*genes ADRA2A, ADRA2B*) systems, the pathology of which is usually associated with various forms of depression and suicide. It is particularly interesting that different polymorphisms of genes (*CRHR1, CRHR2, SKA2*) that regulate the concentration of cortisol are characteristic of age and sex groups and therefore determine the differences in frequency, age and reasons for committing suicide. In addition, the role of polymorphisms in the implementation of suicide of the gene for proteins of the *YWHAЕ* family, the gene for the neurotrophic factor *NTRK2*, and the reward system is considered. The questions of the formation of possible ways to search for means of preventing the development of the suicidal phenotype are discussed. The authors proposed to distinguish the suicidal phenotype into an independent group of conditions, considered as a multifactorial disease, the final result of which is committing suicide or its attempt, requiring codification and requiring the development of a classification of variants of etiology and pathogenesis.

Key words: suicide, suicidal phenotype, gene network, cortisol, adrenal system, serotonin system

Вклад авторов:

V.A. Kozlov: дизайн структуры статьи, сбор материала и перевод публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;

A.V. Golenkov: сбор материала, написание и редактирование текста рукописи;

S.P. Sapozhnikov: сбор материала, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

V.A. Kozlov: design of the structure of the article, collection of material and translation of publications on the topic of the article, writing of the text of the manuscript;

A.V. Golenkov: collection of material, writing and editing of the text of the manuscript;

S.P. Sapozhnikov: collection of material, writing and editing of the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 09.02.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.04.2021.

Для цитирования: Козлов В.А., Голеньков А.В., Сапожников С.П. Роль генома в суицидальном поведении (обзор литературы). *Суицидология*. 2021; 12 (1): 3-22. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-3-22

For citation: Kozlov V.A., Golenkov A.V., Sapozhnikov S.P. The role of the genome in suicidal behavior (literature review). *Suicidology*. 2021; 12 (1): 3-22. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-3-22 (In Russ / Engl)

НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ. Часть III¹

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

ADOLESCENTS NON-SUICIDAL SELF-INJURY: GENERAL AND PARTICULAR. Part III

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, 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; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

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; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 625027, Tyumen, 67 Minskaya str., bldg. 1, office 102. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

В завершающей части обзора литературы сообщено о непосредственных и косвенных проявлениях, условных границах несуйцидальных самоповреждений подростков в континууме нарушений самоповреждающего поведения, отчасти, и в старших возрастах, рабочих критериях диагностики, оценочных шкалах. Предложена повестка дня дальнейших исследований и указаны методологические ограничения проведенных.

Ключевые слова: несуйцидальные намеренные самоповреждения, симптомы, диагноз, синдром несуйцидальных самоповреждений, критерии

Если человеку представляется случай помучить себя, он не так легко откажется от этой возможности.

Э. Ремарк «Чёрный обелиск»

If a person has a chance to torment himself, he will not give up this opportunity so easily.

E. Remarque "The Black Obelisk"

Несуйцидальное самоповреждение (НСХ) как «невидимое» поведение.

Такова уж природа гипотезы: как только человек её придумал, она из всего извлекает для себя пищу и с самого своего зарождения обыкновенно укрепляется за счёт всего,

Non-suicidal self-injury (NSSI) as "invisible" behavior.

Such is the nature of a hypothesis: as soon as a person has invented it, it draws food for itself from everything and from its very inception is usually strengthened at the expense of

¹ Часть I опубликована в журнале «Суицидология». 2020. Т. 11, № 3. Часть II опубликована в журнале «Суицидология». 2020. Т. 11, № 4.

что мы видим, слышим, читаем или понимаем. *L. Stern*

Симптомы «больших» психических расстройств, как шизофрения, биполярное и депрессивное расстройства, выражены неделями или годами. Однако клинические проблемы, как употребление психоактивных веществ (ПАВ), расстройства пищевого поведения или импульсного контроля (азартные игры) и / или СХ труднее изучать, потому что проявлены эпизодически и обычно вне внимания даже близких. Неэтично выявлять и наблюдать СХ опытным путём, поскольку причинение или возможность причинения вреда подростку нарушает основную цель клинического исследования. Учёные и клиницисты формулируют гипотезы о поведении, редко (если когда-либо) по ретроспективным, обобщённым самоотчётам. Этот подход информативен, но ограничен рядом ошибок и предубеждений. Экологическая моментальная оценка изучает характеристики, причины и последствия СХ в режиме реального времени вне лаборатории [1].

«При наличии отсутствия» диагностического теста и патогномичных симптомов, как пятен Бельского-Филатова, диагноз нСХ основан на сочетанной телесной и психиатрической оценке.

Знаки нСХ многообразны: шрамы, линейные, реж – узорчатые, свежие порезы, царапины, кровоподтёки и ожоги, острые предметы под рукой (ножик на брелке), татуировки и длинные рукава или брюки всепогодно, маскирующие шрамы, возможно, в виде рисунков и надписей упаднического содержания, также – частые «несчастные случаи» (травмы, переломы) [2, 3], актуальные межличностные конфликты, поведенческая и эмоциональная неустойчивость, импульсивность и непредсказуемость, сетования на беспомощность, безнадежность или бесполезность, отчаяние (указание на риск СП) [4]. Близкие обнаруживают следы нСХ случайно и склонны верить (обманываться рады) в их «случайный характер».

... я резала себе руки, потому что хотела порезаться. Несколько раз пыталась жечь себя, иногда себя била. *A. Launweg «Завтра я всегда была львом»*

Подростковые врачи-диспансеризаторы, школьные медсёстры становятся первыми контактными лицами в процессе поиска помощи. Однако лишь ¼ интернистов спрашивают или направляют подростков с СХ к психиатрам [5], вопреки противодействию близких.

Одна из причин недиагностики: нСХ связывают только с самопорезами. нСХ, согласно М.К. Nock и А.Р. Favazza [6] или DSM-5, умышленно и осознанно без намерения умереть (основной дифференцирующий признак нСХ).

Передозировка «рассеянного» и случайный порез при чистке рыбы – не нСХ.

Один из авторов настоящей статьи полвека назад (важно для понимания «кейса») в нетрезвой компании выпускников

everything that we see, hear, read or comprehend. *L. Stern*

Symptoms of "major" mental disorders such as schizophrenia, bipolar and depressive disorders last for weeks or years. However, clinical problems like substance abuse (SAD), eating disorders or impulse control (gambling) and / or NSSI are more difficult to study because they are episodic and usually fall off the attention of even loved ones. It is unethical to identify and observe NSSI empirically, since causing or even potentially causing harm to an adolescent violates the primary goal of a clinical trial. Scientists and clinicians formulate hypotheses about behavior, rarely (if ever) from retrospective, generalized self-reports. This approach is informative, but limited by a number of errors and biases. Harmonic instant assessment studies the characteristics, causes and effects of NSSI in real time outside the laboratory [1].

In the absence of a diagnostic test and pathognomonic symptoms, such as Belsky-Filatov's spots, the diagnosis of NSSI is based on a combined bodily and psychiatric assessment.

NSSI signs are diverse: scars, linear, less often – patterned, fresh cuts, scratches, blood stains and burns, sharp objects at hand (a knife on a keychain), tattoos and long sleeves or all-weather trousers, masking scars, possibly in the form of drawings and inscriptions of decadent content, also frequent "accidents" (injuries, fractures) [2, 3], actual interpersonal conflicts, behavioral and emotional instability, impulsivity and unpredictability, complaints of helplessness, hopelessness or uselessness, despair (indication of risk SB) [4]. Relatives discover traces of NSSI by chance and tend to believe (they are glad to be deceived) in their "random nature."

... I cut my hands because I wanted to cut myself. Several times she tried to burn herself, sometimes she beat herself. *A. Launweg "Tomorrow I have always been a lion"*

Teenage dispensaries and school nurses become the first contact persons in the process of seeking help. However, only ¼ of internists ask or refer adolescents with NSSI to psychiatrists [5], despite the opposition of relatives.

One of the reasons for non-sufficient diagnosis: NSSI is associated only with self-cutters. According to M.K. Nock and A.R. Favazza [6] or DSM-5, NSSI is completed deliberately and knowingly without the intention of dying (the main differentiating feature of NSSI).

An overdose of an absent-minded person or an accidental cut when cleaning fish is not thus considered NSSI.

Half a century ago (timing is important to understand the "case") one of the authors of

медицинского института призвал срочно «врача» при виде ручейка крови из запястья товарища, не справившегося с банкой шпрот. Бригада «скорой помощи» отвезла коллегу в психиатрическую больницу в связи с суицидальной попыткой...

Диагноз нСХ, по определению, без суицидальных намерений, исключает СП, но нСХ и СП сочетаны у подростков одновременно и/или в разные моменты времени [7, 8, 9].

Граница диагностически неоднородными и феноменологически отличными СП и нСХ размыта, происходит их «перехлест», и квалифицировать попытку нелегко. Таков «двусмысленный суицид» – действия, направленные на умышленное самоповреждение, при совершении которых индивид, однако, не уверен в том, что выживет.

Двадцать таблеток аспирина, лёгкий надраз вдоль набухшей вены или хотя бы паршивые полчаса на краю крыши... у каждой из нас имелось нечто в подобном стиле. И даже частенько более опасные случаи, хотя бы всовывание себе в рот пистолетного ствола. Только вот, тоже мне дело: съешь ствол в рот, пробуешь его на вкус, чувствуешь, какой он холодный и маслянистый, кладёшь палец на курок, и вдруг перед глазами у тебя раскрывается огромный мир, распространяющийся между именно этим мгновением и тем моментом, когда ты уже нажмёшь на курок. И этот мир тебя покоряет. Ты вытаскиваешь ствол изо рта и вновь прячешь пистолет в ящик стола. В следующий раз нужно выдумывать чего-нибудь другое. *С. Кейсен «Прерванная жизнь»*

Роль намеренности сложна, как при нСХ в диссоциативных эпизодах [10]. Если мотивация СХ в «пробуждении», – видима некая интенция.

Конструкция нСХ распространена в США, Европе, Австралии и других частях света. Тем не менее, некоторые исследователи [11] продолжают выступать за объединение несмертельных видов СХ в категорию «самоповреждений», и альтернативному рассмотрению нСХ (при недооценке прямого и опосредованного рисков здоровью) и СП в континууме СХ поведения, коли нСХ часто сопутствуют СП. Так, пытающиеся отравиться, часто сообщают о двойственном отношении к жизни или смерти [12]. Это ставит под сомнение степень, в которой нСХ несуйцидально изначально.

Концептуализировано и кодифицировано критериями DSM-5: нСХ как прямая форма СХ, то есть немедленно (без промежуточных шагов после действия) влекущее вред / повреждение ткани. Поэтому из классификации нСХ исключено большинство форм самоотравлений, но не глотание чего-либо, как отбеливателя или уксусной эссенции, обжигающие слизистые [13, 14].

Континуум СХ.

Видимо различие меж прямыми и косвенными формами СХ (пачка сигарет – не цианид), но у потенциально вредоносных типов поведения общие элемен-

this article, in a drunken company of graduates of a medical institute, called an ambulance at the sight of a stream of blood from the wrist of a friend who could not cope with a can of sprat. The ambulance team took a colleague to a psychiatric hospital on the grounds of a suicide attempt ...

The diagnosis of NSSI, by definition, without suicidal intent, excludes SB, but NSSI and SB are combined in adolescents simultaneously and / or at different points in time [7, 8, 9].

The borderline between diagnostically heterogeneous and phenomenologically different SB and NSSI is blurred, they often "overlap", and it is not easy to qualify an attempt. This is "ambiguous suicide" – actions aimed at deliberate self-harm, during the commission of which the individual, however, is not sure that he will survive.

Twenty aspirin tablets, a slight cut along a swollen vein, or at least a lousy half hour at the edge of a roof ... each of us had something of a similar style. And even often more dangerous cases, at least sticking a pistol barrel into your mouth. Only now, I also care: you put the barrel in your mouth, taste it, feel how cold and oily it is, put your finger on the trigger, and suddenly a huge world opens before your eyes, stretching between this very moment and that moment when you already pull the trigger. And this world conquers you. You pull the barrel out of your mouth and put the pistol back in the drawer. Next time you need to invent something different. *S. Keyesen "The Interrupted Life"*

The role of intention is complex, like in NSSI taking place in dissociative episodes [10]. If the motivation of NSSI is "awakening", there is a certain intention visible.

The NSSI design is common in the USA, Europe, Australia and other parts of the world. Nevertheless, some researchers [11] continue to advocate the unification of non-lethal types of NSSI in the category of "self-harm", and an alternative consideration of NSSI (when underestimating direct and indirect health risks) and SB in the continuum of SI behavior, since NSSI often accompanies SB. For example, those trying to poison themselves often report ambivalence towards life or death [12]. This casts doubt on the extent to which NSSI is inherently non-suicidal.

What is conceptualized and codified by the DSM-5 criteria is the following: NSSI as a direct form of SI, that is, immediately (without intermediate steps after the action) entailing harm / damage to the tissue. Therefore, most forms of self-poisoning are excluded from the NSSI classification, but not swallowing something like bleach or vinegar essence, which burns mucous membranes [13, 14].

ты: попытки улучшить свой аффективный / когнитивный или социальный опыт, риск телесных повреждений и связь с другими психическими расстройствами, например, депрессивными.

СХ целесообразно представить частью спектра, а не разными категориями поведения. Прямые намерения СХ различны у отдельных людей и со временем. Исследователи и клиницисты, стремящиеся понять мотивы, лежащие в основе широкого спектра такого поведения, могут получить важную информацию, задавая вопросы о намерениях СХ, а не предполагая их отсутствие в зависимости от конкретного поведения или описанных поведений. Например, совершающие косвенные СХ могут полагаться даже профессионалами не нуждающимися в лечении.

нСХ (подростков) – распространённый неспецифический психиатрический симптом и вне психиатрического диагноза. Полезнее понимать нСХ в функциональных терминах, а не как отдельный диагноз. Оценка нСХ, как и психопатологии, в ходе клинического опроса; включает структурированные и полуструктурированные интервью, рейтинговые шкалы и тесты, более востребованные исследователями.

Оценка охватывает ряд аспектов нСХ: способов, частоты и длительности эпизодов, функции, актуальности психосоциального дистресса, факторов, влияющих на возникновение и поддержание нСХ (сопутствующих психических расстройств, рискованного поведения употребление ПАВ) и риска СП, медицинских последствий (тяжести травмы), открытости пациента помощи [6, 7], влияния нСХ на микросоциальную и школьную среды подростка и наоборот [15, 16].

Беседа без осуждения, с эмпатией для терапевтического контакта. Рекомендовано укреплять взаимопонимание с (подростками) посредством «уважительного любопытства» и «сдержанного, бесстрастного поведения».

«И, хотя я резала себя понапрасну и это совсем не помогало, а только создавало новые проблемы, в этих действиях все-таки был смысл и человеческое желание, от которых не осталось и следа в холодных словах лектора о том, что пациент уже «не пытается испробовать новые методы», и в его таблицах с графами «частота», «диагноз» и «повторяемость». А. Лаунвег

Подростки, как и взрослые, резонно опасаются, что их причислят к «суицидентам» [16, 17].

Количество методов – показатель серьёзности нСХ в целом [18, 19].

По самоотчётам, использованы в среднем 4-8 методов нСХ попеременно или сочетанно [15, 20, 21, 22].

Я лупила себя по лицу, кусала пальцы и билась головой об стенку, чтобы заставить голоса замолчать. Я старалась выбирать самую отдалённую уборную, куда редко кто-нибудь заходил, но через какое-то время всё же попалась, и все узнали о моих проделках. А. Лаунвег «Завтра я всегда

Continuum of NSSI.

There seems to be a difference between direct and indirect forms of NSSI (a pack of cigarettes is not equal to cyanide), but the potentially harmful behaviors have common elements: attempts to improve their affective / cognitive or social experience, the risk of bodily harm, and the relationship with other mental disorders, for example, depressive disorder.

It is advisable to represent SI as part of the spectrum, and not in different categories of behavior. SI's direct intentions vary from person to person and over time. Researchers and clinicians seeking to understand the motivations behind a wide range of such behaviors can gain important insight by asking questions about SI intentions rather than assuming their absence depending on the particular behavior or behaviors described. For example, those who commit indirect SI may be considered even by professionals who do not need treatment.

NSSI (of adolescents) is a common non-specific psychiatric symptom outside of the psychiatric diagnosis. It is more useful to understand NSSI in functional terms rather than as a separate diagnosis. Evaluation of NSSI, as well as psychopathology, in the course of a clinical survey includes structured and semi-structured interviews, rating scales and tests that are more demanded by researchers.

The assessment covers a number of aspects of NSSI: methods, frequency and duration of episodes, function, relevance of psychosocial distress, factors affecting the emergence and maintenance of NSSI (concomitant mental disorders, risky behavior, use of psychoactive substances) and risk of SB, medical consequences (severity of injury), the patient's openness to help [6, 7], the influence of NSSI on the microsocial and school environment of a teenager, and the other way round [15, 16].

Conversation without judgment, with empathy is good for therapeutic contact. It is recommended to strengthen rapport with (adolescents) through "respectful curiosity" and "restrained, dispassionate behavior."

“And, although I cut myself in vain and it did not help at all, but only created new problems, these actions still had meaning and human desire, of which no trace remained in the cold words of the lecturer that the patient already "didn't not seek to try new methods", and in his tables with columns "frequency", "diagnosis" and "frequency". А. Launweg

Adolescents, like adults, reasonably fear that they will be classified as “suicide attempters” [16, 17].

The number of methods is an indicator of the severity of NSSI in general [18, 19].

бывала львом»

Разнообразное, сочетанное и вычурное нанесение СХ связывают с выраженной психопатологией и СП.

Телесные последствия нСХ наиболее очевидны: степень повреждения ткани, его «свежесть» и частота эпизодов отличны в выборках. В ранжире категорий «членовредительств» [23] нСХ от лёгкого до умеренного, требующего медицинской помощи, и тяжелого (частота, травмы и вызванное нарушение, приводящее обычно госпитализации) при относительно «благополучном» психическом состоянии [24].

Лёгкое - умеренное (чаще) травмирование нСХ [25] не исключает медицинской проблемы. Большинство определений нСХ указывает «разрушение тканей тела», а DSM-5 – кровотечение или кровоподтёки.

У неё хранилась найденная на прогулке крышка от жестянки, подобранная с неизвестной или с хорошо известной целью. У жестяного кружка были зазубренные, острые края. Она провела металлом по внутренней поверхности локтя и стала наблюдать, как по шести-семи дорожкам медленно потекла кровь. Боли не было, только неприятное ощущение сопротивления плоти. Жестяной диск ещё раз прошёлся сверху вниз, тщательно, прицельно следуя по первоначальным царапинам. Дебора старалась, нажимала сильнее, раз десять вверх-вниз, пока предплечье не превратилось в кровавое месиво. Тогда она заснула. – Где Блау? Не вижу её фамилии. – Да её в надзорку перевели. Утром Гейтс пришла её будить, а тут такое... вся постель в крови, лицо в крови... Дж. Гринберг «Я никогда не обещала розового сада»

Законопроект о внесении изменений в ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязывает медработников информировать о здоровье подростков 15-18 лет родителей или иных законных представителей.

Подростки часто травмируются многократно за один эпизод СХ, вызывая множественные поражения (обширные паттерны рубцевания «насечек») в областях, легко скрываемых (одеждой, тату), но доступных для манипуляций (предплечья, передняя часть бёдер).

В центре внимания умеренные и тяжёлые нСХ с опорой на самооценки (по шкале 0-4 баллов или качественно). Учёт лёгких нСХ завышает распространённость нСХ. Так, 55% школьников одобрили ту или иную форму нСХ, но доля меньше вдвое (28%), коли рассматривали только умеренные нСХ (самопорезы, ожоги); менее 5% респондентов сообщили об умеренном нСХ ≥ 5 раз [26].

Сходно, каждый третий (34%) в большой выборке китайских подростков одобрил нСХ, но только каждый десятый (12%) – умеренное; менее 1% сообщили о ≥ 5 эпизодах умеренного нСХ [27].

После оценки сомато-неврологического состояния и возможного хирургического (реанимационного) вмешательства предстоит психиатрическая оценка с непременно определением риска СП.

According to self-reports, an average of 4-8 NSSI methods were used alternately or in combination [15, 20, 21, 22].

I pounded myself in the face, bit my fingers, and banged my head against the wall to silence the voices. I tried to choose the most distant restroom, where hardly anyone went, but after a while I was caught, and everyone found out about my tricks. A. Lauweng "Tomorrow I have always been a lion"

A varied, combined and fanciful application of SI is associated with severe psychopathology and SB

The bodily consequences of NSSI are most visible: the degree of tissue damage, its "freshness" and the frequency of episodes are different in samples. "Self-mutilation" [23] categories range NSSI from mild to moderate, requiring medical attention, and severe (frequency, trauma, and induced impairment, usually leading to hospitalization) with a relatively "normal" mental state [24].

Mild to moderate (more often) NSSI traumatization [25] does not exclude a medical problem. Most definitions of NSSI indicate "destruction of body tissue", and DSM-5 states bleeding or bruising.

She kept a tin lid that she had found during a walk, picked up for an unknown or well-known purpose. The tin mug had jagged, sharp edges. She ran the metal along the inner surface of the elbow and watched as blood slowly flowed along six or seven paths. There was no pain, only an unpleasant sensation of resistance from the flesh. Once again, the tin lid went from top to bottom, carefully following the initial scratches with precision. Deborah tried, pressed harder, up and down ten times, until the forearm was a bloody mess. Then she fell asleep. - Where is Blau? I don't see her last name. - Yes, she was transferred to supervision room. In the morning, Gates came to wake her, and here it is ... the whole bed is covered in blood, her face is covered in blood ... J. Greenberg "I never promised a rose garden".

The bill on amendments to Art. 22 Federal Law No. 323-FZ "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" obliges health workers to inform about the health of adolescents aged 15-18 their parents or other legal representatives.

Adolescents often get traumatized multiple times even in a single episode of SI, causing multiple lesions (extensive patterns of scarring) in areas that can be easily hidden (covered with clothing or tattoos) but are accessible for manipulation (forearms, front of the thighs).

Moderate and severe self-esteem-based NSSI (on a scale of 0-4 or quality) get most attention. Light NSSI increase the prevalence of NSSI. Thus, 55% of schoolchildren re-

Тип поведения не всегда определяет степень телесного повреждения. Серьёзный ущерб может быть нанесён «мягким и нормативным» поведением (как прикус губы, языка), и рассматривается как нСХ.

Подобно СП, СХ в контексте широкого спектра психических расстройств осей I и II DSM. У подростков с нСХ психические расстройства выражены даже при контроле ПЛР. СП сочетается с депрессией, ПТСР, непрямыми СХ (злоупотреблением ПАВ и расстройствами пищевого поведения), но перехлест с нСХ и СП не означает их различия. Поэтому оценка СХ проводится всякий раз во время клинического интервью. Вопрос о СХ и СП без ятрогенного эффекта (повышения риска СХ) или облегчает дистресс [6].

Мысли о нСХ не включены в диагностические критерии DSM-5, но указывают риск начала или продолжения нСХ. Часть подростков неклинической выборки поделилась мыслями о СХ ≈ 5 раз в неделю (у 85% менее часа), и их реализации 1-2 раза в неделю. При мыслях о СХ 15-35% подростков параллельно думают о ПАВ, переедании и слабительных с теми же целями [6, 7], озабочены мыслями о вреде действий.

В основе СХ поведения импульсивность, неспособность противостоять побуждению, однако (подростки) могут раздумывать о СХ часами-днями и выполнять ритуальную последовательность действий: метить участки кожи, «маниакально тщательно» приводят в порядок орудия СХ. В дополнение и другие ритуалы: некоторые пьют кровь или хранят её в флаконах. Такие типы поведения выполняют функции контроля [25].

Оценка мыслей и действий СХ сопровождается выявлением менее чувствительных, как депрессивных и тревожных симптомов, чтобы постепенно решать вопросы, более трудные для обсуждения. Коли нСХ и мысли о самоубийстве сопутствуют [28], вторые могут быть предикторами первого.

Мониторинг частоты нСХ актуален в контексте лечения посредством опроса, в том числе с помощью социальных сетей, для регулярной оценки СХ мыслей и поведения [7, 29]. Улучшили возможности мониторинга СХ в режиме реального времени электронные дневники. Стремление к смерти не всегда устойчиво, и следует серьёзно относиться к нСХ и постоянно оценивать СП и эффект медицинских вмешательств [30].

Конечная цель оценки состоит в понимании, как поведение развивается и поддерживается, руководстве, как нСХ может контролироваться. СХ – сложное и многомерное поведение, на которое влияет широкий спектр факторов, и в конечном итоге меры нСХ будут расширены.

Опросники оценки нСХ подростков (табл. 1).

ported one or another form of NSSI, but the number decreased twice (28%), if only moderate NSSI (self-cut, burns) were considered; less than 5% of respondents reported moderate NSSI ≥ 5 times [26].

Likewise, one in three (34%) in a large sample of Chinese teens reported NSSI, but only one in ten (12%) reported its moderate forms; less than 1% reported ≥ 5 episodes of moderate NSSI [27].

After an assessment of the somato-neurological state and possible surgical (resuscitation) intervention, a psychiatric assessment is required with an indispensable determination of the risk of SB.

The type of behavior does not always determine the degree of injury. Serious damage can be caused by “soft and normative” behaviors (like biting the lip, tongue) and is considered NSSI.

Similar to SB, NSSI in the context of a broad spectrum of Axis I and II psychiatric disorders of the DSM. In adolescents with NSSI, mental disorders are more pronounced even with control of PMR. SB is combined with depression, PTSD, indirect SI (substance abuse and eating disorders), but the overlap with NSSI and SB does not mean that they are different. Therefore, SI is assessed every time during a clinical interview. The question of SI and SB without iatrogenic effect (increased risk of SI) or relieves distress [6].

NSSI thoughts are not included in the DSM-5 diagnostic criteria, but indicate the risk of starting or continuing NSSI. Some adolescents from the non-clinical sample shared their thoughts about SI ≈ 5 times a week (85% had less than an hour), and their implementation 1-2 times a week. When thinking about SI, 15-35% of adolescents simultaneously think about psychoactive substances, overeating and laxatives for the same purposes [6, 7], are preoccupied with thoughts about the dangers of actions.

At the heart of SI behavior lie impulsiveness, inability to resist the urge, however (adolescents) can ponder about SI for hours or days and perform a ritual sequence of actions: mark areas of the skin, put the SI tools in order with “maniacal carefulness”. As well as other rituals: some drink blood or store it in vials. These types of behavior perform functions of control [25].

Evaluation of thoughts and actions of SI is accompanied with less sensitive compared to depressive and anxiety symptoms, in order to gradually resolve issues that are more difficult to discuss. If NSSI and suicidal thoughts are concomitant [28], the latter can be predictors of the former.

Таблица / Table 1

Опросники оценки нСХ подростков [цит. по 28, 31, 32]
Questionnaires for assessing NSSI of adolescents [cit. on 28, 31, 32]

Опросник Questionnaire	Описани Description	Примерные вопросы Sample questions
Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)	Краткий инструмент из 17 вопросов скрининга охватывает ряд форм нСХ. A brief 17-question screening tool covers a range of forms of NSSI	
Deliberate Self Harm Inventory, версия из 9 вопросов (DSHI-9r; Bjärehed & Lundh, 2008; Gratz, 2001) Deliberate Self Harm Inventory, 9 questions version (DSHI-9r; Bjärehed & Lundh, 2008; Gratz, 2001)	Контрольный список для самоотчета. Включает препятствие заживления ран. Self-report checklist. Includes creating obstacles to wound healing.	Вы когда-либо преднамеренно наносили повреждения своему телу без цели убить себя? Have you ever intentionally injured your body without the intention of killing yourself?
Self-Harm Inventory (SHI)	22 вопросов охватывают несколько, в том числе косвенных, форм нСХ. 22 questions cover several, including indirect, forms of NSSI.	
Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ, Gutierrez et al., 2001)	Охватывает нСХ, мысли о самоубийстве, угрозы и попытки самоубийств. Конкретное поведение не указано. Covers NSSI, suicidal thoughts, threats, and suicide attempts. No specific behavior is specified.	Открытый опрос «Умышленно причинять себе боль, не пытаясь умереть». Подшкала NSSI SHBQ включает: «Вы когда-нибудь наносили себе вред преднамеренно». Open survey "To hurt yourself deliberately without trying to die." The NSSI SHBQ subscale includes: Have you ever intentionally harmed yourself?
Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) Lloyd, Kelley, & Hope, 1997)	42 вопроса охватывают разные методы и функции нСХ. Контрольный список для самоотчета включает ковыряние ран и «другое». Не менее двух эпизодов нСХ за год. The 42 questions encompass different methods and functions of the NSSI. Self-report checklist includes picking wounds and "other". At least two episodes of NSSI per year.	В прошлом году преднамеренно вредили себе без намерения самоубийства? In the past year, did you deliberately hurt yourself without intent to commit suicide?
Modified Ottawa/Ulm Self-Injury Inventory (MOUSI)	Охватывает методы и функции нСХ 36 подробными вопросами с многими подтемами. Covers NSSI methods and functions with 36 detailed questions on many subtopics	
Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview (SITBI, Nock et al., 2007)	Стандартизированное широко используемое и всеобъемлющее полуструктурированное интервью подростков и взрослых. Контрольный список охватывает методы (выдергивание волос, ковыряние ран и «другие»), частоту и функции нСХ.	Вы когда-нибудь намеренно причиняли себе боль, не желая умереть? Оценка мыслей о нСХ и СП (± планы, попытки).

	A standardized, widely used and comprehensive semi-structured interview for adolescents and adults. Checklist covers methods (hair pulling, wounds picking, and "others"), frequency and function of NSSI.	Have you ever intentionally hurt yourself without wanting to die? Evaluation of thoughts on NSSI and SB (± plans, attempts)
Разделы СХ и СП в течение жизни в версиях для подростков (Klein, 1993) Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL; Delmo et al., 2000)	Открытые вопросы СХ поведение не уточнено. Open questions SI behavior is not specified.	СХ или другие действия без намерения убить себя. «Вы когда-нибудь пытались навредить себе? Некоторые дети делают такие вещи, чтобы убить себя, а другие, чтобы чувствовать себя лучше. Зачем так делаешь? SI or other actions with no intent to kill yourself. “Have you ever tried to hurt yourself? Some children do these things to kill themselves and others to feel better. Why are you doing this?
Inventory Statements About Self Injury (ISAS)	Функциональная оценка. Включает препятствие заживлению ран, защемление, выдергивание волос, втирание в кожу шероховатых предметов. Functional assessment. Includes preventing wounds from healing, pinching, pulling out hair, rubbing rough objects into the skin.	СХ умышленное без суицидальных намерений. Включает косвенное СХ поведение как глотание опасных химических веществ или самоотравление лекарствами. Intentional SI without suicidal intentions. Includes indirect SI behavior such as ingestion of hazardous chemicals or self-poisoning with drugs.
Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C- CASA; Posner et al., 2007)	Открытый опрос. Direct survey.	нСХ с целью воздействия выгодным для себя образом на других, ситуацию или облегчать страдания. Конкретное нСХ не указано. NSSI with the aim to influence others, situation in a beneficial way for yourself or alleviate suffering. The specific NSSI is not indicated.

При выявлении психических (депрессии, ПРЛ) расстройств полезны стандартизованные вопросники или психологические тесты, адаптированные к возрасту. Для оценки СХ доступны психометрические инструменты, оценивающие СХ в предыдущие дни – годы или в течение жизни и собирающие дополнительную информацию, как возраст начала СХ, недавность последнего эпизода и методы СХ.

В России указанные шкалы не валидизированы. Предложены русскоязычные опросник для верификации СХ [33] и «Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью» [34] с малым опытом в подростковой субпопуляции.

Полезны инструменты оценки степени риска СП, продолжительности, типа СХ, мотивации и «готовности к изменениям» (принятию помощи): STOPS FIRE (Suicidal ideation, Types, Onset, Place / location, Severity of damage, Intensity of self-injury urges, Repetition, Episodic Frequency) [20] и SOARS (Suicidal ideation, Onset, frequency, and methods, Aftercare, Reasons, Stage of

Monitoring the frequency of NSSI is relevant in the context of treatment through a survey, including with the help of social networks, for the regular assessment of NSSI thoughts and behavior [7, 29]. Improved the ability to monitor SI in real time electronic diaries. The urge to die is not always sustainable, and NSSI should be taken seriously and the SB and the effect of medical interventions should be continually assessed [30].

The ultimate goal of assessment is to understand how behavior is developed and maintained, to guide how the NSSI can be controlled. SI is a complex and multidimensional behavior that is influenced by a wide range of factors, and ultimately the measures of NSSI will be expanded.

Questionnaires for assessing NSSI of adolescents (Tabl. 1).

When identifying mental (depression, BPD) disorders, standardized questionnaires or age-adjusted psychological tests are helpful. For the assessment of SI, psychometric tools are available that assess SI in the previous days-

change), Severity of damage, Intensity of self-injury urges, Repetition, Episodic Frequency) [5].

Suicide Attempt Self-Injury Interview, Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview, FASM – наиболее используемые опросники о нСХ и СП и их последствиях для понимания общих причин и потенциальных усилителей СХ поведения.

FASM, ISAS, DSHI содержат контрольные списки форм нСХ для понимания риска «умеренного» СХ поведения. DSHI включает тяжёлое СХ поведение, как переломы костей. Учёт «мягких» форм увеличит показатели нСХ, как и поведения, лучше вписанного в другие нозографические единицы МКБ или DSM. Например, в FASM упомянуто выдергивание волос как форма нСХ, относимое к трихотилломании. ABASI оценивает чрезмерные физические упражнения и ограничение питания, не влекущие повреждения кожи, лучше рассмотренные в рамках расстройства пищевого поведения.

Большинство оценок нСХ не выделяют диагностические критерии нСХр в DSM-5. Важно использовать структурированные оценки достоверно [35].

Clinician-Administered Non-Suicidal Self Injury Disorder Index (CANDI), Alexian Brothers Assessment of Self-Injury Scale (ABASI), Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale (NSSIDS) – надёжные и достоверные показатели самооценки симптомов нСХ [36].

CANDI: дихотомичная «да / нет» оценка врачом критериев нСХр, а последующими вопросами определяют частоту, продолжительность, интенсивность, функции и ухудшение нСХ по шкале Лайкерта (шкала суждений в диапазоне «полностью согласен» – «совершенно не согласен»); надёжен в оценке распространённости нСХр подростков [22].

ABASI охватывает критерии А – F нСХр при самооценке 21 видов нСХ от драк до ограничений еды;

...зачем же прекращать голодовку как раз теперь, когда она достигла – нет, даже ещё не достигла – своей вершины? ... ибо он чувствовал, что его искусство голодать непостижимо, а способность к этому безгранична. *Ф. Кафка «Голодарь»*

включает фразу «причинить себе вред или боль». нСХ, чтобы прояснить цель СХ. Надёжность повторного тестирования и внутреннюю согласованность в большой и демографически разнообразной выборке программы острого лечения нСХ, точно отражает нСХр.

NSSIDS – самоотчёт из 16 вопросов; оценка критериев нСХр по шкале Лайкерта, но не косвенно вредоносные виды поведения, как самоограничение еды. Включает вопросы «вызывает ли СХ стресс?» (критерий F); «как часто участвуете в СХ под воздействием

year or throughout life and collect additional information such as the age of onset of SI, the recency of the last episode and methods of SI.

In Russia, these scales have not been validated. A Russian-language questionnaire for the verification of SI [33] and “Diagnostics of auto-aggressive behavior in alcoholism by the method of therapeutic interviews” [34] with little experience in the adolescent subpopulation have been proposed.

The following tools for assessing the degree of risk of SB, duration, type of SI, motivation and "readiness for a change" (acceptance of help) are really useful: STOPS FIRE (Suicidal ideation, Types, Onset, Place / location, Severity of damage, Intensity of self-injury urges, Repetition, Episodic Frequency) [20] and SOARS (Suicidal ideation, Onset, frequency, and methods, Aftercare, Reasons, Stage of change), Severity of damage, Intensity of self-injury urges, Repetition, Episodic Frequency) [5].

Suicide Attempt Self-Injury Interview, Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview, FASM are the most used questionnaires about NSSI and SB and their consequences for understanding common causes and potential enhancers of SH behavior.

FASM, ISAS, DSHI provide HSC form checklists for understanding the risk of "moderate" SI behavior. DSHI includes severe SI behavior like bone fractures. Taking into account the "soft" forms will increase the indicators of NSSI, as well as behavior, which is better inscribed in other nosographic units of the ICD or DSM. For example, FASM mentions hair-pulling as a form of NSSI referred to as trichotyl breaking. ABASI assesses excessive exercise and dietary restriction that do not result in skin damage, best considered in the context of an eating disorder.

Most NSSI scores do not highlight the diagnostic criteria for NSSID in the DSM-5. It is important to use structured assessments reliably [35].

Clinician-Administered Non-Suicidal Self Injury Disorder Index (CANDI), Alexian Brothers Assessment of Self-Injury Scale (ABASI), Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale (NSSIDS) are reliable and reliable indicators of self-assessment of NSSI symptoms [36].

CANDI: dichotomous “yes / no” assessment of NSSID criteria for doctors, and subsequent questions determine the frequency, duration, intensity, function and deterioration of NSSI according to the Likert scale (a scale of judgments in the range “strongly agree” - “strongly disagree”); reliable in assessing the prevalence of NSSID in adolescents [22].

ABASI covers NSSI A-F criteria in self-assessing 21 NSSID ranging from fights to food

ПАВ?». Значительная часть обследуемых с СХ соответствует критериям А-D, но не Е. Люди с нСХ могут не одобрять дистресс по сравнению с нСХр с учётом эффективности поведения в краткосрочной перспективе.

Намеренность СХ – проясняют не все опросники (Ottawa Self-Injury Inventory, OSI), но понятно по умолчанию: ответ «да» не касается случайных травм.

Частота и длительность нСХ: количество эпизодов нСХ (например, SITBI). Задан вопрос о длительности нСХ (например, Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool, NSSI-AT) согласно критериям нСХр. Другие оценки избегают вопросов о конкретном количестве эпизодов или дней, и просят участников или интервьюеров оценить частоту поведения по шкале Ликерта по частоте и интенсивности (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K-SADS).

Функции нСХ оценены рядом шкал [37].

FASM охватывает 23 функции, включая межличностные и внутриличностные мотивации, ISAS – 13, SITBI – несколько. Некоторые только спрашивают о частоте нСХ с конкретной функцией (FASM, SITBI), другие полагаются на самоидентификацию конкретных функций (ISAS). Отечественная шкала причин СХ поведения [33] включает стратегии: «Восстановление контроля над эмоциями» и «Избавление от напряжения» (самоконтроля), «Воздействие на других» и «Изменение себя, поиск нового опыта» (межличностного контроля).

Предпочтительная мера оценки.

Никакой показатель нСХ лучшим или конкретная мера использоваться повсеместно. Мера выбирает следователь, основываясь на цели исследования или исследуемых проблемах. широкий круг вопросов для оценки нСХ, включая несопоставимые базовые предположения и методы оценки, проблематичны. помнить о сильных сторонах и ограничениях любой меры. различия определении NSSI могут создавать большие различия в показателях нСХ. Мета-анализ распространённости нСХ сообщил о более высоких показателях нСХ, когда использовались контрольные списки поведения, а не открытые вопросы [38].

Уровень одобрения нСХ выше, когда участники анонимны, что относится к самоотчетам по сравнению с оценками интервьюеров. Такие проблемы ограничивают надежность и воспроизводимость исследований.

Гендерные различия в выборе метода СХ: самопорезы чаще у женщин. «Нежные» резчицы наносят многократно – привычно поверхностные порезы в ответ на «отвержение». Девы охотнее обращаются за помощью [39].

В «эпидемии самоистязаний» начала XX века мо-

restrictions; includes the phrase "hurt yourself or pain". NSSI is used to clarify the purpose of SI. Reliability of retesting and internal consistency in a large and demographically diverse sample of NSSI acute treatment programs accurately reflects NSSID.

... why stop the hunger strike just now, when it has reached – no, not even reached – its peak? ... for he felt that his art of starving was incomprehensible, and his ability to do so was limitless. *F. Kafka "A Hunger Artist"*.

NSSIDS - 16-questions self-report; assessment of NSSID criteria on the Likert scale, but not indirectly harmful behaviors such as self-restriction of food. Includes questions like "Does SI cause stress?" (criterion F); "How often do you participate in SI under the influence of surfactants?" A significant proportion of subjects with SI meet criteria A-D, but not E. People with NSSID may not approve of distress compared to SSI, given the effectiveness of the behavior in the short term.

The intention of the SI – not all questionnaires (Ottawa Self-Injury Inventory, OSI) clarify, but it is clear by default: the answer "yes" does not apply to accidental injuries.

NSSI frequency and duration: number of NSSI episodes (e.g. SITBI). The question was asked about the duration of the NSSI (for example, Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool, NSSI-AT) according to the NSSID criteria. Other ratings avoid asking about a specific number of episodes or days, and ask participants or interviewers to rate the frequency of behavior on a Likert scale for frequency and intensity (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K-SADS).

The NSSI functions were evaluated on a number of scales [37].

FASM covers 23 functions, including interpersonal and intrapersonal motivations, ISAS covers 13, and SITBI covers several questions. Some only ask about the frequency of NSSI with a specific function (FASM, SITBI), others rely on specific function of self-identification (ISAS). The national scale of the causes of SI behavior [33] includes strategies: "Restoring control over emotions" and "Getting rid of stress" (self-control), "Influencing others" and "Changing oneself, seeking new experience" (interpersonal control).

The preferred measure of assessment.

There is no NSSI score that is considered best, nor there is a specific measure used universally. The measure is chosen by the investigator, based on the purpose of the study or the problems being investigated. a wide range of aspects for assessing NSSI, including disparate underlying assumptions and assessment methods, are problematic. Be aware of the

лодые женщины кололись острыми предметами и прозваны «девочками-иголками» (needle-girl) [цит. по 40].

Созвучно:

Есть прозвище тебе – любовно и надолго:

В компании своей ты – «девочка-иголка».

А. Новиков «Девочка-иголка»

В больничной отечественной выборке подростков 13-15 лет, соответствующих критериям нСХр, 90% дев [41].

Группы риска.

Показаны различия в частоте, формах, функциях и последствиях нСХ в клинических и неклинических выборках подростков. Типология нСХ способствует развитию дифференцированных клинической оценки и лечения.

Половина (47%) подростков сообщила об 1-2 эпизодах, чаще самопорезов (45%) [42], но некоторые отличаются диспропорционально высокими показателями нСХ.

Выделены количественно и качественно различные группы молодых с нСХ: 1) «женская», с выбором одного метода нСХ, умеренно частыми (≤ 11 эпизодов в течение жизни) с малым ущербом телу; 2) «мужская», используют 2-3 способа самоизбиения с лёгкими травмами; частота нСХ ниже (2-10 эпизодов в течение жизни); 3) «женская», использует $>$ трёх методов СХ с тяжёлым повреждением тканей при частых эпизодах [43].

Показана неоднородность группы нСХ молодых вне связи с психиатрическим диагнозом, как ПРЛ [44].

Первая подгруппа включает «экспериментаторов» с наименьшим количеством нСХ и мало выраженными психическими симптомами. Вторая группа более раннего начала и частых нСХ. Третья группа характеризуется выраженной тревогой, различными методами нСХ, объяснимые внутриличностными и межличностными причинами. В четвёртой преимущественно самопорезы наедине, указывая преобладание внутриличностных причин нСХ, более продуманных и взвешенных.

К группам риска нСХ отнесены представители сексменьшинств, воспитанники интернатов, правонарушители [33]. Например, подростки LGBTQIA+ вдвое чаще наносят СХ, обычно в ответ на издевательства и дискриминацию [45], в гомофобной среде, с издевательствами, не оспариваемыми учителями, удаление учителями плакатов групп поддержки лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов. Молодые геи могут не обращаться за помощью из-за опасений по поводу раскрытия сексуальности и возможных гомофобных реакций профессионалов и из-за ущерба личного и общественного образа [46]. Эта подгруппа молодых ещё более уязвима, испытывая сложную стигму из-за проблем психического здоровья.

strengths and limitations of any measure. Differences in NSSI determination can create large differences in NSSI scores. A meta-analysis of the prevalence of NSSI reported higher rates of NSSI when behavior checklists were used rather than open-ended questions [38].

The NSSI approval rate is higher when participants are anonymous, which refers to self-reports compared to interviewers' ratings. Such problems limit the reliability and reproducibility of studies.

Gender differences in the choice of the SI method include self-cuts are more common in women. "Gentle" cutters inflict multiple times – usually superficial cuts in response to "rejection". Females are more willing to ask for help [39].

In the "epidemic of self-torture" of the early 20th century, young women pierced themselves with sharp objects and were called "needle-girls" [cit. by 40].

In a domestic hospital sample of adolescents 13-15 years old, who meet the criteria of NSSID, 90% are females [41].

At-risk groups.

Differences in the frequency, forms, functions and consequences of NSSI in clinical and non-clinical samples of adolescents are shown. The NSSI typology promotes the development of differentiated clinical assessment and treatment.

Half (47%) of adolescents reported 1-2 episodes, more often self-cuts (45%) [42], but some have disproportionately high levels of NSSI.

Quantitatively and qualitatively different groups of young people with NSSI were identified: 1) "female", with the choice of one NSSI method, moderately frequent (≤ 11 episodes during a lifetime) with little damage to the body; 2) "male", use 2-3 methods of self-beating with minor injuries; the frequency of NSSI is lower (2-10 episodes during a lifetime); 3) "female", uses $>$ three methods of SI with severe tissue damage with frequent episodes [43].

The heterogeneity of the group of NSSI of young people has been shown without regard to a psychiatric diagnosis, such as BPD [44].

The first group includes "experimenters" who do NSSI least often and whose mental symptoms are less pronounced. The second group consists of those who started NSSI early and do it frequently. The third group is characterized by pronounced anxiety, and their various methods of NSSI are explained by intrapersonal and interpersonal reasons. In the fourth group there are individuals who tend to do self-cuts, predominantly alone, indicating the prevalence of intrapersonal causes of NSSI that are more thoughtful and balanced.

Risk groups for NSSI also encompass rep-

Н. направили на репаративную терапию до окончания 9 класса. «Мне было стыдно от того, что родителям рассказали об этом». В семье Н. не принято обсуждать деликатные темы. Психолог рекомендовал порнографию и носить на запястье резинку: вызывая боль, приучить мозг к тому, что «это – плохо». Н. дошёл до ожогов кипятком и самопорезов. Стал зависимым от боли, считая её избавлением, решением проблем. В итоге выпил моющее средство и госпитализирован. «Подталкивать человека, который и так себя ненавидит, к себе физической боли – как пьяного посадить за руль», – вспоминает Н. в 28 лет опыт лечения. *Из сообщений СМИ*

Молодёжь ЛГБТК (К – «квиры») – и в группе риска СП.

Онлайн опрос пользователей социальных сетей для LGBTQ молодёжи показал, что большая часть выявляющих СП не ищут помощи: 73% мужчин-геев, 33 и 43% бисексуальных мужчин и женщин соответственно, 14% лесбиянок, 41% квириков при раздумьях или перед попыткой суицида. Среди ищущих поддержки – чаще обращение к другу. Семейная поддержка связана со снижением риска СП [47].

Подростки с СХ сообщают о более высоких уровнях виктимизации сверстников и идентификации с уходящей субкультурой гóтов¹ [7, 48, 49].

В группе риска австралийские аборигены 15-24 лет, совершающие впятеро чаще самоповреждения, чем некоренные жители или представители малых народов Севера и Дальнего Востока [50].

Опасность самоубийства после СХ выше у американских индейцев и аборигенов Аляски, чем испаноязычных белых пациентов и для пациентов с СХ [51].

нСХ актуальны в судебной экспертизе – в сфабрикованных преступлениях на сексуальной почве, похищениях и нападениях. Обычны множество неглубоких царапин, порезов в зонах, легко доступных доминирующей руке жертвы, но особо чувствительные участки кожи свободны, одежда цела [32].

Распространённость нСХ высока среди преступных групп населения, преимущественно мужчин. Возраст наносящих СХ в отечественных пенитенциарных учреждениях старше 14 лет, согласно наступлению уголовной ответственности с преобладанием юношей, как и в контингенте в целом. нСХ с особенностями как заглывание «якорей» (проволоки) с ведущим местом самопорезов. «Мастырки» – по опыту старших сидельцев. Показательны групповые протестные нСХ, привлекающие внимание СМИ и правозащитников.

... Пять несовершеннолетних воспитанников колонии порезали себе предплечья в отместку нелюбимому воспитателю.

representatives of sexual minorities, inmates of boarding schools, and felons [33].

For example, LGBTIQ adolescents are twice as likely to apply SI, usually in response to bullying and discrimination [45], being in a homophobic environment, with bullying not fought against by teachers, with teachers removing posters of lesbian, gay, bisexual, transgender support groups. Young gays may be reluctant to seek help because of concerns about sexuality and potential homophobic responses from professionals, and because of damage to their personal and social image [46]. This subgroup of young people is even more vulnerable to the difficult stigma associated with mental health problems.

N. was sent for reparative therapy until the end of grade 9. "I was ashamed that my parents were told about this." It is not typical to discuss sensitive topics in the N.'s family. The psychologist recommended watching pornography and wearing an elastic band on the wrist at the same time: through pain the brain can get accustomed to the fact that "this is bad". Later N. moved on to burns with boiling water and self-cuts. He became addicted to pain, considering it liberation, a solution to problems. As a result, he drank the detergent and was hospitalized. "Pushing a person who already hates himself to physical pain is like putting a drunk behind the wheel," N. recalls experience in treatment after turning 28. *From media reports*

LGBTQ youth (Q stands for "queer") are also in the risk group of SB.

An online survey of social media users for LGBTQ youth showed that most of those reported SB do not seek help: 73% of gay men, 33 and 43% of bisexual men and women, respectively, 14% of lesbians, 41% of queers when thinking or before attempting suicide ... Among those seeking support, it is more common to turn to a friend. Family support is associated with a reduction in the risk of SB [47].

Adolescents with SI report higher levels of peer victimization and identification with the outgoing Goth subculture [7, 48, 49].

Australian aborigines aged 15-24 are also in the risk group, committing self-harm five times more often than non-indigenous people or representatives of small peoples of the North and the Far East [50].

The risk of suicide after SI is higher for American Indians and Alaska Aborigines than for non-Hispanic white patients and for patients with SI [51].

NSSI is relevant in forensic science – in fabricated sex crimes, kidnapping and assault. Many shallow scratches and cuts are common in areas easily accessible to the victim's dominant hand, but especially sensitive areas of the skin

¹ Отнесение гóтов к группе риска СХ и СП, возможно, навязано СМИ обществу через стереотип. Обычно любое понимающее сообщество несёт антисуицидальный потенциал.

... Шестеро 17-летних заключённых нанесли себе поверхностные порезы живота и подреберья заточенной металлической пластиной. У них легкие травмы, пятеро выписаны из санчасти. *Из сообщения СМИ.*

В учреждениях социальной защиты молодёжи и ювенальной юстиции частота в течение жизни единичных и повторных случаев нСХ 22 и 18%, соответственно, большинство (86%) страдает психическими расстройствами (депрессивными расстройствами, расстройствами поведения и зависимостью от ПАВ у обоих полов), то есть выше, чем у сверстников в населении в целом. Юноши в особой группе риска СП [52].

... В воспитательной колонии девять подростков порезали себя после запрета на курение; госпитализации не потребовалось. Уполномоченный при президенте РФ по правам ребенка усмотрела в случившемся влияние криминальной субкультуры УФСИН расценивает самопорезы как демонстративно-шантажные *(из сообщения СМИ).*

нСХ с умыслом уклонения от военной службы или работы. У заключённых – для отлынивания от тяжкой работы (работы как таковой вора в законе)¹ или форма протеста, возможно, с тяжёлыми медицинскими последствиями.

Купцов ... медленно встал на колени около пня. Положил левую руку на желтый, шершавый, мерцающий срез. Затем взмахнул топором и опустил его до последнего стука. – Наконец, – сказал он, истекая кровью, – вот теперь – хорошо ... *С. Довлатов «Зона»*

Членовредительство с целью уклонения от работы, попрошайничества.

... блатари все – симулянты и агграванты, с вечными «мостырками» трофических язв на голених и бедрах, с лёгкими, но впечатляющими резаными ранами живота. *В. Шаламов «Красный крест»*

«Самым распространённым (и верным...) средством было вдеть нитку в иголку, вывозить, выпачкать нитку в грязи, в самой настоящей, болотной, в грязном песке, в грязной луже, и затем иголку с ниткой пропустить под кожей руки или ноги. И в результате – гнойное воспаление, абсцесс, флегмона ... Но начальство допытывается у врача, не "мастырка" ли это. Цит. *Е. Шмараева «Зеки в белых халатах»*

Традиция воров в законе может быть передана молодым «отморозкам», отвергнувшим иные. «Зашитый рот» – брутальный знак отказа от сотрудничества на следствии, стал символом цензуры и поэтическим посланием:

«Зашей мне глаза – увижу тебя...». *Р. Рильке; песня рок-группы «Джизус»*

Членовредительство с целью уклонения от военной службы. Самые простодушные, но ловкие (из винтовки) простреливали левые ладони с печальными последствиями при разоблачении.

are free, and the clothing is intact [32].

The prevalence of NSSI is high among criminal groups of the population, mainly men. The age of those doing SI in domestic penitentiary institutions is over 14 as the onset of criminal responsibility starts, young men prevail in this group as in the contingent as a whole. For them the following NSSI forms are typical: swallowing "anchors" (wires), leading self-cut spots, "self-made devices" and ways of simulation based on the experience of older inmates. The group protesting NSSI that attracts attention of the media and human rights defenders are indicative.

... Five juvenile inmates of the colony cut their firearms in revenge to their unloved teacher.

... Six 17-year-old prisoners inflicted superficial cuts on their abdomen and hypochondria with a sharpened metal plate. Their injuries are minor, five were discharged from the medical unit. *From a media report.*

In institutions for the social protection of youth and juvenile justice, the during life frequency of single and repeated cases of NSSI is 22 and 18%, respectively, the majority (86%) suffer from mental disorders (depressive disorders, behavioral disorders and addiction of both sexes to psychoactive substances), which is higher than that of their peers in the general population. Young males are in a special risk group for SB [52].

... In the educational colony, nine teenagers cut themselves after the ban on smoking; hospitalization was not required. The Commissioner for the Rights of the Child under the President of the Russian Federation saw the influence of the criminal subculture of the Federal Penitentiary Service in the incident and regards the self-cutting as demonstratively blackmailing *(from a media report).*

NSSI with the intent to evade military service or work. Prisoners can injure themselves to avoid hard work (work as such for a thief in law) or as a form of protest, possibly with serious medical consequences.

Kuptzov ... slowly knelt by the stump. He put his left hand on the yellow, rough, shimmering cut. Then he swung the ax and lowered it to the last knock. – Finally, - he said, bleeding, - now is good ... *S. Dovlatov "The Zone"*

Self-injury with the purpose of evading work, begging.

... all thieves are simulators and aggravants, with always fake "wounds" of trophic ulcers on the legs and thighs, with light but impressive cut wounds in the abdomen. *V. Shalamov "The Red Cross"*

“The most common (and true ...) means was to put a thread in a needle, take it out, stain the thread in the mud, in the real, swamp, in the dirty

¹Мастырка (криминальный жаргон). Ну, а если не помогают мастырки, на крест не берут, права твои и так урезанные до не могу, ушемили в конец, жизни нет и счастья нет, то можно и покоцаться (вскрыть вены). *В. Борода «Зазаборный роман: записки пассажира»*

...Высшей мерой наградил его трибунал за самострел...
В. Высоцкий «Все ушли на фронт»

СП связано с низким образованием к 16 годам и отсутствием образования, работы к 19 лет [53], но у учащихся по полной программе вероятнее СХ, прежде всего справляясь с тревогой [54].

В зоне риска старшие (≥ 15 лет) подростки, не учащиеся и не работающие (Not in Employment, Education or Training, или NEET категория) и обычно не ищущие иной доли, составляют $\geq 15\%$ возрастной выборки, особо в рецессивных городках и селян.

Мне 17 лет. Я нигде не учусь и не работаю. Сажу дома с 9-летним братиком уже второй год. Он не ходит в школу, потому что сильно отстаёт в развитии, и я вынуждена с ним нянчиться. Мама содержит семью. Я с нею говорила, она ни в какую: если она будет сидеть дома, некому будет зарабатывать. Я устала от всего этого. Пыталась записаться на онлайн-курсы в интернете, не получилось. Не могу найти что-то для себя. Хочу работать консультантом в магазине, но у меня нет среднего образования. Иногда кажется, так и буду вечно с братом сидеть. И превращусь в овощ. Это замкнутый круг. И я не знаю, как выйти из него. *Огонек, 2018; № 11:16*

Каждый пятый в отечественной выборке подростков с нСХ – NEET [55].

Выводы.

нСХ – актуальная междисциплинарная проблема общественного здравоохранения особо в группе подростков. Россия – не исключение в свете ряда обстоятельств [31, 55, 56].

Каждый четвёртый-третий подросток \geq раза в жизни совершает нСХ, часть – неоднократно. Высока распространённость СХ и взрослых (до 5%). Речь о «вершине айсберга» в виде априори самых тяжёлых пациентов, прошедших фильтр медицинских и/или психиатрических служб.

Определения нСХ влияют на уровни их распространённости. Расхождения в оценках распространённости нСХ подчеркивают важность согласованных определений, соответствующих концептуально и клинически значимому поведению. Например, незначительные (то есть вызывающие слабую боль и / или временный вред; ковыряние струпа) и умеренные нСХ, по видимому, качественно различны. Умеренный нСХ связано с большей психопатологией, психиатрическими госпитализациями, СП [57].

У большинства подростков с нСХ не отмечено выраженной психопатологии, но все нуждаются в психиатрическом обследовании, включающем скрининг СП и факторов риска.

Характер возникновения и этапность развития нСХ соответствуют закономерностям формирования патологических привычных действий и их возможной трансформации в психопатологические синдромы [41].

sand, in a dirty puddle, and then pass the needle and thread under the skin of an arm or leg. And as a result you will get purulent inflammation, abscess, phlegmon ... But the authorities keep asking the doctor if this is not fake. *Cit. E. Shmaraeva "The Convicts in white wardrobes".*

The tradition of thieves in law can be passed on to young "thugs" who rejected other traditions. The "sewn mouth" is a brutal sign of refusal to cooperate during the investigation, has become a symbol of censorship and a poetic message:

"Sew up my eyes and I will see you ...". R. Rilke; song of the rock group "Dzhizus"

Self-harm for the purpose of evading military service. The most simple-minded, but dexterous (from a rifle) shot through the left palms with sad consequences when exposed.

... He was awarded the highest measure by the tribunal for a cross-fire ... *V. Vysotsky. "Everyone went to the forefront."*

SB is associated with low education before the age of 16 and a lack of education and work before the age of 19 [53], but for full time students SI is more likely to primarily cope with anxiety [54].

Older (≥ 15 years old) adolescents who are not studying or working (Not in Employment, Education or Training, or NEET category) and not looking for a change are at special risk and usually make up $\geq 15\%$ of the age sample, especially in recessive towns and villages.

I'm 17 years old. I do not study or work anywhere. I have been sitting at home with my 9-year-old brother for the second year. He does not go to school because he is delayed in development, and I have to babysit him. Mom supports the family. I spoke to her, she would not agree in any way: if she stays at home, there will be no one to earn money. I'm tired of all this. I tried to sign up for online courses on the Internet, but it didn't work. I can't find something for myself. I want to work as a consultant in a store, but I have no secondary education. Sometimes it seems that I will sit with my brother forever. And turn into a vegetable. It's a vicious circle. And I don't know how to get out of it. *Ogonyok, 2018; No. 11:16*

Every fifth in the domestic sample of adolescents with NSSI is NEET [55].

Conclusions.

NSSI is an urgent interdisciplinary public health problem especially in the group of adolescents. Russia is no exception in the light of a number of circumstances [31, 55, 56].

Every fourth or third adolescent performs NSSI at least once in their life, some do that more than once. SI has high prevalence among adults as well (up to 5%). We are talking about the "tip of the iceberg" in the form of a priori the most severe patients who have passed the filter of medical and / or psychiatric services.

NSSI definitions affect their prevalence

У нСХ характер психологической защиты (само-наказание, перенесение агрессии на себя) и стратегии совладания (самолечение). Саморегулирующий смысл нСХ с этологическими прообразами социального и индивидуального поведения определяет тенденцию генерализации и универсального ответа на неспецифический стресс.

Признание нСХр независимой диагностической категорией в DSM при согласованном определении нСХ и его границ облегчили сравнение исследований и катализируют изучение клинически значимого нСХр. Признание нСХр помимо уточнённых оценок распространённости, позволит крупные эпидемиологические исследования более однородных выборок.

У нСХ подростков гендерные различия: чаще у дев.

Тренд роста распространённости СХ (видим «вершину айсберга» в виде самых тяжелых пациентов, прошедших фильтр медицинских и/или психиатрических служб) поднимает вопросы доступности и эффективности поддержки подростков и их семей. Поведенческие, а не структурно-функциональные барьеры служб служат важнейшими причинами колебаний и уклонения от профессиональной помощи [50] – фактор риска неблагоприятных исходов. В широком понимании, отказ от необходимого лечения – проявление хронического суицида.

нСХ могут быть частью СП и сочетаться с ним, представлять относительно самостоятельное поведение вне суицидального контекста. Важнейшими взаимопересекающимися факторами риска нСХ и СП показаны генетическая уязвимость и психиатрические, психологические, семейные, социальные и культурные факторы, межличностные стрессоры, нейробиологический фон, эмоциональная дисрегуляция.

Концептуальная неясность, отсутствие единообразной номенклатуры и стандартизированных методов оценки смыло границы СП и нСХ. Диапазон СП ограничивался попытками самоубийства и самоубийством без различий потенциально суицидоопасных типов СХ поведения. Наибольшие подвижки в классификации СП в выделении частичного или «ненулевого» («нонzero») намерения умереть как достаточный и необходимый критерий, установленный или выведенный из смертельного СХ или его обстоятельств, что важно для построения международно признанной диагностической и классификационной системы СХ.

Биопсихосоциальный подход гуманизировал модели поведения и определил группы лиц с психическими особенностями и относительно здоровых. Склонные к СХ перестают быть носителями стигмы со стороны медицинского сообщества и общества.

Discrepancies in estimates of the prevalence of NSSI emphasize the importance of the definitions consistent with conceptually and clinically relevant behaviors. For example, minor (i.e., causing mild pain and / or temporary harm; scab picking) and moderate NSSI appear to be qualitatively different. Moderate NSSI is associated with greater psychopathology, psychiatric hospitalizations, SB [57].

Most adolescents with NSSI do not have severe psychopathology, but all require psychiatric examination, including screening for SB and risk factors.

The nature of the occurrence and the stages of development of NSSI correspond with the patterns of formation of pathological habitual actions and their possible transformation into psychopathological syndromes [41].

NSSI has the nature of psychological defense (self-punishment, transfer of aggression to oneself) and coping strategies (self-treatment). The self-regulating meaning of NSSI with ethological prototypes of social and individual behavior determines the tendency of generalization and a universal response to nonspecific stress.

Recognition of NSSID as an independent diagnostic category in the DSM with consistent definition of NSSID and its boundaries has facilitated comparison of studies and catalyzes the study of clinically significant SI. The recognition of NSSID, in addition to refined estimates of prevalence, will allow large epidemiological studies of more homogeneous samples.

There are gender differences in adolescent NSSI: more often it is committed by females.

The upward trend in the prevalence of SI (we see the “tip of the iceberg” in the form of the most difficult patients who have passed the filter of medical and / or psychiatric services) raises questions about the availability and effectiveness of support for adolescents and their families. Behavioral rather than structural and functional barriers of services are the most important reasons for hesitation and evasion of professional care [50] – a risk factor for adverse outcomes. In the broader sense, refusal of the necessary treatment is a manifestation of chronic suicide.

NSSI can be part of the SB and be combined with it, however it can represent a relatively independent behavior outside the suicidal context. Genetic vulnerability and psychiatric, psychological, family, social and cultural factors, interpersonal stressors, neurobiological background, and emotional dysregulation are shown to be the most important mutually intersecting risk factors for NSSI and SB.

Conceptual ambiguity, lack of a uniform nomenclature and standardized assessment me-

Предварительное признание нСХр способствует развитию целевого индивидуализированного лечения. При связи нСХр и СП, верная оценка состояния и индивидуализированное биопсихосоциальное лечение и профилактика нСХ может снизить бремя СП.

Будущие исследования укажут различия и контексты подростков, выбирающих разные формы нСХ и СП, детализируют один или набор необходимых и достаточных факторов прогноза нСХ или попыток самоубийств [28, 58, 59], с вниманием к защитным (антисуицидальным) факторам, их ресурсам и возможностям активизации. Так, человек способен использовать социальную поддержку, механизмы интрапсихической защиты и внешние механизмы совладания и тем самым снизить возбуждение до непатогенного уровня [60].

Пока нет убедительного объяснения выбора подростками СХ поведения для регуляции эмоциональных / познавательных переживаний и социальных отношений. Несколько процессов влияют на использование СХ как средства обслуживания указанных функций [7].

Внедрение идей и интеграция результатов в разрозненных областях приведёт к пониманию СХ подростков. Исследования сосредоточены на сходствах и различиях суицидальных попыток и нСХ. Их схожесть в том, что оба являются типами преднамеренного СХ. Особо ценно исследование совершающих определенные виды косвенного СХ (с расстройством пищевого поведения) и выбирающие прямые нСХ.

Предстоит унифицировать концептуализацию нСХ со стандартизированными оценками, чтобы облегчить сравнения и достичь последовательных результатов.

Неясно, существует ли причинно-следственная связь между социальными факторами риска (издевательства и трудности в борьбе с социальными стрессорами) и СХ. Желательно объединить подходы эпидемиологического и продольного исследований с нейробиологическими маркерами.

Плодотворен для понимания природы и смысла нСХ целостный клинико-психопатологический подход (многомерная оценка) с учётом динамики поведенческого синдрома в фило-онтогенетическом и социокультуральном дискурсах.

Необходимы длительные (≥ 12 месяцев) исследования факторов риска нСХ. Исследования факторов риска нСХ в течение коротких периодов наблюдения могут дать важную информацию. Например, эмоциональная дисрегуляция второстепенный предиктор нСХ год спустя, но сильный в течение следующего месяца.

Категории факторов риска часто ограничены несколькими случаями прогнозирования (около четырёх) и взяты из ещё меньшего числа уникальных выборок

thods washed away the boundaries of SB and NSSI. The range of SB was limited to suicide attempts and suicide itself without distinction of potentially suicidal types of SI behavior. The greatest advances in the classification of SB can be seen in terms of indicating partial or "non-zero" ("nonzero") intention to die as a sufficient and necessary criterion established or derived from fatal SI or its circumstances, which is important for building an internationally recognized diagnostic and classification system of SI.

The biopsychosocial approach humanized behavior patterns and identified groups of people with mental characteristics and relatively healthy people. Those inclined to SI are no longer stigmatized by the medical community and society.

The prior recognition of NSSID contributes to the development of targeted individualized treatment. When NSSID is connected to SB, correct assessment of the condition and individualized biopsychosocial treatment and prevention of NSSI can reduce the burden of SB.

Future research will study the differences and contexts of adolescents choosing different forms of NSSI and SB, detail the set of necessary and sufficient factors for predicting NSSI or suicide attempts [28, 58, 59], pay attention to protective (anti-suicidal) factors, their resources and actualization opportunities. For example, a person is able to use social support, intrapsychic defense mechanisms and external coping mechanisms and thereby reduce arousal to a non-pathogenic level [60].

So far, there is no convincing explanation for adolescents' choice of SI behavior to regulate emotional/cognitive experiences and social relations. Several processes affect the use of SI as a means of servicing these functions [7].

Implementation of ideas and integration of results in disconnected areas will lead to understanding of adolescents SI. Research has focused on the similarities and differences between suicide attempts and NSSI. They are similar in the fact that both are types of intentional SI. The study of those who commit certain types of indirect SI (with an eating disorder) and choose direct NSSI is especially valuable.

The conceptualization of NSSI with standardized scores will need to be unified to facilitate comparisons and achieve consistent results.

It is yet unclear whether there is a causal relationship between social risk factors (bullying and difficulty coping with social stressors) and SI. It is desirable to combine epidemiological and longitudinal research approaches with neurobiological markers.

A holistic clinical and psychopathological

(около трех). Неясно, оценки точно ли отражают силу факторов риска по различным категориям. Для лучшей оценки величин факторов риска требуется больше повторного поиска факторов риска нСХ.

Мета-анализы (например, [28]) анализировали факторы риска с минимальным изучением взаимодействий, слишком своеобразных. Комбинации определённых факторов риска нСХ могут увеличить их совокупную величину и улучшить прогнозирующую способность. В будущем рассмотрят вопрос о факторах, объединяющихся и сочетающихся (например, аддитивность, взаимодействие) для улучшения прогнозирования за пределами отдельных факторов риска. Крупномасштабные исследования, изучающие многогранные взаимодействия, могут оказаться особенно полезными.

Требуют изучения процессы и связи меж нСХ и СП, уточнение предупреждающих знаков и факторов риска, чувствительных и конкретных для предсказания риска. Разграничение нСХ и СП улучшит эффекты целевого лечения.

Выделение вариантов (паттернов) нСХ в спектре СХ (метод, выбор места, частота, и степень повреждения) способствует формированию однородных выборок для уточнения данных об аффинитете к нСХ отдельной нозографической единицы, предикторов прогноза в подгруппах нСХ для целевых лечебно-реабилитационных программ в зависимости от пола, в различных этнических группах.

Важно изучение динамики нСХ, особо, факторов, влияющих на регрессию СХ поведения. Уточнить нСХ младших подростков ≤ 14 лет и факторы, связанные с началом, продолжением или прекращением СХ в особо уязвимое время, чтобы программы целевой профилактики стали более возраст специфичны.

СХ функционирует главным образом как средство уменьшения авersiveных аффективных и когнитивных состояний. Каков механизм, посредством которого это происходит (например, отвлечение, высвобождение эндорфина)? Самонаказание, самокритика и самоуничтожение – сложные конструкции, важны для понимания СХ.

Предстоит оценка в различных выборках, стандартизация и улучшение психометрических свойств шкал и опросников нСХ при его согласованном определении с усилением их прогностической достоверности.

Группы подростков с нСХ (отличные по методам, паттернам и тяжести последствий) заслуживают отдельных подходов оценки и лечения. Важно дальнейшее изучение этих (возможно, других) групп, выделяемых по различным критериям нСХ, его функциям, сопутствующим психопатологическим и психосоциальным нарушениям.

approach (multidimensional assessment), that would take the dynamics of the behavioral syndrome in phylo-ontogenetic and socio-cultural discourses into account, is fruitful for understanding the nature and meaning of NSSI.

Long-term (≥ 12 months) studies of NSSI risk factors are required. Studies of NSSI risk factors over short follow-up periods can provide important information. For example, emotional dysregulation is a minor predictor of NSSI a year later, but a strong one over the next month.

Risk factor categories are often limited to a few predictive cases (about four) and are taken from an even smaller number of unique samples (about three). It is unclear whether the scores accurately reflect the strength of the risk factors across the various categories. More research for NSSI risk factors is required to better estimate the magnitudes of risk factors.

Meta-analyzes (for example, 28 analyzed risk factors with minimal study of interactions that are too peculiar. Combinations of certain NSSI risk factors can increase their aggregate magnitude and improve predictive power. In the future, they will consider the question of factors that connect and combine (for example, additivity, interactions) to improve prediction beyond individual risk factors. Large-scale studies examining multifaceted interactions can be particularly useful.

The processes and relationships between NSSI and SB, clarification of warning signs and risk factors, sensitive and specific for risk prediction, require further study. Distinguishing NSSI and SB will improve the effects of targeted treatment.

Distinguishing variants (patterns) of NSSI in the spectrum of SI (method, choice of location, frequency, and degree of damage) contributes to the formation of homogeneous samples to clarify data on the affinity to NSSI of a separate nosographic unit, predictors of prognosis in subgroups of NSSI for target treatment and rehabilitation programs according to gender, in different ethnic groups.

It is important to study the dynamics of the NSSI, especially the factors influencing the regression of the SI behavior. Clarify the NSSI of younger adolescents aged ≤ 14 and the factors associated with the onset, continuation or termination of SI at a particularly vulnerable time, so that targeted prevention programs become more age-specific.

SI functions primarily as a means of reducing aversive affective and cognitive states. What is the mechanism by which this occurs (e.g. distraction, endorphin release)? Self-punishment, self-criticism and self-deprecation are complex constructions that are important for understanding SI.

Следует ли нСХр оценивать категориально (диагноз vs нет диагноза) или дименсионально (по шкале клинической и/или функциональной тяжести) пока неясно.

Диагностические критерии нСХ стали шагом к взаимосогласованной концептуализации, но требуют уточнения для облегчения клинической оценки.

Следует оценить, являются ли все критерии одинаково значимыми клинически в клинических и неклинических выборках подростков для оценки надежности и обоснованности диагноза нСХр. Достоверность критериев DSM-5 предстоит полностью установить, и в будущем возможно повышение порога частоты нСХ критерия А. Требуется более подробное рассмотрение минимального количества типов мотиваций в критерии В, если он останется центральным в диагностике.

Нужно больше данных о мужской выборке. Необходимы исследования перекрывающихся и уникальных коррелятов с нСХр, продольные исследования факторов риска и прогноза нСХр, и взаимосвязи с диагностическими «соседями» и СП в ходе времени. Исключение несуицидального самоотравления из нСХр оставляет её в «классификационной пустыне» [11].

Самоотравления и употребление ПАВ как непрямого СХ иногда исключены из ряда нСХ, но учтены «царапины» [28].

Учитывая доказательства различий типов поведения, информативны сравнительные исследования умеренных и «незначительных», прямых и косвенных нСХ.

Неясно, где в формальной диагностической номенклатуре нСХр разместить (как вариант аддиктивного расстройства или к разрушительным, импульсным нарушениям и расстройствам поведения?), рядом с депрессивными, тревожными расстройствами, ОКР или с расстройствами развития нервной системы, как спецификатор для других расстройств (депрессивное расстройство с нСХ).

Предстоит активный поиск универсальных инструментов диагностики нСХ, предпринимаются попытки стандартизации и адаптации ранее предложенных алгоритмов. Все опросники для анализа нСХ основаны на критериях DSM-5, при этом имеют разные психометрические свойства и диагностическую чувствительность.

Из-за высокой распространённости и их последствий, нСХ следует регулярно оценивать в уязвимой группе населения, а персонал должен быть обучен распознаванию и обращению с нСХ и развитию у подростков навыков регуляции эмоций.

Интенсивное развитие проблемы самовосприятия внешнего облика стимулируется необходимостью рас-

It is necessary to assess in various samples, standardize and improve the psychometric properties of the scales and questionnaires of NSSI in its consistent determination with an increase in their predictive reliability.

Groups of adolescents with NSSI (differing in methods, patterns, and severity of outcomes) deserve separate assessment and treatment approaches. It is important to further study these (possibly other) groups, distinguished according to various criteria of NSSI, its functions, concomitant psychopathological and psychosocial disorders.

Whether NSSID should be assessed categorically (diagnosis vs no diagnosis) or dimensionally (on a scale of clinical and / or functional severity) is not yet clear.

The diagnostic criteria for NSSI were a step towards a mutually consistent conceptualization, but require refinement to facilitate clinical assessment.

It should be assessed whether all criteria are clinically equally significant in clinical and non-clinical samples of adolescents to assess the reliability and validity of the diagnosis of NSSID. The validity of the DSM-5 criteria remains to be fully established, and in the future, it is possible to increase the threshold for the frequency of NSSI criterion A. A more detailed consideration of the minimum number of types of motivations in criterion B is required if it remains central in the diagnosis.

More data is needed on the male sample. Studies of overlapping and unique correlates with NSSID, longitudinal studies of risk factors and prognosis of NSSID, as well as relationships with their diagnostic “neighbors” and SB over time are needed. The exclusion of non-suicidal self-poisoning from the NSSI leaves it in the “classification desert” [11].

Self-poisoning and the use of surfactants as an indirect SI are sometimes excluded from the NSSI, but “scratches” are taken into account [28].

Given the evidence for behavioral differences, comparative studies of moderate versus “minor”, direct versus indirect NSSI are informative.

It is unclear where to place in the formal diagnostic nomenclature of NSSID (as a variant of an addictive disorder or to destructive impulse disorders and behavioral disorders?), next to depressive, anxiety, OCD or neurodevelopmental disorders, as a qualifier for other disorders (depressive disorder with NSSI). There is an active search for universal diagnostic tools for NSSI, attempts are being made to standardize and adapt the previously proposed algorithms. All questionnaires for the analysis of NSSI are based on the DSM-5 criteria, while they have

крыть причины расстройств пищевого поведения – булимии, анорексии, вызванных искажениями образа тела; навязчивыми переживаниями собственной физической неполноценности дисморфофобического характера; чрезмерным интересом к телесным преобразованиям, в том числе хирургическим без медицинских показаний; исследовать факторы нормального неприятия своего тела или, более узко, внешнего облика и связанных с ними негативных психологических последствий, как депрессия, заниженная самооценка, трудности в социальном общении, социальная изоляция.

Каковы процессы или механизмы, посредством которых межличностные факторы (например, социальное моделирование, поддержка со стороны других) влияют на развитие и поддержание СХ?

Каким образом выводы о СХ могут послужить основой для исследований в смежных областях, как самоповреждения животных, стереотипные самоповреждения людей с ограниченными возможностями развития и косвенно вредное поведение?

Предстоит дополнительно изучить алекситимию у лиц с нСХ в связи с присутствием или отсутствием соматических расстройств.

Междисциплинарные исследования улучшат понимание, оценку и решение лечения и профилактики нСХ.

Ограничения исследований.

Показатели нСХ отличны в связи с различными кодированием и оценкой нСХ (открытые вопросы, контрольный список). Оценка продольных исследований нСХ через бинарные измерения / двоичные меры препятствует детальному пониманию динамики нСХ. Однократно нанесшие нСХ включены в неизменную «группу нСХ».

Двоичное кодирование ведёт к неверной классификации и искусственному «раздуванию» группы СХ. Постоянные измерения, напротив, помогают дифференцировать частое и нечастое вовлечение в нСХ и могут выделить факторы, увеличивающие и уменьшающие их риск.

Охвачены обычно учащиеся или в клинических группах с тяжелыми последствиями нСХ. Вне зоны активного изучения нСХ не работающие и не учащиеся, малолетние инвалиды, дети из бедных семей, беженцев, беспризорные и бездомные, сироты. Показатели распространённости нСХ опираются на самоотчёты (способствуют завышению уровней) или клинические выборки; пациентов, прошедших фильтры психиатрических или многопрофильных больниц (приводит к занижению уровней).

Стигматизация (самостигматизация) препятствует участию подростков и их близких в исследованиях.

different psychometric properties and diagnostic sensitivity. Because of its high prevalence and its consequences, NSSI should be regularly assessed in the vulnerable groups, and staff should be trained to recognize and handle NSSI and develop adolescent emotion regulation skills. The intensive development of the problem of self-perception of external appearance is stimulated by the need to reveal the causes of eating disorders – bulimia, anorexia, caused by distortions of the body image; obsessive experiences of their own physical inadequacy of a dysmorphic-phobic nature; excessive interest in bodily transformations, including surgical ones without medical indications; to investigate the factors of normal rejection of one's body or, more narrowly, external appearance and the negative psychological consequences associated with them, such as depression, low self-esteem, difficulties in social communication, social isolation. What are the processes or mechanisms by which interpersonal factors (e.g. social modeling, support from others) influence the development and maintenance of SI? How can conclusions about SI serve as a basis for research in related fields such as self-harm in animals, stereotypical self-harm in people with developmental disabilities, and indirectly harmful behavior?

It is necessary to further study alexithymia in persons with NSSI in connection with the presence or absence of somatic disorders.

Interdisciplinary research will improve understanding, assessment and decision-making for the treatment and prevention of NSSI.

Research limitations.

NSSI indexes are different due to different coding and NSSI assessment methods (opened, checklist). Evaluation of longitudinal NSSI studies is done through binary measurements / binary measures prevents detailed understanding of NSSI dynamics. Once an individual was reported to have done NSSI, they are always included in the unchanged "NSSI group".

Binary coding leads to misclassification and artificial "bloat" of the SI group. Continuous measurements, on the other hand, help differentiate between frequent and infrequent involvement in NSSI and can highlight factors that increase and decrease their risk.

Usually NSSI studies cover schoolchildren/students or clinical groups with severe consequences of NSSI. Those who do not work and are not students, young people with disabilities, children from poor families, refugees, homeless and homeless people, orphans usually fall off the active study of the NSSI. NSSI prevalence rates are based on self-reports (tend to overestimate levels) or clinical samples; patients who

Подростки ≥ 16 лет могут дать согласие на опрос, но лучше получить его и от родителей. Это создаёт потенциальный барьер вовлечения в исследование со снижением доли школьников-респондеров на 40-67% [61].

В выборках готовые обсуждать столь чувствительные темы нСХ и психического здоровья. Уровень охвата респондеров обычно не более 40-70%.

В исследованиях поиска психиатрической помощи подростками уделено особое внимание специализированным службам и недооценена роль общемедицинских служб.

Из-за различий размеров и характеристик неоднородных выборок, несогласованных критериев нСХ его распространённость в пределах 6-50%. Тренд учащения нСХ связано с расширением понимания феномена в опытных исследованиях. Последних – мало, особо согласованных с критериями нСХр DSM-5. Неясно, останется ли нСХр диагностической категорией или будет оценено дименсионально (шкалой тяжести медицинских последствий). Разнородная группа нСХр может быть частично отнесена к аддиктивному расстройству, разрушительным, импульсным нарушениям и расстройствам поведения, рубрикам депрессивных, тревожных расстройств, ОКР. Тогда нСХ становится спецификатором других (аффективных) расстройств при многомерном подходе к психопатологическим симптомам и диагностике.

Несогласованность терминов затуманивает оценку и сравнение нСХ в различных выборках. Нестандартизованное определение нСХ (спектра нСХ), строго не отделённое (возможно ли) от СП затрудняет сравнение результатов.

Большинство исследований не отличают мысли и нСХ поведение от СП. Культурный контекст гарантирует расхождения относительно понимания нСХ, так как в определении содержится указание на то, что под него попадают самоповреждения, которые не приняты в обществе или культуре.

При объединении нСХ и СП в единую категорию самоповреждения упущены важные смежные вопросы, как метод самоповреждения, медицинские последствия. Например, нСХ в виде царапин кожи, вряд ли требует медицинской помощи, в отличие от передозировки снотворных. Несуицидальные самоотравления неадекватно рассмотрены в DSM-5.

Количественные и закрытые вопросы препятствует детализации ответов. Нет оценки уровня обучения. Без процедуры случайной выборки снижена обобщаемость результатов [62].

Мало исследований социальной коммуникации / сигнальной функции СХ из-за опасений дальнейшей

passed the filters of psychiatric or general hospitals (leads to underestimation of levels).

Stigma (self-stigmatization) prevents adolescents and their loved ones from participating in research.

Adolescents aged ≥ 16 may consent to the survey, but it is best to obtain consent from their parents as well. This creates a potential barrier to involvement in research with a decrease in the proportion of schoolchildren-responders by 40-67% [61]. The samples are ready to discuss sensitive topics of NSSI and mental health. The coverage rate of responders is usually no more than 40-70%.

Research on the search for mental health care among adolescents has focused on specialized services and underestimated the role of general health services.

Due to differences in the sizes and characteristics of heterogeneous samples, inconsistent criteria for NSSI, its prevalence is within 6-50%. The trend towards an increase in NSSI is associated with the expansion of understanding of the phenomenon in experimental research. The latter are few, especially consistent with the DSM-5 NSSID criteria. It is unclear whether NSSID will remain a diagnostic category or will be assessed dimensionally (a scale of severity of medical consequences). The heterogeneous group of NSSID can be partially attributed to addictive disorder, destructive, impulse and behavioral disorders, headings of depressive, anxiety disorders, OCD. NSSI then becomes a specifier of other (affective) disorders in a multidimensional approach to psychopathological symptoms and diagnosis.

Inconsistency in terms obscures the assessment and comparison of NSSI in different samples. The non-standardized definition of NSSI (NSSI spectrum), which is not strictly separated (is it possible) from the SB, makes it difficult to compare the results.

Most studies do not distinguish thought and NSSI behavior from SB. The cultural context guarantees a discrepancy regarding the understanding of the NSSI, since the definition contains an indication that it includes self-harm that is not accepted in society or culture.

When combining NSSI and SB into a single category of self-harm, important related issues, such as a method of self-harm, and medical consequences, are overlooked. For example, NSSI in the form of skin scratches hardly requires medical attention, unlike an overdose of sleeping pills. Non-suicidal self-poisoning is inadequately addressed in the DSM-5.

Quantitative and closed-ended questions prevent detailed answers. There is no assessment of the level of education. Without a ran-

стигматизации совершающих СХ.

Мета-анализы. В мета-анализах сугубо англоязычные данные смешанной группы «подростков и молодых» 11-25 лет. Количество исследуемых в выборках от трёх (качественные анализы) до 30000. Измерение нСХ, тип выборки, возраст респондентов и тип измерения при прогнозировании (двойные или непрерывные) смягчали эти эффекты. Непрерывное измерение нСХ усиливает фактор риска нСХ.

– Мне пришлось это сделать, вот и всё. Я слегка расцарапала руку, вот и всё. Врач пристально смотрела на неё и ждала сигнала, насколько глубоко можно копнуть. – Покажи, – сказала она. – Покажи руку. Сгорая со стыда, Дебора закатала рукав. – Ничего себе! – с забавным акцентом, но непринуждённо воскликнула доктор. – Шрам останется – будь здоров! – Все мои партнеры по танцам будут содрогаться от его вида. *Дж. Гринберг «Я никогда не обещаю розового сада»*

Различные типы поведения, включены в анализ, как сбор парши, самоотравление и социально санкционированные самостоятельная татуировка или пирсинг. Могут быть важные различия между видами поведения. Например, умеренные нСХ (самопорезы) связаны с более выраженной психопатологией, частыми госпитализациями и частым СП по сравнению с лёгким нСХ (растравление раны).

Некоторые СХ в контрольных списках лучше объяснены другими процессами, как выдергиванием волос (трихотилломанией), выбор кожи (расстройство выбора кожи), нанесение татуировок / пирсинга (социально санкционированное поведение), самоотравление (непрямое самоповреждение), или удары головой (стереотипное СХ, связанное с нарушениями развития).

В целом, использование различных вопросов оценки нСХ может привести к различным интерпретациям и ответам участников. Исследование факторов риска требует, чтобы интересующий результат был определен четко, обоснованно и надежно. Каждое из этих несоответствий в измерениях может ограничивать способность точно определять факторы риска.

Включение выборок с историей нСХ увеличат статистическую мощь выявления факторов риска и прогноза, более надёжные и точные оценки величины эффекта, в рамках исследований и меж ними, точнее выделить факторы, однозначно связанные с нСХ, особо при контроле предшествующей частоты эпизодов. Факторы риска для продолжающегося и начала нСХ могут отличаться. Факторы риска возникновения нСХ могут быть особо важны для выделения подверженных к нСХ и могут быть нацелены на целевую профилактику. Исследования рассмотрят большие клинические выборки без истории нСХ и предоставят больше информации о факторах, уникально связанных с «ини-

dom sampling procedure, the generalizability of results is reduced [62].

There is little research on social communication / signaling function of SI because of fears of further stigmatization of those committing SI.

Meta-analyzes. In meta-analyzes, there is purely English-language data from a mixed group of "adolescents and young people" aged 11-25 with the number of subjects in samples ranging from three (qualitative analyzes) to 30,000. Measurement of the NSSI, the type of sample, the age of the respondents and the type of measurement in forecasting (double or continuous) mitigated these effects. Continuous measurement of NSSI increases the risk factor for NSSI.

- I had to do it, that's all. I scratched my hand a little, that's all. The doctor looked at her intently and waited for the signal how deep to dig. "Show me," she said. - Show your hand. Burning with shame, Deborah rolled up her sleeve. - Wow! - exclaimed the doctor with a funny accent, but at ease. - There is going to be a scar for sure! "All my dance partners will shudder at the sight of it. *J. Greenberg "I never promised a rose garden"*.

Various types of behavior are included in the analysis like scab picking, self-poisoning, and socially sanctioned self-tattooing or piercing. There can be important differences between behaviors. For example, moderate NSSI (self-cutting) is associated with more pronounced psychopathology, frequent hospitalizations, and frequent SB compared with mild NSSI (preventing a wound from healing).

Some types of SI on checklists are better explained by other processes, such as pulling out hair (trichotillomania), skin selection (skin selection disorder), tattooing / piercing (socially sanctioned behavior), self-poisoning (indirect self-harm), or headbutting (stereotypical SI associated with developmental disorders).

In general, the use of different NSSI assessment questions may lead to different interpretations and responses from participants. Risk factor research requires that the outcome of interest is clear, reasonable and reliably defined. Each of these measurement mismatches can limit the ability to accurately identify risk factors.

The inclusion of samples with a history of NSSI will increase the statistical power of identifying risk factors and prognosis, will make more reliable and accurate estimates of the effect size, within and between studies, and will more accurately highlight the factors that are uniquely associated with NSSI, especially when controlling the previous frequency of episodes. Risk factors for ongoing and onset of NSSI may differ. Risk factors for NSSI can be particularly important for isolating those susceptible to NSSI and can be targeted at purposeful prophylaxis. The studies will look at large clinical

циацией» нСХ. Для диагностической оценки важно оценить психопатологический статус подростка и риск СП.

Подростку нелегко регулировать, выражать или понимать эмоции. Посредством нСХ подросток пытается управлять или облегчить тягостные страдания или беспокойство; отвлечься от болезненных эмоций (эмоционального опустошения) через физическую боль; почувствовать контроль над своим телом, чувствами или жизненными ситуациями; выражать внутренние ощущения вовне; сообщать о неприятных чувствах миру; быть наказанным за выявленные недостатки (см. часть II).

ВОЗ предупредила об угрозе инфодемии – переизбытка информации, точной или нет, затрудняющей поиск надёжных источников и рекомендаций. Настоящий обзор в форме повествовательного обобщения не следует трактовать как систематическое представление фактических данных.

Основные сокращения

- Обсессивно-компульсивное расстройство – ОКР
- Психоактивные вещества – ПАВ
- Пограничное расстройство личности – ПРЛ
- Посттравматическое стрессовое расстройство – ПТСР
- Самоповреждение (мысли, поведение) – СХ
- Несуицидальное самоповреждение – нСХ
- Несуицидальное самоповреждение, расстройство – нСХр
- Суицидальное поведение – СП

Литература / References:

1. Shiffman S., Stone A.A., Hufford M.R. Ecological momentary assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2008; 4: 1–32.
2. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005. 214 с. [Shustov D.I. Autoaggression, suicide and alcoholism. Moscow: Kogito-Center, 2005. 214 p.] (In Russ)
3. Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б. Основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 62–64. [Skryabin E.G., Zotov P.B. Main characteristics of intentional self-cutting in children and adolescents in Tyumen (Western Siberia). *Academic Journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 62–64.] (In Russ)
4. Мединцева Т.А. Аутоагрессивная характеристика молодых людей, желающих получить психологическую помощь. *Девьянтология.* 2018; 2 (2): 12–18. [Medentseva T.A. Autoaggressive characteristics of young people who want to receive psychological help. *Deviant Behavior (Russia).* 2018; 2 (2): 12–18.] (In Russ)
5. Westers N.J., Muehlenkamp J.J., Lau M. SOARS model: risk assessment of nonsuicidal self-injury. *Contemporary Pediatrics.* July, 2016. <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/soars-model-risk-assessment-nonsuicidal-self-injury>
6. Nock M.K., Favazza A.R. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. Nock M.K., ed. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment.* Washington, DC, US: American Psychological Association. 2009: 9–18.
7. Nock M.K. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 339–363.
8. Brausch A.M., Williams A.G., Cox E.M. Examining intent to die

samples with no history of NSSI and provide more information on factors uniquely associated with NSSI initiation. For a diagnostic assessment, it is important to assess the psychopathological status of the adolescent and the risk of SB.

It is not easy for a teenager to regulate, express, or understand emotions. Through the NSSI, the adolescent tries to manage or alleviate distress, suffering or anxiety; get distracted from painful emotions (emotional devastation) through physical pain; feel in control of their body, feelings or life situations; express inner feelings outside; communicate unpleasant feelings to the world; be punished for the deficiencies identified (see part II).

WHO has warned of the threat of infodemic – an oversupply of information, accurate or not, which makes it difficult to find reliable sources and recommendations. This narrative summary should not be interpreted as a systematic presentation of the evidence.

Main abbreviations

- Obsessive Compulsive Disorder – OCD
- Psychoactive substances – surfactants
- Borderline Personality Disorder – BPD
- Post-traumatic stress disorder – PTSD
- Self-injury, self-harm (thoughts, behavior) – SI
- Non-suicidal self-injury – NSSI
- Non-suicidal self-injury, disorder – NSSID
- Suicidal Behavior – SB

- and methods for nonsuicidal self-injury and suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 2016; 46: 737–744.
9. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J., et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health.* 2013; 52 (4): 486–492.
10. Calati R., Bensassi I., Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Res.* 2017; 251: 103–114. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.035
11. Kapur N., Cooper J., O'Connor R.C., Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry.* 2013; 202 (5): 326–328. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.116111
12. Hawton K., Cole D., O'Grady J., Osborn M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br. J. Psychiatry.* 1982; 141: 286–291. DOI: 10.1192/bjp.141.3.286
13. Andover M.S., Morris B.W., Wren A., Bruzese M.E. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012; 6 (1): 11. DOI: 10.1186/1753-2000-6-11
14. 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. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Gerasimenko V.I., Zotova E.P., Petrov I.M., Skryabin E.G., Prilensky A.B. Acetic acid among the means of suicidal actions. *Suicidology.* 2020; 11 (1): 160–181 DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-160-181 (In Russ / Engl)]
15. Glenn C.R., Lanzillo E.C., Esposito E.C., et al. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm*

- Child Psychol.* 2017; 45 (5): 971-983.
16. Klonsky E.D., Lewis S.P. *Assessment of nonsuicidal self-injury*. МК Nock, ed. *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press, 2014: 337-351.
 17. Hooley J.M., Fox K.R., Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020; 16: 101-12. DOI: 10.2147/NDT.S198806
 18. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37 (4): 725-735.
 19. Victor S.E., Klonsky E.D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2014; 34 (4): 282-297. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.03.005
 20. 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; 23 (2): 240-259. DOI: 10.3122/jabfm.2010.02.090110
 21. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015; 9: 31.
 22. Zetterqvist M., Perini I., Mayo L.M., Gustafsson P.A. Nonsuicidal self-injury disorder in adolescents: clinical utility of the diagnosis using the clinical assessment of nonsuicidal self-injury disorder index front. *Psychiatry.* 2020; 11: 8. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00008
 23. Walsh B.W., Rosen P.M. *Self Mutilation: Theory, Research and Treatment*, Guilford: NY, 1988.
 24. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 16-29. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. et al. Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals. *Suicidology.* 2018; 9 (3): 16-29.] DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29 (In Russ)
 25. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Commun Psychiatry.* 1993; 44 (2): 134-140. DOI: 10.1176/ps.44.2.13
 26. Lloyd-Richardson E.E., Perrine N., et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* 2007; 37 (8): 1183-1192. DOI: 10.1017/S003329170700027X
 27. Tang J., Ma Y., Guo Y., et al. Association of aggression and non-suicidal self-injury: A school-based sample of adolescents. *PLoS One.* 2013; 8:10. DOI: 10.1371/journal.pone.0078149
 28. Fox K.R., Franklin J.C., Ribeiro J.D., et al. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015; 42: 156-167. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.002
 29. Евсеев В.Д., Пешковская А.Г., Мацута В.В., Мандель А.И. Несуицидальные самоповреждения (NSSI) и их связь с цифровыми данными социальной сети. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 38-41. [Evseev V.D., Peshkovskaya A.G., Matsuta V.V., Mandel A.I. Non-suicidal self-harm (NSSI) and their connection with digital data of the social network. *Academic Journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 38-41.] (In Russ)
 30. Ougrin D., Tranah T., Leigh E., et al. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012; 53 (4): 337-350.
 31. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI. *Суицидология.* 2020; 11 (1): 70-83. [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.] DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83 (In Russ / Engl)
 32. 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
 33. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд; 2017. [Polskaya N.A. Psychology of self-injuring behavior. Moscow: Lenand; 2017.] (In Russ)
 34. 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. [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: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-84-97 (In Russ / Engl)
 35. Gratz K.L., Dixon-Gordon K.L., Chapman A.L., Tull M.T. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment.* 2015; 22 (5): 527-539.
 36. Victor S.E., T Davis T., Klonsky E.D. Descriptive Characteristics and Initial Psychometric Properties of the Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale. *Arch Suicide Res.* 2017; 21 (2): 265-378. DOI: 10.1080/13811118.2016.1193078
 37. Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord.* 2018; 227: 759-769. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.073
 38. 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 (3): 273-303. DOI: 10.1111/sltb.12070
 39. Pao P.-N. The syndrome of delicate self-cutting. *Br J Med Psychol.* 1969; 42 (3): 195-206. DOI: 10.1111/j.2044-834.1969.tb02071
 40. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2019; 119 (3): 108-119. [Zinchuk M. S., Avedisova A. S., Gekht A. B. Non-suicidal self-harming behavior in non-psychotic mental disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2019; 119 (3): 108-119.] (In Russ)
 41. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Феноменологический анализ несуицидальных самоповреждений у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117 (7): 10-15. [Levkovskaya O. B., Shevchenko Yu.S., Danilova L.Yu., Grachev V.V. Phenomenological analysis of non-suicidal self-harm in adolescents. *Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2017; 117 (7): 10-15.] (In Russ)
 42. Gillies D., Christou M.A., Dixon A.C., et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 57 (10): 733-741.
 43. Whitlock J.L., Muehlenkamp J., Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification of latent classes in a community population of young adults. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37: 725-735. DOI: 10.1080/15374410802359734
 44. Klonsky E.D., Olin T.M. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psychology.* 2008; 76 (1): 22-27. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.22
 45. Curtis S., Thorn P., McRoberts A., et al. Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15 (5). pii: E950.
 46. Chan M.E. Antecedents of instrumental interpersonal help-seeking: An integrative review. *Applied Psychology.* 2013; 62: 571-596.
 47. Lytle M.C., Silenzio V.M.B., Homan C.M., et al. Suicidal and Help-Seeking Behaviors Among Youth in an Online Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Questioning Social Net-

- work. *J. Homosex.* 2018; 65 (13): 1916–1933.
48. Lewis S.P., Seko Y. A double-edged sword: a review of benefits and risks of online non-suicidal self-injury activities. *J. Clin. Psychol.* 2016; 72: 249–262.
 49. Bowes L., Carnegie R., Pearson R., et al. Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: a longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2015; 2: 793–800.
 50. Любов Е.Б., Сумароков Ю.М., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России. *Суицидология.* 2015; 6 (3): 23–30. [Lyubov E.B., Sumarokov Y.A., Konoplenko E.R. Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North. *Suicidology.* 2015; 6 (3): 23–30.] (In Russ)
 51. Olsson M., Wall M., Crystal S., et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics.* 2018; 141 (4): e20173517. DOI: 10.1542/peds.2017-3517
 52. Lüdtke J., In-Albon T., Schmeck K., et al. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality. *J. Abnorm Child Psychol.* 2018; 46 (2): 343–354. DOI:10.1007/s10802-017-0291-8
 53. Mars B., Heron J., Crane C., et al. Clinical and social outcomes of adolescent self-harm: Population based birth cohort study. *BMJ.* 2014; 349: g5954.
 54. Young R., van Beinum M., Sweeting H., West P. Young people who self-harm. *Br. J. Psychiatry.* 2007; 191: 44–49.
 55. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: Спец. литература, 2017: 366. [Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidal behavior in adolescents. St. Petersburg: Special literature, 2017: 366.] (In Russ)
 56. Дарьин Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков. *Медицинский вестник Юга России.* 2019; 19 (4): 6–14. [Dar'in E.V. Non-suicidal self-harming behavior in adolescents. *Medical Bulletin of the South of Russia.* 2019; 19 (4): 6–14.] (In Russ)
 57. Hooley J.M., Franklin J.C. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of non-suicidal self-injury. *Clin Psychol Sci.* 2018; 6 (3): 428–451. DOI: 10.1177/2167702617745641
 58. 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: 187–232. DOI: 10.1037/bul0000084
 59. Huang X., Ribeiro J.D., Franklin J.C. The differences between individuals engaging in non-suicidal self-injury and suicide attempt are complex (vs. complicated or simple). *Front Psychiatry.* 2020; 11: 239. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00239
 60. Andrews G., Tennant C., Hewson D.M., Vaillant G.E. Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *J Nerv Ment Dis.* 1978; 166 (5): 307–306.
 61. Esbensen F.A., Melde C., Taylor T.J., et al. Active parental consent in school-based research: how much is enough and how do we get it? *Evaluat. Rev.* 2008; 32: 335–362.
 62. Turner B.J., Austin S.B., Chapman A.L. Treating non-suicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can. J. Psychiatry.* 2014; 59 (11): 576–585.

ADOLESCENTS NON-SUICIDAL SELF-INJURY: GENERAL AND PARTICULAR. Part III

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

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
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

The final part of the literature review reports about direct and indirect manifestations, conditional boundaries of adolescents non-suicidal self-injury in the continuum of self-harming behavior disorders, partly in older ages as well, working diagnostic criteria, rating scales. An agenda for further research is proposed and methodological limitations of the carried out researches are indicated.

Keywords: non-suicidal intentional self-harm, symptoms, diagnosis, non-suicidal self-harm syndrome, criteria

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: 11.11.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 14.12.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть III. *Суицидология.* 2021; 12 (1): 23–46. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-23-46

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part III. *Suicidology.* 2021; 12 (1): 23–46. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-23-46 (In Russ / Engl)

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ОТКЛИК КЛИНИЦИСТА НА ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

A. Vespa, I. Galynker, K.A. Chistopolskaya

Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel», г. Нью-Йорк, США
ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» Департамента Здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

CLINICIAN EMOTIONAL RESPONSE TO PATIENTS AT RISK OF SUICIDE: A REVIEW OF THE EXTANT LITERATURE

A. Vespa, I. Galynker, K.A. Chistopolskaya

Mount Sinai Beth Israel, New York, USA
Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

Информация об авторах:

Allison Vespa – педагогический психолог (магистр) (Researcher ID: AAJ-4814-2021; ORCID ID: 0000-0002-9865-7224). Место работы и должность: стажер-исследователь в Лаборатории исследования и превенции суицидов, Медицинский центр «Маунт-Синай». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, 10003, США. Электронный адрес: alv2105@gmail.com

Галынкер Игорь – врач-психиатр, кандидат медицинских наук, профессор (ORCID iD: 0000-0001-8083-9479). Место работы и должность: Директор лаборатории исследований и превенции суицидов и Центра исследования биполярного расстройства им. Ричарда и Синтии Зирински (Zirinsky), Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel». Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, 10003, USA. Электронный адрес: igalynke@gmail.com

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения №2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ. Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Information about the authors:

Allison Vespa – MA, Psychology in Education (Researcher ID: AAJ-4814-2021; ORCID ID: 0000-0002-9865-7224). Place of work and position: Research Assistant in the Suicide Research and Prevention Lab, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. E-mail: alv2105@gmail.com

Galynker Igor – MD, PhD in Psychiatry, Professor (ORCID iD: 0000-0001-8083-9479). Place of work and position: Director of the Suicide Research and Prevention Lab and the Zirinsky Center for Bipolar Disorder, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. E-mail: igalynke@gmail.com

Chistopolskaya Ksenia A. – clinical psychologist (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, 15 Lenskaya st. Email: ktchist@gmail.com

Суицид – серьёзная проблема здравоохранения, которая занимает десятую строку среди ведущих причин смерти в США и ежегодно забирает в этой стране свыше 48 тысяч жизней. Во всём мире в 2016 году ежегодное количество смертей от суицида достигло 817 тысяч, а количество суицидальных попыток во всём мире достигает 25 миллионов каждый год. Хотя такие ошеломляющие показатели побуждают учёных и клиницистов искать предикторы и создавать диагностические инструменты, наша способность определять индивидов с высоким риском суицида и предсказывать возникновение суицидальных мыслей и действий (СМД) улучшилась незначительно, как и наша способность предсказывать, когда произойдёт суицидальное поведение. Соответственно, остаётся актуальной необходимость в улучшении краткосрочной оценки и превенции СМД, а также в создании и валидации клинических инструментов в помощь этим задачам. Один из путей, которым идут попытки превенции, – это учёт ситуации в системе здравоохранения, точнее, непосредственно реакции специалистов в сфере психического здоровья. В самом деле, клиническое суждение остаётся одним из самых надёжных инструментов установления суицидального риска среди пациентов, поскольку ведущие признаки, симптомы и предшествующие события суицидального поведения всё ещё трудно определять. В этой статье мы исследуем тему клинического контрпереноса как потенциального индикатора СМД пациента: начнём с истории контрпереноса, продолжим разбирать этот феномен в психологическом ключе, исследуем разные типы контрпереноса, переживаемые клиницистами (по-

зитивный, негативный, смешанный). Мы утверждаем, что присутствие смешанного ответа может стать подсказкой для суицидального поведения пациента в будущем. В то время как исследования в этой сфере ещё только зарождаются, данные наблюдения вызывают оптимизм, поскольку дальнейшие усилия можно направить на осознание таких ответов для предотвращения самоубийств.

Ключевые слова: суицид, превенция суицида, контрперенос, клиническое суждение, психотерапевтический альянс, MARIS

Суицид – серьёзная проблема здравоохранения, которая занимает десятую строку среди ведущих причин смерти в США и ежегодно забирает в этой стране свыше 48 тыс. жизней. Более того, по предварительным оценкам, только в 2019 году 1,4 млн взрослых совершили суицидальную попытку, а 12 млн взрослых серьёзно задумывались о самоубийстве [1]. Несмотря на существование национальной цели – снижения показателей самоубийств – суициды в стране выросли на 35% за последние 20 лет: с 10,5 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 14,2 на 100 тыс. нас. в 2018 году [2]. К сожалению, последние годы не стали исключением: с 2000 по 2006 гг. прирост составил 1%, с 2006 по 2016 гг. – 2% и в 2017 г. – 4,9% [3]. Кроме того, предполагается, что чуть меньше 10 млн американцев задумываются о самоубийстве каждый год, и 1,3 млн каждый год пытаются покончить с собой [4]. Вызывает опасения, что эти показатели занижены, учитывая стигму суицида и проистекающее из этого нежелание сообщать о суицидальном акте.

Суицид вызывает беспокойство не только в США, но представляет серьёзную проблему по всему миру. В самом деле, ВОЗ назвал её критическим вопросом здравоохранения в своём «Общем плане действий в сфере психического здоровья» [5]. Мировые ежегодные показатели смертности вследствие суицида в 2016 составили 817 тысяч человек, увеличившись с 1990 по 2016 гг. на 6,7% [6]. Суицидальных попыток в мире совершается ещё больше, их количество предположительно достигает 25 млн ежегодно [7]. Ошеломляющие показатели самоубийств в США и по всему миру побуждают учёных исследовать факторы риска, связанные с суицидальностью, а также изучать эффективность разных видов лечения и формировать программы предикции суицидального поведения [8]. Эти исследования, без сомнения, углубили наше понимание природы суицидальных мыслей и действий (СМД) и способствовали развитию множества моделей и теорий по данному вопросу. Однако наша способность определять людей с высоким риском суицида и предсказывать СМД улучшилась со временем лишь незначительно, как и наша способность предсказывать, когда произойдет суицидальное поведение [9]. Соответственно, остаётся актуальной потребность в улучшении оценки риска и превенции СМД в краткосрочной перспективе, как и формирование и валидизация клинических инстру-

Suicide is a major public health concern, representing the 10th leading cause of death and claiming the lives of over 48,000 individuals in the United States each year [1]. Moreover, estimates suggest that in 2019 alone, 1.4 million adults made a non-lethal suicide attempt and 12 million adults had serious thoughts of suicide [1]. Despite national goals to decrease the suicide rate, figures have steadily increased by 35% over the past twenty years, from 10.5 per 100,000 in 1999 to 14.2 per 100,000 in 2018 [3]. Unfortunately, recent years have been no different with rates increasing 1% between 2000-2006, 2% from 2006-2016, and 4.9% in 2017 [3]. Furthermore, it is estimated that just under 10 million Americans contemplate suicide each year, and 1.3 million attempt the act on an annual basis [4]. Alarming, these rates are likely to be conservative given the current stigma of suicide and subsequent reluctance to report such an act.

Suicide is not only a growing concern in the United States, but represents a major concern throughout the world. Indeed, it is recognized as a critical public health issue by the World Health Organization (WHO) in its Comprehensive Mental Health Action Plan [5]. Worldwide estimates of annual deaths caused by suicide were 817,000 in 2016, increasing 6.7% between 1990 and 2016 [6]. The number of global suicide attempts are even higher, reaching an estimated 25 million each year [7]. The staggering rates of suicide in the United States and across the world have prompted countless efforts by researchers to identify risk factors associated with suicidality, investigate the efficacy of treatments, and work towards accurate prediction of suicide [8]. This research has undoubtedly deepened our understanding about the nature of suicidal thoughts and behaviors (STBs) and has informed the development of many models and theories on the subject. Nevertheless, our ability to identify individuals at high risk for suicide and predict the occurrence of suicidal thoughts and behaviors (STBs) has not meaningfully improved in this timeframe, nor has our ability to predict when suicidal behaviors will occur [9]. Accordingly, there remains a need to improve our assessment and prevention of STBs in the short term, as well as de-

ментов для этих задач [10].

Воздействие на клиницистов

Один из путей, которым идут попытки превенции, – это учёт ситуации в системе здравоохранения, точнее, непосредственно реакции специалистов в сфере психического здоровья. Хотя не существует чёткого и однозначного портрета суицидента, на решение покончить с собой часто влияет ограниченное число взаимосвязанных факторов, и проблемы психического здоровья часто лежат в основе 90% случаев. Текущие данные показывают, что большинство людей, возможно, 2/3 погибших вследствие суицида ежегодно, за год до смерти контактировали с психиатрическими службами. Контакты происходят через непосредственное обращение к психиатру, по направлению от терапевта, через амбулаторную психиатрическую помощь, через отделения больниц скорой помощи или госпитализацию в психиатрическую больницу [11]. Более того, авторы обнаружили, что чаще всего с такими пациентами сталкиваются терапевты (54,0%), затем по частоте обращений идет визит к психиатру (39,8%), обращение в «скорую психиатрическую помощь» (31,1%) и госпитализация в психиатрическую больницу (21,0%). Эти данные указывают, что программы превенции суицидов лучше всего подходят для системы здравоохранения в целом и психиатрической службы в частности.

Ещё точнее, очень часто с суицидентами сталкиваются терапевты, психиатры, психологи-консультанты и другие специалисты в сфере психического здоровья. Большинство клиницистов, от 50 до 95%, работают с пациентами, высказывающими суицидальные мысли или имеющими историю суицидального поведения [12]. Опросы показывают, что как минимум половина респондентов-психиатров за свою карьеру пережили смерть пациента вследствие суицида [13]. Хотя взаимодействие с суицидальными пациентами – дело обыденное, это общение может нелегко даваться многим клиницистам. Действительно, было показано, что работа с суицидальными пациентами – главный рабочий стрессор для терапевтов, а смерть пациента вследствие самоубийства считается профессиональным риском для специалистов в сфере психического здоровья [14-16].

Смерть пациента вследствие суицида – тяжёлый удар для клинициста, потенциально рушащий его карьеру [14, 17, 18]. В то время как другие медики воспринимают смерть пациента как неприятный, но порой неизбежный исход течения болезни, специалисты в сфере психического здоровья часто переживают суицид пациента как личную неудачу [19, 20]. После суицида пациента многие клиницисты переполнены чувствами горя, вины, стыда, страха обвинений и сомнений в себе [18]. И не только смерть пациента может вы-

velop and validate clinical instruments to aid in this effort [10].

Effect on Clinicians

One avenue in which prevention efforts have focused is that of health care, specifically mental health professionals. Although there is no singular profile of a person who dies by suicide, indeed often a number of intertwined factors that result in the decision, mental illness is at the core of more than 90% of the cases. Current data suggests that a majority of people, perhaps as much as two-thirds, who die by suicide each year have had mental health care contact within the previous year prior to death, with specialized mental health services being the most common access point among those with mental health care contact. Mental health care can be accessed through direct contact, primary care referrals, ambulatory psychiatric services, emergency departments or inpatient care settings [11]. Furthermore, authors [11] found a mental health focus with a primary care physician to be the most common point of contact (54.0%), followed by an outpatient psychiatric visit (39.8%), a mental health emergency department visit (31.1%), and a mental health hospitalization (21.0%). These findings point to the fact that suicide prevention programs would be best suited and designed for the broadly-defined mental health care professional realm.

Narrowing in a bit further, the far too common nature of suicide is also reflected in the experience of therapists, psychiatrists, counselors, and other mental health professionals. The majority of mental health clinicians, estimates range from 50% to 95%, have worked with patients expressing suicidal ideation or a history of suicidal behaviors [12]. Surveys indicate that as many as half of all psychiatrists will lose a patient to suicide in their career [13]. Though interaction with suicidal individuals is commonplace, these interactions can be taxing for many clinicians. In fact, working with suicidal patients has been found to top the list of work stressors for therapists and suicide death of a patient is a recognized as an occupational hazard for mental health professionals [14-16].

The loss of a patient by suicide has a profoundly disturbing and potentially career-ending impact on clinicians [14, 17, 18]. Where other healthcare professionals experience of the death of a patient as an unfortunate, yet sometimes inevitable, consequence of an illness, mental healthcare providers often experience the suicide death of a patient as a personal therapeutic failure [19, 20]. Following the suicide death of a patient, many clinicians are flooded with responses like grief,

звать мощные эмоциональные реакции, но и сама работа с суицидальным человеком вызывает сильные чувства у клинициста. И без того трудная работа с суицидальными пациентами усложняется отсутствием надёжных инструментов оценки суицидального риска, что делает оценку и лечение суицидальности невероятно тяжёлым предприятием как для опытных, так и для молодых клиницистов. Доля суицидальных пациентов, которые действительно обращаются в систему здравоохранения и получают помощь перед актом самоубийства, свидетельствует об упущенных возможностях для целенаправленной превенции и интервенции. В этом смысле, созданные шкалы оценки суицидального риска и диагностические инструменты помогают обнаружить факторы проксимального и дистального риска, ведущие к СМД.

Модели оценки суицидального риска

Модульная оценка риска близкого суицида (Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide, MARIS) – один из диагностических инструментов, способных помочь в оценке краткосрочного суицидального риска. MARIS был сформирован на основе четырёх гипотез: что состояние пациента важно для оценки краткосрочного суицидального риска, что необходима косвенная оценка суицидального риска (не опирающаяся на раскрытие пациентом суицидальных мыслей), что традиционные факторы риска также стоит учитывать, и что эмоциональный отклик клиницистов на суицидальных пациентов несёт в себе важную информацию [21]. Соответственно, в MARIS четыре модуля, два заполняются пациентами для оценки их пресуицидального когнитивного и эмоционального состояния (Модуль 1) и для оценки их отношения к самоубийству (Модуль 2), а два оставшихся модуля заполняет клиницист, ведущий пациента, для оценки традиционных факторов риска (Модуль 3) и собственных эмоциональных откликов на пациента (Модуль 4). В целом, все четыре модуля пытаются уловить явные и скрытые измерения суицидальности, а также традиционные краткосрочные и долгосрочные факторы риска.

Собственно Модуль 4, эмоциональные отклики клиницистов на пациентов, измеряются краткой версией «Опросника терапевтического отклика – Суицидальность» (Therapist Response Questionnaire – Suicide Form, TRQ-SF; [22]) на основе оригинального Опросника TRQ [23]. Как уже говорилось, специалисты в сфере психического здоровья играют ключевую роль в превенции суицидального риска, и управление своим эмоциональным откликом на пациентов, иначе говоря, своим контрпереносом, напрямую связано с исходом лечения [24-26]. И действительно, в нескольких недавних исследованиях было показано, что эмоциональные отклики клиницистов на пациентов связаны с тяжестью

shame, guilt, fear of blame, and self-doubt [18]. Not only does the death of a patient by suicide have the potential to elicit powerful emotional reactions, it is clear that the high-stakes task of working with suicidal individuals can also elicit strong emotional reactions on the part of the clinician. The potential for clinical judgement to be influenced by the taxing nature of work with suicidal individuals, combined with the lack of reliable suicide risk assessment tools, makes both assessment of suicide risk and treatment of suicidality a monumental undertaking for experienced and inexperienced clinicians alike. The proportion of suicidal patients who do, in fact, receive mental healthcare prior to completing suicide represents a sizable missed opportunity for targeted intervention and suicide prevention. To this end, suicide risk assessment scales and diagnostic tools have been developed to uncover a set of both proximal and distal risk factors that lead to STBs.

Suicide Risk Assessment Models

The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS) is one such diagnostic tool that may aid in the assessment of short-term suicide risk. The MARIS was developed based on four premises: that state-dependent risk factors are important in characterizing short-term suicide risk, that indirect assessment of suicide risk (i.e., not relying on the disclosure of suicidal ideation) is needed, that traditional risk factors should be considered, and that clinicians' emotional response to suicidal patients is informative [21]. Consequently, the MARIS has four modules, two of which are completed by patients to assess their pre-suicidal cognitive and emotional states (Module 1) and their attitudes toward suicide (Module 2), and two of which are completed by patients' clinicians to assess traditional risk factors (Module 3) and clinicians' emotional responses towards the patient (Module 4). Overall, the four modules aim to capture both explicit and implicit dimensions of suicidality, as well as traditional short-term and long-term risk factors.

Narrowing in to Module 4, clinicians' emotional responses to their patients are measured using the abbreviated version of the Therapist Response Questionnaire – Suicide Form [22]), adapted from the original TRQ [23]. As discussed, mental health professionals play a pivotal role in suicide risk prevention, and proper management of emotional responses to patients, otherwise known as countertransference, is directly correlated with therapeutic outcome [24-26]. Indeed, clinicians' emotional responses to patients have been associated with the severity of their sui-

суицидального риска [27, 28].

На сегодняшний день три работы исследовали потенциальную полезность полной шкалы MARIS в связи с суицидальными мыслями и действиями.

Во-первых, учёные исследовали ценность многомерного инструмента для предсказания краткосрочного риска суицида и доказательств концепции [29]. В выборке 136 взрослых психиатрических пациентов MARIS предсказывал суицидальное поведение в промежутке от 4 до 8 недель после выписки из больницы надёжнее, чем стандартные инструменты для оценки суицидального риска, как, например, Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности (C-SSRS, [30]). MARIS показал высокую чувствительность и специфичность в определении риска краткосрочного суицидального поведения (OR=19,1, чувствительность 0,83, специфичность 0,79). Первичный анализ показал потенциальную полезность использования MARIS для определения пациентов с высоким риском суицидального поведения после выписки из стационара.

Во-вторых, группа учёных [21] уточнила эти выводы, определив надёжность и совокупную валидность MARIS на большей выборке психиатрических стационарных и амбулаторных пациентов (618 человек). В этой выборке Модули 1 и 4 показали высокую надёжность и были положительно связаны с СМД на протяжении жизни и за последний месяц, в то время как Модули 2 и 3 – нет. Отметим, что в этом исследовании оценивалась только связь с прошлым и текущим суицидальным риском, а предсказательная валидность не проверялась. Однако эти два исследования свидетельствуют о хороших психометрических качествах, совокупной и предсказательной валидности инструмента MARIS.

В-третьих, группа исследователей Медицинского центра Маунт-Синай, Нью-Йорк (M. Rogers, A. Vespa, S. Bloch-Elkouby, I. Galynker), повторили и уточнили результаты этих исследований, изучив отношение между MARIS и СМД спустя месяц после выписки на большой выборке психиатрических стационарных и амбулаторных пациентов. Выборка из 1039 психиатрических пациентов (278 стационарных, 661 амбулаторных) и их клиницистов (144 специалиста) заполняли в начале лечения батарею тестов, и 670 пациентов заполнили тесты спустя месяц после лечения. Общий балл MARIS предсказывал СМД спустя месяц даже после контроля СМД при обращении. Более того, Модуль 1 и шкала дистресса в Модуле 4 коррелировали с СМД спустя месяц, даже с учётом СМД при обращении. Модули 2 и 3, напротив, показали низкую внутреннюю согласованность. В целом, шкалы для пациентов и для клиницистов предсказывали СМД спустя месяц, что показывает необходимость интеграции эмоциональных

suicide risk in several recent studies [27, 28].

To date, three studies have examined the potential utility of the full MARIS in relation to suicidal thoughts and behaviors. First, Hawes and colleagues [29] examined the value of a multi-informant tool to understand short-term risk for suicide in a proof-of-concept study. Among a sample of 136 adult psychiatric patients, the MARIS was incrementally predictive of suicidal behavior in the four-to-eight week period following hospital discharge, above and beyond the standard measure for suicide risk assessment, the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS [30]). The MARIS demonstrated strong sensitivity and specificity in identifying risk of short-term suicidal behavior (OR = 19.1, sensitivity = .83, specificity = .79). This initial analysis demonstrated the potential utility of using the MARIS to identify patients at high risk for suicidal behavior post-hospital discharge. Second, R. Calati and colleagues [21] extended these findings by establishing the reliability and concurrent validity of the MARIS in a larger sample of 618 psychiatric inpatients and outpatients. In this sample, Modules 1 and 4 demonstrated strong reliability and were positively associated with lifetime and past month STBs, whereas Modules 2 and 3 were not. Notably, this study only assessed relations with retrospective and current suicide risk; the predictive validity of the MARIS was not tested. Together, however, these two studies provided evidence for the initial psychometric properties and concurrent and predictive validity of the MARIS.

Third, the research group from the Mount Sinai Medical Center, New York (M. Rogers, A. Vespa, S. Bloch-Elkouby, I. Galynker) replicated and extended these findings by examining relationships between the MARIS and suicidal thoughts and behaviors at a one-month follow-up assessment in a large sample of psychiatric inpatients and outpatients. A sample of 1039 psychiatric patients (378 inpatients, 661 outpatients) and their clinicians (N = 144) completed a battery of measures at baseline; 670 patients completed the one-month follow-up assessment. MARIS total scores predicted suicidal thoughts and behaviors at one-month follow-up, even after controlling for baseline suicidal thoughts and behaviors. Moreover, both Module 1 and the Distress subscale of Module 4 were uniquely associated with suicidal thoughts and behaviors at one-month follow-up, controlling for baseline suicidal thoughts and behaviors. Modules 2 and 3, on the other hand, exhibited poor internal consistency. Overall, both patient- and clinician-rated indices are uniquely

откликов клиницистов в оценку суицидального риска. Таким образом, краткая версия, состоящая из двух модулей (MARIS-2) является интегративным, психометрически обоснованным и клинически полезным инструментом, который можно применять в клинических условиях для оценки краткосрочного суицидального риска.

Контрперенос

Помимо MARIS, несколько других диагностических инструментов показали высокую предсказательную ценность [8]. При этом суждение клинициста остаётся одним из самых надёжных инструментов установления суицидального риска пациента, потому как признаки, симптомы и предшествующие суицидальные события в жизни пациента не всегда удаётся определить [31]. Клиницисты часто полагаются на собственное суждение, когда принимают решение о лечении, объединяя рациональные факторы, такие как собранный анамнез, и эмоциональные факторы, полученные на основе эмоционального отклика специалиста (в широком смысле, на свой контрперенос) на пациента [22]. Как указывают J. Hayes и соавторы [32], понятие эмоционального отклика клинициста, также называемого контрпереносом в психодинамическом направлении, претерпело сильное развитие с момента ввода термина в психологию З. Фрейдом на заре XX века. В действительности, термин теперь используют специалисты в когнитивно - поведенческом направлении и исследователи, которые утверждают, что он стал транстеоретическим [33-35]. З. Фрейд использовал термин для описания бессознательной и конфликтной реакции психоаналитика на перенос пациента. В изначальном, классическом понимании, контрперенос рассматривался как проблемный феномен, требующий минимизации или полного искоренения [32], чтобы клиницист мог поддерживать строгую объективность. В то время как З. Фрейд не распространялся об этом явлении подробно, его взгляд на эту тему продолжали развивать вплоть до 1950-х гг., когда возникла тоталистская концепция контрпереноса [36].

Тоталистская концепция принадлежит другой стороне спектра. В ней все реакции терапевта на пациента важны и должны быть изучены и поняты как потенциальные возможности излечения. Такая смена позиции помогла оправдать феномен и взглянуть на него не только как на негативное явление, но и как на потенциально полезное для работы и лечения. Прислушиваясь к своим внутренним реакциям, клиницисты могут достичь лучшего понимания себя и своих пациентов.

Комплиментарный и реляционный взгляды на контрперенос находятся примерно на середине спектра. Комплиментарный взгляд рассматривает эмоциональный отклик клинициста как дополнение к стилю

predictive of suicidal thoughts and behaviors at one-month follow-up, highlighting the need for of integrating clinicians' emotional responses into suicide risk assessment. A briefer, two-module version of MARIS (MARIS-2) is such an integrative, psychometrically sound, and clinically useful instrument that can be utilized in clinical settings to assess short-term suicide risk.

Countertransference

Apart from MARIS, few other diagnostic tools have demonstrated strong positive predictive value [8]. As such, clinician judgement remains one of the most relied upon tools for establishing suicide risk among patients as identifying signs, symptoms, or precipitating events are difficult to accurately distinguish [31]. Clinicians rely upon their clinical judgement greatly when making treatment decisions, synthesizing both rational factors, such as information gathered from clinical history, and emotional factors informed by the clinician's emotional responses (broadly speaking, their countertransference) to the patient [22]. As posited by Hayes et al. [32], the concept of clinician emotional response, referred to as countertransference in the psychodynamic literature, has evolved greatly since it was coined by Freud at the turn of the 20th century. In fact, the term has now been adopted by some cognitive-behavioral clinicians and researchers who argue that it has now become trans-theoretical [33-35]. Freud used the term to describe the psychoanalyst's unconscious and conflict-based reaction to the patient's transference. In this original, classical view, countertransference was viewed as a problematic phenomenon that needed to be minimized or eliminated completely [32], as the clinician maintains a strict objectivity. While Freud did not expand upon the phenomenon at length, his view on the subject persisted until the 1950s when a totalistic conception of the phenomenon emerged [36].

The totalistic perspective largely falls on the other end of the spectrum. Countertransference through this lens asserts that all of the therapist's reactions to the patient are important, and must be studied and understood as potential pathways to therapeutic health. This change in view helped to legitimize the phenomenon beyond a mere negative occurrence, as potentially beneficial to the work and treatment. By understanding their internal reactions, clinicians can gain a better understanding of both themselves and their patients.

The complementary and relational perspectives fall somewhere in the middle of the countertransference spectrum. The former views a clinician's emotional reactions as a

отношения пациента [37, 38], то есть вызванные эмоции – это подсказки к пониманию межличностного стиля пациента, и хорошо обученный психотерапевт поймёт внутренние изменения и использует их для формирования соответствующего лечения. Такая информация критически важна, так как позволяет психотерапевту понять, как пациент видит мир вокруг себя, и выбрать самый эффективный способ психотерапевтических вмешательств. Реляционный взгляд понимает контрперенос как взаимно конструируемое напряжение между клиницистом и пациентом [39]. Потребности, неразрешённые конфликты, действия обоих участников вносят вклад в то, что происходит в течение сессии [32].

Хотя термин можно понимать в рамках разных концепций, он стал широко использоваться в повседневной речи специалистов для описания эмоционального отклика клинициста на своего пациента [25, 32]. В самом деле, различия между этими определениями: классическим, тоталистским, комплиментарным и реляционным, – редко учитываются при обсуждении феномена, и даже в эмпирических исследованиях не упоминается существование множества взглядов. Вместо этого используется широкое определение, которое операционализируется посредством таких шкал как «Опросник психотерапевтического отклика» (TRQ), оценивающих широкий набор эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций на пациента [40]. Тем не менее, «широкое» определение, похоже, уходит от классической точки зрения, делая упор на потенциальной важности клинической оценки и вписывая контрперенос в контекст психотерапевтического альянса и исхода лечения. Действительно, множество исследований выявляет разные паттерны отклика клинициста на различные характеристики пациента, включая депрессию и разные формы личностной патологии [23, 41, 42]. В рамках данного обзора, термины «контрперенос» и «эмоциональный отклик клинициста» будут использоваться как равноценные и означать эмоциональную реакцию клиницистов на взаимодействие с пациентом, имеющим суицидальный риск.

Феномены негативного контрпереноса

Контрперенос неизбежен в любых отношениях пациента и клинициста и особенно силён, если пациент задумывается о самоубийстве. Хотя существует очень мало эмпирических исследований о феноменах контрпереноса в психотерапевтической работе с суицидальными пациентами, есть свидетельства, что большинство клиницистов замечают негативный эмоциональный отклик по отношению к своему собеседнику. J. Maltzberger и D. Buie [43] изначально назвали этот негативный отклик «ненавистью в контрпереносе», и описали смесь отторжения и злости, которую испыты-

complement to the patient's style of relating [37, 38]; that is, the elicited emotions are clues to the patient's interpersonal style, and a well-trained therapist will both understand these internal changes and use them to frame appropriate treatment. Such information is key as the therapist can then understand how the patient views the world around them and therefore ascertain the most effective manner in which to deliver therapeutic interventions. The latter views countertransference as a mutually constructed force between the clinician and patient [39]. The needs, unresolved conflicts, and behaviors of both participants are said to contribute to the occurrence of the phenomenon in a session [32].

Nevertheless, while the term can be viewed from many different angles, the term has broadly come to be defined in everyday vernacular to describe any emotional response a clinician may have to his or her patient [25, 32]. Indeed, distinctions between the four perspectives – classical, totalistic, complementary, and relational definitions are infrequently made when discussing the phenomenon, nor do many empirical studies even mention the existence of the numerous views, instead utilizing a broad definition and operationalizing using scales such as the Therapist Response Questionnaire (TRQ) which assess a wide array of emotional, cognitive, and behavioral reactions to the patient [40]. Nevertheless, this 'broad' definition does seem to steer away from the classical perspective, emphasizing the potential importance of a clinician's assessment and understanding of countertransference for the sake of the therapeutic alliance and outcome. In fact, a substantial body of research has identified distinctive patterns of clinician response to various patient characteristics including depression and various forms of personality pathology [23, 41, 42]. For the purposes of this review, the terms countertransference and clinician emotional response will be used interchangeably to refer to the emotional reaction experienced by clinicians in response to interacting with a patient at risk of suicide.

Negative Countertransference Phenomena

Countertransference is inevitable in every clinician-patient relationship, and is especially intense when patients are considering suicide. While there remains a dearth of empirical research on the countertransference phenomena in relation to therapeutic work with suicidal patients, evidence suggests that most clinicians will have negative emotional responses in such dyads. J. Maltzberger and D. Buie [43] initially termed this negative response as "countertransference hate," which is a mixture of clini-

вает клиницист к пациенту во время совместной работы. Если эти чувства не замечены и не осознаны клиницистом, с пациентом могут сформироваться нездоровые психотерапевтические отношения, и предположительно потребуются прерывание этих отношений и даже отказ от пациента.

Дополнительная сложность возникает, если признать факт, что контрперенос действует на сознательном, предсознательном и бессознательном уровне. Эти типы эмоций могут быть особенно трудновыносимы для медиков, которые не являются специалистами в сфере психического здоровья, и особенно для тех, кто стремится к объективности и эмпатии в своей работе. Баланс между объективностью и эмпатией трудно удерживать в работе с любым пациентом, и это особенно трудно, если пациент раздумывает о самоубийстве. К примеру, М. Pompili [44] определяет эмпатию как понимание и переживание эмоций с точки зрения собеседника, частичное размывание границ между «Я» и «Другим». Клиницист, однако, должен поддерживать это разделение между «Я» и объективностью, чтобы начался процесс исцеления. Это критически важная и невероятно трудная задача на биологическом и нейронном уровне. Исследования визуализации мозга с помощью фМРТ показали, что определённые области мозга активируются, когда человек выполняет некое действие и когда он видит, как другой делает то же самое. Эти области мозга содержат зеркальные нейроны, обычно их называют системой зеркальных нейронов человека, и эта система работает и при действии, и при наблюдении за действием – эта логика синонимична эмпатическому ответу [44].

Когда источник этих чувств, некие переживания отторжения и злости переживаются клиницистом, а возможный источник их не осознаётся, клиницист порой обращает эти чувства на себя, вовнутрь. М. Pompili [44] утверждает, что такой ответ – скорее всего механизм страха, связанный с эмоциональным отчуждением, сниженной эмпатией и отключением зеркальных нейронов. В этом сценарии, столкнувшись с переживанием злости по отношению к пациенту, клиницист перенаправляет отрицательные эмоции на самого себя («Я не пациента ненавижу, а себя. Это мне не хватает навыков и способностей помочь пациенту»), что приводит к переживаниям несоответствия, беспомощности, безнадёжности [43]. Вместо этого, верное понимание нейропсихобиологических реакций должно способствовать осознанию суицидального риска клиницистом.

Кроме того, существует исследование, в котором выдвигается гипотеза о столкновении мировоззрений и ценностей психотерапевта и суицидального пациента [45]. В исследовании психиатров и молодых людей

циан aversion and malice towards the patient during the course of their work together. Unless these emotions are recognized and processed by the clinician, the potential for the formation of an unhealthy therapeutic relationship between the clinician and patient is present, as well as the potential need to abandon the relationship or patient altogether.

An added layer of complexity arises when acknowledging the fact that transference operates on the clinician's conscious, preconscious, and unconscious psychic levels. These types of emotions can be increasingly difficult to bear for non-mental health professionals, let alone those who strive for objectivity and empathy within their specialized realm. This dynamic between objectivity and empathy is difficult to balance regardless of the patient, and of course becomes that much more difficult with those contemplating a self-injurious fatal act. Indeed, M. Pompili [44] defines empathy as understanding and experiencing emotions from the perspective of another, a partial blurring of lines between the self and other. Clinicians, however, must maintain this separation of self and objectivity for the healing process to take root. This is a crucially important and incredibly difficult task down to a biological and neurological level. Brain imaging with fMRI studies have shown that the same areas of the brain are activated when an individual performs a certain action as when they see another perform the same action. These brain regions contain mirror neurons, commonly defined as the human mirror neuron system, which translate seeing and doing in the same region of the brain; this logic is synonymous when considering empathetic responses [44].

When the source of these feelings, or variants, of aversion and malice are felt by the clinician, and the potential source perhaps unknown, the clinician can sometimes turn these feelings inward. M. Pompili [44] argues that this response is likely to be a fear mechanism associated with emotional detachment, reduced empathy, and mirror neuron disconnection. In this scenario, when confronted with feelings of malice towards the patient, the clinician redirects these negative emotions towards the self, (“It is not the patient that I hate, it is myself. I lack the competence and ability to help my patient”) resulting in feelings of inadequacy, helplessness, and hopelessness [43]. Proper understanding of neuropsychobiological reactions should therefore also pave the way to awareness towards suicide for those dedicated to helping such individuals.

Besides, there is a study that proposes a

после суицидальной попытки в качестве независимых респондентов было показано, что эти группы обнаруживают расходящиеся взгляды на смерть, разные временные ориентации и стили привязанности. В то время как на взгляды суицидентов на смерть влияет ориентация гедонистического настоящего и пациенты высказывают опасения о том, что будут чувствовать их близкие после их смерти, взгляды психиатров на смерть гораздо более мрачные и противоречивые. Психиатры также были больше ориентированы на будущее, менее тревожны и более избегающи в привязанности. Эти различия потенциально могут провоцировать раздражение и фрустрацию психиатров, работающих с такими клиентами, и могут пролить свет на то, почему психотерапевты испытывают дискомфорт в рабочем альянсе с суицидальными пациентами, а также дают подсказку, как справляться с этими чувствами.

J. Birtchnell [46] включает в эту концепцию тревогу, раздражение и избегание клинициста по отношению к суицидальным пациентам. В самом деле, в исследовании психиатров-ординаторов в скорпомощном отделении клинической больницы обнаружилось, что ординаторы испытывали теплые чувства к пациентам с низким риском суицида, и тревогу и раздражение к тем, кто проявлял суицидальные тенденции [47]. Более того, существует качественное исследование [48], несколько уходящее за пределы темы контрпереноса и суицидальных мыслей, посвящённое контрпереносу на пациентов, требующих эвтаназии. Терапевты, столкнувшиеся с таким запросом, сообщали о чувствах тревоги, ошеломлённости и беспомощности. Недавно было показано, что негативные эмоциональные отклики клиницистов на пациентов с суицидальными мыслями включают специфические реакции, такие как чувство безнадежности, смятения, дистресс и ощущение, будто жизнь пациента имеет мало ценности и смысла [49].

Феномены позитивного контрпереноса

Хотя контрперенос долго считался негативным явлением в психотерапевтических отношениях, отмечают и положительные качества этого феномена [31]. В самом деле, некоторые клиницисты испытывают желание защитить пациента, чувство заботы и даже бережности по отношению к пациенту [50-52], переживания, которые потенциально способны укрепить психотерапевтический альянс, в то время как другие специалисты надеются на позитивный исход лечения [31]. Более того, «ненависть в контрпереносе», описанная выше, может иметь противоположный эффект на клиницистов, а именно, авторы концепции утверждают [43], что клиницисты могут переформулировать тревогу и страх за суицидального пациента в фантазийное состояние, в котором клиницист стремится спасти или полностью излечить пациента от мыслей о смерти. Хотя, безус-

clash of worldviews and values when psychotherapist meets suicidal client [45]. In a survey with psychiatrists and young people after a suicide attempt as independent respondents, it was shown that these groups reveal quite a different view on death, time orientations, and attachment styles. While suicidals' attitudes on death were influenced by Present Hedonistic orientation, and patients also expressed concerns of how their loved ones would feel after they'd be dead, psychiatrists' view on death was definitely grimmer and more complex. Psychiatrists also were more future-oriented, less anxious and more avoidant in their attachment style. These differences may potentially provoke irritation and frustration in psychiatrists, when meeting such a client, which can shed some light on why psychotherapists may feel uneasy in a working alliance with suicidal patients and provide a hint of how to deal with such feelings.

J. Birtchnell [46] expands on this concept to include clinician anxiety, irritation, and avoidance in relations with suicidal patients. Indeed, in a study conducted on psychiatric residents in the emergency department of a general hospital, D. Dressler and colleagues [47] found that residents expressed warmth towards low risk patients, and anxiety and irritation towards those exhibiting suicidal tendencies. Furthermore, although the relation and reasoning for suicide differs to the point of potentially falling outside the current realm of focus, F. Varghese and B. Kelly [48] confirm these findings in their qualitative studies on countertransference with patients requesting physician assisted suicide. Physicians confronted with such a request reported to be filled with anxious, overwhelmed, and helpless emotions. Clinician's negative emotional responses to patients expressing suicidal ideation have more recently been found to include specific reactions such as lack of hope, confusion, distress, and sense that the patient's life had little worth [49].

Positive Countertransference Phenomena

While countertransference has long been viewed as a negative feature of the therapeutic relationship, there are positive qualities to such the phenomenon [31]. Indeed, some clinicians feel a sense of protectiveness, concern, and even nurturing towards their patient [50-52], qualities that can potentially strengthen the therapeutic alliance, while others remain hopeful for the course of treatment [31]. Furthermore, the "countertransference hate" discussed above may have the exact opposite effect on clinicians; that is, as J. Maltsberger and D. Buie [43] posit, clinicians can potentially reframe the anxiety or fear for a suicidal

ловно, есть польза от стремления клинициста исцелить человека от риска суицида, существует риск заблуждения, которое возникает с чрезмерной вовлечённостью в случай и неуместным оптимизмом [43]. Таким образом, позитивный контрперенос – не абсолютно позитивный феномен, к нему также следует относиться с осторожностью для предотвращения нарушения хрупких психотерапевтических границ [52].

Феномены смешанного контрпереноса

В то время как большинство исследований сосредоточены на негативных эмоциональных реакциях клинициста, когда он вовлекается в отношения с суицидальным пациентом, существует и другой спектр эмоциональных откликов – от позитивных до смешанных реакций. Пожалуй, это естественно, учитывая, что клиницисты входят в роль помогающего специалиста, уже имея индивидуальный опыт, который определяет их уровень комфортного общения с разными типами пациентов, и, хотя это может показаться парадоксальным, но определенные состояния, такие как суицидальное, способны вызвать приязнь у клинициста. Как бы то ни было, недавно было высказано предположение, что наличие одновременно позитивного и негативного контрпереноса у клинициста может свидетельствовать о том, что пациент пребывает в состоянии суицидального риска [53, 54].

На данный момент, И. Галынкер [55] выделил два типа контрпереноса, которые могут возникать у клинициста, работающего с пациентом, имеющим риск суицида: один негативный, а другой позитивный. В исследовании, уточняющем синдром суицидального кризиса (ССК), острого аффективного состояния, которое, как предполагается, предшествует суицидальной попытке, а также соответствует критериям DSM-5, И. Галынкер описал переживание гнева, враждебности и безнадёжности у клинициста, приводящее к «избеганию контакта и преждевременному обрыву лечения» [55]. Более того, он обнаружил феномен, который назвал «тревожной сверхвовлечённостью», проявляющийся в «наличии нереалистичных ожиданий и усилий по спасению пациента из мучительной ситуации» [55], что можно описать как смесь тревоги и надежды по отношению к пациенту и его будущему. Эти два состояния клинициста: первое – негативный контрперенос, а второе – позитивный, предположительно, и есть те грани контрпереноса, которые возникают у специалиста, когда ему не хватает осознанности или когда он не способен регулировать свои эмоциональные отклики на суицидального пациента, и те могут стать главным указанием на возможные фатальные действия пациента в будущем.

Z. Yaseen и коллеги [31] сфокусировались на изучении отношений между эмоциональным откликом клинициста в ответ на пациента с суицидальными мыс-

patient into a fantasy-like state whereby the clinician seeks to rescue, save or fully cure the patient of their thoughts of death. While there is certainly a benefit to the clinician's commitment to healing someone at risk of suicide, there exists a line of objectivity, bordering delusion that will be crossed with over-involvement or inappropriate optimism [43]. Positive countertransference, therefore, is not necessarily a wholly positive phenomenon, but one that must be monitored to prevent the crossing of any intangible therapeutic boundaries [52].

Mixed Countertransference Phenomena

While majority of the research has focused on the clinician's negative emotional reactions when engaging in a relationship with a suicidal patient, there is a range of emotional responses that can arise, from the opposite end of the spectrum (positive) to somewhere in the middle (a mixture of positive and negative). Perhaps this makes sense given the fact that clinicians come to the role with an individual set of experiences that determine their level of comfort with different patient types, or perhaps it seems a bit of a paradox and that certain states, like suicidal, should elicit the same clinician response. Regardless, it was recently suggested that the presence of both positive and negative countertransference within a clinician could be an indicative feature of a patient at risk for suicide [53, 54].

To this point, I. Galyunker [55] proposed two varieties of countertransference that may resemble the internal state of a clinician when working with a patient at risk for suicide – one from the negative realm and one from the positive. In the research detailing the Suicide Crisis Syndrome, an acute affective state hypothesized to precede a suicide attempt, as well as the associated DSM-V criteria, I. Galyunker [55] highlighted the presence of anger, hostility, and hopelessness within a clinician, which lead to “contact avoidance and premature termination of treatment” (p. 208). Concurrently, he proposed, and coined, the term “anxious over-involvement”, which is characterized by “the presence of unrealistic expectations and efforts to save the patient from their painful situation” (p. 204), in addition to a mixture of anxiety and hope for the patient and their future. These two clinician states – the former from the realm of negative countertransference, and the latter from positive – are theorized to be facets of countertransference present when a clinician lacks the awareness or is unable to regulate his or her emotional responses in a relationship with a suicidal patient, and can be a key indicator for possible future fatal actions of the patient.

лями и его действиями, чтобы проверить, можно ли использовать контрперенос как индикатор вероятных будущих суицидальных поступков пациента. В этом исследовании авторы оценивали сообщаемые эмоциональные отклики клиницистов на своих пациентов, которые предшествовали суицидальной попытке, суициду и смерти, не связанной с суицидом. Было обнаружено, что клиницисты, которые работали с пациентами, близкими к совершению суицидальных действий, отмечали меньше положительных переживаний, но больше надежды, что иначе можно было назвать «умеренно позитивными переживаниями» касательно предстоящего лечения по сравнению с тем, что специалисты чувствовали к своим несуйцидальным пациентам. Одновременно, клиницисты чувствовали большую перегруженность, ошеломлённость, дистресс и, в меньшей степени, даже избегание по отношению к этим пациентам. Этот «парадоксальный» ответ: надежда и дистресс / избегание – стали значимым фактором, отличающим суицидальных пациентов от тех, кто погиб или умер неожиданно, но не совершая суицидальных действий. В свете этих данных, Z. Yaseen и коллеги [54] исследовали связь между новой шкалой, измеряющей эмоциональный отклик клиницистов на психиатрических пациентов, имеющих высокий суицидальный риск, и поведением этих пациентов вскоре после выписки. Факторный анализ шкалы самоотчёта «Опросник терапевтического отклика – Суицидальность» (TRQ-SF) обнаружил, что клиницисты не только демонстрировали противоречивые эмоциональные отклики дистресса и надежды на таких пациентов, но эти эмоции предсказывали последующее суицидальное поведение [54]. Такое взаимодействие двух факторов оставалось значимым при контроле традиционных факторов риска: переживании западни, депрессии, суицидальных мыслей [54].

T. Soulié и коллеги [53, 56] также исследовали феномен смешанного контрпереноса, чтобы систематически описать эмоциональные отклики клиницистов на пациентов с суицидальным риском. Они выявили семь факторов, описывающих разнообразные реакции клиницистов на их взаимодействие с суицидальными пациентами. Два наиболее сильных фактора, характеризующих переживания клиницистов в выборке, были названы «чувство безысходности / отвержения» и «чувство самореализации / увлечённости». В первый фактор вошли чувство настороженности, желание отвергнуть пациента, чувство несоответствия и безнадёжность, в то время как второй фактор описывался через готовность вовлечься в работу с пациентом и чувство профессиональной реализованности. Эмоциональные состояния, описанные этими двумя факторами, явно отражают типы контрпереноса, обнаруженные И. Галынкер

Z. Yaseen et al. [31] further investigated this state in a study specifically investigating the relationship between a clinician's emotional reactions in response to patient's with suicidal thoughts and behaviors to ascertain whether countertransference could indeed be used as an indicator for potential future actions. In the study, Z. Yaseen et al. [31] assessed clinicians reported emotional responses toward their patients in the encounter preceding their suicide attempt, completed suicide, or non-suicide-related death. They found that clinicians treating imminently suicidal patients had fewer positive feelings and higher hopes, otherwise known as “moderately positive feelings”, for future treatment than they did for their non-suicidal patients. Simultaneously, they were more overwhelmed, distressed by, and at low levels, even avoidant to the patients. This ‘paradoxical’ response of hopefulness and distress / avoidance was a significant discriminator between suicidal patients and those who died unexpected non-suicide deaths. In light of these findings, Z. Yaseen et al. [54] examined the relationship between a novel new measure of clinicians' emotional responses to high-risk psychiatric patients and their short-term post-discharge suicidal behavior. Factor analysis conducted on the self-report ‘Therapist Response Questionnaire – Short Form’ (TRQ-SF) found not only that clinicians exhibited conflicting emotional responses of distress and hopefulness to such a patient subset, but also that these emotions were predictive of subsequent suicidal behavior [54]. This two-factor interaction retained significance when controlling for traditional risk factors, such as entrapment, depression, and suicidal ideation [54].

T. Soulie et al. [53, 56] expanded on the mixed countertransference phenomenon in a study specifically aimed to provide a systematic description of clinician emotional responses to patients at risk for suicide. Factor analysis revealed a seven factor structure that depicts the varieties of countertransference experienced by clinicians in their interactions with patients at risk of suicide. The two most salient of these factors experienced by clinicians in the sample, were “entrapped/rejecting” followed by “fulfilled/engaging” reactions. The first factor is characterized by apprehension, desires to reject the patient, feelings of inadequacy, and hopelessness whereas the second depicts eagerness to engage with the patient and professional fulfillment. The emotional states described by these two factors clearly mirror the varieties of countertransference described by I. Galynker [55]. These two opposing experiences together accounted

кером [55]. Вместе эти контрастирующие переживания объясняли 70% дисперсии эмоциональных откликов клиницистов в выборке. Эти данные дополнительно поддерживают теорию парадоксальной комбинации негативного и позитивного контрпереноса, который характерен для эмоциональных откликов клиницистов на людей, переживающих суицидальный кризис.

Также стоит задуматься о том, как эмоциональный отклик клиницистов отражает суицидальное состояние пациентов [53]. При взаимодействии с пациентами, имеющими риск суицида, клиницисты сами испытывают схожие чувства несостоятельности, безнадёжности, безысходности. T. Soulié и соавторы [53] предположили, что этот паттерн смешанного контрпереноса можно рассматривать как адаптивный, возможно, необходимый ответ для совладания с ситуацией. С этой точки зрения, негативные аспекты такого паттерна контрпереноса представляют эмпатическую вовлечённость клиницистов в суицидальное состояние, которое испытывает их пациент, а позитивный контрперенос – это попытка клинициста поддержать надежду и психотерапевтическую вовлечённость, несмотря на суицидальный риск пациента [53]. В этом смысле, и позитивные, и негативные эмоциональные отклики отвечают важным функциям психотерапевтических отношений.

Индивидуальные различия клиницистов

Особый паттерн откликов клиницистов на суицидальных пациентов обнаружен относительно недавно, однако есть предположение, что на него влияют индивидуальные особенности специалистов. Одним из таких факторов, вносящих вклад в контрпереносную реакцию, давно считается стиль привязанности самого клинициста [57]. Исследования показывают, что медики с надёжным стилем привязанности сообщают о более высоком уровне эмпатии по отношению к пациентам, нежели специалисты с ненадёжным стилем привязанности [58, 59]. Можно предположить, что специалисты с надёжным стилем привязанности могут испытывать более позитивный контрперенос, чем их коллеги с ненадёжным стилем привязанности.

Теоретическая ориентация клинициста также обнаруживает связь с типом контрпереноса на суицидальных пациентов. Показано, что психодинамически ориентированные психотерапевты значимо выше оценивают свои реакции «безысходности / отвержения» на суицидальных пациентов, в то время как клиницисты, работающие в эклектическом подходе, сообщают скорее о таких ответах как «возбуждение / отреагирование», «неформальность / нарушение границ», «плохое обращение / контроль» [53]. Клинцисты с эклектическим подходом также обнаруживают меньше «бережности / сверхвовлечённости» в контрпереносе, чем

for 70% of variance of the emotional experiences of clinicians in the sample. This data provides additional support for the theory that a paradoxical combination of negative and positive countertransference is characteristic of clinicians' emotional reactions to individuals in suicidal crisis.

It is also compelling to consider the ways in which the emotional response of clinicians appears to mirror aspects of the suicidal state experienced by patients [53]. When interacting with patients at risk of suicide, clinicians themselves seem to experience similar feelings of inadequacy, hopelessness, and entrapment. T. Soulié and colleagues [53] hypothesize that this specific pattern of mixed countertransference can be understood as an adaptive, and possibly necessary, coping stance. In this view, the negative aspects of this countertransference pattern represent clinicians' empathic engagement with the suicidal state experienced by their patient and the positive countertransference represents an attempt by the clinician to sustain hope and therapeutic engagement in spite of the patient's suicide risk [53]. According to this perspective, both positive and negative emotional responses serve important functions in the therapeutic relationship.

Individual Differences Among Clinicians

It is clear that specific patterns in clinicians' responses to suicidal patients have emerged in recent studies, but these interactions may also be influenced by individual factors. One such individual factor that has long been thought to contribute to countertransference is attachment style of the clinician [57]. Studies have shown that health care professionals with a secure attachment style demonstrate higher self-reported levels of empathy toward patients than insecurely attached clinicians [58, 59]. It may be extrapolated from this data that securely attached clinicians may experience more positive countertransference than their insecurely attached colleagues.

Theoretical orientation of the clinician also appears to be related to specific countertransference with patients at risk for suicide. Research indicates that psychodynamically oriented clinicians have significantly higher rates of "entrapped/rejecting" reactions to suicidal patients whereas clinicians with an eclectic theoretical orientation demonstrate more "aroused/ reacting", "informal/boundary crossing", and "mistreated/controlling" responses [53]. Clinicians with an eclectic theoretical orientation also exhibited less "protective/overinvolvement" countertransference than psychodynamic or cognitive-behavioral clinicians. Although it is indeed a possibility that theoretical orientation impacts the emo-

психодинамические и когнитивно-поведенческие специалисты. Хотя есть вероятность, что теоретическая ориентация влияет на эмоциональные отклики клиницистов, также возможно объяснение, что эти различия отражают разницу в знаниях о контрпереносе, которыми владеет специалист [53]. Иными словами, клиницисты, прошедшие обучение в рамках определённого подхода, могут отличаться большей или меньшей осознанностью своих негативных эмоциональных откликов на пациентов.

Контрперенос и терапевтический альянс

Установление искреннего психотерапевтического альянса критически важно для диадических отношений со всеми пациентами, но он особенно значим для тех, кто размышляет о суициде [56, 60-63]. Психотерапевтический альянс, который ещё называют помогающим или рабочим альянсом, – это термин, который описывает качество отношений психотерапевта и клиента. Он состоит из трёх компонентов: связь между психотерапевтом и пациентом, согласие о целях психотерапии и согласие по поводу психотерапевтических задач [64]. Даже при контроле теоретических ориентаций клиницистов и диагнозов пациентов психотерапевтический альянс показывает себя значимым предиктором исходов лечения [65].

Качества, которые свойственны многим пациентам с риском суицида, также бросают вызов установлению продуктивного рабочего альянса [66-68]. Враждебность и безнадежность, свойственные многим людям с суицидальными мыслями, часто приводят к снижению доверия к клиницисту и повышенным негативным ожиданиям от психотерапии [27, 69, 70]. Схожим образом, негативные эмоциональные отклики клиницистов на таких пациентов также становятся преградой к установлению психотерапевтического альянса. Дистресс, тревога, неловкость, отвращение к пациенту могут невольно привести к его отвержению, сниженной эмпатии и усилению недоверия между клиентом и клиницистом [71].

Очевидно, что неуправляемые эмоциональные отклики на суицидальных пациентов не благоприятствуют формированию сильного альянса между клиентом и психотерапевтом, а в каких-то случаях даже способствуют формированию плохого, дезадаптивного психотерапевтического альянса. Качество психотерапевтического альянса имеет прямое и неоспоримое влияние на исход лечения. Данные качественных исследований клиницистов показывают, что контрперенос на суицидальных пациентов часто «смещает границы психотерапевтического альянса» и в итоге вредит исходу лечения [52]. Хотя негативные эмоциональные отклики на суицидальных пациентов распространены в начале терапии, они не обязательно наносят непоправимый вред

tional responses experienced by clinicians, an alternative explanation provided for these differences is that theoretical orientation may simply have an impact on the countertransference literacy of the clinician [53]. In other words, clinicians with training in certain schools of psychological thought may have significantly increased or decreased awareness of their negative emotional responses toward patients.

Countertransference and Therapeutic Alliance

Establishing a genuine therapeutic alliance is a critically important feature of the dyadic relationship for all patients, and especially for those contemplating suicide [56, 60-63]. Therapeutic alliance, also known as the helping alliance or working alliance, refers to the quality of the relationship between client and therapist. It is comprised of three components, including therapist-patient bond, agreement on the goals of therapy, and agreement on therapy tasks [64]. Holding theoretical orientations and patient diagnoses constant, therapeutic alliance has been demonstrated to be a strong predictor of treatment outcomes [65].

The characteristics that typify many patients at risk for suicide also constitute challenges to establishing a productive working alliance [66-68]. The negative interpersonal perceptions and hopelessness characteristic of many individuals experiencing suicidal ideation are likely to result in reduced trust in the clinician and increased negative expectations of therapy [27, 69, 70]. Similarly, clinicians' negative emotional responses to these patients also constitute a barrier to the therapeutic alliance. Distress, anxiety, unease, and aversion towards the patient may unwittingly result in rejection of the patient, decreased empathic communication, and increased mistrust between client and clinician [71].

It is clear that unmanaged emotional responses to suicidal patients is not conducive to formation of strong alliance between client and therapist and in some cases is liable to promote the formation of a poor or maladaptive therapeutic alliance. Quality of therapeutic alliance has a direct and undeniable impact on therapeutic outcomes. Data from qualitative surveys of clinicians indicate that countertransference with suicidal patients often “shifted the boundaries of the therapeutic alliance” and ultimately damaged therapy outcomes [52]. Though negative emotional responses to suicidal patients are common at the outset of therapy, they do not necessarily have an irreparable effect on alliance. The development of countertransference literacy can

альянсу. Развитие грамотности о контрпереносе способно исправить психотерапевтические отношения [72]. Более того, эффективное управление негативным контрпереносом и последующее формирование хорошего рабочего альянса в ряде случаев способно смягчить и редуцировать суицидальные мысли [73].

Многие исследования поддерживают идею, что эмоциональный отклик клинициста непосредственно влияет на исход лечения [24, 57]. Есть свидетельства, что реакции контрпереноса связаны с негативным исходом лечения, а успешное управление ими значимо коррелирует с положительными исходами терапии [32]. Ставки, безусловно, повышаются, если эту идею применить к работе с суицидальными пациентами. Предполагается, что неуправляемые реакции контрпереноса могут даже способствовать суициду пациента [51]. Напротив, успешное управление эмоциональными реакциями в терапии специалистами в сфере психического здоровья способствует скорейшему снижению суицидальной идеации у пациентов [73]. Ретроспективное исследование Н. Hendin и коллег [18] обнаружило, что тревога клинициста, предшествующая смерти пациента от суицида, приводила к принуждениям и неэффективным действиям со стороны специалиста, а также к недостаточному лечению симптомов. Этот факт вызывает особенное беспокойство, если учесть данные исследования, что клиницисты порой совершенно не осознают своих эмоциональных откликов на пациентов, а значит, не могут верно определить или отрегулировать их [74].

Осознанность, обучение и клинические последствия

Как уже говорилось, при лечении пациентов с суицидальным риском клиницисты часто с трудом определяют признаки, симптомы или значимые события, которые предшествуют суицидальной попытке. В этом смысле, эмоциональные отклики клиницистов на пациентов, или контрперенос – важный показатель, который необходимо использовать в процессе лечения. Хотя исследований контрпереноса пока проведено мало, есть важные свидетельства, что верное определение своих эмоциональных откликов клиницистами способно улучшить распознавание потенциального суицидального риска пациентов, даже без опоры на самоотчёт пациентов (сообщение о суицидальных мыслях). В самом деле, признание в суицидальных мыслях нелегко даётся многим пациентам вследствие проблем стигматизации и / или страха госпитализации [75]. В анонимном исследовании пациентов в ходе долгосрочной психотерапии 31% клиентов сообщили о том, что они лгали своему психотерапевту насчёт отсутствия у них суицидальных мыслей [76]. Следовательно, интеграция разных форм клинических суждений – рациональных и эмоциональных – может стать полезным инструментом

help repair ruptures in the therapeutic relationship [72]. Furthermore, effective management of negative countertransference and the eventual formation of a good working alliance has the potential to mitigate or reduce suicidal ideation in a number of cases [73].

A substantial body of research supports the notion that the emotional response of clinicians has a direct impact on treatment outcome [24, 57]. Evidence suggests that countertransference reactions are inversely related to therapy outcomes and that successful management of countertransference reactions is significantly related to better outcomes in therapy [32]. The stakes are undoubtedly significantly higher when this idea is applied to work with suicidal patients. It has been suggested that unmanaged countertransference reactions may even contribute to patient suicide [51]. Conversely, successful management of emotional reactions in therapy on the part of mental health professionals has been shown to result in faster decreases in suicidal ideation among patients [73]. A retrospective study conducted by Hendin and colleagues [18] found that clinician anxiety preceding the suicide death of a patient resulted in coercive or ineffective actions and insufficient treatment of symptoms. This notion is even more alarming when coupled with data suggesting that clinicians may often be totally unaware of their own emotional responses to patients and thus, may be unable to appropriately identify or regulate them [74].

Awareness, Training, and Clinical Implications

As discussed, when treating patients at risk for suicide, clinicians often struggle to identify signs, symptoms, or significant events that precipitate a suicide attempt. As such, clinicians' emotional responses to the patients, or countertransference, is an important metric to be used in the treatment process. While the research on clinician's countertransference is still thin, there is strong evidence that quantifying clinicians' emotional responses may help enhance potential patient suicide risk assessment, notably without the need for, or reliance on, patient self-report. Indeed, disclosure of suicidal ideation is difficult for many patients due to the stigma and / or fear of hospitalization [75]. In an anonymous survey of patients in long-term psychotherapy, 31% of individuals reported having lied to their therapist about suicidal thoughts [76]. Therefore, integrating various forms of clinical judgement – both rational and emotional – would be a helpful tool to integrate into patient assessments.

Further research to confirm the 'paradoxical' clinician's countertransference response

для оценки пациентов.

Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения «парадоксального» клинического контрпереносного отклика надежды и дистресса / избегания, а затем – развитие супервизии и поддержки клиницистов, обучение оценке и пониманию своих эмоциональных откликов на пациентов. Тем не менее, с клиническим опытом или без него, задача самостоятельной интеграции бессознательных тенденций в наше сознание очень сложна. Следовательно, необходима измеримая, систематическая оценка своих откликов, такая как TRQ-SF: она способна поддерживать клиницистов, стремящихся сформировать объективный взгляд на свою роль в диадических отношениях, и одновременно помогает укрепить целостность диадической связи.

Заключение

Суицид – серьёзная проблема здравоохранения по всему миру, однако его можно предотвратить, обладая должным инструментарием и ресурсами. Один из таких инструментов – контрперенос клинициста, эмоциональный отклик, который возникает во время взаимодействия и формирования отношений с пациентом. Многие клиницисты сообщают о чувствах дистресса и безнадёжности – о формах негативного контрпереноса, когда общаются с пациентом, имеющим риск суицида. Любопытно, что в исследованиях обнаруживаются одновременные сообщения клиницистов и о позитивном контрпереносе, таком как надежда на предстоящее лечение. Хотя исследования в данной сфере только зарождаются, эти открытия многообещающие, и дальнейшие усилия следует направить на разработку способов применения таких откликов для превенции самоубийств.

of hopefulness and distress / avoidance is therefore needed, and from there the development of supervision and / or support for clinicians to be able to assess and understand their emotional responses to their patients. Nevertheless, with or without clinical experience, it is a difficult task to integrate unconscious tendencies into our conscious mind without guidance and / or assistance. Therefore, a quantifiable, systematic assessment of the responses, such as the TRQ-SF, would be an additional layer of support for clinicians to more objectively view their role in the dyadic relationship, while maintaining the integrity of the dyadic bond at the same time.

Conclusion

Suicide is a major global public health concern, and one that has the potential to be preventable with the proper tools and resources. One such tool that can be leveraged is clinician countertransference, or the emotional response elicited during patient interaction and relationship development. Many clinicians report feelings of distress and hopelessness, forms of negative countertransference, when interacting with a patient at risk for suicide. Interestingly, researchers have found the same clinicians concurrently reported forms of positive countertransference, such as hopefulness for the future of treatment. While research in the realm is still in nascent stages, these findings present an optimistic avenue through which future energy can be focused to further develop the use of such responses for suicide prevention in the future.

Литература / References:

- Centers for Disease Control and Prevention. CDC WISQARS: Leading causes of death reports, 1981–2018. Available from: <https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcause.html>
- Hedegaard H., Curtin S.C., Warner, M. (2018). Suicide mortality in the United States, 1999–2017.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018). WISQARS: Web-based inquiry statistics query and reporting system. <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm>
- Ahrnsbrak R., Bose J., Hedden S., et al. *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD, USA, 2017.
- World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. World Health Organization, 2013.
- Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ: British Medical Journal (Online)*. 2019, № 364.
- Crosby A., Gfroerer J., Han B., Ortega L., Parks S.E. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 Years – United States, 2008–2009. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
- Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., Bentley K.H., Kleiman E.M., Huang X., Nock M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143 (2): 187.
- Glenn C.R., Nock M.K. Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47 (3): 176–180.
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. *A prioritized research agenda for suicide prevention: An action plan to save lives*, 2014.
- Schaffer A., Sinyor M., Kurdyak P., Vigod S., Sareen J., Reis C., Green D., Bolton J., Rhodes A., Grigoriadis S., Cairney J. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*. 2016; 15 (2): 135–145.
- Schmitz Jr.W.M., Allen M.H., Feldman B.N., Gutin N.J., Jahn D.R., Kleespies P.M., Quinnett P., Simpson S. Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 42: 292–304.
- Chemtob C.M., Hamada R.S., Bauer G., Kinney B., Torigoe R.Y. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*. 1988; 145: 224–228.
- American Association of Suicidology, Clinician Survivor Task Force. (2002). Therapists as survivors of suicide: Basic information. Retrieved February 28, 2020, from <http://www.iusb.edu/~jmcintos/basicinfo.html>
- Chemtob C.M., Bauer G.B., Hamada R.S., Pelowski S.R., Muraoka M.Y. Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989; 20: 294.
- Deutsch C.J. Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1984; 15: 833.

17. Collins J.M. Impact of Patient Suicide on Clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2003; 9 (5): 159-162.
18. Hendin H., Lipschitz A., Maltzberger J.T., Haas A.P., Wynecoop S. Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 2022-2027.
19. Goode E. (2001). Patient suicide brings therapists lasting pain. *New York Times*. Retrieved January 18, 2001, from <http://www.nytimes.com>.
20. Menninger W.W. Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1991; 55: 216-227.
21. Calati R., Cohen L.J., Schuck A., Levy D., Bloch-Elkouby S., Barzilay S., Rosenfield P.J., Galynker I. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 263: 121-128.
22. Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., et al. Emotional responses to suicidal patients: Factor structure, construct, and Predictive Validity of the Therapist response Questionnaire-suicide Form. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9: 104.
23. Betan E., Heim A.K., Zittel Conklin C., Westen, D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 890-898.
24. Bruck E., Winston A., Aderholt S., Muran J.C. Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*. 2006; 60 (4): 393-406.
25. Gelso C.J., Hayes J.A. *Countertransference and the innerworld of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2007.
26. Marcinko D., Skocic M., Saric M., Popovic-Knapic V., Tentor B., Rudan V. Countertransference in the therapy of suicidal patients – an important part of integrative treatment. *Psychiatria Danubina*. 2008; 20 (3): 402-405.
27. Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., Kopeykina I., Ardalán F., Rosenfield P., Murrrough J., Galynker I. Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018; 49 (2): 614-626.
28. Barzilay S., Schuck A., Bloch-Elkouby S., Yaseen Z.S., Hawes M., Rosenfield P., Foster A., Galynker I. Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation. *Depression and Anxiety*. 2020; 37: 214-223. DOI: 10.1002/da.22973
29. Hawes M., Yaseen Z., Briggs J., Galynker I. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 72: 88-96.
30. Posner K., Brown G.K., Stanley B., et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (12): 1266-1277.
31. Yaseen Z.S., Briggs J., Kopeykina I., Orchard K.M., Silberlicht J., Bhingradia H., Galynker I.I. Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients—a comparative study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 230.
32. Hayes J.A., Gelso C.J., Hummel A.M. Managing countertransference. *Psychotherapy*. 2011; 48 (1): 88-97.
33. Cartwright C. Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*. 2011; 15 (3): 112-120.
34. Leahy R.L. *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press, 2001.
35. Prasko J., Diveky T., Grambal A., Kamaradova D., Mozny P., Sigmundova Z., Vyskocilova J. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*. 2010; 154 (3): 189-197.
36. Little M. Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*. 1951; 32: 32-40.
37. Levenson H. *Time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1995.
38. Racker H. The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1957; 26 (3): 303-357.
39. Mitchell S.A. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books, 1993.
40. Zittel, Conklin, C., Westen D. *The therapist response questionnaire*. Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, Georgia, 2003.
41. Strack S., Coyne J.C. Social confirmation of dysphoria: shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983; 44 (4): 798-806.
42. Coyne J.C. Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*. 1976; 85 (2): 186-193.
43. Maltzberger J.T., Buie D.H. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*. 1974; 30: 625-633.
44. Pompili M. Our Empathetic Brain and Suicidal Individuals. *Crisis*. 2015; 36 (4): 227-230.
45. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Чубина С.А. Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 56-71 [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Chubina S.A. Specifics of life and death attitudes in patients in acute postsuicide and psychiatrists. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 56-71] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71
46. Birtchnell J. Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy*. 1983; 37: 24-36.
47. Dressler D.M., Prusoff B., Mark H.A.L., Shapiro D. Clinician attitudes toward the suicide attempter. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1975.
48. Varghese F.T., Kelly B. Countertransference and assisted suicide. In *Countertransference issues in psychiatric treatment*. Edited by Gabbard G.O. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999. PP. 85-116.
49. Michaud L., Ligier F., Bourquin C., Corbeil S., Saraga M., Stiefel F., Richard-Devantoy S. Differences and similarities in instant countertransference towards patients with suicidal ideation and personality disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2019.
50. Gurrister L., Kane R.A. How therapists perceive and treat suicidal patients. *Community Mental Health Journal*. 1978; 14: 3-13.
51. Modestin J. Counter-transference reactions contributing to completed suicide. *British Journal of Medical Psychology*. 1987; 60: 379-385.
52. Richards B.M. Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2000; 28: 325-337.
53. Soulié T., Bell E., Jenkin G., et al. Systematic Exploration of Countertransference Phenomena in the Treatment of Patients at Risk for Suicide. *Archives of Suicide Research*. 2018; 1: 23.
54. Yaseen Z.S., Galynker I.I., Cohen L.J., Briggs J. Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients - Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 76: 69-78.
55. Galynker I. *The suicidal crisis: clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press, 2017.
56. Soulié T., Levack W., Jenkin G., Collings S., Bell E. Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model. *Death Studies*, 2020. DOI: 10.1080/07481187.2020.1744201
57. Kernberg O. Notes on countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1965; 13 (1): 38-56.
58. Dattilo G. The role of attachment style on clinician self-efficacy and empathy. La Salle University, 2005.
59. Khodabakhsh M. Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5.
60. Bedics J.D., Atkins D.C., Harned M.S., Linehan M.M. The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*. 2015; 52 (1): 67-77.
61. Dunster-Page C., Haddock G., Wainwright L., Berry K. The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 223: 165-174.
62. Jobs D.A., Ballard E. *The therapist and the suicidal patient*, 2011.
63. Joiner Jr.T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., Rudd M.D. *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
64. Borodin E.S. The Generalizability Of The Psychoanalytic Concept Of The Working Alliance. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*. 1976; 16: 252-260.

65. Flückiger C., Del Re A.C., Wampold B.E., Horvath A.O. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. 2018; 55 (4): 316.
66. Maltzberger J.T., Weinberg I. Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crisis. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62 (2): 223-234.
67. Schechter M.A., Goldblatt M.J. *Psychodynamic therapy and the therapeutic alliance: Validation, empathy, and genuine relatedness*. 2011.
68. Schechter M., Goldblatt M., Maltzberger J.T. The therapeutic alliance and suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy*. 2013; 29 (3): 315-328.
69. Beck A.T., Brown G.K., Berchick R.J., Stewart B.L., Steer R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147: 190-195.
70. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner Jr.T.E. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010; 117 (2): 575.
71. Hutchinson M., Jackson D. Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review. *BMC Nursing*. 2013; 12 (1): 25.
72. Safran J.D., Kraus J. Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*. 2014; 51 (3): 381-387.
73. Perry J.C., Bond M., Presniak M.D. Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2013; 23 (5): 592-605.
74. Van Wagoner S.L., Gelso C.J., Hayes J.A., Diemer R.A. Counter-transference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy Theory Research Practice and Training*. 1991; 28 (3): 411-421.
75. Blanchard M., Farber B.A. "It is never okay to talk about suicide": Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2020; 30 (1): 124-136.
76. Blanchard M., Farber B.A. Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*. 2016; 1: 90-112.

CLINICIAN EMOTIONAL RESPONSE TO PATIENTS AT RISK OF SUICIDE: A REVIEW OF THE EXTANT LITERATURE

A. Vespa¹, I. Galynker¹,
K.A. Chistopolskaya²

¹Mount Sinai Beth Israel, New York, USA; alv2105@gmail.com; igalynke@gmail.com
²Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com

Abstract:

Suicide is a major public health concern, representing the 10th leading cause of death in the United States, claiming the lives of over 48,000 individuals each year. Globally, estimates of annual suicide deaths reached 817,000 in 2016, with the number of global suicide attempts reaching an estimated 25 million each year. While such staggered rates has prompted countless efforts by researchers and clinicians to identify precursors and establish diagnostic tools, our ability to identify individuals at high risk for suicide and predict the occurrence of suicidal thoughts and behaviors (STBs) has not meaningfully improved, nor has our ability to predict when suicidal behaviors will occur. Accordingly, there remains a need to improve our assessment and prevention of STBs in the short term, as well as develop and validate clinical instruments to aid in this effort. One avenue in which prevention efforts have focused is that of health care, specifically mental health professionals. Indeed, clinician judgement remains one of the most relied upon tools for establishing suicide risk among patients as identifying signs, symptoms, or precipitating events are difficult to accurately distinguish. In this paper, we explore clinician countertransference as a potential indicator of patient STBs, beginning with the history of countertransference through the lens of the psychological field, diving into the different types that can be experienced by clinicians (positive, negative, mixed), and arguing that the presence of a mixed response could hold the keys to future patient suicidal action. While research in the realm is still in nascent stages, these findings present an optimistic avenue through which future energy can be focused to further develop the use of such responses for suicide prevention in the future.

Keywords: suicide, suicide prevention, countertransference, clinician judgement, therapeutic alliance, MARIS

Вклад авторов:

A. Vespa: дизайн исследования, написание текста и редактирование статьи;
И. Галынкер: дизайн исследования, написание текста и редактирование статьи;
К.А. Чистопольская: написание текста и редактирование статьи; редактирование перевода.

Authors' contributions:

A. Vespa: study design, article writing, article editing;
I. Galynker: study design, article writing, article editing;
K.A. Chistopolskaya: article writing, article editing, translation 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: 12.03.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 14.05.2021.

Для цитирования: Vespa A., Galynker I., Chistopolskaya K.A. Эмоциональный отклик клинициста на пациентов с суицидальным риском: обзор литературы. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 47-63.
doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63

For citation: Vespa A., Galynker I., Chistopolskaya K.A. Clinician emotional response to patients at risk of suicide: a review of the extant literature. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 47-63. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63 (In Russ)

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ С ПОДРОСТКАМИ, СОВЕРШИВШИМИ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

Н.Б. Семёнова

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск, Россия

PLANNING SAFETY WITH ADOLESCENTS AFTER A SUICIDE ATTEMPT

N.B. Semenova

Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia

Информация об авторе:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340-6208; Web of Science Researcher ID: M-5846-2019; ORCID iD: 0000-0002-6120-7860). Место работы и должность: главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: Россия, 660036, г. Красноярск, Академгородок, д. 50. Телефон: +7 (913) 539-86-02, электронный адрес: snb237@gmail.com

Information about the author:

Semenova Nadezhda Borisovna – Full Professor (Medicine), (SPIN-code: 8340-6208; Web of Science Researcher ID: M-5846-2019; ORCID iD: 0000-0002-6120-7860). Job Title: Head Scientific Worker of State Federal Budgetary Scientific Institution «Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia. Postal Address: Akademgorodok, 50, Krasnoyarsk, 660036, Russia. Phone number +7 (913) 539-86-02, email: snb237@gmail.com

Самоубийства среди подростков являются актуальной проблемой во многих странах мира. Известно, что наибольший риск самоубийства имеется у молодых людей, ранее уже предпринявших попытку суицида. Цель: представить метод планирования безопасности в работе с подростками, совершившими суицидальную попытку (СП). Описание метода. Представлена технология планирования безопасности в работе с подростками в постсуицидальном периоде, направленная на предотвращение суицидального кризиса в дальнейшем. Изложен подробный алгоритм составления плана безопасности (ПБ), включающего список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков психического неблагополучия. Описаны основные разделы ПБ: 1. Распознавание предупреждающих знаков, свидетельствующих о приближении суицидального кризиса. 2. Создание безопасной среды. 3. Определение и использование внутренних стратегий совладания. 4. Определение и использование внешних стратегий. 5. Составление списка причин, по которым стоит жить. Приводится пример практического использования плана безопасности в работе с подростком, госпитализированным в детское отделение психиатрического стационара. Выводы. Метод планирования безопасности имеет доказанную эффективность, не требует дополнительных финансовых затрат, ему несложно обучиться. Данный метод может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства. Поэтому метод планирования безопасности могут использовать специалисты, непосредственно участвующие в оказании помощи подросткам в отделениях скорой неотложной помощи, в кризисных стационарах и в психиатрических больницах.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, подростки, планирования безопасности подростков

Самоубийства среди подростков являются актуальной проблемой во многих странах мира. Известно, что наибольший риск самоубийства имеется у молодых людей, ранее уже предпринявших попытку суицида [1, 2]. По результатам эпидемиологических исследований, распространённость суицидальных попыток среди подростков разных стран составляет около 4% в странах Европы

Suicide among adolescents is an actual problem in many countries of the world. It is known that the greatest risk of suicide is in young people who have previously attempted suicide [1, 2]. According to the results of epidemiological studies, the prevalence of suicide attempts among adolescents from different countries ranges from 4% in

[3, 4], США [2] и Канады [5] до 20,5% в странах региона Западной части Тихого океана [6]. Доказано, что своевременное вмешательство может уменьшить риск повторного суицида, поэтому проведение эффективных профилактических вмешательств после совершения суицидальной попытки является приоритетным направлением в области суицидологии.

Цель исследования: представить метод планирования безопасности в работе с подростками, совершившими суицидальную попытку.

Понятие о суицидальном кризисе

Пациентам, которые обращаются за медицинской помощью с признаками суицидального поведения, требуется различное медицинское, социальное и психиатрическое вмешательство в зависимости от серьёзности суицидальных намерений. Суицидальное поведение у подростков включает в себя широкий спектр проявлений, в том числе, разнообразные мысли и угрозы о смерти, а также действия, направленные на причинение преднамеренных несмертельных или смертельных повреждений, которые в итоге могут привести к завершённому суициду [7]. Различия между этими конструктами у молодых людей не всегда чёткие, часто подростки бывают не в состоянии сформулировать своё желание умереть, перед тем как совершают самоубийство [8, 9].

На сегодняшний день показано, что акту самоубийства или суицидальной попытке предшествует особым образом изменённое состояние сознания, которое предсказывает неизбежность самоубийства от нескольких дней до нескольких недель и квалифицируется как *Suicide Crisis Syndrome*, или «синдром суицидального кризиса» [10, 11]. Суицидальный кризис (СК) включает пять компонентов: 1) ощущение ловушки, или западни; 2) аффективное расстройство; 3) потеря когнитивного контроля; 4) гипервозбуждение; 5) социальная изоляция [12, 13]. Состояние изменённого сознания мешает ясно мыслить, принимать конструктивные решения и находить адекватный выход из сложившейся ситуации. Иными словами, СК приводит к нарушению исполнительных функций, когда совершение самоубийства представляется единственным способом решения проблем. Психотерапия в этом состоянии оказывается неэффективной, купирование СК возможно только путём медикаментозной терапии – назначения нейролептиков и бензодиазепинов.

Показано, что перенесённый СК инициирует другие факторы риска суицидального поведения и значительно повышает уязвимость личности к стрессам [14]. Поэтому лица, совершившие суицидальную попытку, часто повторяют её в течение первого года после выписки из стационара. Восстановление психического равновесия и

Europe [3, 4], the USA [2] and Canada [5] to 20.5% in the countries of the Western Pacific [6]. It has been proven that timely intervention can reduce the risk of repeated suicide, therefore, effective preventive interventions after a suicide attempt is a priority in the field of suicidology.

Aim of the study: to present a safety planning intervention when working with adolescents who have made a suicidal attempt.

The concept of a suicidal crisis

Patients who seek medical care with signs of suicidal behavior require different medical, social and psychiatric interventions depending on the intensity of the suicidal intent. Adolescent suicide behavior includes a wide range of manifestations, including a variety of thoughts and threats about death, as well as actions aimed at causing deliberate non-fatal or fatal injury, which can ultimately lead to completed suicide [7]. The differences between these constructs in young people are not always clear, adolescents are often unable to formulate their desire to die before committing suicide [8, 9].

To date, it has been shown that the act of suicide or suicide attempt is preceded by a special altered state of consciousness, which predicts the inevitability of suicide from several days to several weeks and qualifies as *Suicide Crisis Syndrome*, or "suicidal crisis syndrome" [10, 11] ... The suicide crisis (SC) includes five components: 1) the feeling of a trap, or trap; 2) affective disorder; 3) loss of cognitive control; 4) hyperexcitation; 5) social isolation [12, 13]. The state of an altered consciousness interferes with thinking clearly, making constructive decisions and finding an adequate way out of this situation. In other words, SC leads to a violation of executive functions, when committing suicide seems to be the only way to solve problems. Psychotherapy in this state turns out to be ineffective, the relief of SC is possible only through drug therapy – the appointment of antipsychotics and benzodiazepines.

It has been shown that the transferred SC initiates other risk factors for suicidal behavior and significantly increases the vulnerability of the individual to stress [14]. Therefore, individuals who have committed a suicide attempt often repeat it within the first year after discharge from the hospital.

предотвращение СК в дальнейшем являются основными задачами вмешательства в постсуицидальном периоде.

Метод планирования безопасности

Метод планирования безопасности (Safety Planning Intervention) – это краткосрочное вмешательство, направленное на предотвращение повторной суицидальной попытки. План безопасности (ПБ) включает список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков СК. Это очень важно особенно в тот момент, когда когнитивный контроль и исполнительные функции нарушены. Кроме того, ПБ позволяет пациенту избежать социальной изоляции, которая сопутствует СК.

Метод планирования безопасности разработан в рамках когнитивно-поведенческой терапии и впервые апробирован профессором медицинского факультета университета Пенсильвании Грегори Брауном и соавт. [15]. Совместно с профессором из Нью-Йоркского университета Психиатрии Барбарой Стэнли метод был адаптирован для работы с ветеранами боевых действий, пытавшихся покончить жизнь самоубийством [16], а в дальнейшем – для использования в работе с подростками [17].

Данный метод признан передовой технологией Американским Ресурсным Центром по предотвращению самоубийств (SPRS) и вошёл в реестр лучших технологий Американского фонда предотвращения самоубийств [18]. В настоящее время метод планирования безопасности широко применяется в работе с подростками в США [17, 19], в странах Европы [20], в Австралии [21], в Республике Корея [22]. Данная технология активно используется во многих учреждениях здравоохранения, оказывающих неотложную помощь суицидальным пациентам, в том числе, в отделениях скорой медицинской помощи [23, 24], в травматологических центрах, на кризисных горячих линиях и в психиатрических стационарах [19, 25, 26]. Данный метод имеет доказанную эффективность [19, 20, 26] и может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства.

Разработка плана безопасности с подростками

Планирование безопасности проводится совместно со специалистом, обученным методике вмешательства и особенностям ведения беседы с подростком в состоянии суицидального кризиса [27]. Это могут быть:

- 1) врачи психиатры и клинические психологи психиатрических учреждений;
- 2) клиницисты отделений скорой неотложной помощи и кризисных стационаров;

Restoration of mental balance and prevention of SC in the future are the main tasks of intervention in the post-suicidal period.

Safety planning intervention

Safety Planning Intervention is a short-term intervention aimed at preventing repeated suicide attempts. The safety plan (SP) includes a list of pre-prepared behavioral strategies and sources of support that patients can use to reduce their emotional distress when the first signs of SC appear. This is very important especially at a time when cognitive control and executive functions are impaired. In addition, SP allows the patient to avoid the social isolation that accompanies CS.

The safety planning intervention was developed in the framework of cognitive-behavioral therapy and was first tested by Gregory Brown et al., Professor at the School of Medicine at the University of Pennsylvania. [15]. Together with a professor from New York University of Psychiatry Barbara Stanley, the method was adapted to work with war veterans who tried to commit suicide [16], and later – for use in work with adolescents [17].

This method is recognized as an advanced technology by the American Suicide Prevention Resource Centre (SPRS) and entered the list of the best technologies of the American Suicide Prevention Foundation [18]. At present, the method of safety planning is widely used in work with adolescents in the USA [17, 19], in Europe [20], in Australia [21], in the Republic of Korea [22]. This technology is actively used in many healthcare institutions providing emergency care for suicidal patients, including emergency departments [23, 24], trauma centers, crisis hotlines and psychiatric hospitals [19, 25, 26]. This method has proven effectiveness [19, 20, 26] and can be used both as an independent technology and as part of a short-term psychotherapeutic intervention.

Developing a safety plan with adolescents

Safety planning is carried out in conjunction with a specialist trained in the technique of intervention and the peculiarities of conducting a conversation with a teenager in a state of suicidal crisis [27]. It can be:

- 1) psychiatrists and clinical psychologists of psychiatric institutions;
- 2) clinicians of emergency departments and crisis hospitals;

- 3) сотрудники служб психического здоровья;
- 4) телефонные консультанты кризисных линий.

Разработка ПБ происходит после всесторонней оценки риска самоубийства. Подростка просят рассказать свою историю как можно подробнее. Во время рассказа клиницист должен получить точный отчёт о тех событиях, которые предшествовали и сопровождали суицидальный кризис, а также о тех чувствах и поведении, которые отмечались у подростка. Совместное обсуждение индексированной попытки помогает облегчить распознавание предупреждающих знаков, которые в дальнейшем должны быть включены в план безопасности. ПБ записывается подростком самостоятельно с использованием бумажной формы. Он должен состоять из кратких инструкций, которые сначала обсуждаются и проговариваются с терапевтом, а затем четко формулируются и записываются. Все записи должны быть легко читаемы и понимаемы подростком.

Разделы плана безопасности

Раздел I. *Распознавание предупреждающих знаков, свидетельствующих о приближении СК.*

Список предупреждающих знаков обычно включает перечень конкретных ситуаций, которые являются наиболее стрессовыми для подростка. К предупреждающим знакам относят изменения эмоционального состояния и поведения, которые появляются в ответ на стресс. Список помогает подростку понять, когда следует использовать план безопасности и что следует предпринять. Подростка информируют о том, что при возникновении стрессовой ситуации он должен обращать внимание на любые изменения эмоционального состояния и поведения, при появлении которых следует немедленно обратиться к плану безопасности.

Раздел II. Создание безопасной среды.

Важно обсудить с подростком и родителями необходимость устранения любых потенциально смертельных средств из окружающей обстановки. Это могут быть таблетки, острые и режущие предметы, огнестрельное оружие и другое. Должны быть достигнуты гарантии того, что ответственный взрослый уберёт все потенциально опасные средства из поля доступа подростка.

Раздел III. *Определение и использование внутренних стратегий совладания.*

Внутренние стратегии включают в себя список действий, которые подросток может выполнить, чтобы справиться с суицидальными побуждениями без помощи других людей. Обычно это действия, которые проводятся с целью отвлечения от мыслей о самоубийстве. Список стратегий может быть составлен из арсенала, имеющегося у пациента. Однако терапевт также предлагает возможные варианты и обучает подростка техникам пе-

- 3) employees of mental health services;
- 4) telephone consultants of crisis lines.

The development of SP occurs after a comprehensive assessment of the risk of suicide. The teen is asked to tell their story in as much detail as possible. During the story, the clinician should receive an accurate account of the events that preceded and accompanied the suicidal crisis, as well as those feelings and behavior that were noted by the adolescent. Discussing the indexed attempt together helps to facilitate the recognition of warning signs, which should later be included in the security plan. SP is recorded by a teenager independently using a paper form. It should consist of short instructions, which are first discussed and spoken with the therapist, and then clearly formulated and written down. All entries should be easy to read and understand by the teenager.

Safety plan sections

Section I. *Recognition of warning signs indicating the approach of the SC.*

A warning sign list usually includes a list of specific situations that are most stressful for a teenager. Warning signs include changes in emotional state and behavior that appear in response to stress. The checklist helps your teen understand when to use the safety plan and what to do. The adolescent is advised that when a stressful situation arises, he should pay attention to any changes in emotional state and behavior, in the event of which they should immediately refer to the safety plan.

Section II. *Creation of a safe environment.*

It is important to discuss with the teenager and their parents the need to eliminate any potentially fatal environmental agents. It can be pills, sharp and cutting objects, firearms and others. Assurances must be made that a responsible adult removes all potentially hazardous means from the adolescent's reach.

Section III. *Identifying and using internal coping strategies.*

Internal strategies include a list of actions a teenager can take to deal with suicidal urges without the help of others. Usually these are actions that are carried out in order to distract from thoughts of suicide. The list of strategies can be drawn from the patient's arsenal. However, the therapist also suggests options and trains the adolescent to shift attention, relax, and practice self-regulation

реключения внимания, релаксации и саморегуляции. Пациента информируют о том, что, если внутренние стратегии не помогают, следует обратиться к внешним стратегиям.

Раздел IV. *Определение и использование внешних стратегий.*

Внешние стратегии ПБ включают в себя целый ряд возможных форм поведения, в том числе, получение помощи от друзей. Подросток должен вспомнить своих друзей, с которыми можно связаться для того, чтобы отвлечься или поднять настроение, записать их имена. Внешние стратегии могут включать обращения к родственникам или другим значимым людям из социального окружения подростка, которых он может попросить о помощи. Имена значимых людей и их телефоны записываются в ПБ. В плане безопасности обязательно указываются профессионалы в области психического здоровья, их имена и номера телефонов, куда подросток может позвонить, чтобы получить помощь.

Терапевт и пациент совместно анализируют каждый шаг плана, обсуждают и предусматривают любые потенциальные препятствия на пути его реализации. ПБ всегда хранится там, где его можно легко найти. В составлении ПБ могут участвовать члены семьи. Терапевт и пациент совместно обсуждают вопрос о том, как семья может помочь пациенту использовать план безопасности.

Раздел V. *Составление списка причин, по которым стоит жить.*

В заключительной части ПБ обязательно следует определить те причины, по которым подростку стоит жить. Это могут быть приятные занятия, любимые увлечения, хобби, а также животные или близкие люди, которые поддерживают у молодого человека желание к жизни.

Планирование безопасности: пример из практики

Пациентка К., 14 лет, находилась на лечении в детском отделении КГБУЗ «Красноярский клинический ПНД №1» с клиническим диагнозом F92.8. Поступление повторное, связано с суицидальной попыткой (отравление таблетками). *Суицидальный анамнез.* У матери было две попытки суицида – в 2018 и 2020 годах. Один из родственников совершил законченный суицид путём самоповешения. У девочки ранее уже отмечались суицидальные намерения и попытки: хотела сброситься с крыши дома, броситься под поезд, совершала умышленные самоповреждения. Девочка проживает с бабушкой, родители в разводе около двух лет. В семье родителей постоянные ссоры и конфликты, отец избивал мать на глазах у дочери.

techniques. The patient is advised that if internal strategies do not work, external strategies should be consulted.

Section IV. *Definition and use of external strategies.*

External SP strategies include a range of possible behaviors, including getting help from friends. The teenager should remember about their friends, who they can contact in order to distract or cheer up, write down their names. External strategies may include reaching out to relatives or other significant people in the adolescent's social environment who they may ask for help. The names of significant people and their phones are recorded in the SP. The safety plan must include mental health professionals, their names and phone numbers where the teenager can call for help.

The therapist and the patient together analyze each step of the plan, discuss and foresee any potential obstacles to its implementation. The SP is always stored where it can be easily found. Family members can participate in the preparation of the SP. The therapist and patient discuss together how the family can help the patient use the safety plan.

Section V. *Making a list of reasons why it is worth living.*

In the final part of the SP, it is imperative to determine the reasons why a teenager should live. These can be pleasant activities, favorite hobbies, hobbies, as well as animals or close people that support the young person's desire for life.

Safety planning: a case study

Patient K., 14 years old, was treated in the pediatric department of the Krasnoyarsk Clinical Psychoneurological dispensary No. 1 with a clinical diagnosis of F92.8. Readmission is associated with a suicidal attempt (pill poisoning). Suicidal history. Patient's mother had two suicide attempts, in 2018 and 2020. One of the relatives committed a complete suicide by self-hanging. The patient had previously tried out suicidal intentions and attempts: she wanted to throw herself off the roof of the house, throw herself under a train, and committed deliberate self-harm. The girl lives with her grandmother, her parents have been divorced for about two years. There are constant quarrels and conflicts in the parents family, the father beats the mother in front of their daughter.

ПЛАН БЕЗОПАСНОСТИ	SAFETY PLANNING												
Шаг 1. <i>Предупреждающие признаки суицидального кризиса</i>	Step 1. <i>Recognition of warning signs indicating the approach of the SC</i>												
<i>Какие могут быть ситуации</i>	<i>What kind of situations can occur</i>												
<ol style="list-style-type: none"> 1. Когда мы ругаемся с родителями 2. Когда надо мной издеваются в школе 3. Когда родители ругаются, орут друг на друга 	<ol style="list-style-type: none"> 1. When we have an argument with parents 2. When I am being bullied at school. 3. When my parents are having an argument shouting at each other. 												
<i>Как я это могу это почувствовать</i>	<i>How can I feel that?</i>												
<ol style="list-style-type: none"> 1. Повысится тревога 2. Будет плохое настроение, пустота на душе, апатия 3. Захочу сделать себе больно 	<ol style="list-style-type: none"> 1. My anxiety increases. 2. I will feel down, empty-souled, apathic. 3. I will have a desire to hurt myself. 												
<i>Как у меня изменится поведение</i>	<i>How will my behavior change</i>												
<ol style="list-style-type: none"> 1. Захочу спрятаться от людей 2. Ни с кем не буду разговаривать 3. Буду сидеть дома, никуда не захочу выходить 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I will want to hide away from people. 2. I will not speak with anyone. 3. I will stay at home without desire to go out. 												
Шаг 2. <i>Создать безопасную среду</i>	Step 2. <i>Creation of a safe environment</i>												
<ol style="list-style-type: none"> 1. Убрать таблетки 2. Выкинуть лезвия 3. Вытащить ручки из окон, как в больнице 	<ol style="list-style-type: none"> 1. To put away pills. 2. To throw out blades. 3. To get window handles out (like in hospitals) 												
Шаг 3. <i>Что я могу сделать самостоятельно</i>	Step 3. <i>What I can do myself.</i>												
<ol style="list-style-type: none"> 1. Послушать музыку дождя, сходить погулять 2. Потрогать ежика, побить подушку, покричать 3. Найти в окружении 5 предметов одного цвета 4. Использовать дыхательные техники 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I can listen to the music of the rain, go for a walk. 2. I can touch a hedgehog, beat a pillow, shout. 3. I can look for 5 items of the same color in the room. 4. I can use breathing techniques. 												
Шаг 4. <i>К каким друзьям я могу обратиться</i>	Step 4. <i>Who of my friends I can turn to.</i>												
<table border="0"> <tr> <td>1. Вероника</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Тел.: 7-...</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Тел.: 7-...</td> </tr> </table>	1. Вероника	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB	2.	Тел.: 7-...	3.	Тел.: 7-...	<table border="0"> <tr> <td>1. Veronica</td> <td>Phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>..., phone # 7-</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>..., phone # 7-</td> </tr> </table>	1. Veronica	Phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	2.	..., phone # 7-	3.	..., phone # 7-
1. Вероника	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB												
2.	Тел.: 7-...												
3.	Тел.: 7-...												
1. Veronica	Phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
2.	..., phone # 7-												
3.	..., phone # 7-												
Шаг 5. <i>К каким людям я могу обратиться</i>	Step 5. <i>What people I can turn to.</i>												
<table border="0"> <tr> <td>1. Мама Н.</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-BB-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Папа О.</td> <td>Тел.: 7-AAA-ABB-BB-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Бабушка В.</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Мама Н.	Тел.: 7-AAA-BBB-BB-BB	2. Папа О.	Тел.: 7-AAA-ABB-BB-BB	3. Бабушка В.	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB	<table border="0"> <tr> <td>1. Mom,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Dad,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Grandma,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Mom,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	2. Dad,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	3. Grandma,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB
1. Мама Н.	Тел.: 7-AAA-BBB-BB-BB												
2. Папа О.	Тел.: 7-AAA-ABB-BB-BB												
3. Бабушка В.	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB												
1. Mom,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
2. Dad,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
3. Grandma,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
Шаг 6. <i>К каким профессионалам я могу обратиться</i>	Step 6. <i>What professionals I can turn to.</i>												
<table border="0"> <tr> <td>1. Позвонить на телефон доверия</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Позвонить лечащему врачу</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBA-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Позвонить своему психологу</td> <td>Тел.: 7-AAA-BBG-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Позвонить на телефон доверия	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB	2. Позвонить лечащему врачу	Тел.: 7-AAA-BBA-AA-BB	3. Позвонить своему психологу	Тел.: 7-AAA-BBG-AA-BB	<table border="0"> <tr> <td>1. Call the Suicide Support Helpline,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>2. Call the doctor,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> <tr> <td>3. Call the therapist,</td> <td>phone # 7-AAA-BBB-AA-BB</td> </tr> </table>	1. Call the Suicide Support Helpline,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	2. Call the doctor,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB	3. Call the therapist,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB
1. Позвонить на телефон доверия	Тел.: 7-AAA-BBB-AA-BB												
2. Позвонить лечащему врачу	Тел.: 7-AAA-BBA-AA-BB												
3. Позвонить своему психологу	Тел.: 7-AAA-BBG-AA-BB												
1. Call the Suicide Support Helpline,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
2. Call the doctor,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
3. Call the therapist,	phone # 7-AAA-BBB-AA-BB												
<i>Ради чего мне стоит жить</i>	<i>What should I live for</i>												
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ради младшего брата, сестры, родителей, собаки 2. Ради того, чтобы создать свой сад с подсолнухами 3. Ради своей лучшей подруги и нашей общей цели 4. Ради того, чтобы еще раз почувствовать себя счастливой 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I should live for my younger brother and sister, my parents, my dog 2. I should live to my own garden with sunflowers 3. I should live for my best girl-friend and our common goal 4. I should live to feel happy again 												

Рис. 1 / Fig 1. Пример плана безопасности / A sample safety plan.

Отмечалось физическое насилие над ребёнком («мама кидалась на меня, губу разбила, зашивать не поехали», «с папой только один раз подрались»). Родители и бабушка постоянно обвиняют ребёнка («зря мы тебя родили», «поженились только потому, что ты родилась», «лучше бы я аборт сделала» и так далее). Если девочка начинала плакать, реакция родителей следующая: «дать ремня и все пройдёт».

При поступлении девочка подавлена, сидит с опущенной головой, на вопросы отвечает односложно. При осмотре в области предплечий имеются множественные порезы и ожоги. В отделении сохранялась подавленность, плаксивость, избегала общения с другими детьми. Спустя 1 месяц после начала медикаментозного лечения состояние улучшилось, подключена групповая терапия, затем индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). В рамках КПТ проводилась работа над планом безопасности (рис. 1).

На первом этапе, после детального обсуждения индексированной суицидальной попытки, были выявлены предупреждающие знаки суицидального кризиса и зафиксированы те ситуации, которые являются травматичными, а также те эмоции и виды поведения, которые сигнализируют о приближении СК (шаг 1). Для создания безопасной среды обсуждены все возможные способы устранения провоцирующих факторов в окружающей обстановке (шаг 2). Внутренние стратегии составлялись с использованием уже знакомых приёмов, а также с включением методов релаксации, которым подросток был обучен (шаг 3). В число друзей вошла одна близкая подруга (шаг 4). В список людей, от которых девочка ожидает поддержки, были включены мать, отец и бабушка (шаг 5). Надо отметить, что практически у всех подростков имеется вера в то, что когда они выйдут из больницы, то обязательно всё изменится, а родители их наконец-то услышат и поймут. Поэтому беседа с родителями необходима. Список профессионалов включал телефон доверия (шаг 6).

В ходе проведения терапии состояние девочки улучшилось: стала активнее, начала общаться с другими детьми, появились планы на будущее, переосмыслила свой поступок (суицидальная попытка), появилось желание жить дальше. Совместно с терапевтом составлен список причин, по которым стоит жить. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового психиатра.

Выводы.

Подростки, предпринявшие суицидальную попытку, имеют наибольший риск повторного суицида, поэтому своевременное вмешательство является одной из главных задач профилактики. Метод планирования безо-

Physical abuse of the child was noted (“my mother threw herself at me, broke my lip, but we didn't go to hospital to treat it”, “I had a fight with my father only once”). Parents and grandmother constantly blame the child (“we shouldn't have given you a birth,” “we got married just because you were born,” “I wish I had an abortion,” and so on). If the girl started crying, the reaction of the parents is as follows: “if we beat her, she will calm down.”

Upon admission, the girl is depressed, sits with her head down, answers the questions with one word. On examination, the forearms show multiple cuts and burns. In the department, depression, tearfulness persisted, and she avoided communication with other children. After 1 month of medical treatment, her condition improved, group therapy was added, then individual cognitive-behavioral psychotherapy (CBT). Within the framework of the CBT, work was carried out on a safety plan (Fig. 1).

At the first stage, after a detailed discussion of the indexed suicide attempt, warning signs of suicide crisis were identified and those situations that are traumatic, as well as those emotions and behaviors that signal the approach of SC (step 1) were recorded. To create a safe environment, all possible ways to eliminate provoking factors in the environment were discussed (step 2). Internal strategies were drawn up using familiar techniques and incorporating relaxation techniques that the teenager was trained in (step 3). A close friend was included in the group of friends (step 4). The list of people from whom the girl expects support included her mother, father and grandmother (step 5). It should be noted that almost all adolescents have a belief that when they leave hospital, everything will definitely change, and their parents will finally hear and understand them. Therefore, a conversation with parents is necessary. The list of professionals included a helpline (step 6).

During therapy, the girl's condition improved: she became more active, began to communicate with other children, had some plans for the future, she thought over her act (suicide attempt), and a desire to live on. Together with the therapist, a list of reasons why it is worth living was compiled. She was discharged in satisfactory condition under the supervision of a local psychiatrist.

Conclusions.

Adolescents who have made a suicide attempt are at greatest risk of repeated suicide,

пасности с подростками в постсуицидальном периоде направлен на предотвращение дальнейшего суицидального кризиса и может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства. План безопасности включает список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков неблагополучия.

Данный метод имеет доказанную эффективность, не требует дополнительных финансовых затрат, ему несложно обучиться. Поэтому методику планирования безопасности могут использовать специалисты, непосредственно участвующие в оказании помощи подросткам в отделениях скорой неотложной помощи, в кризисных стационарах и в психиатрических больницах.

Литература / References:

1. Lim K.S., Wong C.H., McIntyre R.S., et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16 (22): 4581. DOI: 10.3390/ijerph16224581
2. Campisi S.C., Carducci B., Akseer N., et al. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020; 20 (1): 1102. DOI: 10.1186/s12889-020-09209-z
3. Voss C., Ollmann T.M., Miché M., et al. Prevalence, Onset, and Course of Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults in Germany. *JAMA Netw. Open*. 2019; 2 (10): e1914386. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.14386
4. Zygo M., Pawłowska B., Potembska E., et al. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2019; 26 (2): 329-336. DOI: 10.26444/aaem/93817
5. Sampasa-Kanyinga H., Dupuis L.C., Ray R. Prevalence and correlates of suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Int. J. Adolesc. Med. Health*. 2017; 29 (2). DOI: 10.1515/ijamh-2015-0053
6. Uddin R., Burton N.W., Maple M., et al. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc. Health*. 2019; 3 (4): 223-233. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30403-6
7. Catalozzi M., Pletcher J.R., Schwarz D.F. Prevention of suicide in adolescents. *Curr. Opin. Pediatr.* 2001; 13: 417.
8. Prinstein M.J. Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76 (1): 1-8.
9. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379 (9834): 2373-2382.
10. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide Life Threat Behav.* 2019; 49 (4): 1124-1135. DOI: 10.1111/sltb.12495
11. Barzilay S., Assoung K., Veras J., et al. Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. *J. Affect. Disord.* 2020; 1 (276): 183-190. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.053
12. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav. Sci. Law*. 2019; 37 (3): 223-239. DOI: 10.1002/bsl.2397
13. Bloch-Elkouby S., Gorman B., Schuck A., et al. The suicide crisis syndrome: A network analysis. *J. Couns. Psychol.* 2020; 67 (5): 595-607. DOI: 10.1037/cou0000423
14. Cohen L.J., Ardan F., Yaseen Z. et al. Suicide Crisis Syndrome Mediates the Relationship Between Long-term Risk Factors and Lifetime Suicidal Phenomena. *Suicide Life Threat Behav.* 2018; 48 (5): 613-623. DOI: 10.1111/sltb.12387
15. Brown G.K., Have T., Henriques G. R., et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *J. Am. Med. Association*. 2005; 294: 563-570.
16. Stanley B., Brown G.K. Safety planning to reduce suicide risk. Unpublished manuscript, Columbia University and University of Pennsylvania. 2006.
17. Stanley B., Brown G.K., Brent D. et al. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility and acceptability. *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*. 2009; 48: 1005-1013.
18. Stanley B., Brown G.K. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19 (2): 256-264. DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001
19. Czyz E.K., King C.A., Prouty D., et al. Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. *Child Psychol. Psychiatry*. 2021; 15. DOI: 10.1111/jcpp.13383
20. Notredame C.E., Medjkane F., Porte A., et al. Relevance and experience of surveillance and brief contact intervention systems in preventing reattempts of suicide among children and adolescents. *Encephale*. 2019; 45 (1): S32-S34. DOI: 10.1016/j.encep.2018.10.007
21. Janackovski A., Deane F.P., Hains A. Psychotherapy and youth suicide prevention: An interpretative phenomenological analysis of specialist clinicians' experiences. *Clin. Psychol. Psychother.* 2020; 7. DOI: 10.1002/cpp.2536
22. Jeong Y.W., Chang H.J., Kim J.A. Development and Feasibility of a Safety Plan Mobile Application for Adolescent Suicide Attempt Survivors. *Comput. Inform. Nurs.* 2020; 38 (8): 382-392. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000592

23. Asarnow J.R., Babeva K., Horstmann E. The Emergency Department: Challenges and Opportunities for Suicide Prevention. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2017; 26 (4): 771-783. DOI: 10.1016/j.chc.2017.05.002
24. Labouliere C.D., Stanley B., Lake A.M., et al. Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk. *Suicide Life Threat. Behav.* 2020; 50 (1): 29-41. DOI: 10.1111/sltb.12554
25. Czyz E.K., Arango A., Healy N., et al. Augmenting Safety Planning With Text Messaging Support for Adolescents at Elevated Suicide Risk: Development and Acceptability Study. *JMIR Ment. Health.* 2020; 7 (5): e17345. DOI: 10.2196/17345
26. Kayman D.J., Marjorie F., et al. Safety Planning for Suicide Prevention: A Review. *Current Treatment Options in Psychiatry.* 2016; 3 (4). DOI: 10.1007/s40501-016-0099-0
27. Bettis A.H., Donise K.R., MacPherson H.A., et al. Safety Planning Intervention for Adolescents: Provider Attitudes and Response to Training in the Emergency Services Setting. *J. C. Psychiatr. Serv.* 2020; 71 (11): 1136-1142. DOI: 10.1176/appi.ps.201900563

PLANNING SAFETY WITH ADOLESCENTS AFTER A SUICIDE ATTEMPT

N.B. Semenova

Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; snb237@gmail.com

Abstract:

Suicide among adolescents is an actual problem in many countries of the world. It is known that the greatest risk of suicide is in young people who have previously attempted suicide. Aim: to present a safety planning intervention when working with adolescents who have made a suicide attempt (SA). Description of the method. The article presents a technology of planning safety when working with adolescents in the post-suicide period, aimed at preventing suicidal crisis in the future. There is also presented a detailed algorithm for drawing up a safety plan (SP) that includes a list of pre-prepared behavioral strategies and sources of support that patients can use to reduce their emotional experiences when the first signs of mental distress appear. The main sections of the SP are described: 1. Recognition of warning signs indicating the approach of a suicidal crisis. 2. Creation of a safe environment. 3. Identification and use of internal coping strategies. 4. Definition and use of external strategies. 5. Making a list of reasons why it is worth living. An example of the practical use of a safety plan in working with an adolescent hospitalized in the children's department of a psychiatric hospital is given. Findings. The planning safety method has a proven efficiency, does not require additional financial costs, and is easy to learn. This method can be used both as an independent technology and as part of a short-term psychotherapeutic intervention. Therefore, the safety planning method can be used by professionals who are directly involved in the care of adolescents in emergency departments, in crisis hospitals and in psychiatric hospitals

Key words: suicide, suicide attempt, adolescents, planning safety with adolescents

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 24.12.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.03.2021.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Планирование безопасности с подростками, совершившими суицидальную попытку. *Суицидология.* 2021; 12 (1): 64-72. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-64-72

For citation: Semenova N.B. Planning safety with adolescents after a suicide attempt. *Suicidology.* 2021; 12 (1): 64-72. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-64-72 (In Russ / Engl)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕВЕНТИВНОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

Б.С. Положий

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

MODERN APPROACHES TO PREVENTIVE SUICIDODOLOGY

B.S. Polozhy

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

Информация об авторе:

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 author:

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, Kropotkinskiy per. 23. Phone: +7 (906) 776-24-68; email: pbs.moscow@gmail.com

В статье представляется разработанная и одобренная ВОЗ современная классификация профилактики психических расстройств. В данной классификации выделяется 3 вида профилактики: универсальная, ориентированная на изначальное предупреждение психических расстройств и направленная на все население. Эта форма соответствует прежнему понятию первичная профилактика. Следующий вид – селективная профилактика, направленная на группы риска (ранее отдельно не выделялась). Индикативная профилактика соответствует прежнему понятию третичной профилактики. Данная классификация впервые применена нами применительно к профилактике суицидального поведения. В этом аспекте, помимо рекомендуемых ВОЗ терминов, нами дополнительно введен еще один вид – антикризисная профилактика, подразумевающая купирование суицидальных намерений у лиц с высоким уровнем суицидального риска, находящихся в пресуицидальном и остром постсуицидальном периодах. В статье представлены и описаны конкретные формы каждого этапа профилактики суицидального поведения. Отмечаются их цели, направленность, виды профилактических мероприятий.

Ключевые слова: превентивная суицидология, суицид, суицидальное поведение, профилактика, реабилитация

Профилактика самоубийств является наиболее важной и сложной проблемой современной суицидологии. В разные времена её пытались решить практически все специалисты, занимавшиеся суицидами. Однако, учитывая многосторонность и сложность феномена суицидального поведения (СП), наши недостаточные знания о природе и механизмах его возникновения и развития, многообразии факторов риска, расцениваемых в качестве суицидогенных, наличие различных (психиатрических, психологических, социологических, биологических и др.) подходов к профилактике, эффективной системы предупреждения самоубийств не разработано и по сей день. В дальнейшем изложении материала мы будем ориентироваться на современный отечественный и зару-

Suicide prevention is the most important and complex problem in modern suicidology. At different times, almost all experts involved in suicides tried to solve it. However, given the versatility and complexity of the phenomenon of suicidal behavior (SB), our insufficient knowledge of the nature and mechanisms of its occurrence and development, the variety of risk factors regarded as suicidal, the presence of various (psychiatric, psychological, sociological, biological, etc.) approaches to prevention, an effective suicide prevention system has not been developed to this day. In the further presentation of the material, we will focus on the modern domestic and foreign experience of suicide

бежный опыт превенции суицидов, а также на последние рекомендации ВОЗ [1-3].

Профилактика суицидов представляет собой систему мер, направленных на предупреждение различных проявлений СП, в том числе первичных и повторных суицидальных действий [4, 5]. Несколько лет назад ВОЗ предложила новые обозначения профилактических этапов: универсальная профилактика (соответствует первичной), селективная профилактика (представляет собой одну из форм первичной профилактики, ранее отдельно не выделявшуюся), индикативная профилактика (соответствует третичной профилактике). Нами [6] данная классификация была адаптирована к профилактике СП. При этом помимо трёх рекомендуемых ВОЗ видов, нами была добавлена «Антикризисная профилактика». В результате классификация приняла следующий вид:

- Универсальная, или всеобщая профилактика.
- Селективная, или выборочная профилактика.
- Антикризисная профилактика, или кризисная интервенция.
- Индикативная, или ориентированная профилактика.

Универсальная профилактика направлена на изначальное предупреждение СП, будучи ориентированной на все население. Её цель состоит в охвате всего населения мерами, направленными на улучшение психического здоровья и сведение к минимуму риска самоубийства. При этом индивидуальная психическая устойчивость является основополагающим столпом универсальной профилактики. В данной формулировке чётко указана связь СП с состоянием психического здоровья личности. Индивидуальная психическая устойчивость представляет собой мощный барьер перед всеми формами аномального (патологического) реагирования – от невротических, стрессовых и личностных расстройств до СП. Важнейшими характеристиками индивидуальной психической устойчивости являются адекватное реагирование на стрессовые ситуации, наличие эффективных копинг-стратегий, адекватная самооценка, наличие навыков конструктивного решения проблем, способность к формированию психологических защит, развитие механизмов планирования будущего, отсутствие гипертрофированного чувства вины, способность к перестройке ценностных ориентаций, хорошо развитое чувство самодостаточности.

Следует отметить, что одним из главных факторов, препятствующих формированию психически устойчивой личности, является патологическое воспитание ребёнка в родительской семье, начиная с дошкольного возраста. Ещё одним потенциально суицидоопасным фактором служит медицинская непросвещённость родителей.

prevention, as well as on the latest WHO recommendations [1-3].

Suicide prevention is a system of measures aimed at preventing various manifestations of SB, including primary and repeated suicidal actions [4, 5]. Several years ago, WHO proposed new designations for preventive stages: universal prevention (corresponds to primary), selective prevention (is one of the forms of primary prevention that was not previously distinguished separately), indicative prevention (corresponds to tertiary prevention). We [6] have adapted this classification for the prevention of SB. At the same time, in addition to the three types recommended by WHO, we have added “Anti-crisis prevention”. As a result, the classification took the following form:

- Universal or general prevention.
- Selective prevention.
- Anticrisis prevention, or crisis intervention.
- Indicative or targeted prevention.

Universal prevention is aimed at the initial prevention of SB by targeting the entire population. Its goal is to reach the entire population with measures aimed at improving mental health and minimizing the risk of suicide. At the same time, individual mental stability is the fundamental pillar of universal prevention. In this formulation, the connection between SB and the state of mental health of the individual is clearly indicated. Individual mental stability is a powerful barrier against all forms of abnormal (pathological) response - from neurotic, stressful and personality disorders to SB. The most important characteristics of individual mental stability are an adequate response to stressful situations, the presence of effective coping strategies, adequate self-esteem, the presence of constructive problem-solving skills, the ability to form psychological defenses, the development of future planning mechanisms, the absence of hypertrophied feelings of guilt, the ability to restructure value orientations, a well-developed sense of self-sufficiency.

It should be noted that one of the main factors preventing the formation of a mentally stable personality is the pathological upbringing of a child in the parental family, starting from preschool age. Another potentially suicidal factor is the lack of medical education of parents. In addition, due to prejudice and lack of awareness, most parents have a powerful psychological barrier

Кроме того, в силу предубеждений и непросвещённости, у большинства родителей присутствует мощный психологический барьер перед консультативным обращением к психиатру, что препятствует раннему обнаружению тех или иных психических расстройств, способствующих возникновению СП.

Формы универсальной профилактики:

- проведение активного дифференцированного просвещения различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска возникновения СП – задача электронных и печатных СМИ. Здесь особо важным представляется использование возможностей Интернета. При правильном подходе Сеть имеет огромный потенциал для профилактики самоубийств путём распространения обучающего материала и предложений о помощи. Вместе с тем, на сегодняшний день в профилактических ресурсах Интернета сайтов о предупреждении суицидов явно недостаточно, при этом только одна пятая часть профилактических сайтов рассчитана на диалогическую коммуникацию, и менее 7% – адресованы молодежи;

- проведение дифференцированных образовательных программ о признаках суицидоопасных состояний для специалистов различного профиля (врачи общепедицинской сети, педагоги, воспитатели, и др.) – задача психиатрических и суицидологических служб;

- формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни во всех возрастных группах населения – задача медиков и СМИ;

- повышение доступности психиатрической помощи – задача психиатрических организаций.

Селективная профилактика направлена на уязвимые группы населения – лиц, на текущий момент не имеющих признаков СП, но подверженных повышенному риску его развития в биологическом, психологическом, клиническом и социально-экономическом отношениях. По своей сути селективная профилактика – одно из важных направлений первичной профилактики, но ранее она отдельно не выделялась.

Согласно современным представлениям, наиболее уязвимыми группами, подлежащими селективной профилактике являются: лица, подвергшиеся жестокому обращению и перенесшие психическую травму (особенно в детском возрасте), а также пережившие военные конфликты или бедствия; беженцы и мигранты; коренные народности с исторически сложившимся повышенным риском СП (в России – это представители финно-угорских, монгольских, части тюркских этносов, а также малочисленные народы Севера); заключённые; лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией; лица, потерявшие близких, которые покончили жизнь самоубийств

before consulting a psychiatrist, which prevents early detection of certain mental disorders that contribute to the onset of SB.

Forms of universal prevention:

- Conducting active differentiated education of various age and social and professional groups of the population in relation to risk factors for the occurrence of SB is the task of the electronic and print media. It is especially important here to use the capabilities of the Internet. Done right, the Network has tremendous potential for suicide prevention through the dissemination of educational material and offers of help. At the same time, to date, in the preventive resources of the Internet, there are clearly not enough sites on the prevention of suicides, while only one fifth of the prevention sites are designed for dialogical communication, and less than 7% are addressed to young people;

- conducting differentiated educational programs on the signs of suicidal states for specialists of various profiles (doctors of the general medical network, teachers, educators, etc.) – the task of psychiatric and suicidal services;

- the formation of motivation and attitudes towards a healthy lifestyle in all age groups of the population is the task of physicians and the media;

- increasing the availability of psychiatric care is the task of psychiatric organizations.

Selective prevention is aimed at vulnerable groups of the population - people who currently do not have signs of SB, but are at increased risk of its development in biological, psychological, clinical and socio-economic terms. At its core, selective prevention is one of the important areas of primary prevention, but previously it was not separately identified.

According to modern concepts, the most vulnerable groups subject to selective prevention are: persons who have undergone severe treatment and suffered mental trauma (especially in childhood), as well as survivors of military conflicts or disasters; refugees and migrants; indigenous peoples with a historically increased risk of joint venture (in Russia - these are representatives of the Finno-Ugric, Mongol, parts of the Turkic ethnic groups, as well as small peoples of the North); prisoners; persons with non-traditional sexual orientation; persons who have lost loved ones, who committed suicide; persons of adolescence, elderly and

вом; лица подросткового, пожилого и старческого возраста; безработные.

Формы селективной профилактики:

- раннее выявление лиц, относящихся к уязвимым группам населения. Естественно, эта задача достаточно трудновыполнимая и может решаться лишь усилиями разных специалистов – врачей – психиатров, суицидологов, наркологов и сексопатологов; психологов, врачей общей практики, врачей пенитенциарной системы, работников служб социальной защиты населения;

- обучение специалистов анонимных телефонных служб специфике работы по селективной профилактике СП;

- подготовка *гейткиперов*. Этот термин недавно вошел в суицидологическую практику. Гейткиперы (в переводе с англ. «привратник») представляют собой лиц, по роду своей деятельности постоянно работающих с людьми, и прошедших специальное обучение по выявлению у них признаков СП. По мнению специалистов, гейткиперами могут быть: работники служб первичной и экстренной медицинской помощи; учителя и другие сотрудники школ; работники полиции, пожарные, и представители других служб экстренного реагирования; офицеры вооруженных сил; социальные работники; служители церкви; работники кадровых служб и менеджеры. Целью подготовки гейткиперов является обучение их навыкам, позволяющим идентифицировать лиц, находящихся в группе риска, определять его уровень, а затем направлять таких лиц к специалистам. Следует заметить, что данный метод уже доказал свою эффективность в ряде западных стран.

Следующая форма профилактики СП – *антикризисная*. Её цель заключается в купировании суицидальных намерений у лиц с высоким уровнем суицидального риска, находящихся в пресуицидальном и остром постсуицидальном периодах.

Формы:

Психофармакотерапия и психотерапия. Вопросы фармакотерапии достаточно хорошо освещаются в литературе, преподаются на курсах дополнительного образования. Остановимся несколько подробнее на психотерапии. В пресуицидальном периоде в ряде случаев она может использоваться самостоятельно, то есть без применения фармакотерапии. В более тяжёлых и опасных ситуациях проводится параллельно с фармакотерапией. В постсуицидальном периоде начинается, как только позволит психическое состояние суицидента. Наиболее распространённой формой психотерапии при СП является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Она направлена на реконструкцию суицидоопасных черт личности, выработку новых форм конструктивного поведе-

senile age; unemployed.

Selective prevention forms:

- early identification of persons belonging to vulnerable groups of the population. Naturally, this task is quite difficult to accomplish and can only be solved by the efforts of various specialists - doctors - psychiatrists, suicidologists, narcologists and sex therapists; psychologists, general practitioners, doctors of the penitentiary system, workers of social protection services;

- training specialists of anonymous telephone services in the specifics of work on the selective prevention of SB;

- training of gatekeepers. This term has recently entered suicidal practice. Gatekeepers (translated from the English) are persons who, by the nature of their work, constantly work with people, and have undergone special training to identify signs of SB in them. According to experts, gatekeepers can be found among: workers of primary and emergency medical services; teachers and other school staff; police officers, firefighters, representatives of other emergency services; military officers; social workers; ministers of the church; HR workers and managers. The goal of training gatekeepers is to teach them the skills to identify individuals at risk, determine their level, and then refer such individuals to specialists. It should be noted that this method has already proven its effectiveness in a number of Western countries.

One more form of prevention of SB is *anti-crisis*. Its purpose is to cease suicidal intentions in persons with a high level of suicidal risk, who are in the pre-suicidal and acute post-suicidal periods.

Forms:

Psychopharmacotherapy and psychotherapy. Pharmacotherapy issues are covered in the literature well enough, taught in additional education courses. Let's dwell a little more on psychotherapy. In the presuicidal period, in some cases, it can be used independently, that is, without the use of pharmacotherapy. In more severe and dangerous situations, it is carried out along with pharmacotherapy. In the post-suicidal period it should be begun as soon as the mental state of the suicide attempter allows. The most common form of psychotherapy for SB is cognitive behavioral therapy (CBT). It is aimed at the reconstruction of suicidal personality traits, the development of new forms of constructive behavior, an adequate re-

ния, адекватного реагирования на стресс, повышение уровня психической устойчивости, достигаемые воздействиями на когнитивном уровне. КПТ может начинаться в стационаре, а впоследствии продолжаться в амбулаторных условиях.

Индикативная профилактика СП. Напомним, что она соответствует понятию третичной профилактики в предыдущей классификации. Индикативная профилактика направлена на предупреждение рецидива СП и совершения повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство. Данный вид профилактики может начинаться уже в стационаре (в отношении госпитализированных суицидентов), либо в амбулаторных условиях (для тех, кто не нуждался в стационарировании). Индикативная профилактика – крайне важное звено суицидологической помощи, поскольку лица с суицидальной попыткой (попытками) в анамнезе имеют в 100 раз больший риск совершения суицида по сравнению с общей популяцией. Этот высокий риск усиливается в связи с абсолютным отсутствием в существующей системе суицидологической помощи возможностей (в первую очередь, подразделений) для проведения индикативной профилактики. В результате, её получает незначительное число суицидентов, преимущественно страдающих хроническими психическими заболеваниями и находящихся под психиатрическим динамическим наблюдением. Основная же масса суицидентов не получают специализированной помощи, что ведёт к рецидивам и повторению суицидальных действий, часто уже фатального характера.

Формы индикативной профилактики.

Прежде всего, это *психотерапия*, направленная на укрепление антисуицидального барьера личности суицидента: формирование стрессоустойчивости, обучение навыкам копинг-стратегий, реконструкция суицидоопасных личностных особенностей, и др. Следует заметить, что психотерапия может и должна носить длительный по времени характер – месяцы и даже годы, а также проводиться психотерапевтом, обладающим навыками работы с пациентами с СП.

Другой важнейший компонент – *психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением суицидента*. Этому компоненту должно уделяться большое внимание. В первую очередь это касается собственной (или родительской) семьи суицидента. Сформировать у членов семьи адекватное отношение к случившемуся, чтобы помочь своему близкому – неперемное условие эффективности профилактических воздействий. В своей практике мы сталкивались с различными формами отношения родных к суициденту и случившейся ситуации. Так, в некоторых семьях встречается сугубо

response to stress, an increase in the level of mental stability, achieved by influences at the cognitive level. CBT can start in an inpatient setting and then continue on an outpatient basis.

Indicative prevention of SB corresponds to the concept of tertiary prevention in the previous classification. Indicative prophylaxis is aimed at preventing recurrence of SB and committing repeated suicidal actions in persons who have committed suicide attempts. This type of prophylaxis can begin already in a hospital (in relation to hospitalized suicides), or on an outpatient basis (for those who did not need hospitalization). Indicative prophylaxis is an extremely important link in suicidological care, since individuals with a history of suicidal attempt(s) has a 100 times higher risk of committing suicide compared to the general population. This high risk is increased due to the absolute absence in the existing system of suicidological care of opportunities (first of all, sub-divisions) for conducting indicative prophylaxis. As a result, it is received by a small number of suicides, mainly suffering from chronic mental illness and under psychiatric follow-up. The bulk of suicides do not receive specialized help, which leads to relapses and repetition of suicidal actions, often already fatal.

Forms of indicative prevention.

First of all, this is *psychotherapy* aimed at strengthening the anti-suicidal barrier of the suicidal personality: the formation of stress resistance, teaching coping strategies, the reconstruction of suicidal personality traits, etc. It should be noted that psychotherapy can and should be long-term in nature – months and even years, and also carried out by a psychotherapist who has the skills to work with patients with SB.

Another important component is *psychocorrectional work with the closest microsocial environment of the suicide*. Great attention should be paid to this component. First of all, this concerns the suicide attempter's own (or parental) family. Forming an adequate attitude to what happened in family members in order to help their loved ones is an indispensable condition for the effectiveness of preventive interventions. In our practice, we have come across various forms of the attitude of relatives towards the suicidal person and the overall situation. In some families, the attitude to that is a purely negative – "You disgraced the family",

негативное отношение – «Опозорил семью», «Как мы будем смотреть в глаза людям?», «Слабак», «В жизни у тебя не будет ничего хорошего», вплоть до «Лучше бы ты умер». Естественно, при таком отношении может очень быстро развиться рецидив СП, завершающийся новой попыткой. Противоположный вариант: близкие настолько испуганы произошедшим, что пытаются оградить суицидента от малейших забот, не говоря уж о каких-то проблемах. В результате, суицидент (зачастую взрослый) попадает в тепличные условия и не может выработать необходимую стрессоустойчивость, способность противостоять неприятностям. Когда же они все-таки случаются, то он реагирует привычным (суицидальным) образом. Поэтому информирование членов семьи о сути и механизмах СП, способов его предупреждения должны проводиться не только в плане просвещения, но и с использованием психологической коррекции существующих неверных установок.

Динамическое наблюдение. Согласно современным представлениям, динамическое наблюдение за человеком после суицидальной попытки должно продолжаться в течение всего постсуицидального периода, то есть *не менее 6 месяцев* [7]. Однако здесь возникает существенное затруднение. Дело в том, что суициденты, у которых не установлено психическое заболевание, по существующему законодательству не подлежат психиатрическому динамическому наблюдению. По нашему мнению, данная ситуация может быть разрешена следующим образом. Суициденты с наличием диагностированных психотических расстройств должны быть поставлены под психиатрическое динамическое наблюдение в ПНД с обязательным указанием на наличие суицидального риска. Суициденты с наличием преходящих, либо непсихотических психических расстройств должны находиться под динамическим наблюдением в специализированной суицидологической службе. Такое динамическое наблюдение является не психиатрическим, а собственно суицидологическим, и осуществляется на добровольной основе. По нашему мнению, это – реальный и эффективный подход к профилактике рецидива СП.

Психофармакотерапия также занимает определенное место в индикативной профилактике. Она проводится при наличии клинических показаний. В частности, это касается депрессивных расстройств, наиболее часто провоцирующих рецидив СП. Назначение конкретных препаратов зависит от клинических проявлений депрессии.

Подводя итог приведенным сведениям, следует особо подчеркнуть, что эффективность профилактики СП во многом зависит от наличия национальных, межгосударственных и региональных программ предупреждения

"How are we going to look people in the eye?", "You are weak", "You won't have anything good in life," "You'd better die". Naturally, with such an attitude, a relapse of the SB can develop very quickly, culminating in a new attempt. The opposite option: loved ones are so scared of what happened that they try to protect the suicide attempter from the slightest worries, not to mention problems. As a result, the suicide attempter (often an adult) finds themselves in 'greenhouse' conditions and cannot develop the necessary resistance to stress, the ability to withstand troubles. When they do happen, they react in a familiar (suicidal) way. Therefore, informing family members about the essence and mechanisms of SB, ways to prevent it should be carried out not only in terms of education, but also with the use of psychological correction of existing incorrect attitudes.

Dynamic observation. According to modern concepts, dynamic observation of a person after a suicidal attempt should continue throughout the post-suicidal period, that is, not less than 6 months [7]. However, a significant difficulty arises here. The fact is that suicide attempters who have not been diagnosed with a mental illness, according to the existing legislation, are not subject to psychiatric dynamic observation. In our opinion, this situation can be resolved as follows. Suicide attempters with diagnosed psychotic disorders should be placed under psychiatric dynamic observation in the psychoneurological dispensary with a mandatory indication of the presence of suicidal risk. Suicide attempters with transient or non-psychotic mental disorders should be monitored by a specialized suicidal service. Such dynamic observation is not psychiatric, but actually suicidological, and is carried out on a voluntary basis. In our opinion, this is a real and effective approach to the prevention of recurrence of SB.

Psychopharmacotherapy also takes a certain place in indicative prophylaxis. It is performed when there is clinical evidence. In particular, this applies to depressive disorders, which most often provoke a relapse of SB. Prescribing specific drugs depends on the clinical manifestations of depression.

Summarizing the above information, it should be emphasized that the effectiveness of prevention of SB largely depends on the availability of national, interstate and regional programs for the prevention of sui-

суицидов. Такие программы действуют в настоящее время в большинстве стран Европы. Благодаря этим программам, во многих странах, традиционно отличавшихся высокой частотой суицидов (Финляндия, Швеция, Дания, Германия) в течение относительно непродолжительного времени резко снизилось число самоубийств, и они покинули группу государств с высоким уровнем смертности вследствие суицида [8]. С нашей точки зрения, создание государственных и региональных программ предупреждения самоубийств России способно внести ощутимый вклад в улучшение суицидальной ситуации и снижение частоты суицидов в стране.

Such programs are currently operating in most European countries. Thanks to these programs, in many countries, traditionally characterized by a high frequency of suicides (Finland, Sweden, Denmark, Germany), the number of suicides dropped sharply for a relatively short time, and they left the group of states with a high mortality rate due to suicide [8] From our point of view, the creation of state and regional programs for the prevention of suicides in Russia can make a tangible contribution to improving the suicidal situation and reducing the frequency of suicides in the country.

Литература.

1. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. 2018
3. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: ООО Издательство "Медицинское информационное агентство", 2019: 600 с. [National Guide to Suicidology / Under the editorship of B. S. Polozhego. M.: LLC Publishing House "Medical Information Agency", 2019: 600 p.] (In Russ)
4. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 23-31. [Lyubov E.B., Zotov

- P.B., Nosova E.S. Evidence-based strategies and economic arguments for a policy of suicide prevention. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 23-31.] (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31
5. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294 (16): 2064-2074.
6. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 4: 55-62. [Polozhiy B. S. Integrative model of suicidal behavior. *Russian Psychiatric Journal*. 2010; 4: 55-62.] (In Russ)
7. Brodsky B.S., Spruch-Feiner A., Stanley B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Front. Psychiatry*. 2018; 9: 33.
8. Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. *J Men's Health & Gender*. 2006; 3: 250–257.

MODERN APPROACHES TO PREVENTIVE SUICIDOLOGY

B.S. Polozhy

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia; pbs.moscow@gmail.com

Abstract:

The article presents a modern classification of prevention of mental disorders developed and approved by WHO. This classification distinguishes 3 types of prevention: universal, focused on the initial prevention of mental disorders and aimed at the entire population. This form corresponds to the previous concept of primary prevention. The next type is selective prophylaxis aimed at risk groups (previously it was not singled out separately). Indicative prophylaxis corresponds to the former concept of tertiary prophylaxis. This classification was first applied by us in relation to the prevention of suicidal behavior. In this aspect, in addition to the terms recommended by WHO, we have additionally introduced another type of prevention – anti-crisis prophylaxis, which means preventing suicidal intentions in individuals that have a high level of suicidal risk due to being in the pre-suicidal and acute post-suicidal periods. The article presents and describes the specific forms of each stage of the prevention of suicidal behavior. Their goals, orientation, types of preventive measures are noted.

Keywords: preventive suicidology, suicide, suicidal behavior, prevention, rehabilitation

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 14.02.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 27.04.2021.

Для цитирования: Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 73-79. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79

For citation: Polozhy B.S. Modern approaches to preventive suicidology. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 73-79. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79 (In Russ / Engl)

К ВОПРОСУ О ГЕНДЕРНОМ ПАРАДОКСЕ В СУИЦИДОЛОГИИ – СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ

В.А. Розанов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

ON THE GENDER PARADOX IN SUICIDOLGY – A CONTEMPORARY CONTEXT

V.A. Rozanov St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. 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 (812) 324-25-74; Главный научный сотрудник отделения пограничных расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: Россия, 192019, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Information about the author:

Rozanov Vsevolod Anatolievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Place of work and position: Professor at the Chair of Psychology of Health and Deviant Behavior, Department of Psychology of “St. Petersburg State University”. Address: Russia, 199034, St. Petersburg, 6 Makarova embankment. Phone: +7 (812) 324-25-74; Chief Scientist, Department of Borderline Disorders and Psychotherapy, “V.M.Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology”. Address: Russia, 192019, St. Petersburg, 3 Bekhtereva st., email: v.rozanov@spbu.ru

Обсуждение суицидов среди мужской и женской части населения нельзя сводить исключительно к так называемому суицидальному парадоксу. Несмотря на то, что мужчины заметно чаще погибают от суицида, а женщины чаще совершают попытки, эти различия нивелируются в разных возрастных группах. Если рассуждать с позиций суицидального поведения, включая в это понятие и мысли, и замыслы, намерения, попытки, и собственно суицид, различия становятся ещё менее заметными. В различных социокультурных контекстах эти различия вообще отсутствуют. Судя по многим признакам, суицидальность женщин сильно недооценена, и их меньшая смертность только маскирует ситуацию. Обсуждая такие факторы риска, как нарушения психического здоровья, роль стресса, толерантность к боли и многие другие, приходится констатировать, что почти во всех случаях трудно отделить влияние биологических и социальных факторов, поскольку они тесно взаимодействуют между собой. Повышение экономической активности женщин во второй половине прошлого века в странах Запада и их большее вовлечение в трудовые отношения в целом сопровождалось благоприятными сдвигами как среди мужчин, так и среди женщин. Однако ультрасовременные тенденции в продвижении концепции гендера как социального пола, дополняющего (а в ряде случаев отрицающего) биологический пол, как свидетельствуют данные, не улучшают показатели с суицидальным поведением и тех, и других. Проблема половых и/или гендерных различий суицидального поведения далека от разрешения, многочисленные сложности в интерпретациях и оценках очень затрудняют получение объективной картины. Необходимы дальнейшие исследования, в различных культурных контекстах, с учётом возрастной динамики и социальной обстановки.

Ключевые слова: суицидальное поведение, мужчины и женщины, гендерный парадокс, биологические и социальные факторы, гендерные роли, модернизация, трансгендерность

Гендерный парадокс в суицидологии – понятие, впервые вошедшее в обиход после статьи американских авторов Silvia Canetto и Isaak Sakinofsky [1]. В работе, опубликованной в 1998 г., они сформулировали этот парадокс следующим образом: «Во всех странах, где изучается распространённость суицидов, среди

The gender paradox in suicidology is a concept that first came into use after an article by American authors Silvia Canetto and Isaak Sakinofsky [1]. In a paper published in 1998, they formulated this paradox as follows: “In all countries that study the prevalence of suicide, women have higher rates of suicidal

женщин наблюдаются более высокие уровни суицидальных мыслей и суицидального поведения, в то время как смертность от суицидов среди женщин чаще всего ниже, чем среди мужчин» [1]. Ещё одно проявление парадоксальности, по мнению американского психиатра George Murphy, связано с тем общеизвестным фактом, что примерно половина всех самоубийств происходит на фоне серьёзной депрессии, при этом женщины, которые вдвое чаще подвержены депрессии, совершают суицид в 3-4 раза реже, чем мужчины [2]. Нужно отметить, что Canetto и Sakinofsky специально упомянули, что их наблюдения касаются стран Западного мира (в основном обсуждались Великобритания, Канада и США, поэтому можно скорее говорить о Евро-Атлантической группе стран), и что они мало осведомлены о ситуации с суицидальным поведением мужчин и женщин в других цивилизациях.

После этих публикаций гендерный парадокс обсуждался в десятках суицидологических статей, при этом всегда отмечалось, что упомянутые выше различия в суицидальном поведении мужчин и женщин не наблюдаются в Китае, Индии, Пакистане и некоторых других странах, что говорит о культурно-обусловленном характере этого явления [3-5]. Постепенно термин «гендерный парадокс» приобрёл широкое распространение и даже вышел за пределы суицидологии. В это понятие стали включать и другие ситуации, когда между женщинами и мужчинами наблюдаются существенные различия в смертности, не объяснимые с точки зрения предрасполагающих к этому факторов. Например, Ю.Е. Разводовский описывает с этих позиций более высокую общую (а не только суицидальную) смертность мужчин при том, что женщины декларируют в самоотчётах худшие показатели психического и соматического здоровья [6].

Нужно отметить, что авторы оригинальной статьи [1] были очень осторожны, объявляя о наличии этого парадокса, и посвятили значительную часть работы обсуждению вопроса, реальны ли различия между полами, не искажаются ли они сложностями учёта суицидов, суицидальных мыслей и попыток или неточностями при интерпретации суицидальных действий мужчин и женщин. В этой части работы авторы, опять же, применительно к западным стандартам в сфере учёта смертельных случаев и «нефатальных суицидов» (попыток) приходят к заключению, что отличия между мужчинами и женщинами всё же не являются артефактом. Далее, опираясь на публикацию эпидемиолога Eve Moscicki [7], они обсуждают возможные причины наблюдаемого парадокса. В частности, причинами могут быть:

thoughts and suicidal behavior, while mortality rates from suicide among women are often lower than among men” [1]. Another manifestation of paradox, according to the American psychiatrist George Murphy, is associated with the well-known fact that about half of all suicides occur along with severe depression, while women, who are twice as likely to be depressed, commit suicide 3-4 times less often than men [2]. It should be noted that Canetto and Sakinofsky specifically mention that their observations relate to the countries of the Western world (mainly the United Kingdom, Canada and the United States were discussed, so we can rather talk about the Euro-Atlantic group of countries), and that they are little aware of the situation with suicidal behavior of men and women in other civilizations.

After these publications, the gender paradox has been discussed in dozens of suicidological articles and it was always noted that the above differences in the suicidal behavior of men and women are not observed in China, India, Pakistan and some other countries, which indicates the culturally determined nature of this phenomenon. [3-5]. Gradually, the term "gender paradox" became widespread and even went beyond the limits of suicidology. This concept began to include other situations when significant differences in mortality are observed between women and men, which cannot be explained from the point of view of factors predisposing to this. For example, Yu.E. Razvodovsky uses these positions to interpret a higher overall (and not just suicidal) mortality in men, while women declare in self-reports the worst indicators of mental and somatic health [6].

It should be noted that the authors of the original article [1] were very careful in announcing the existence of this paradox, and devoted a significant part of the work to discussing the question of whether the differences between the sexes are real, whether they are not distorted by the difficulties of accounting for suicides, suicidal thoughts and attempts, or inaccuracies in interpreting suicidal actions of men and women. In this part of the work, the authors, again, in relation to Western standards in the field of recording deaths and “non-fatal suicides” (attempts), come to the conclusion that the differences between men and women are still not an artifact. Further, based on the publication of the epidemiologist Eve Moscicki [7], they discuss the possible causes of the observed paradox. In particular, the reasons may be:

1) различия в летальности суицидальных действий (мужчины используют более «агрессивные» или «летальные» методы самоубийства);

2) различия в самоотчётах о суицидальных мыслях и попытках (женщины более склонны сообщать о своих психологических проблемах, в то время как мужчины их просто скрывают);

3) различия в паттернах психического здоровья и распределении диагнозов (мужчины имеют более высокие уровни потребления алкоголя и чаще имеют зависимость, в то время как женщины чаще получают диагноз депрессии, но при этом депрессия легче поддаётся лечению, чем алкоголизм, и, соответственно, в их случае реже завершается суицидом); и наконец

4) различиями в социализации и принятии гендерных ролей (самоубийство в обществе считается мужским поступком, в то время, как суицидальная попытка – женским) [1, 2, 7].

В настоящей работе мы попытаемся оценить приемлемость этих (и иных, ранее не прозвучавших) теорий с позиций сегодняшнего дня, через более чем 20 лет после того, как различия в индексах суицида среди мужчин и женщин впервые были описаны как некое парадоксальное явление. Мы постараемся доказать, что на самом деле никакого парадокса не существует, особенно если рассматривать суицидальное поведение мужчин и женщин как единый суицидальный процесс. Кроме того, нас интересует, насколько изменившиеся тенденции в понимании гендерных ролей, а также их заметно возросшее значение как фактора социального поведения мужчин и женщин, оказали влияние на выраженность тех различий, которые были известны ещё со времен Бехтерева (он писал о различиях в суицидах мужчин и женщин примерно то же, что пишут и сейчас), но были так изложены американскими авторами, что это вызвало оживлённую дискуссию, не утихающую до сих пор. В связи с этим особый интерес также вызывают проявления особенностей суицидального поведения современной молодёжи, наиболее подверженной новым тенденциям в сфере противопоставления биологических и социальных сущностей пола и манипулирования альтернативными гендерными идентичностями.

Суицидальное поведение мужчин и женщин на современном этапе

С точки зрения концепции суицидального поведения имеет смысл сравнивать среди мужчин и женщин распространённость различных проявлений суицидальности, а именно самоубийств, суицидальных попыток и суицидальных мыслей одновременно. За последние 40-50 лет во всём мире значительно повыси-

1) differences in the lethality of suicidal actions (men use more "aggressive" or "lethal" methods of suicide);

2) differences in self-reports of suicidal thoughts and attempts (women are more inclined to report their psychological problems, while men simply hide them);

3) differences in mental health patterns and distribution of diagnoses (men have higher levels of alcohol consumption and are more likely to be addicted, while women are more likely to be diagnosed with depression, but depression is easier to treat than alcoholism, and, as a result in their case, it rarely ends in suicide); and finally

4) differences in socialization and acceptance of gender roles (suicide in society is considered a masculine act, while a suicidal attempt is feminine) [1, 2, 7].

In this paper, we will try to assess the acceptability of these (and other, previously not mentioned) theories from the standpoint of today, more than 20 years after the differences in suicide indices among men and women were first described as a kind of paradoxical phenomenon. We will try to prove that in fact there is no paradox, especially if we consider the suicidal behavior of men and women as a single suicidal process. In addition, we are interested in how much the changed trends in the understanding of gender roles, as well as their noticeably increased importance as a factor in the social behavior of men and women, influenced the severity of those differences that have been known since the time of Bekhterev (who wrote about the differences in suicide of men and women about the same as they write now), but were so outlined by American authors that it caused a lively discussion that has not been over until now. In this regard, the manifestations of the peculiarities of suicidal behavior of modern youth, who are most susceptible to new trends in the field of opposing biological and social essences of gender and manipulating alternative gender identities, are also of particular interest.

Suicidal behavior of men and women at the present stage

From the point of view of the concept of suicidal behavior, it makes sense to compare the prevalence of various manifestations of suicidality among men and women, namely, suicide, suicidal attempts and suicidal thoughts at the same time. Over the past 40-50 years, the quality and accuracy of statistical data, including data on deaths from suicides, have significantly increased throughout the world.

лось качество и точность сведений статистического характера, в том числе данных о смертности от самоубийств. По состоянию на первое десятилетие XXI века среди почти 100 стран, подающих сведения в базы данных ВОЗ, соотношение между индексами суицидов у мужчин и женщин колебалось в пределах от 9,4 (Белиз) до 0,9 (Китай), то есть различия между странами – десятикратные [8]. Если сравнивать регионы (по классификации ВОЗ), то при среднемировом значении $M : Ж = 1,8$ самое высокое соотношение имеет место в Европе (4,0), далее следуют американский континент (3,6), Африка (2,2), Ю.-В. Азия (1,5), Западно-Тихоокеанский регион (1,3) и Восточное Средиземноморье (1,1). Среди стран с самым высоким ($\geq 6,0$) соотношением присутствуют такие довольно разные государства, как Белиз, Пуэрто-Рико, Маврикий, Словакия, Польша, Босния-Герцеговина, Румыния и Греция. На втором полюсе (соотношение около 1,0) – Китай, Бахрейн, Кувейт и Таджикистан. Интересно, что в первой десятке стран с самым высоким уровнем самоубийств (на 2010 г. это были Литва, Южная Корея, Шри Ланка, Россия, Белоруссия, Гайана, Казахстан, Венгрия, Япония, Латвия) соотношение тоже существенно различалось – от 5,9 в Литве до 1,8 в Корее [8]. Таким образом, география, общий уровень суицидов, преобладающая культура или религия не являются определяющими факторами. В то же время, среди стран с высоким соотношением $M : Ж$ много славянских и постсоветских республик, а среди стран с низким соотношением – много мусульманских государств Ближнего Востока и Азии. Тем не менее, это не позволяет сделать какие-либо обоснованные выводы относительно причин наблюдаемых различий, очевидно, что на них влияют слишком много факторов, каждый из которых может оказать решающее влияние, перечеркнув остальные.

Суицидальные попытки в мире регистрируются значительно менее систематично, и статистика охватывает относительно небольшое число стран, тем не менее, имеющиеся наблюдения тоже позволяют судить об устойчивых соотношениях между полами. В одном из наиболее объективных многоцентровых исследований авторы рассчитывали уровни попыток (на 100000 населения) с учётом степени полноты сбора информации в 16-ти центрах, принадлежащих 13 странам западной и северной Европы [9]. Среднее соотношение между индексами попыток среди мужчин и женщин старше 15 лет составило $1 : 1,5$, оно колебалось от $1 : 2,2$ (Сержи-Понтуаз, Франция) до $1 : 0,8$ (Хельсинки, Финляндия). Финляндия была единственной страной, где частота попыток среди женщин была ниже, чем среди мужчин [9]. Интересно, что значимая корреляция между по-

As of the first decade of the 21st century, among almost 100 countries submitting information to the WHO databases, the ratio between suicide indices for men and women ranged from 9.4 (Belize) to 0.9 (China), that is, differences between countries reach tenfold difference [8]. If we compare the regions (according to the WHO classification), then with the world average ratio $M:W = 1.8$, the highest ratio is observed in Europe (4.0), followed by the American continent (3.6), Africa (2.2), South-East Asia (1.5), West Pacific (1.3) and Eastern Mediterranean (1.1). Among the countries with the highest (> 6.0) ratio, there are quite different states such as Belize, Puerto Rico, Mauritius, Slovakia, Poland, Bosnia-Herzegovina, Romania and Greece. The second pole (the ratio is about 1.0) includes China, Bahrain, Kuwait and Tajikistan. Interestingly, in the top ten countries with the highest suicide rates (in 2010 they were Lithuania, South Korea, Sri Lanka, Russia, Belarus, Guyana, Kazakhstan, Hungary, Japan, Latvia), the ratio also differed significantly, from 5.9 in Lithuania to 1.8 in Korea [8]. Thus, geography, general suicide rates, prevailing culture or religion are not the determining factors. At the same time, among the countries with a high $M:F$ ratio there are many Slavic and post-Soviet republics, and among the countries with a low ratio there are many Muslim states of the Middle East and Asia. However, this does not allow us to draw any reasonable conclusions regarding the reasons for the observed differences, it is obvious that they are influenced by too many factors, each of which can have a decisive influence, crossing out the rest.

Suicide attempts in the world are recorded much less systematically, and statistics cover a relatively small number of countries, however, the available observations also allow us to judge the stable ratios between the sexes. In one of the most objective multicenter studies, the authors calculated the levels of attempts (per 100,000 population), taking into account the degree of completeness of information collection in 16 centers belonging to 13 countries of western and northern Europe [9]. The average ratio between the indices of attempts among men and women over 15 years old was $1:1.5$, it ranged from $1: 2.2$ (Cergy-Pontoise, France) to $1: 0.8$ (Helsinki, Finland). Finland was the only country where the frequency of attempts among women was lower than among men [9]. Interestingly, a significant correlation between attempted and completed suicides was found only among men

пытками и завершёнными суицидами была выявлена только среди мужчин [10]. По результатам другого исследования, в 17 странах Европы среди подростков 15-16 лет частота суицидальных попыток и мыслей о суициде у женщин в среднем была вдвое выше, чем у мужчин (13,7% против 6,9% и 41,2% и 20,2% соответственно) [11]. Мета-анализ 67 отдельных исследований (США, страны западной Европы и Китай) показал, что риск суицидальной попытки выше у женщин примерно в 2 раза, в то время как у мужчин выше риск завершённого суицида примерно в 2,5 раза [12].

М. Уманский и Е. Зотова обобщили наблюдения в 8 регионах Российской Федерации, а также в Белоруссии и на Украине. Соотношения между попытками среди мужчин и женщин колебались в пределах от 1 : 10 (Башкортостан) до 1 : 0,67 (Бурятия), при том, что соотношения между завершёнными суицидами во всех случаях были порядка 4 : 1 [13]. Нами совместно с А.С. Рахимкуловой проанализированы транскультуральные различия распространённости суицидальных мыслей среди молодёжи. Подавляющее число данных говорит о более выраженных проявлениях среди женщин (на 20-30%) [14]. По данным опросов проекта Global School-based Health Surveys в 32 странах с низким и средним доходом населения (страны Африки, Латинской Америки, Восточного средиземноморья и Ю.-В. Азии), среднегодовая распространённость суицидальных мыслей среди женщин составила 16,2%, а среди мужчин – 12,2% [14]. Более конкретные мысли (планирование суицида) встречались у 8,3% женщин и 5,8% мужчин. При этом самое высокое соотношение М : Ж (1,70) наблюдалось в странах Латинской Америки, самое низкое (1,04) – на Африканском континенте [15].

Все эти факты, а также многие другие, о чём пойдет речь ниже, говорят о том, что различия между мужчинами и женщинами относительно завершённых суицидов, попыток и суицидальных мыслей в различных этносах, культурах и социально-политических контекстах сильно различаются. В ряде случаев можно говорить, что гендерный парадокс как таковой отсутствует, например, когда частота суицидов среди мужчин ненамного превышает таковую среди женщин, а частота попыток среди женщин существенно превышает таковую среди мужчин. Иными словами, если исходить из концепции суицидального поведения, которое предусматривает континуум «мысли – замыслы – планы – попытки – завершённый суицид», то сравнения могут оказаться в отдельных контекстах вовсе не в пользу мужчин. При этом нужно иметь в виду, что «превращение» суицидальной попытки в завершённый суицид с первого раза, как и обратное, – отсутствие летального

[10]. According to the results of another study, in 17 European countries among adolescents aged 15-16, the frequency of suicidal attempts and thoughts of suicide among women was, on average, twice as high than among men (13.7% versus 6.9% and 41.2% and 20, 2%, respectively) [11]. A meta-analysis of 67 individual studies (USA, Western Europe and China) showed that the risk of a suicide attempt is about 2 times higher in women, while the risk of completed suicide is about 2.5 times higher in men [12].

M. Umansky and E. Zotova summarized observations in 8 regions of the Russian Federation, as well as in Belarus and Ukraine. The ratio between attempts among men and women ranged from 1:10 (Bashkortostan) to 1: 0.67 (Buryatia), while the ratio between completed suicides in all cases reached about 4:1 [13]. Together with A.S. Rakhimkulova we analyzed transcultural differences in the prevalence of suicidal thoughts among young people. The overwhelming number of data speaks of more pronounced manifestations among women (by 20-30%) [14]. According to surveys of the Global School-based Health Surveys project in 32 countries with low and middle income of the population (countries of Africa, Latin America, the Eastern Mediterranean and Southeast Asia), the average annual prevalence of suicidal thoughts among women was 16.2% , and among men it was 12.2% [14]. More specific thoughts (suicide planning) were found in 8.3% of women and 5.8% of men. At the same time, the highest M: F ratio (1.70) was observed in the countries of Latin America, the lowest (1.04) – on the African continent [15].

All these facts, as well as many others, which will be discussed below, indicate that the differences between men and women regarding completed suicides, attempts and suicidal thoughts in different ethnic groups, cultures and socio-political contexts vary a lot. In a number of cases, we can say that the gender paradox as such is absent, for example, when the frequency of suicides among men is not much higher than that among women, and the frequency of attempts among women is significantly higher than those of men. In other words, if we proceed from the concept of suicidal behavior, which provides for the continuum “thoughts – intent – plans – attempts – completed suicide,” then comparisons may turn out in some contexts not in favor of men at all. It should be borne in mind that the “transformation” of a suicidal attempt into a

исхода и квалификация произошедшего в качестве «нефатального суицида», часто является результатом либо случайности (например, доступности и эффективности медицинской или иной помощи), либо неправильной оценки летальности выбранного метода самоповреждения, либо вообще, как в случае детей и подростков, непонимания необратимости своих действий. Поэтому крайне важно учитывать возраст и намеренность суицидального акта.

Фактор возраста и намеренности суицидального акта

Различия в суицидальном поведении между полами по-разному выглядят в разном возрасте. Так, в самом широком плане, преобладание попыток среди женщин над попытками среди мужчин наиболее заметно в подростковом и молодом возрасте. По мере приближения к зрелости, оно нивелируется, в то время как преобладание мужских завершённых суицидов над женскими, наоборот, по мере взросления нарастает [16]. При более детальном анализе применительно к нашей культурной среде, ситуация выглядит чуть сложнее: женщины значительно чаще (почти вдвое) совершают попытки в возрастных группах <15 и 15-19 лет, затем начинают незначительно преобладать мужчины (до 44 лет), после чего в группе 45-49 лет индексы женских попыток вновь берут верх, а затем ситуация вновь выравнивается, даже с некоторым преобладанием среди мужчин, особенно в старших возрастных группах [17, 18]. Что касается завершённых суицидов, то уже в группе 15-19 лет намечается М : Ж соотношение 4 : 1, которое достигает 6 : 1 в 25-29 лет и сохраняется примерно на этом уровне до пожилого возраста, снижаясь до 3 : 1 после 65 лет [17, 18].

Таким образом, в молодом возрасте трёх-четырёхкратное преобладание завершённых суицидов среди мужчин «компенсируется» более чем двукратным преобладанием попыток, суицидальных мыслей, намерений и планов среди женщин. Важно при этом отметить, что различий в намеренности суицидального акта (оцениваемой обычно в постсуицидальном периоде, то есть после попытки с помощью опросников суицидальных намерений Бека или Пирса) между мужчинами и женщинами, либо нет, либо есть очень небольшое преобладание баллов у мужчин [19]. В нашем исследовании молодые мужчины и женщины (24,89±0,98 лет) совершившие попытки, демонстрировали в постсуицидальном периоде практически идентичную намеренность, как по баллам объективно-приготовительных действий, так и по баллам субъективно сообщаемого желания умереть [20].

completed suicide the first time, as well as the opposite – the absence of a lethal outcome and the qualification of the incident as a "non-fatal suicide", is often the result of either an accident (for example, the availability and the effectiveness of medical or other care), or an incorrect assessment of the mortality of the chosen method of self-harm, or in general, as in the case of children and adolescents, a lack of understanding of the irreversibility of their actions. Therefore, it is extremely important to take into account the age and intention of the suicidal act.

The factor of age and intention of committing suicide

Differences in suicidal behavior between the sexes look different at different ages. For example, in the broadest sense, the predominance of attempts among women over attempts among men is most noticeable during adolescence and young age. As maturity approaches, it levels off, while the prevalence of male completed suicides over female suicides, on the contrary, grows as they grow older [16]. A more detailed analysis in relation to our cultural environment, the situation looks a little more complicated: women much more often (almost twice) make attempts in the age groups <15 and 15-19 years of age, then men begin to slightly prevail (up to 44 years of age), after which in the 45-49 age group, the indices of women's attempts take over again, and then the situation levels out again, even with some predominance among men, especially in older age groups [17, 18]. As for the completed suicides, in the age group of 15-19 the M:F ratio of 4:1 is already observed, then reaches 6:1 at 25-29 years of age and remains approximately at this level until old age, decreasing to 3:1 after 65 years of age [17, 18].

Thus, at a young age, the three-fourfold prevalence of completed suicides among men is "compensated" by the more than twofold prevalence of attempts, suicidal thoughts, intentions and plans among women. It is important to note that there are either no differences in the intentionality of a suicidal act (usually assessed in the post-suicidal period, that is, after an attempt using Beck's or Pearce's suicidal intentions questionnaires) between men and women, or there is a very small prevalence of scores in men [19]. In our study, young men and women (24.89 ± 0.98 years of age) who made attempts demonstrated almost identical intentions in the post-suicidal period, both in terms of the scores of objective preparatory actions and scores of the subjectively reported desire to die [20].

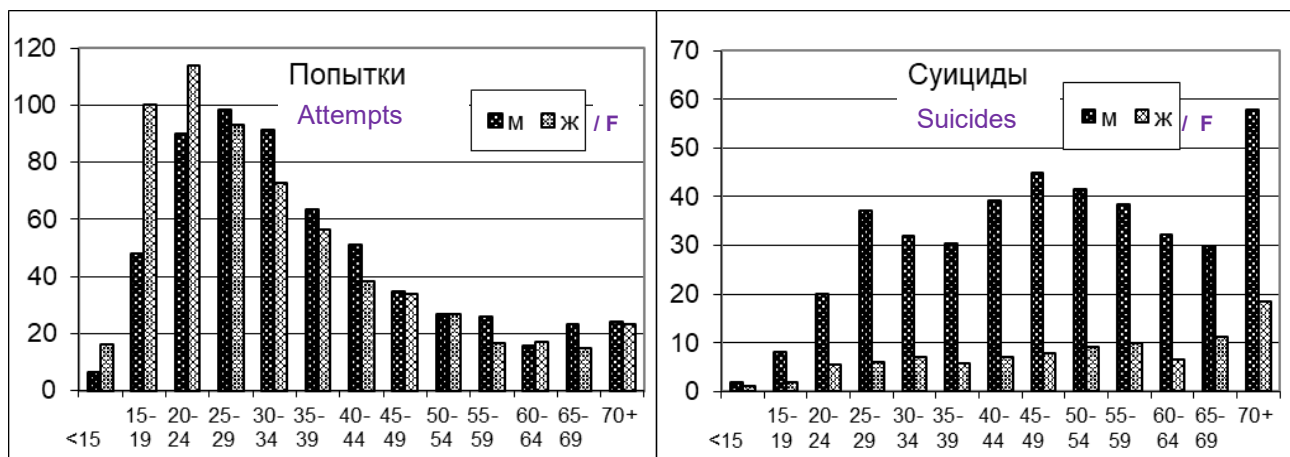


Рис. 1 / Fig. 1. Половозрастная характеристика суицидальных попыток и самоубийств (в случаях на 100000 живущих в каждой возрастной группе), среднее за 11 лет наблюдений, городское население около 1 млн человек [18]. Sex and age characteristics of suicidal attempts and suicides (in cases per 100,000 living in each age group), the average for 11 years of observation, the urban population is about 1 million people [18].

Что касается пожилого возраста, то в этом периоде жизни соотношение смертности от суицидов М : Ж в РФ составляет 2 : 1 при том, что среднее по всем возрастным группам в стране достигает 4,6 : 1. Снижение соотношения происходит за счёт увеличения индексов среди женщин [21]. В ещё более старшем возрасте (≥ 85 лет) в России мужской коэффициент смертности от суицидов лишь в 1,1 раза превышает женский [22]. В то же время, как свидетельствуют наши данные, соотношение между женскими и мужскими попытками в этом возрасте также близко к 1 : 1 [18]. Таким образом, в конце жизни суицидальное поведение мужчин и женщин выравнивается, и парадокс почти не заметен. По всем признакам, колебания соотношения М : Ж происходят в основном за счёт суицидального поведения женщин, которые в течение своего жизненного цикла подвержены влиянию специфических факторов риска и протективных факторов, связанных с деторождением [23]. Так, по нашим данным, у женщин до наступления возраста 70+ подъёмы индексов завершённых суицидов наблюдаются в возрастных группах 30-34 и 55-59 лет, в то время как у мужчин они происходят раньше, в периоды 25-29 и 45-49 лет, соответственно в 25-29 лет соотношение близко к 6, а в 55-59 лет оно составляет 3,9 (рис. 1).

Подводя промежуточный итог обсуждению этих фактов, можно сказать, что суицидальное поведение женщин в разные периоды жизни (особенно в начале и в конце жизни) и в различных социокультурных обстоятельствах довольно часто примерно такое же, а иногда и выше, чем среди мужчин. Даже если в целом в той или иной культуре мужчины характеризуются более высокими индексами суицидов, это правило может нарушаться в зависимости от возраста. Мужчины и

As for the elderly, in this period of life, the ratio of mortality from suicides M:F in the Russian Federation is 2: 1, while the average for all age groups in the country reaches 4.6: 1. The decrease in the ratio is due to the increase in indices among women [21]. At an even older age (> 85 years) in Russia, the male death rate from suicide is only 1.1 times higher than that of the female [22]. At the same time, according to our data, the ratio between female and male attempts at this age is also close to 1:1 [18]. Thus, at the end of life, the suicidal behavior of men and women levels out, and the paradox is almost invisible. By all indications, fluctuations in the M:F ratio occur mainly due to the suicidal behavior of women, who during their life cycle are subject to the influence of specific risk factors and protective factors associated with childbirth [23]. So, according to our data, before reaching the age of 70+, there are observed rises in the female indices of completed suicides in the age groups of 30-34 and 55-59, while in men they occur earlier, in the periods 25-29 and 45-49, respectively, at 25-29 years of age the ratio is close to 6, and at 55-59 years old it is 3.9 (Fig. 1).

Summing up the intermediate result of the discussion of these facts, we can say that the suicidal behavior of women in different periods of life (especially at the beginning and at the end of life) and in various socio-cultural circumstances is quite often about the same, and sometimes even higher than among men. Even if, in general, in a particular culture, men are characterized by higher suicide indices, this rule may be violated depending on age. Men and women show approximately equal

женщины демонстрируют примерно равную интенцию при суицидальном кризисе, что противоречит расхожему мнению, что женщины чаще совершают суицидальные действия с целью манипулирования своим окружением. Возможно, такое и происходит, но в молодом возрасте. В связи с этим целесообразно обратить внимание на довольно часто упоминаемую особенность мужчин – использование более летальных методов, – возможно именно это является причиной более высокой смертности.

Фактор летальности (агрессивности, насильственности) способа самоубийства и роль уровня болевого порога

Судя по самоотчётам, мужчины и женщины в момент совершения самоповреждения хотели умереть примерно в одинаковой степени, однако если посмотреть на медицинские последствия их действий и отобрать только тех, кто совершил тяжёлые по медицинским последствиям попытки и едва выжил, то среди них мужчин оказывается намного больше [16]. Причины этого принято обсуждать в контексте различий между мужчинами и женщинами в агрессивности, импульсивности и склонности к рискованному поведению. Действительно, мужчины скорее прибегнут к физической агрессии там, где женщины ограничатся вербальной, в большинстве полевых наблюдений за поведением детей и подростков мальчики чаще проявляют физическую агрессию. С этим согласуется то, мужчины чаще получают сроки за насильственные преступления, в то время как женщины чаще получают обвинения за преступления, связанные с собственностью и т.д. [24]. В то же время, при попытке объяснить эти различия (которые также далеко не всегда выявляются в специальных исследованиях, когда точнее учитывается возраст и контекст) возникают те же гипотезы, что и при объяснении различий в самоубийствах – от недостатков учёта и искажённой трактовки действий мужчин и женщин в обществе и в системе права, или от преимущественной роли биологических факторов (тестостерон), до наоборот, исключительно сильного влияния гендерных ролей [24]. Таким образом, получается замкнутый круг доказательств.

Тем не менее, эмпирические данные, а также анализ всей мировой статистики, свидетельствуют о том, что мужчины и женщины действительно имеют определённые предпочтения в выборе способов самоповреждения, однако они не диаметрально противоположны, а лишь отличаются в нюансах [25]. Так, в различных регионах России и у мужчин, и у женщин ведущими способами самоубийств являются самоповешение, однако у женщин процент ниже, при этом у женщин далее по рангу следуют самоотравления, в то время как у

intentions in suicidal crises, which contradicts the rule of thumb that women are more likely to commit suicidal acts in order to manipulate their environment. Perhaps this happens, but at a young age. In this regard, it is advisable to pay attention to the rather often mentioned feature of men – the use of more lethal methods – perhaps this is the reason for the higher mortality rate.

The lethality factor (aggressiveness, violence) of the method of suicide and the role of the pain threshold level

Judging by self-reports, women at the time of committing self-harm men and wanted to die to about the same extent, but if you look at the medical consequences of their actions and select only those who made serious medical attempts and barely survived, they turn out to be mostly men [16]. The reasons for this are usually discussed in the context of the differences between men and women in aggressiveness, impulsivity and a tendency to take risky behavior. Indeed, men are more likely to resort to physical aggression while women are more into verbal aggression; in most field observations of the children and adolescent behavior, boys are more likely to manifest physical aggression. Consistent with this, men are more likely to get sentenced for violent crimes, while women are more likely to be charged with crimes related to property, etc. [24]. At the same time, when trying to explain these differences (which are also not always revealed in special studies, when age and context are more accurately taken into account), the same hypotheses arise as when explaining the differences in suicides – from lack of accounting and distorted interpretation of the actions of men and women in society and in the legal system, or from the predominant role of biological factors (testosterone), to the contrary, the extremely strong influence of gender roles [24]. Thus, a closed circle of proofs is obtained.

Nevertheless, empirical data, as well as an analysis of all world statistics, indicate that men and women do have certain preferences in choosing methods of self-harm, but they are not diametrically opposed, even though they differ in nuances [25]. So, in various regions of Russia, both men and women resort to self-hanging as the leading methods of suicide, but women have a lower percentage, while in women self-poisoning follows further in rank, while for men self-shooting and self-cuts would be more typical [26]. According to our observations, in the urban population the first positions for both women and men are taken

мужчин – самострелы и самопорезы [26]. По нашим наблюдениям, в городской популяции на первых позициях и у женщин, и у мужчин стоят самоповешения и прыжки с высоты, и лишь затем следуют различия: среди женщин первенствуют отравления, а среди мужчин – самопорезы и самострелы [18]. Что касается способов попыток, то и у мужчин, и у женщин на первых местах стоят самоотравления и самопорезы, с той лишь разницей, что у женщин самоотравления первенствуют, в то время как у мужчин наблюдается обратная картина, однако мужчины действительно чаще совершают намного более редкие попытки самоповешения и самострела [18, 27, 28].

Таким образом, когда речь идёт о завершённых суицидах, и мужчины и женщины демонстрируют приверженность высоколетальным методам, дело лишь в процентном соотношении внутри мужской и женской популяции, что может быть связано с множеством факторов, таких как доступность средств (огнестрельное оружие более доступно мужчинам), популярность способа, традиции и социальная приемлемость тех или иных действий. В Индии, где мужчины кончают с собой всего в 1,8 раза чаще чем женщины, единственным значимым отличием в процентном распределении способов оказалось самосожжение (больше среди женщин), то есть выбор метода связан не столько с агрессивностью и склонностью к насилию, а с традициями (широко известно такое индийское явление, как сати – самосожжение вдов) [29]. В связи с этим интересна работа Steven Stack и Ira Wasserman, в которой авторы проанализировали 807 случаев самострела, обращая внимание на расположение раны у мужчин и женщин, при этом оказалось, что женщины примерно вдвое реже стреляют себе в голову, а также значительно реже используют для этой цели охотничье ружье (дробовик) [30]. Авторы считают, что женщины более обеспокоены своим внешним видом после смерти, и что у них в целом слабее выражено желание умереть (то есть они даже при использовании такого средства, как огнестрельное оружие, надеются, что рана будет несмертельной, и их спасут). Интересный анализ был проведён группой авторов, которые использовали данные мониторинга суицидов и попыток четырёх европейских стран (Германия, Венгрия, Ирландия и Португалия), и рассчитали «метод - специфическую летальность». Вывод сводится к тому, что более высокая летальность среди мужчин объясняется в основном выбором более летального способа самоповреждения, и в меньшей степени – большей летальностью при использовании одних и тех же способов [31].

Всё это говорит о том, что выбор метода несомненно имеет значение. Однако нужно признать, что

by self-hanging and jumping from a height, and only then the differences follow: among women, poisoning prevails, and men tend to choose self-cuts and crossfire [18]. As for the methods of attempts, both men and women choose self-poisoning and self-cuts in the first place, with the only difference that self-poisoning is more often chosen by women not men, while for their attempts men actually tend to choose self-hanging and self-shooting, which are more rare means of suicide [18, 27, 28].

Thus, when it comes to completed suicides, both men and women demonstrate a commitment to highly lethal methods, it is only a percentage within the male and female population that may be determined by many factors, such as the availability of means (firearms are more affordable for men), popularity of the method, tradition and social acceptability of certain actions. In India, where men commit suicide only 1.8 times more often than women, the only significant difference in the percentage distribution of methods was self-burning (more among women), that is, the choice of method is associated not so much with aggressiveness and propensity to violence, but rather with traditions (such an Indian phenomenon as sati – self-immolation of widows is widely known) [29]. In this regard, the work of Steven Stack and Ira Wasserman is interesting, in which the authors analyzed 807 cases of self-shooting, paying attention to the location of the wound in men and women, while it turned out that women are about half as likely to shoot themselves in the head, and also much less often use for this purpose a hunting rifle (shotgun) [30]. The authors believe that women are more concerned about their appearance after death, and that they generally have a weaker desire to die (that is, even when using means such as a firearm, they hope that the wound will be non-fatal and they will be rescued). An interesting analysis was carried out by a group of authors who used data from monitoring suicides and attempts from four European countries (Germany, Hungary, Ireland and Portugal), and calculated the "method – specific lethality". The conclusion is that the higher mortality among men is explained mainly by the choice of a more lethal method of self-harm, and to a lesser extent – by the higher mortality when using the same methods [31].

All this suggests that the choice of method undoubtedly matters. However, it must be admitted that there is no convincing evidence of the exclusive role of high aggressiveness in

убедительных доказательств исключительной роли высокой агрессивности мужчин нет. Кроме того, агрессивность и летальность не связаны напрямую. Некоторые насильственные попытки могут оказаться нелетальными (верёвка оборвалась, выжил при падении с высоты), и наоборот, некоторые отравления (традиционно считающиеся ненасильственными) приводят к смертельному исходу.

В связи с этим необходимо обратить внимание на фактор толерантности к боли. Israel Orbach в своё время выдвинул гипотезу, согласно которой некоторые виды хронического стресса могут вызывать вариант диссоциативного расстройства, результатом которого может стать функциональная аналгезия, что повышает риск суицида [32]. Одновременно может возникать безразличие к своему телу. Причём это может сопровождаться различными самоповреждениями, которые тесно ассоциированы с суицидом [32, 33]. Многие современные теории суицида, в частности межличностная теория Т. Joiner и трехкомпонентная теория Е. Klonsky и А. May придают фактору боли большое значение. Первая рассматривает «привыкание» к самоповреждениям как важный элемент, позволяющий реализовать желание умереть, возникшее из-за одиночества, утраченной принадлежности и ощущения себя как бремени для других, в то время как вторая рассматривает боль как ведущий фактор, неспособность приспособиться к которому приводит к суициду [34, 35]. Ещё более важное значение придаёт боли (прежде всего душевной, которая, впрочем, иногда может становиться почти физической) теория Е. Shneidman [36].

Многочисленные исследования подтверждают, что хроническая боль значительно увеличивает риск суицида, однако удивительно мало упоминаний, насколько этот фактор может иметь разное значение для мужчин и женщин [37]. Естественно было бы предположить, что переносимость боли может иметь значение. Изучение различий в болевом пороге и переносимости хронической боли среди мужчин и женщин имеют долгую историю. Считается, что женщины имеют более низкий порог болевых ощущений, особенно в экспериментальных психофизиологических исследованиях [38]. В то же время, в клинических наблюдениях результаты не столь однозначны, и по некоторым данным, мужчины на самом деле хуже переносят боль, и, в связи с этим, более уязвимы [38]. Толерантность к боли сильно зависит от типа боли, эмоционального состояния и контекста, способов оценки, степени выраженности сопутствующего стресса, принятия норм поведения и множества других факторов, включая биологические характеристики [39]. Фактически при обсуждении этих различий возникают те же вопросы и споры, что были пе-

men. In addition, aggressiveness and mortality are not directly related. Some violent attempts can be non-lethal (the rope tore down, the suicide attempter survived a fall from a height), and vice versa, some poisonings (traditionally considered non-violent) are fatal.

In this regard, it is necessary to pay attention to the factor of pain tolerance. Israel Orbach once put forward a hypothesis according to which some types of chronic stress can cause a variant of dissociative disorder, which can result in functional analgesia, which increases the risk of suicide [32]. At the same time, indifference to the body itself may arise. Moreover, this can lead to starting practicing various forms of self-harm, which are closely associated with suicide [32, 33]. Many modern theories of suicide, in particular the interpersonal theory of T. Joiner and the three-component theory of E. Klonsky and A. May, impose great importance to the pain factor. The first one considers "addiction" to self-harm as an important element that allows the desire to die, which arose from loneliness, lost belonging and feeling like a burden for others, to be realized, while the latter views pain as a leading factor, inability to adapt which leads to suicide [34, 35]. The theory of E. Shneidman [36] believe pain (primarily mental, which, however, sometimes can become almost physical) is of even greater importance.

Numerous studies confirm that chronic pain significantly increases the risk of suicide, but there is surprisingly little mentioned on how this factor can have a different meaning for men and women [37]. It would be natural to assume that pain tolerance may matter. The study of differences in pain threshold and chronic pain tolerance among men and women has a long history. It is believed that women have a lower pain threshold, especially in experimental psychophysiological studies [38]. At the same time, in clinical observations, the results are not so unambiguous, and according to some data, men actually tolerate pain worse, and, therefore, are more vulnerable [38]. Pain tolerance is highly dependent on the type of pain, emotional state and context, methods of assessment, severity of associated stress, acceptance of behavioral norms, and many other factors, including biological characteristics [39]. In fact, when discussing these differences, the same questions and controversies arise that were listed earlier (biology or socio-cultural influences). Perhaps, it is not so much pain tolerance that is of decisive importance, but rather the fear of pain, psychological methods of coping with pain in a situation, and

речислены ранее (биология или социо - культурные влияния). Возможно, решающее значение имеет не столько переносимость боли, сколько страх перед болью, психологические способы преодоления в ситуации болевого синдрома и следование социально одобряемым моделям поведения [38].

Фактор различий в психопатологиях и психических расстройствах

Как уже упоминалось, парадоксальность часто усматривается в том, что среди женщин более распространена депрессия, а убивают себя чаще мужчины. Данное утверждение тоже нельзя считать непреложным. С одной стороны, если опираться на данные психиатрической эпидемиологии (например, на мета-анализы сотен исследований, основанных на принципах психиатрической эпидемиологии), то среди женщин на популяционном уровне действительно примерно вдвое больше аффективных и тревожных расстройств, в то время как среди мужчин больше химических зависимостей [40]. Среди женщин также больше расстройств, связанных со стрессом, и, в частности, ПТСР [41], в то время как частота психотравмирующих ситуаций у женщин и мужчин в эпидемиологических исследованиях обычно одинакова (хотя качественные характеристики и восприятие стрессовых событий могут отличаться) [42]. Однако на распространённость ПТСР тоже сложно ориентироваться, во-первых, сам диагноз является предметом споров и не всеми признается, во-вторых, вполне возможно, что эти различия связаны с особенностями переживания эмоции страха у мужчин и женщин [43]. Индексы страха (условная характеристика, основанная на самоотчётах) у женщин выше, чем у мужчин [44].

Что касается депрессии у мужчин и женщин, то различия в баллах, полученные при опросах, а также различия в частоте выставляемых диагнозов также могут не вполне отражать истинное положение вещей. В своё время W. Rutz и Z. Rihmer обратили внимание на интересное обстоятельство – в некоторых сообществах, например, среди мормонов в Пенсильвании и среди евреев-ортодоксов в США и Израиле, где существует табу на потребление алкоголя, индексы самоубийств у мужчин и женщин почти одинаковы, но при этом и депрессия встречается с примерно равной частотой [45]. Они высказали предположение, что более низкие баллы и более редкие диагнозы депрессии у мужчин в большинстве исследований – это на самом деле артефакт, связанный с неверным пониманием сущности депрессии у мужчин. W. Rutz, анализируя результаты своего проекта на о. Готланд, в ходе которого врачей общей практики обучали выявлять депрессию и назначать антидепрессанты в тех ситуациях, в которых они

adherence to socially approved behaviors [38].

The Difference Factor in Psychopathologies and Mental Disorders

As we already mentioned, the paradox is often seen in the fact that depression is more common among women, while men kill themselves more often. This statement also cannot be considered inappropriate. On the one hand, if we rely on data from psychiatric epidemiology (for example, on meta-analyses of hundreds of studies based on the principles of psychiatric epidemiology), then among women at the population level there are actually about twice as many affective and anxiety disorders, while chemical addictions are more common for men [40]. Among women, there are also more stress-related disorders, PTSD in particular [41], while the frequency of traumatic situations among women and men in epidemiological studies is usually the same (although the qualitative characteristics and perception of stressful events may differ) [42]. However, it is also difficult to be in the know of prevalence of PTSD, firstly because the diagnosis itself is a subject of controversy and is not yet recognized by everyone, and secondly, it is quite possible that these differences are associated with the peculiarities of experiencing the emotion of fear in men and women [43]. Fear indices (a conditional characteristic based on self-reports) are higher in women than in men [44].

As for male and female depression, differences in scores obtained from surveys, as well as differences in the frequency of diagnoses, may also not fully reflect the true state of the situation. Once W. Rutz and Z. Rihmer drew attention to an interesting circumstance – in some communities, for example, among Mormons in Pennsylvania and among Orthodox Jews in the United States and Israel, where there is a taboo on alcohol consumption, suicide indices in men and women are almost the same, but at the same time depression occurs with approximately equal frequency [45]. They suggested that lower scores and more rare diagnoses of depression in men in most studies are actually an artifact associated with misunderstanding of depression in men. W. Rutz, analyzing the results of their project on Gotland island where general practitioners were trained to detect depression and prescribe antidepressants in situations in which they were previously prone to prescribing anxiolytics, found that these measures did not lead to a decrease in suicide among men, while among women, suicide was significantly decreased [45, 46]. Analyzing the possible

ранее были склонны назначать анксиолитики, обнаружил, что эти меры не приводят к снижению суицидов среди мужчин, в то время как среди женщин самоубийства достоверно снизились [45, 46]. Анализируя возможные причины этого, он пришел к выводу, что мужчины проявляют свою депрессию по-другому, поэтому они либо избегают диагноза, либо вообще не попадают в поле зрения врачей. Среди мужчин с острова Готланд (потомков готов, варваров-язычников, в своё время разрушивших Римскую империю), как пишет Rutz, в конце 90-х годов не принято было часто посещать врачей и жаловаться на угнетённое настроение. В то же время, среди них часто встречались алкогольные эксцессы, рискованное и конкурентное поведение, агрессия, драки и стычки с полицией, то есть это тот тип мужчин, которые создают себе и окружающим максимально возможное число проблем [45, 46].

Rutz предположил, что на самом деле все типичные проблемы мужского населения Готланда (разумеется, небольшой части этого населения) – это на самом деле проявления депрессии по «мужскому» типу. Характерными чертами «мужской» депрессии являются не столько эмоции (внутренние состояния), сколько поведенческие реакции (внешние проявления), причём с преобладанием активного отреагирования в любую сферу, которая позволяет сбросить внутреннее напряжение (сопоставительность, конфликт, алкоголь, агрессия). Всё это происходит в противовес «женскому» варианту депрессии, для которого характерны типичные тревожно-депрессивные симптомы (соматизация, жалобы на своё состояние) и общая жертвенно-зависимая позиция. Совершенно очевидно, что главным фактором этих различий является социальная неприемлемость противоположных типов поведения для мужчин и женщин – первые никогда не станут жаловаться на свои проблемы, а вторые вряд ли станут вести себя агрессивно и искать возможность вступить в драку, когда им плохо. Rutz пишет, что невозможность снизить суициды среди мужчин была связана, прежде всего, с их активным избеганием контактов с врачами (многие из которых – женщины), а также с присущей им (и внутренне одобряемой и даже высоко ценимой) алекситимией, которая не позволяет им, даже если такой контакт состоится, артикулировать свои переживания. Иными словами, если у мужчины проблемы – он должен скрывать свои чувства и бороться со своим дистрессом «до последнего патрона», пока не наступит предел, после чего логично следует использование этого последнего патрона для себя.

Эти взгляды высказывались и ранее, так, в ряде клинических и популяционных исследований сформировалось понятие «мужской депрессивный синдром»,

reasons for this, he came to the conclusion that men manifest their depression in a different way, so they either avoid the diagnosis or do not visit doctors at all. Among the men from the Gotland island (the descendants of the Goths, pagan barbarians who once destroyed the Roman Empire), according to Rutz, at the end of the 90s it was not customary to visit doctors and complain about a depressed mood. At the same time, there were incidences of alcoholic excesses, risky and competitive behavior, aggression, fights and clashes with the police, that is, this is the type of men who create the maximum possible number of problems for themselves and those around them [45, 46].

Rutz suggested that in fact all the typical problems of the male population of Gotland (of course, a small part of this population) are in fact manifestations of the "male" type of depression. The characteristic features of "male" depression are not emotional manifestations (internal states) such but rather behavioral reactions (external manifestations), and with a predominance of active response to any area that allows you to relieve internal tension (competitiveness, conflict, alcohol, aggression). All this happens in contrast to the "female" version of depression, which is characterized by typical anxiety-depressive symptoms (somatization, complaints about one's condition) and a general sacrificial-dependent position. It is quite obvious that the main factor of these differences is the social unacceptability of opposite types of behavior for men and women – the former will never complain about their problems, and the latter are unlikely to behave aggressively and look for an opportunity to enter a fight when they feel bad. Rutz writes that the inability to reduce suicide among men was associated primarily with their active avoidance of contact with doctors (many of whom are women), as well as with their inherent (and internally approved and even highly valued) alexithymia, which is not allows them, even if such contact takes place, to articulate their experiences. In other words, if a man has problems, he must hide his feelings and fight his distress "to the last bullet" until it comes to the limit, after which it is logical to use this last bullet for themselves.

These views were expressed earlier, for example, in a number of clinical and population studies, the concept of "male depressive syndrome" was formed, the most striking signs of which are impulsiveness, alcohol consumption and hyperactivity [47, 48]. The emergence of this concept prompted the develop-

наиболее яркие признаки которого – импульсивность, потребление алкоголя и гиперактивность [47, 48]. Появление этого понятия подтолкнуло к разработке специальной шкалы мужской депрессии, которая получила название Готландской Шкалы Мужской Депрессии (Gotland Male Depression Scale, GMDS) [49]. Шкала в настоящее время переведена на многие языки и валидизирована. Её вопросы, в отличие от классических шкал депрессии Бека или Зунга, касаются таких проявлений, как частота употребления алкоголя для ослабления напряжения и недовольства собой, агрессивность и приступы гнева, враждебность, неоправданный риск, нарушения социальных норм и суицидальные тенденции [49]. У этой шкалы появились аналоги, например, Мужская Шкала Депрессии (Masculine Depression Scale, MDS) [50], после чего появилась идея объединить традиционные вопросы (по сути «женские», если внимательно прочитать шкалу Бека) с «мужскими», в результате возникла Гендерно-Инклюзивная Шкала Депрессии (Gender Inclusive Depression Scale, GIDS) [51]. Применение инклюзивной шкалы, как свидетельствуют её авторы, на выборке из 5692 случайных жителей США, показало, что по результатам «мужских» вопросов депрессия выявляется у 26,3% мужчин и 21,9% женщин, а по суммарным баллам «мужских» и «традиционных» вопросов критериям наличия депрессии отвечают 30,6% мужчин и 33,3% женщин, причём разница между ними несущественна ($p = 0,57$). В России использование Готландской шкалы на выборке современных молодых людей позволяет выявить примерно 15% лиц с депрессией, причём интересно, что при обследовании индивидуумов обоего пола эта шкала выявляет среди молодых женщин даже больше лиц с проблемами, чем среди мужчин того же возраста [52, 53].

Таким образом, большая выраженность депрессии среди женщин, чем среди мужчин, подвергается серьёзному сомнению. Возможно, всё дело в том, что считать депрессией применительно к мужчинам и женщинам, поскольку депрессия не является гендерно-нейтральной патологией [54]. Соответственно, ещё один элемент парадокса, о котором шла речь выше, не выдерживает критики, или по крайней мере, является предметом дискуссии.

Фактор различий в переживании стресса, импульсивности и проявлений рискованного поведения

Депрессия и самоубийство непосредственно связаны со стрессом, который испытывает индивидуум, а суицидальная попытка или суицид часто обусловлены импульсивными действиями, наступающими вслед за критическим стрессовым событием (триггером). Стресс в суицидологии обычно понимается как реак-

ment of a special scale for male depression, which was called the Gotland Male Depression Scale (GMDS) [49]. The scale has now been translated into many languages and validated. Its questions, in contrast to the classic Beck or Zung Depression Scales, concern such manifestations as the frequency of alcohol use to relieve tension and self-dissatisfaction, aggressiveness and tantrums, hostility, unnecessary risk, social disturbances, and suicidal tendencies [49]. This scale had analogs, for example, the Masculine Depression Scale (MDS) [50], after which the idea emerged to combine traditional questions (essentially “female” if you read Beck’s scale carefully) with “male” ones, in the result was the Gender Inclusive Depression Scale (GIDS) [51]. The use of an inclusive scale, according to its authors, on a sample of 5692 random residents of the United States, showed that according to the results of “male” questions, depression is detected in 26.3% of men and 21.9% of women, and according to the total scores of “male” and “traditional” questions, the criteria for the presence of depression are answered by 30.6% of men and 33.3% of women, and the difference between them is insignificant ($p = 0.57$). In Russia, the use of the Gotland scale on a sample of modern young people makes it possible to identify about 15% of people with depression, and it is interesting that when examining individuals of both sexes, this scale identifies even more people with problems among young women than among men of that the same age [52, 53].

Thus, the greater severity of depression among women than among men is seriously questioned. Perhaps the whole point is what is considered depression in relation to men and women, since depression is not a gender-neutral pathology [54]. Accordingly, one more element of the paradox, which was discussed above, does not stand up to criticism, or at least is a subject of discussion.

Factor of differences in experience of stress, impulsivity and manifestations of risky behavior

Depression and suicide are directly related to the stress experienced by the individual mind, and suicide attempt or suicide is often caused by impulsive actions following a critical stressful event (trigger). Stress in suicidology is usually understood as a reaction to negative life events, the accumulation of which at a certain moment exceeds the ability to cope with stressful life events [55], or as chronic psychosocial stress associated with daily frustrations, dissatisfaction with oneself and

ция на негативные события жизни, накопление которых в определённый момент превышает способность справляться с ударами судьбы [55], или как хронический психосоциальный стресс, связанный с ежедневными фрустрациями, недовольством собой и неприятностями, отравляющими жизнь [56]. Распространено мнение, что девочки-подростки не склонны переживать стресс внутри себя, но за счёт социально приемлемых для них способов свободного выражения эмоций и обращения за помощью способны справляться с психоэмоциональным стрессом лучше, чем мальчики-подростки [57]. Однако другие авторы считают, что это мальчики-подростки ещё больше не склонны переживать стресс «внутри себя», а напротив, стараются «выплеснуть» вызванное им эмоциональное напряжение, выбирая для этого более активные и агрессивные формы [58,59]. С учётом этого логично предположить, что одним из способов адаптации к стрессу у мальчиков-подростков является вовлечение в различные виды рискованного поведения, которое для них весьма характерно. Оно служит у них, наряду со способом преодоления эмоционального напряжения, ещё и способом подтверждения своего статуса «крутого парня» [59]. Что касается биологических маркеров состояния стресс-систем (уровень кортизола в слюне и моче), то существенных и устойчивых различий между мальчиками и девочками выявить не удастся, хотя в отдельные периоды развития можно видеть небольшое преобладание уровня этого гормона у мальчиков [60].

В целом, несмотря на большое число исследований, нельзя твердо утверждать, что мужчины и женщины справляются со стрессом разными способами или имеют разные способности и возможности пережить стрессовую ситуацию. В конечном итоге всё зависит от контекста, характера стрессора (определённого события, его значимости), и т.д. Например, среди южнокорейских подростков (в этой стране стресс и темп жизни необычайно высоки, что поддерживается конкуренцией и стремлением достичь «успеха» в жизни) употребление алкоголя и курение были ассоциированы с большей интенсивностью суицидальных мыслей, а просмотр телепрограмм, компьютерные игры и сон – с меньшей, причём у мальчиков и девочек в равной степени. Различия касались только таких копингов, как спортивные игры и обсуждение проблемы с другими – первое больше помогало мальчикам, а второе девочкам [57]. Что касается импульсивности, то хотя и считается, что мужчины более импульсивны, но после такого стрессового события как разрыв отношений, женщины совершали импульсивные суицидальные попытки чаще [59]. В нашем исследовании более сильное ожидание смерти в момент попытки у молодых мужчин и жен-

troubles that poison life [56]. It is widely believed that adolescent girls are not inclined to experience stress within themselves, but to freely express emotions and seek help due to that being a socially acceptable way to cope for them. As a result, they are able to cope with psychoemotional stress better than adolescent boys [57]. However, other authors believe that adolescent boys are no longer inclined to experience stress “inside themselves” as well, on the contrary, they try to get rid of the emotional stress choosing for this more active and aggressive forms [58,59]. Taking this into account, it is logical to assume that one of the ways adolescent boys adapt to stress is to engage in various types of risky behavior, which is very typical for them. It serves for them, along with a way to overcome emotional stress, also a way to confirm their status as a “tough guy” [59]. As for biological markers of the state of stress systems (the level of cortisol in saliva and urine), significant and stable differences between boys and girls cannot be identified, although in some periods of development one can see a slight predominance of the level of this hormone in boys [60].

In general, despite the large number of studies, it cannot be firmly argued that men and women deal with stress in different ways or have different abilities and opportunities to cope with stressful situations. Ultimately, everything depends on the context, the nature of the stressor (a particular event, its significance), etc. For example, among South Korean adolescents (in this country, stress and pace of life are unusually high, which is supported by competition and the desire to achieve “success” in life) drinking and smoking were associated with a higher intensity of suicidal thoughts, and watching TV, playing computer games and sleeping – to a lesser extent with boys and girls equally. The differences concerned only such coping as sports games and discussion of the problem with others – the former helped boys more, and the latter helped girls [57]. As for impulsivity, although it is believed that men are more impulsive, after such a stressful event as a break in relationships, women made impulsive suicidal attempts more often [59]. In our study, a stronger expectation of death at the time of an attempt in young men and women was associated with different factors – in men with a feeling of hopelessness, and in women – with the accumulation of negative stressful life events, which indicates different risk factors [20].

щин было ассоциировано с разными факторами – у мужчин с ощущением безнадежности, а у женщин – с накоплением негативных стрессовых событий жизни, что говорит о разных факторах риска [20].

В целом, нет оснований считать, что существуют выраженные устойчивые отличия между мужчинами и женщинами в вопросах склонности к риску, стрессуязвимости, способности справляться со стрессом или, наоборот, неспособности его пережить. Они склонны использовать разные стратегии, а результат зависит от слишком многих обстоятельств. Таким образом, и с этой точки зрения мужчины и женщины не имеют принципиальных различий, поэтому аргументация, основанная на роли рискованного поведения и реагирования на стресс, не объясняет гендерный парадокс. В то же время, есть теории, которые предлагают весьма убедительные объяснения гендерного парадокса в суицидологии – это биологические и социально-культурные теории.

Объяснения парадокса, основанные на биологических различиях между полами

Аргументы биологического плана сводятся к тому, что женщины и мужчины различаются по своим психобиологическим и поведенческим характеристикам потому, что такими их сделала эволюция, причём с определенной целью. Эти особенности мужчин и женщин служат целям выживания и экспансии человека как вида. Одна из таких наиболее разработанных теорий принадлежит советскому биологу В.А. Геодакяну [61, 62]. Главный тезис теории заключается в том, что для эффективного приспособления и отслеживания экологических сигналов биологической системе (популяции) выгодно разделиться на два пола, один из которых (мужской) более приближен к среде, активно взаимодействует с ней и быстро реагирует на все изменения, а второй (женский) – относительно отдалён от среды, более консервативен и сохраняет стабильность. Таким образом, женский пол обеспечивает сохранение генофонда и является хранилищем «памяти о прошлом», в то время как мужской обеспечивает поиск всего нового и выявление наиболее подходящих адаптивных вариантов для будущего.

Взаимодействуя между собой, эти две субпопуляции создают более эффективные стратегии выживания и эволюции вида в целом. С этой точки зрения женщины или мужчины не хуже и не лучше друг друга, они созданы друг для друга и взаимно дополняют друг друга. Мужчины для поиска выхода из угрожающих ситуаций идут путём опробования новых способов преодоления, что связано с поисковой активностью и риском, в силу чего у них выше шансы либо погибнуть, либо действительно выработать новую эффективную

Generally, there is no reason to believe that there are pronounced persistent differences between men and women in terms of risk propensity, stress vulnerability, ability to cope with stress, or, conversely, inability to cope with it. They tend to use different strategies, and the outcome depends on too many circumstances. Thus, from this point of view, men and women do not have fundamental differences; therefore, the argumentation based on the role of risk behavior and stress response does not explain the gender paradox. At the same time, there are theories that offer very convincing explanations of the gender paradox in suicidology – these are biological and socio-cultural theories.

Explanations of the paradox based on biological differences between the sexes

The arguments of the biological plan come down to the fact that women and men differ in their psychobiological and behavioral characteristics because evolution made them so, and there is a specific purpose for that. These features of men and women serve the purposes of survival and expansion of humans as a species. One of these most developed theories belongs to the Soviet biologist V.A. Geodakyan [61, 62]. The main thesis of the theory is that in order to effectively adapt and track ecological signals, a biological system (population) should be divided into two sexes, one of which (male) is closer to the environment, actively interacts with it and quickly reacts to everything, changes, and the second (female) is relatively distant from the environment, more conservative and remains stable. Thus, the female sex ensures the preservation of the gene pool and is a repository of the “memory of the past”, while the male sex ensures the search for everything new and the identification of the most suitable adaptive options for the future.

Interacting with each other, these two subpopulations create more effective strategies for survival and evolution of the species as a whole. From this point of view, women or men are not worse or better than each other, they are created for each other and mutually complement each other. Men, in order to find a way out of threatening situations, go by testing new ways of overcoming, which is associated with search activity and risk, due to which they have a higher chance of either dying or really developing a new effective strategy and leaving a large offspring. Women are attuned to the perception of strategies developed by men, bringing them to perfection, storing knowledge about them and promoting them

стратегию и оставить большое потомство. Женщины настроены на восприятие стратегий, выработанных мужчинами, доведение их до совершенства, хранение знаний о них и их социальное продвижение. Это определенным образом коррелирует с тем, что у мужчин лучше развиты пространственные функции мозга, способность концентрировать внимание и выслеживать добычу или врага, они также физически сильнее, однако они не отличаются социальностью и адаптивностью. У женщин лучше развиты функции, ответственные за выживание и адаптацию, они лучше переносят кровопотерю, во многом они выносливее, у них лучше вербальные способности, они более социальны и лучше ориентируются в социальных взаимоотношениях.

В процессе эволюции появился целый ряд биологических и поведенческих механизмов, которые обеспечивают более тесную связь мужского пола с окружающей средой, то есть актуальным (оперативным) потоком информации, а женского пола – с генеративным (консервативным) потоком. Так, у мужского пола выше агрессивность, активнее поисковое и рискованное поведение и другие качества, как бы «приближающие к среде». Прямой доступ к изменяющейся среде и повышенная смертность из-за столкновений с опасностями компенсируется массовостью мужских гамет, большей активностью и мобильностью самцов, их склонностью к полигамии. Одновременно для мужских особей менее характерно желание «вкладывать ресурсы» в воспитание потомства. Наоборот, поведенческие особенности самок связаны с длительными периодами беременности, необходимостью выкармливания и длительной заботы о потомстве (внешнего донашивания). В итоге биолого-поведенческие качества мужских особей превращают мужской пол в «избыточный», то есть, в некотором смысле, «дешёвый» ресурс, а женский – в «дефицитный» и более «ценный».

При этом теория подчеркивает, что малое число мужских особей передает потомству столько же информации, сколько и большое число женских, то есть генетическая информация, переданная по мужской линии более селективна, а по женской линии более репрезентативна. Иными словами, как утверждает теория, в мужской линии отражается генотип, соответствующий актуальной обстановке, в то время как в женской линии сохраняется прошлое разнообразие генотипов. Это имеет большое значение в связи со степенью стрессовости среды в каждый данный исторический момент – когда ситуация стабильна, то есть в оптимальных условиях, снижается рождаемость и смертность мужских особей, сужается дисперсия привносимых ими признаков, уменьшается половой диморфизм,

socially. This correlates in a certain way with the fact that men have better developed spatial brain functions, the ability to concentrate and track down prey or an enemy, they are also physically stronger, but they are not distinguished by their sociability and adaptability. Women have better developed functions responsible for survival and adaptation, they better tolerate blood loss, they are in many ways more resilient, they have better verbal abilities, they are more social and better oriented in social relationships.

In the process of evolution, a number of biological and behavioral mechanisms have appeared that provide a closer connection between the male sex with the environment, that is, the actual (operational) flow of information, and the female sex with the generative (conservative) flow. So, the male sex has higher aggressiveness, more active search and risky behavior and other qualities, as it were, "closer to the environment." Direct access to a changing environment and increased mortality due to collisions with dangers is compensated by the massiveness of male gametes, greater activity and mobility of males, and their tendency to polygamy. At the same time, the desire to "invest resources" in raising offspring is less typical for males. On the contrary, the behavioral characteristics of females are associated with long periods of pregnancy, the need for feeding and long-term care for the offspring (external maturation). As a result, the biological and behavioral qualities of males turn the male sex into an "excess", that is, in a sense, a "cheap" resource, and the female sex into a "scarce" and more "valuable" one.

At the same time, the theory emphasizes that a small number of males transmit as much information to their offspring as a large number of females, that is, genetic information transmitted through the male line is more selective, and along the female line it is more representative. In other words, according to the theory, the genotype corresponding to the current situation is reflected in the male line, while the past diversity of genotypes is preserved in the female line. This is of great importance in connection with the degree of stressfulness of the environment at each given historical moment – when the situation is stable, that is, under optimal conditions, the fertility and mortality of males decreases, the dispersion of the traits they introduce narrows, sexual dimorphism decreases, and when the environment is highly stressful and requires efforts to survive, all these characteristics

а когда среда является высокострессовой и требует усилий для выживания – все эти характеристики растут. При этом повышается «оборачиваемость» мужского пола (растёт смертность и рождаемость, как например, во время войны, голода, любой катастрофы, угрожающей популяции). Согласно теории, когда для данного признака среда становится стрессовой и требует напряжения и адаптации, начинается эволюция признака у мужского пола, в то время как у женского он сохраняется неизменным [61, 62].

С данной точкой зрения хорошо сочетаются многие психологические и поведенческие особенности мужчин и женщин. Это касается рискованного поведения, смертности мужчин от стрессовых заболеваний и внешних причин, общей продолжительности жизни, различий в межполушарной асимметрии, способностей к ориентации в пространстве и т.д. [63]. Согласно современным данным, многие упомянутые когнитивные и поведенческие отличия, а также различия в психопатологии и психиатрической заболеваемости мужчин и женщин сочетаются с клеточными и структурными различиями мозговых структур мужчин и женщин, выявляемых в прижизненных и посмертных исследованиях [64]. Таким образом, эволюционно предсказываемые различия подкрепляются структурными. В целом аргументы этого рода действительно претендуют на то, чтобы объяснить гендерный парадокс в суицидологии. Более того, указания теории на повышенную «оборачиваемость» мужского пола в высокострессовой среде вполне совпадают с фактами подъема суицидов среди мужчин в условиях психосоциального стресса, при том, что женщины остаются более устойчивыми [65]. В то же время, существует и альтернативная точка зрения, изложенная в следующем разделе.

Объяснения парадокса, основанные на признании исключительно социокультурного характера этого явления

Во многих статьях высказывается мысль, что гендерный парадокс – это явление, прежде всего, культурное, связанное с традициями в определенной культурной среде [1, 2, 7, 23]. Наиболее убедительно в этом смысле выглядят примеры антропологического характера. Так, неоднократно указывалось на то, что высокий (сопоставимый с мужским) уровень суицидов среди молодых женщин в Китае связан с некоторыми традициями в сельских районах этой страны. Фактором, влияющим на суицидальное поведение женщин в данном случае, является укоренившийся в традиционной многовековой культуре глубокий пиетет перед родителями и лояльность семье, что вступает в противоречие с тем, что при вступлении в брак семья многое решает, не принимая во внимание мнение молодой женщины

increase. At the same time, the "turnover" of the male sex increases (mortality and birth rates increase, as, for example, during war, famine, any catastrophe threatening the population). According to the theory, when the environment for a given trait becomes stressful and requires tension and adaptation, the evolution of the trait begins in the male sex, while in the female it remains unchanged [61, 62].

With this point of view, many psychological and behavioral characteristics of men and women are well combined. This applies to risky behavior, mortality in men from stress diseases and external causes, overall life expectancy, differences in hemispheric asymmetry, ability to orientate in space, etc. [63]. According to modern data, many of the above-mentioned cognitive and behavioral differences, as well as differences in psychopathology and psychiatric morbidity of men and women, are combined with cellular and structural differences in the brain structures of men and women, revealed in intravital and postmortem studies [64]. Thus, evolutionarily predicted differences are reinforced by structural differences. In general, such arguments can claim to explain the gender paradox in suicidology. Moreover, the theory's indications of an increased male "turnover" in a high-stress environment quite coincide with the facts of an increase in suicides among men in conditions of psychosocial stress, while women remain more stable [65]. At the same time, there is also an alternative point of view, set out in the next section.

Explanations of the paradox based on the recognition of the exclusively sociocultural nature of this phenomenon

Many articles suggest that the gender paradox is primarily a cultural phenomenon associated with traditions in a particular cultural environment [1, 2, 7, 23]. The most convincing examples in this sense are anthropological examples. Thus, it has been repeatedly pointed out that the high (comparable to male) suicide rate among young women in China is associated with some traditions in the rural areas of this country. The factor influencing the suicidal behavior of women in this case is deep piety for parents and loyalty to the family rooted in the traditional centuries-old culture, which contradicts the fact that the family decides a lot when getting married, without taking into account the opinion of the young woman. [66]. In family life, the pressure from other traditions is increasing, pushing young women to commit suicide, for example, if they remain childless, or after the death of their husband.

[66]. В семейной жизни усиливается давление других традиций, подталкивающих молодых женщин к суициду, например, если они остаются бездетными, или после смерти мужа. Впрочем, традиционная культура во всем мире, в том числе в Китае и Индии, все больше сдаёт позиции в пользу вестернизированного образа жизни, возможно самые глубинные её проявления – это как раз суицидальное поведение мужчин и женщин. Очевидной причиной высокой смертности женщин, уравнивающих их с мужчинами, является также доступность средств суицида – в материковом сельскохозяйственном Китае это почти всегда пестициды, что в сочетании с недостаточным уровнем медицинской помощи и территориальной отдалённостью с большой вероятностью заканчивается смертельным исходом [66].

Другим ярким примером является Папуа Новая Гвинея, так, D. Lester приводит данные о том, что самоубийство в этой культуре является способом указать на обидчика и подвергнуть его общественному порицанию (довольно распространенный мотив в традиционных культурах, в том числе среди народов Севера и Сибири). В этом смысле самоубийство женщины, например, после бесчестья или отвержения мужчиной является своеобразным политическим актом, символизирующим отмщение, и иногда единственным выбором в создавшейся ситуации [67]. Уже упоминалась давно отжившая традиция добровольного самосожжения вдов в Индии (аналогичные факты есть и у других народов, например, ритуальное ассистированное самоубийство вдов народности Люси, желающих смерти, чтобы не быть зависимыми от своих детей). Интересно, что, хотя в современной Индии такие случаи уже не встречаются, частота самосожжений среди женщин (особенно молодых) в этой стране очень высока, поскольку в индуизме смерть в огне символизирует очищение [68]. Подборку аналогичных данных приводит О.И. Паровая в своем обзоре, ею собраны сведения о странах и культурах, в которых суицидальное поведение является культурно более приемлемым среди женщин, чем среди мужчин [69]. Silvia Canetto считает, что ключевым фактором, определяющим суицидальное поведение является «культурный сценарий». Если рассматривать все различия с этих позиций, то суицидальное поведение становится наиболее вероятным не тогда, когда люди испытывают разнообразные лишения или стрессы, а тогда, когда возникает определённая ситуация, при которой самоубийство является социально приемлемым и даже одобряемым. Культура устанавливает рамки и непосредственно предписывает не только в каких ситуациях, но даже каким способом следует лишить себя жизни, как для мужчин, так и для женщин [70].

However, traditional culture all over the world, including in China and India, is losing ground more and more in favor of a westernized way of life, perhaps its deepest manifestations are just the suicidal behavior of men and women. An obvious reason for the high mortality rate of women who equate them with men is also the availability of means of suicide – in mainland agricultural China, these are almost always pesticides, which, combined with insufficient medical care and territorial remoteness, are likely to result in death [66].

Another striking example is Papua New Guinea, for example, D. Lester cites data that suicide in this culture is a way to point out the offender and subject them to public censure (a fairly common motive in traditional cultures, including among peoples of the North and Siberia). In this sense, the suicide of a woman, for example, after dishonor or rejection by a man, is a kind of political act symbolizing revenge, and sometimes the only choice in the current situation [67]. The long-outdated tradition of the voluntary self-immolation of widows in India has already been mentioned (similar facts exist among other peoples, for example, the ritual assisted suicide of widows of the Lucy nation, who want death so as not to be dependent on their children). Interestingly, although in modern India such cases no longer occur, the frequency of self-immolations among women (especially young women) in this country is very high, since in Hinduism, death in fire symbolizes purification [68]. A selection of similar data is given by O.I. Parovaya in her review, where she collected information about countries and cultures in which suicidal behavior is culturally more acceptable among women than among men [69]. Silvia Canetto believes that the key determinant of suicidal behavior is the "cultural scenario". If we consider all the differences from these positions, then suicidal behavior becomes most likely not when people experience various deprivations or stresses, but when a certain situation arises in which suicide is socially acceptable and even approved. Culture establishes a framework and directly prescribes not only in what situations, but even in what way one should take her own life, both for men and women [70].

This reasoning is supported by research. For example, Janet Hyde conducted a meta-analysis of several thousand works in which intellectual abilities, verbal and non-verbal communication, aggression and leadership, self-esteem, endurance, spatial abilities, motivation, some psychophysical characteristics

Эти рассуждения подкрепляются и исследованиями. Так, Janet Hyde провела мета-анализ нескольких тысяч работ, в которых изучались интеллектуальные способности, вербальные и невербальные коммуникации, агрессия и лидерство, самооценка, выносливость, пространственные способности, мотивация, некоторые психофизические характеристики и др. показатели у мужчин и женщин. Различия между полами имели или нулевой, или очень маленький эффект на изученные психологические характеристики, за исключением выносливости, некоторых аспектов сексуальности и повышенной физической агрессии у мужчин [71]. В конечном итоге аргументы социокультурного характера могут быть сведены к следующей формуле – мужчины и женщины психологически на самом деле совершенно одинаковы, их очевидные биологические различия не имеют отношения к их поведению и психическим реакциям. Если какие-то различия и выявляются, то их истинная причина в том, что это общество заставляет мужчин и женщин вести себя и мыслить по-разному, то есть всё дело в воспитании и давлении социума, который навязывает соответствующие стереотипы и модели поведения. В связи с этим необходимо рассмотреть такое относительно новое культурное явление как гендеризм.

Пол и гендер

Длительное время, когда заходила речь о различиях в психологии и поведении между мужчинами и женщинами, они рассматривались исключительно как «половые различия». Затем в психологической терминологии наметился определённый сдвиг, появилось понятие «различия, связанные с полом». Во второй половине XX века появились новые понятия, такие как «половая роль», «полорольевые ожидания», «половая идентичность», что завершилось появлением абсолютно нового понятия «гендер». После появления этого термина почти повсеместно стало использоваться словосочетание «гендерные отличия», при этом большинство медицинских авторов (за исключением тех, кто непосредственно вовлечён в так называемые «гендерные исследования»), по-прежнему, продолжали иметь в виду «половые различия», не вникая в суть вопроса и пользуясь наиболее широко применяемым термином. В последнее время в некоторых англоязычных работах используется «sex / gender differences» с тем, чтобы охватить оба контекста [16]. В связи с этим необходимо уделить внимание понятию «гендер» и его применению в современных медико-биологических науках.

Слово «гендер» в данном контексте ввёл в обиход американский сексолог John Money, заимствовав термин из английской грамматики (что само по себе уже предусматривает три варианта – он, она и оно). Однако

and other indicators were studied in men and women. Differences between the sexes had either zero or very little effect on the studied psychological characteristics, with the exception of endurance, some aspects of sexuality and increased physical aggression in men [71]. Ultimately, the arguments of a sociocultural nature can be reduced to the following formula – men and women are psychologically in fact exactly the same, their obvious biological differences have nothing to do with their behavior and mental reactions. If any differences are revealed, then their true reason is that this society forces men and women to behave and think in different ways, that is, the whole point is in the upbringing and pressure of society, which imposes the corresponding stereotypes and behavioral models. In this regard, it is necessary to consider such a relatively new cultural phenomenon as genderism.

Sex and gender

For a long time, when it came to the differences in psychology and behavior between men and women, they were viewed exclusively as "sex differences." Then there was a certain shift in psychological terminology, the concept of "differences related to sex" appeared. In the second half of the twentieth century, new concepts such as "sex role", "sex-role expectations", "gender identity" appeared, which culminated in the emergence of an absolutely new concept of "gender". After the appearance of this term, the phrase "gender differences" began to be used almost everywhere, while the majority of medical authors (with the exception of those who are directly involved in the so-called "gender research"), as before, continued to keep in mind "sex differences" without going into the essence of the issue and using the most widely used term. Recently, some English-language works have used "sex / gender differences" in order to cover both contexts [16]. In this regard, it is necessary to pay attention to the concept of "gender" and its application in modern biomedical sciences.

The word "gender" in this context was introduced into everyday life by the American sexologist John Money, borrowing a term from English grammar (which in itself already provides three options – he, she and it). However, the founder of the concept of "social gender" is considered to be Robert Stoller who discussing "transsexuals, people who like to dress in clothes of the opposite sex, people with unusual sex scenarios, homosexuals, bisexuals, people with an incorrectly assigned gender at birth, as well as intersex people"¹ in

основателем концепции «социального пола» считается Robert Stoller, который в своей психоаналитической монографии «Sex and Gender», обсуждая «транссексуалов, любителей одеваться в одежду противоположного пола, людей с необычными половыми сценариями, гомосексуалов, бисексуалов, людей с неверно приписанным полом при рождении, а также интерсексуалов»¹ уже твёрдо различал биологический пол, обусловленный хромосомным набором, пол, приписываемый человеку при рождении, а также усваиваемые личностью в процессе социализации устойчивые модели мужественности и женственности [72]. Таким образом, в социальный и психологический дискурс были введены понятия «маскулинности» и «феминности», появились опросники для выявления этих конструктов и сформировалось представление о гендере как о социальном варианте пола, что привело к взрывному росту исследований с использованием этих понятий.

Разумеется, авторы концепции социального пола не были новаторами. Интерес к вопросам соотношения «мужского» и «женского» в личности появился с развитием психологии. Так, ещё в начале XX века в книге «Пол и характер» австрийский психолог Otto Weininger утверждал, что «Существуют бесчисленные переходные степени между мужчиной и женщиной, так называемые «промежуточные половые формы. С психологической точки зрения относительно человека приходится установить, что он во всякий момент неизбежно является или мужчиной, или женщиной». Интересно, что книга этого автора стала особенно популярной после его демонстративного самоубийства, совершённого в доме, в котором умер Бетховен, и сопровождавшемся написанием нескольких прощальных писем.

Дальнейшее теоретизирование в этой области, особенно в сочетании с либеральной идеологией безграничной свободы личности, привело к мысли о том, что человек не только может в разные периоды своей жизни считать себя мужчиной или женщиной, но и произвольно менять свой социальный пол в зависимости от самоощущения, что на практике привело к появлению трансгендеров, лиц с небинарной половой идентичностью, гендерфлюидов и т.д. В настоящее время доля таких людей в социуме (в основном на Западе, но не только, поскольку эти веяния быстро находят своих адептов в разных странах и культурах) достигла значительных величин, в связи с чем вся медицинская наука вынуждена считаться с этим обстоятельством. Как пишут наиболее авторитетные медицинские журналы «до сих пор трансгендеры, как правило, были недостаточно представлены в клинических исследованиях, но ситуа-

his psychoanalytic monograph "Sex and Gender" already firmly distinguished the biological sex due to the chromosome set, the sex assigned to a person at birth, as well as the stable models of masculinity and femininity assimilated by the individual in the process of socialization [72]. Thus, the concepts of "masculinity" and "femininity" were introduced into social and psychological discourse, questionnaires appeared to identify these constructs, and the idea of gender as a social variant of gender was formed, which led to an explosive growth in research using these concepts.

Of course, the authors of the concept of social gender were not innovators. Interest in the issues of the relationship between "masculine" and "feminine" in personality appeared with the development of psychology. For example, at the beginning of the twentieth century in the book "Gender and Character" the Austrian psychologist Otto Weininger argued that "There are countless transitional degrees between a man and a woman, the so-called" intermediate sexual forms. From a psychological point of view, it is necessary to establish in relation to a person that at any moment he is inevitably either a man or a woman. "Interestingly, this author's book became especially popular after his demonstrative suicide, committed in the house in which Beethoven died, and accompanied by writing of several farewell letters.

Further theorizing in this area, especially in combination with the liberal ideology of unlimited individual freedom, led to the idea that a person can not only consider themselves a man or a woman at different periods of their life, but also arbitrarily change their social gender depending on sense of self, which in practice led to the emergence of transgender people, persons with non-binary gender identity, gender fluids, etc. At present, the share of such people in society (mainly in the West, but not only, since these trends quickly find their adherents in different countries and cultures) has reached significant levels, and therefore the entire medical science is forced to consider this phenomenon. As the most authoritative medical journals write, "so far transgender people have generally been underrepresented in clinical trials, but the situation is changing" [73, 74]. Gradually, the social sex acquired such great importance that it began to suppress and displace the biological sex, in connection with which gender reassignment, with the use

¹ Цитата из краткого описания монографии на ресурсе Amazon.com / Quote from the brief description of the monograph on the resource Amazon.com

ция меняется» [73, 74]. Постепенно социальный пол приобрёл настолько большое значение, что стал подавлять и вытеснять пол биологический, в связи с чем всё более широкое распространение получила смена пола, с использованием гормональной терапии, хирургических вмешательств и т.д. Эта ситуация, несомненно, является новой и для суицидологии, предстоит понять, что изменилось в связи с этими веяниями в сфере суицидального поведения мужчин и женщин.

Гендерное равенство, феминизм, трансгендеризм и суицид среди мужчин и женщин

Исторически «гендеризм» возник из феминизма и в значительной степени им подпитывался идеологически. Кроме того, по времени он совпал с активизацией борьбы за свои права не только женщин, но и других «угнетённых» групп, например, представителей сексуальных меньшинств или этнических групп. Это движение приобрело наиболее сильное звучание в университетской среде в США, где «woman studies», «feminist studies», «black studies», «ethnic studies» и т.д. чрезвычайно распространены [75]. Как любые идеологизированные направления мысли, эти взгляды выливаются в определённые политические движения и практики, представленные в широком спектре – от вполне конструктивных и оправданных (как например, борьба женщин за равные экономические права с мужчинами во всём мире, или борьба чернокожих за равные политические права с белыми в США), до проявлений гендерного экстремизма, как например, радикальный феминизм [76, 77].

Исторически интересно оценить, как изменение положения женщин в системе трудовых отношений повлияло на суицидальное поведение, поскольку именно это было первым шагом на пути к равноправию в его рациональном варианте. Интерес в этом смысле представляет работа, описывающая ситуацию с самоубийствами и суицидальными попытками в г. Данди в Шотландии в период борьбы женщин за равное участие в трудовой и экономической жизни (вторая половина XIX-первая половина XX вв.). Увеличение доли женщин в промышленности привело к снижению суицидов как среди мужчин, так и среди женщин, причём среди женщин в большей степени [78]. Таким образом, выход женщины за пределы роли матери и хранительницы семейного очага и приближение её к типично мужской роли кормильца семьи не привёл к «маскулинизации» её суицидального поведения и сближению уровней среди мужчин и женщин. Впрочем, следует иметь в виду, что исследование охватывает тот период в истории этого города, когда росла местная джутовая промышленность, требующая рабочей силы, в результате чего в начале XX в. женщины составляли 70%

of hormonal therapy, surgical interventions, etc., became more and more widespread. This situation is undoubtedly new for suicidology, it remains to be understood what has changed in connection with these trends in the field of suicidal behavior of men and women.

Gender equality, feminism, transgenderism and suicide among men and women

Historically, "genderism" came out of feminism and was largely ideologically fueled by it. In addition, in time it coincided with the intensification of the struggle for their rights, not only of women, but also of other "oppressed" groups, for example, representatives of sexual minorities or ethnic groups. This movement has acquired the strongest sound in the university environment in the United States, where "woman studies", "feminist studies", "black studies", "ethnic studies", etc. have become extremely common [75]. Like any ideologized line of thought, these views are poured into certain political movements and practices, represented in a wide range – from quite constructive and justified (such as the struggle of women for equal economic rights with men around the world, or the struggle of blacks for equal political rights with whites in the USA), before manifestations of gender extremism, such as radical feminism [76, 77].

Historically, it is interesting to assess how the change in the position of women in the system of labor relations influenced suicidal behavior, since this was the first step towards equality in its rational version. Of interest in this sense is the work describing the situation with suicides and suicidal attempts in the city of Dundee in Scotland during the period of women's struggle for equal participation in labor and economic life (second half of the 19th – first half of the 20th centuries). An increase in the proportion of women in industry has led to a decrease in suicide rates among both men and women, and to a greater extent among women [78]. Thus, the woman's departure from the role of mother and guardian of the family hearth and her taking on the typically male role of the family breadwinner did not lead to the "masculinization" of her suicidal behavior and the convergence of levels among men and women. However, it should be borne in mind that the study covers the period in the history of this city when the local jute industry was growing, requiring labor, as a result of which at the beginning of the twentieth century women accounted for 70% of the employed, that is, there was economic development, not unemployment [78].

работающих, то есть имело место экономическое развитие, а не безработица [78].

В других экологических исследованиях были получены схожие результаты, например, вовлечение женщин в США в оплаченную трудовую деятельность в период с 1970 по 1980 г. не привело к повышению уровня суицида среди них, однако при этом выросли суициды среди мужчин [79]. В качестве объяснения выдвигалась идея о том, что для мужчин это означало потерю самооценки в связи с утратой их роли кормильцев семьи [80]. В то же время, уже в 80-х годах, вероятно в связи с признанием новой роли женщин, суициды снижаются у обоих полов [79]. Похожие сдвиги наблюдались в Канаде в этот же исторический период – от подъёма суицидов у обоих полов сразу после активного вовлечения замужних женщин в трудовую деятельность, к снижению этого показателя по мере того, как новая тенденция на рынке труда стала более приемлемой психологически и финансово, примерно через 10 лет [81].

Фактор трудовой занятости женщин имеет разное значение в зависимости от исторических реалий и экономической ситуации. Так, при оценке влияния глобального экономического кризиса 2008 г. (охвачено 54 страны Европы и Америки) верифицирован подъём суицидов среди мужчин (на 4,5%), но не среди женщин, при этом наблюдалась явная связь с безработицей [82]. Период распада бывшего СССР и последовавший за этим жесточайший экономический кризис сопровождался резким подъёмом суицидов среди мужчин в основном в индустриально развитых республиках, при этом среди женщин подъём был значительно менее выраженным [65, 83]. Очень характерно объяснение этому феномену, которое дают западные авторы. Они считают, что мужчины в гораздо большей степени, чем женщины были «пойманы в ловушку между высокими ожиданиями и невозможностью их осуществления». Это положение способствовало развитию накоплению фрустрации и усилению чувства беспомощности и безнадежности среди них [84]. Авторы справедливо полагают, что «тот факт, что дом и семья традиционно были (и часто ещё остаются) вотчинами женщин, послужил своего рода смягчающим обстоятельством для женщин и позволил им более стойко перенести процесс резкой социальной, экономической и политической трансформации советского общества в 1990-е годы» [84].

Современная ситуация такова, что многие стереотипные представления о роли женщины в обществе и семье кардинально изменились или исчезли [75]. Как отмечает О.Ю. Суралева, «появляется совершенно новый образ женщины – независимой, уверенной в себе, раскрепощённой (в том числе и сексуально), преуспе-

In other environmental studies, similar results were obtained, for example, the involvement of women in the United States in paid work during the period from 1970 to 1980 did not lead to an increase in the suicide rate among them, however, there was an increase in suicide among men observed at the same time [79]. As an explanation, the idea was put forward that for men this meant a loss of self-esteem due to the loss of their role as breadwinners of the family [80]. At the same time, already in the 1980s, probably in connection with the recognition of the new role of women, suicides decreased for both sexes [79]. Similar shifts were observed in Canada in the same historical period – from an increase in suicides in both sexes immediately after the active involvement of married women in the labor force to a decrease in this indicator as a new trend in the labor market became more psychologically and financially acceptable, in about 10 years [81].

The factor of employment of women has different meanings depending on historical realities and economic situation. Thus, when assessing the impact of the 2008 global economic crisis (54 countries in Europe and America), an increase in suicides among men (by 4.5%) was verified, but not among women, while there was a clear link with unemployment [82]. The period of the collapse of the former USSR and the subsequent severe economic crisis was accompanied by a sharp rise in suicide rates among men, mainly in the industrially developed republics, while among women the rise was much less pronounced [65, 83]. The explanation of this phenomenon, which is given by Western authors, is very characteristic. They believe that men, far more than women, have been "trapped between high expectations and the impossibility of fulfilling them." This situation contributed to the development of the accumulation of frustration and increased feelings of helplessness and hopelessness among men [84]. The authors rightly believe that "the fact that the home and family have traditionally been (and often still remain) the fiefdoms of women served as a kind of mitigating circumstance for women and allowed them to more resiliently endure the process of dramatic social, economic and political transformation of the Soviet society in the 1990s" [84].

The current situation is such that many stereotypical ideas about the role of women in society and the family have radically changed or disappeared [75]. As noted by O.Yu. Suraleva, "a completely new image of a woman

вающей в бизнесе и других сферах деятельности, экономически и психологически не зависящей от мужчины». Можно согласиться и с тем, что «у многих женщин формируется маскулинный тип мышления и женщина всё больше стремится занять доминирующую позицию и упрочить свой социальный статус» [75]. Примерно в этот же период во многих западных странах (которые идут впереди всех в вопросах гендерного равенства и других «прогрессивных» тенденций либерального толка) многие авторы стали с беспокойством отмечать рост показателей самоубийств среди молодых женщин, при этом общие показатели в основном оставались неизменными. Это, в частности, касается США, Канады, Австралии, Швеции и Финляндии [85-90]. Некоторые авторы специально отмечают, что риск суицидов среди молодых женщин растёт сильнее всего в развитых странах [91].

Наметились и другие тенденции – так, в странах Северной Европы почти выравнивается потребление алкоголя среди молодых мужчин и женщин [92, 93]. Все это позволяет заметить, что по мере продвижения идей гендерного равенства из сферы экономических отношений в более идеологизированную сферу, в которой сама идея равенства становится самоценной, меняется суицидальное и иные виды поведения. В то же время, если проанализировать связь с безработицей, среди мужчин ассоциации с суицидальным поведением намного заметнее, более того, в странах Восточной Европы, куда гендерные идеи стали проникать позднее, различия в поведении мужчин и женщин остаются более выраженными [94]. В последнее время в суицидологической литературе призывают «внимательно присмотреться к суицидальному поведению мужчин и женщин сквозь линзу гендера как социального конструкта» и высказывают мысль о необходимости преодоления неравенства и в этой сфере [95]. В частности, все формы девиантного и асоциального поведения мужчин, потенциально вредного для них самих, включая суицидальность, предлагается рассматривать сквозь призму «токсичной» или «гегемонистской, подавляющей» маскулинности, то есть излишней приверженности своей мужской роли в социуме [96]. Это ставит мужчин в положение, когда они «сами виноваты» в том, что с ними происходит, что вряд ли будет способствовать снижению смертности от суицида среди них, при том, что всё более активная позиция женщин может привести к дальнейшему росту суицидов среди них.

Суицидальное поведение трансгендеров ещё недостаточно изучено, однако, по мере того, как таких лиц становится всё больше, данные накапливаются. Это новая тема по сравнению с суицидальным поведением представителей ЛГБТ, относительно которых уже

appears – independent, self-confident, liberated (including sexually), successful in business and other spheres of activity, economically and psychologically independent of a man”. One can also agree that “many women develop a masculine type of thinking and a woman is increasingly striving to take a dominant position and strengthen her social status” [75]. Around the same period, in many Western countries (which are leading the way on gender equality and other “progressive” liberal trends), many authors began to feel concerned about the rise of suicide rates among young women, while the overall rates remained largely unchanged. This, in particular, relates to the USA, Canada, Australia, Sweden and Finland [85-90]. Some authors specifically note that the risk of suicide among young women increases most strongly in developed countries [91].

Other trends have also emerged – for example, in the Nordic countries, alcohol consumption among young men and women has almost equalized [92, 93]. All this allows us to note that as the ideas of gender equality move from the sphere of economic relations to a more ideological sphere, in which the very idea of equality becomes valuable in itself, suicidal and other types of behavior change. At the same time, if we analyze the relationship with unemployment, associations with suicidal behavior among men are much more noticeable, moreover, in Eastern Europe, where gender ideas began to penetrate later, differences in the behavior of men and women remain more pronounced [94]. Recently, in the suicidological literature, they have called to “carefully look at the suicidal behavior of men and women through the lens of gender as a social construct” and express the idea of the need to overcome inequality in this area as well [95]. In particular, all forms of deviant and asocial behavior of men, potentially harmful to them in the first place, including suicidality, are proposed to be viewed through the prism of “toxic” or “hegemonic, suppressive” masculinity, that is, excessive adherence to their male role in society [96]. This puts men in a position where they are “to blame” for what is happening to them, which is unlikely to contribute to a decrease in mortality from suicide among them, despite the fact that an increasingly active position of women can lead to a further increase in suicide among them.

The suicidal behavior of transgender people is still not well understood, however, as the number of such individuals increases, data is accumulating. This is a new topic in com-

довольно много данных, свидетельствующих о большей выраженности суицидальных мыслей, преднамеренных самоповреждений и суицидальных попыток (причём в большей степени среди гомосексуальных мужчин) [97, 98, 99]. В одном исследовании (авторам удалось проинтервьюировать 393 male-to-female и 123 female-to-male индивидуумов) было показано, что трансгендеры имеют более высокий риск, в частности распространённость суицидальных попыток в данном образце составила 32% [100]. Предикторами повышенного риска были сравнительно молодой возраст (до 25 лет), а также депрессия, история злоупотребления психоактивными веществами, история сексуального насилия и виктимизация, связанная с гендерной идентичностью. Авторы справедливо высказывают опасения относительно роста суицидов, но не выступают за прекращение практик, когда мужчина, считающий себя женщиной (или наоборот) посещает туалеты или раздевалки не своего пола, а призывают общество к большей толерантности и дестигматизации этого контингента [99].

В другом исследовании (91 трансгендер и 676 не-трансгендерных гомосексуалов) подтверждается более высокий риск среди трансгендеров по сравнению с ЛГБТ. У трансгендеров были выше баллы депрессии, более часты суицидальные попытки (в 2,5 раза), и они чаще сообщали о дискриминации [101]. Исследований, в которых трансгендерные лица сравниваются с цисгендерными накопилось больше. В систематический обзор вошла 31 работа, вывод заключается в том, что транс-лица имеют более высокую частоту несуйцидальных самоповреждений и суицидальности, причём транс-мужчины в большей степени [102]. Таким образом, уже имеющаяся информация не оставляет сомнения, что всё более широкое распространение гендерной и трансгендерной идеологии чревато появлением ещё одной уязвимой группы в отношении суицида. Лица с альтернативной гендерной идентичностью всё чаще становятся пациентами психиатров в России [103].

Как уже отмечалось, крайней формой либерального гендеризма становится убеждение, что социальный пол на самом деле важнее, чем биологический, и при ощущении несоответствия между этими характеристиками человек вправе (и даже должен с тем, чтобы снизить уровень внутреннего конфликта) сменить биологический пол. Данный подход считается лучшим способом снизить так называемую гендерную дисфорию (расстройство половой идентификации, код МКБ-10 F64) – состояние, которое, как выяснилось в одном исследовании, может быстро развиваться у подростка под влиянием социальных сетей, то есть представляет собой социально-индуцированную, а не эндогенную

parison with the suicidal behavior of LGBT people, about which there is already quite a lot of data indicating a greater severity of suicidal thoughts, deliberate self-harm and suicidal attempts (and to a greater extent among homosexual men) [97, 98, 99]. One study (the authors interviewed 393 male-to-female and 123 female-to-male minds) showed that transgender people have a higher risk, in particular the prevalence of suicidal attempts in this sample was 32% [100]. Predictors of increased risk were relatively young age (under 25), as well as depression, a history of substance abuse, a history of sexual abuse, and victimization associated with gender identity. The authors rightly express fears about an increase in suicides, but do not advocate an end to the practice when a man who considers himself a woman (or vice versa) visits toilets or locker rooms not of his gender, but call on society for greater tolerance and destigmatization of this contingent [99].

Another study (91 transgender and 676 non-transgender homosexuals) confirmed a higher risk among transgender people compared to LGBT people. Transgender people had higher depression scores, more frequent suicide attempts (2.5 times), and more often reported discrimination [101]. There are more studies comparing transgender people with cisgender people. The systematic review included 31 studies, the conclusion is that trans people have a higher incidence of non-suicidal self-harm and suicidality, with trans men showing it to a greater extent [102]. Thus, the information already available leaves no doubt that the increasingly widespread dissemination of gender and transgender ideology is fraught with the emergence of another vulnerable group in relation to suicide. People with an alternative gender identity are increasingly becoming psychiatric patients in Russia [103].

As already noted, the extreme form of liberal genderism is the belief that the social gender is actually more important than the biological one, and if there is a feeling of discrepancy between these characteristics, a person has the right (and even should, in order to reduce the level of internal conflict) to change biological sex. This approach is considered the best way to reduce the so-called gender dysphoria (gender identity disorder, code МКБ-10 F64) – a condition that, as it turned out in one study, can quickly develop in adolescents under the influence of social networks, that is, it is socially-induced, and not endogenous pathology [104]. Currently, data on suicidal risk are already accumulating among this cate-

патологию [104]. В настоящее время уже накапливаются данные о суицидальном риске среди и этой категории лиц (которые в отличие от трансгендеров иногда именуется транссексуалами, поскольку они уже могут находиться на разных стадиях смены пола, от гормональных воздействий до хирургии). В Дании проследили судьбу 5107 транс-женщин и 3156 транс-мужчин, обратившихся в клинику по поводу гендерной дисфории в период с 1978 по 2017 г. и подвергшихся смене пола. Среди них уровень покончивших с собой с 2013 по 2017 г. был выше, чем в общей популяции примерно в четыре раза, в 2,9 выше среди мужчин и в 4,9 – среди женщин [105].

Заключение

Приведённые здесь аргументы свидетельствуют о том, что различия в суицидальном поведении между полами определяются сложным комплексом факторов, как биологических, так и психосоциальных, а также организационных (например, сознательно или бессознательно возникающих интерпретациях такого поведения, в свою очередь связанных с различными факторами, в том числе полом эксперта, оценивающего ситуацию). Для мужчин и женщин факторы риска и протективные факторы могут существенно различаться, при этом нужно ещё и принимать во внимание возраст. При обсуждении такого явления как гендерный парадокс мы всегда опираемся на официальные данные смертности, в то же время, практически во всех странах они не полностью отражают ситуацию, а недооценка суицидов, их попадание в категорию «повреждений с неопределёнными намерениями» может быть разной для разных полов. По данным российских демографов индексы суицидов среди мужчин можно условно увеличивать на 60%, в то время как среди женщин – на все 100% [106]. Обсуждение суицидов среди мужской и женской части населения нельзя сводить исключительно к так называемому суицидальному парадоксу. Несмотря на то, что мужчины заметно чаще погибают от суицида, а женщины чаще совершают попытки, эти различия нивелируются в разных возрастных группах. Если рассуждать с позиций суицидального поведения, включая в это понятие и мысли, и замыслы, и намерения, и попытки и собственно суицид, различия становятся ещё менее заметными. Можно согласиться с теми авторами, которые отстаивают мысль о том, что суицидальность женщин сильно недооценена, и их меньшая смертность только маскирует ситуацию [107]. Тенденции в сфере пола и гендера в современном мире также должны учитываться. Они, как свидетельствуют данные, не улучшают показатели с суицидальным поведением как мужчин, так и женщин. Подводя итог, можно сказать, что проблема половых / гендерных различий

category of persons (who, unlike transgender people, are sometimes referred to as transsexuals, since they may already be at different stages of gender reassignment, from hormonal influences to surgery). In Denmark, 5107 trans women and 3156 trans men who went to the clinic for gender dysphoria between 1978 and 2017 and underwent gender reassignment were followed. Among them, the level of those who committed suicide from 2013 to 2017 was about four times higher than in the general population, 2.9 higher among men and 4.9 higher among women [105].

Conclusion

The arguments presented here indicate that the differences in suicidal behavior between the sexes are determined by a complex set of factors, both biological and psychosocial, as well as organizational (for example, consciously or unconsciously arising interpretations of such behavior, associated in its turn with different factors, including the gender of the expert assessing the situation). For men and women, risk factors and protective factors can differ significantly, while age must also be taken into account. When discussing such a phenomenon as a gender paradox, we always rely on official mortality data, at the same time, in almost all countries they do not fully reflect the situation, and the underestimation of suicides, their falling into the category of "injuries with undetermined intentions" can be different for different genders. According to Russian demographers, suicide indices among men can be conditionally increased by 60%, while among women it could be by 100% [106]. The discussion of suicides among the male and female part of the population cannot be reduced exclusively to the so-called suicidal paradox. Despite the fact that men are significantly more likely to die from suicide, and women are more likely to make attempts, these differences are leveled out in different age groups. If we argue from the standpoint of suicidal behavior, including in this concept and thoughts, and plans, and intentions, and attempts and suicide itself, the differences become even less noticeable. We can agree with those authors who express the idea that the suicidality of women is greatly underestimated, and their lower mortality only masks the situation [107]. Trends in sex and gender in the modern world must also be taken into account. They, as evidenced by the data, do not improve the rates of suicidal behavior in both men and women. Summing up, we can say that the problem of sex / gender differences in suicidal behavior is far from being re-

суицидального поведения далека от разрешения, многочисленные сложности в интерпретациях и оценках очень затрудняют получение объективной картины. Необходимы дальнейшие исследования и обобщения, в различных культурных контекстах, с учётом возрастной динамики и социальной обстановки.

solved; numerous difficulties in interpretations and assessments make it very difficult to obtain an objective picture. Further research and generalizations are needed, in different cultural contexts, taking into account age dynamics and social settings.

Литература / References:

1. Canetto S.S., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998; 28: 1-23.
2. Murphy G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry*. 1998; 39 (4): 165-175. DOI: 10.1016/S0010-440X(98)90057-8
3. McLoughlin A.B., Gould M.S., Malone K.M. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*. 2015; 108 (10): 765-780. DOI: 10.1093/qjmed/hcv026
4. Turecki G., Brent D.A., Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387(10024): 1227-1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
5. Mendez-Bustos P., Lopez-Castroman J., Baca-García E., Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *Scientific World Journal*. 2013; 485851. DOI: 10.1155/2013/485851
6. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и гендерный парадокс общей смертности. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2017; 4: 24-29. [Razvodovsky Yu.E. Alcohol and the gender paradox of general mortality. *Questions of organization and informatization of health care*. 2017; 4: 24-29.] (In Russ)
7. Moscicki E.K. Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*. 1994; 4: 152-158.
8. Varnik P. Suicide in the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 760-771. DOI: 10.3390/ijerph9030760
9. Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93: 327-338. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x
10. Hawton K., Arensman E., Wasserman D. et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52: 191-194. DOI: 10.1136/jech.52.3.191
11. Kokkevi A., Rotsika V., Arapaki A., Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012; 53 (4): 381-389. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x
12. Miranda-Mendizabal A., Castellvi P., Pare's-Badell O., et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*. 2019; 64: 265-283. DOI: 10.1007/s00038-018-1196-1(0123456789
13. 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)
14. Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S. Suicidal ideation in adolescents – a transcultural analysis. In: *Handbook of Suicidal Behavior* / Ed. Updesh Kumar, Springer, 2017, pp. 267-286.
15. McKinnon B., Gariépy G., Sentenac M., et al. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull WHO*. 2016; 94: 340-350. DOI: 10.2471/BLT.15.163295
16. Rhodes A.E., Boyle M.H., Bridge J.A., et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry*. 2014; 4 (4): 120-32. DOI: 10.5498/wjp.v4.i4.120
17. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г. и др. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009; 19 (2): 35-41. [Rozanov V.A., Zakharov S.E., Zhuzhulenko P.G., et al. Data of monitoring of suicide attempts in Odessa for the period 2001-2005. *Social and clinical psychiatry*. 2009; 19 (2): 35-41.] (In Russ)
18. Захаров В.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф. и др. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. *Суицидология*. 2012; 4: 3-10. [Zaharov S.Ye., Rozanov V.A., Kryvda G.F., Zhuzhulenko P.N. Suicide attempts and completed suicides monitoring in Odessa in 2001-2011. *Suicidology*. 2012; 4: 3-10.] (In Russ)
19. Freedenthal S. Assessing the wish to die: A 30-year review of the suicide intent scale. *Archives of Suicide Research*. 2008; 12: 277-298. DOI: 10.1080/13811110802324698
20. Розанов В.А., Каневский В.И. Намеренность суицидальной попытки: психосоциальные и психиатрические корреляты трех групп пациентов с различной субъективно-оцениваемой вероятностью смертельного исхода. Мат. XVII Съезда психиатров России (Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 г.). [Rozanov V.A., Kanevsky V.I. The intention of a suicide attempt: psychosocial and psychiatric correlates of three groups of patients with different subjectively estimated probability of death. Mat. XVII Congress of Psychiatrists of Russia (St. Petersburg, May 15-18, 2021)] (In Russ)
21. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 3-16. [Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 3-16.] (In Russ)
22. Данилова И. Смертность пожилых от внешних причин в России. *Демографическое обозрение*. 2014; 1 (2): 58-84. [Danilova I. Mortality of the elderly from external causes in Russia. *Demographic review*. 2014; 1 (2): 58-84.] (In Russ)
23. Mendez-Bustos P., Lopez-Castroman J., Baca-García H., et al. Life cycle and suicidal behavior among women. *The Scientific World Journal*. 2013; Article ID 485851, 9 pages. DOI: 10.1155/2013/485851
24. Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2020, 512 с. [Berkowitz L. Aggression. Causes, consequences, and control. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK, 2020, 512 p.] (In Russ)
25. Ajdacic-Gross V., Weiss M.G. Ring M. et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin WHO*. 2008; 86 (9): 657-736.
26. 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. [Zotov P.B., Buzik O.J., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of suicides: a comparative aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 3 (100): 61-64.] DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66 (In Russ)
27. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 1: 8-10. [Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicidal attempts in Tyumen. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 1: 8-10.] (In Russ)
28. Tsirigotis K., Gruszczynski W., Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*. 2011; 17 (8): 65-70.
29. Kanchan T., Menon A., Menezes R.G. Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *J*

- Forensic Sci.* 2009; 54 (4). DOI: 10.1111/j.1556-4029.2009.01054.x
30. Stack S., Wasserman I. Gender and suicide risk: the role of wound site. *Suicide Life Threat Behav.* 2009; 39 (1): 13-20. DOI: 10.1521/suli.2009.39.1.13
 31. Mergl R., Koburger N., Heinrichs K. et al. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS ONE.* 2015; 10 (7): e0129062. DOI: 10.1371/journal.pone.0129062
 32. Orbach I. Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1994; 24 (1): 68-79. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1994.tb00664.x
 33. Orbach I. Suicide and the suicidal body. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2005; 33 (1): 1-8. DOI: 10.1521/suli.33.1.1.22786
 34. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 2005
 35. Klonsky E.D., May A.M. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-Action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2015; 8 (2): 114-129. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
 36. Shneidman E. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181: 147-149. DOI: 10.1097/00005053-199303000-00001
 37. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Фёдоров Н.М. и др. Хроническая боль среди факторов суицидального риска. *Суцидология.* 2019; 10 (2): 99-115. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Fedorov N.M., Bychkov V.G., Fadeeva A.I., Garagashev G.G., Korovin K.V. Chronic pain among suicidal risk factors. *Suicidology.* 2019; 10 (2): 99-115.] DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115 (In Russ / Engl)
 38. Bartley E.J., Fillingim R.B. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings *Br J Anaesth.* 2013; 111 (1): 52-58. DOI: 10.1093/bja/aet127
 39. Samulowitz A., Gremyr I., Eriksson E. "Brave men" and "emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag.* 2018; 6358624. DOI: 10.1155/2018/6358624
 40. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43 (2): 476-493. DOI: 10.1093/ije/dyu038
 41. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., et al. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54: 1044-1048. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830230082012
 42. Farhood L., Fares S., Hamady C. PTSD and gender: could gender differences in war trauma types, symptom clusters and risk factors predict gender differences in PTSD prevalence? *Arch Womens Ment Health.* 2018; 21: 725-733. DOI: 10.1007/s00737-018-0849-7
 43. Ramikie T.S., Ressler K.J. Mechanisms of Sex Differences in Fear and Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry.* 2018; 83 (10): 876-885. DOI: 10.1016/j.biopsych.2017.11.016
 44. Сумароков А.А. Бундало Н.Л. Курицына А.А. Соотношение страхов и агрессии у мужчин и женщин при посттравматическом стрессовом расстройстве. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2008; 2 (49): 12-14. [Sumarokov A.A. Bundalo N. L. Kuritsyna A. A. The ratio of fears and aggression in men and women with post-traumatic stress disorder. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology.* 2008; 2 (49): 12-14.] (In Russ)
 45. Rutz W., Rihmer Z. Suicide in men. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention.* 2009, pp. 249-256.
 46. Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet.* 1995; 345 (8948): 524. DOI: 10.1016/s0140-6736(95)90622-3
 47. Riley W.T., Treiber F.A., Woods M.G. Anger and hostility in depression. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177: 668-674. DOI: 10.1097/00005053-198911000-00002
 48. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression—evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom.* 2005; 74 (5): 303-307. DOI: 10.1159/000086321
 49. Wallinder J., Rutz, W. Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology.* 2001; 16 (Suppl2): 21-24. DOI: 10.1097/00004850-200103002-00004
 50. Magovcevic M., Addis M.E. The masculine depression scale: development and psychometric evaluation. *Psychol Men Masc.* 2008; 9 (3): 117-132. DOI: 10.1037/1524-9220.9.3.117
 51. Martin L.A., Neighbors H.W., Griffith D.M. The experience of symptoms of depression in men vs women analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70 (10): 1100-1106. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
 52. Гречко Т.Ю., Васильева Ю.Е. Возможности выявления признаков депрессии у студентов ВГМУ с помощью Готландской шкалы мужской депрессии (GSMD). *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2016; 19 (1): 33-37. [Grechko T.Yu., Vasilyeva Yu.E. The possibility of detecting signs of depression in VSMU students using the Gotland Scale of male depression (GSMD). *Applied information aspects of medicine.* 2016; 19 (1): 33-37.] (In Russ)
 53. Гречко Т.Ю., Едигарян Э.С., Корчагин В.В. Использование Готландской шкалы депрессии и опросника «Мой темперамент» для оценки психического здоровья студентов. *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2018; 21 (2): 23-27. [Grechko T.Yu., Edigaryan E.S., Korchagin V.V. Using the Gotland scale of depression and the questionnaire "My temperament" for assessing the mental health of students. *Applied information aspects of medicine.* 2018; 21 (2): 23-27.] (In Russ)
 54. Call J.B., Shafer K. Gendered manifestations of depression and help seeking among men. *Am J Men Health.* 2018; 12: 41-51. DOI: 10.1177/1557988315623993
 55. Liu R.T., Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34 (3): 181-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.01.006
 56. Kogler L., Müller V.I., Chang A., et al. Psychosocial versus physiological stress - Meta-analyses on deactivations and activations of the neural correlates of stress reactions. *Neuroimage.* 2015; 119: 235-251. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2015.06.059
 57. Kim S.M., Han D.H., Trksak G.H., et al. Gender differences in adolescent coping behaviors and suicidal ideation: findings from a sample of 73,238 adolescents. *Anxiety, Stress and Coping.* 2013; 27 (4): 439-454. DOI: 10.1080/10615806.2013.876010
 58. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide and Life-threatening Behavior.* 1993; 23: 179-187.
 59. Weyrauch K.F., Roy-Byrne P., Katon W., et al. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide Life Threatening Behavior.* 2001; 31 (3): 311-319. DOI: 10.1521/suli.31.3.311.24240
 60. van der Voorn B., Hollanders J.J., Ket J.C.F., et al. Gender-specific differences in hypothalamus-pituitary-adrenal axis activity during childhood: a systematic review and meta-analysis. *Biol Sex Differ.* 2017; 8: 3. DOI: 10.1186/s13293-016-0123-5
 61. Геодакян В.А. Эволюционная логика дифференциации полов. *Природа.* 1983; 1: 70-80. [Geodakyan V.A. The evolutionary logic of gender differentiation. *Nature.* 1983; 1: 70-80.] (In Russ)
 62. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека / В кн.: Человек в системе наук. М., 1989. С. 171-189. [Geodakyan V.A. Theory of gender differentiation in human problems / In: Man in the System of Sciences, Moscow, 1989, pp. 171-189.] (In Russ)
 63. Геодакян В.А. Эволюционные теории асимметризации организмов, мозга и тела. Успехи физиологических наук. 2005; 36 (1): 24-53. [Geodakyan V.A. Evolutionary theories of the asymmetry of organisms, brain and body. *Advances in physiological sciences.* 2005; 36 (1): 24-53.] (In Russ)

64. McCarthy M.M. Multifaceted origins of sex differences in the brain. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2016; 371 (1688): 20150106. DOI: 10.1098/rstb.2015.0106
65. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. *Суицидология.* 2012; 4: 28-40. [Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR. *Suicidology.* 2012; 4: 28-40.] (In Russ)
66. Shuiyan X. Suicide study and suicide prevention in mainland China. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention.* 2009, pp. 231-240.
67. Lester D. Suicide and culture. *World Cultural Psychiatry Research Review.* 2008: 51-68.
68. Mythri S.V., Ebenezer J.A. Suicide in India: Distinct epidemiological patterns and implications. *Indian J Psychol Med.* 2016; 38: 493-498. DOI: 10.4103/0253-7176.194917
69. Паровая О.И. Что такое гендерный парадокс суицидального поведения. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2011; 3 (05): 85-92. [Parovaya O.I. What is the gender paradox of suicidal behavior. *Psychiatry, psychotherapy, and clinical psychology.* 2011; 3 (05): 85-92.] (In Russ)
70. Canetto S. Prevention of suicidal behavior in females. Opportunities and obstacles. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention.* 2009, pp. 242-247.
71. Hyde J.S. The gender similarities hypothesis. *American Psychologist.* 2005; 60 (6): 581-592. DOI: 10.1037/0003-066X.60.6.581
72. Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. Социальное конструирование гендера. *Социологический журнал.* 1998; 3-4: 171-182. [Zdravomyslova E.A., Temkina A.A. Social construction of gender. *Sociological Journal.* 1998; 3-4: 171-182.] (In Russ)
73. Shannon G., Jansen M., Williams K., et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *Lancet.* 2019; 393 (10171): 560-569. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33135-0
74. Mauvais-Jarvis F., Merz N.B., Barnes P.J., et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet.* 2020; 396 (10250): 565-582. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0
75. Суралева О.Ю. Феминизм как фундамент развития гендерных исследований. *Электронно-образовательный журнал ВГПУ «Грани познания».* 2011; 2 (12). [Suraleva O.Yu. Feminism as a foundation for the development of gender studies. *Electronic scientific and educational journal of VSPU "Facets of Knowledge".* 2011; 2 (12).] www.grani.vspu.ru (In Russ)
76. Яворский М.А., Агакишиев С.А. Гендерно ориентированный экстремизм: миф или реальность? *Вестник Российского нового университета. Сер. «Человек и общество».* 2020; 2: 170-175. [Yavorsky M.A., Agakishiev S.A. Gender-oriented extremism: myth or reality? *Bulletin of the Russian New University: "Man and society".* 2020; 2: 170-175.] DOI: 10.25586/RNU.V9276.20.02 (In Russ)
77. Лысова А.В. О границах радикальной феминистской теории в объяснении насилия в семье. *Социологические исследования.* 2012; 4: 110-117. [Lysova A.V. On the limits of radical feminist theory in explaining domestic violence. *Sociological research.* 2012; 4: 110-117.] (In Russ)
78. Moore F., Taylor S., Beaumont J., et al. The gender suicide paradox under gender role reversal during industrialisation. *PLoS ONE.* 2018; 13 (8): e0202487. DOI: 10.1371/journal.pone.0202487
79. Burr J.A., McCall P.L., Powell-Griner E. Female labor force participation and suicide. *Social Science & Medicine.* 1997; 44 (12): 1847-859. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00294-8
80. Moëller-Leimkuëhler A.M. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience.* 2003; 253 (1): 1-8. DOI: 10.1007/s00406-003-0397-6
81. Trovato F, Vos R. Married female labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981. *Sociological Forum.* 1992; 7: 661-677.
82. Chang S.-S., Stuckler D., Yip P., et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013; 347: f5239. DOI: 10.1136/bmj.f5239
83. Разводовский Ю.Е., Кандрьчын 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)
84. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science & Medicine.* 1995; 41 (7): 923-934.
85. Sullivan E.M., Anest J.L., Simon T.R. et al. Suicide trends among persons aged 10-24 years - United States, 1994-2012. *MMWR Surveill Summ.* 2015; 64: 201-205.
86. Skinner R., McFaul S. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *Can Med Assoc J.* 2012; 184 (9): 1029-1034.
87. Lahti A., Rasanen P., Riala K., et al. Youth suicide trends in Finland, 1969-2008. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2011; 52 (9): 984-991.
88. Roh B.-R., Jung E.H., Hong H.J. A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investig.* 2018; 15 (4): 376.
89. Stefanac N., Hetrick S., Hulbert C., et al. Are young female suicides increasing? A comparison of sex-specific rates and characteristics of youth suicides in Australia over 2004-2014. *BMC Public Health.* 2019; 19: 1389. DOI: 10.1186/s12889-019-7742-9
90. Богданов С.В., Богданова Ю.С. Самоубийства в Великобритании (1981-2011 гг.): динамика, тенденции, особенности *Вестн. Моск. ун-та. сер. 18. Социология и политология.* 2015; 3: 175-191. [Bogdanov S.V., Bogdanova Yu.S. Suicides in Great Britain (1981-2011): dynamics, trends, features Bulletin of the Moscow University. Series 18. *Sociology and Political Science.* 2015; 3: 175-191.] (In Russ)
91. Höfer P., Rockett I.R.H., Värnik P. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst hanging epidemic? *BMC Public Health.* 2012; 12: 644. DOI: 10.1186/1471-2458-12-644
92. WHO, Adolescent Health Epidemiology. Geneva, World Health Organization, 2015. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescent-deaths-burden-disease/en/
93. WHO, Mortality, morbidity and disability in adolescence. - Geneva, World Health Organization, 2014. <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page3/morbidity.html>
94. Yur'yev A., Värnik A., Värnik P., Sisask M., Leppik L. Employment status influences suicide mortality in Europe. *International Journal of Social Psychiatry.* 2010; XX (X): 1-7. DOI: 10.1177/0020764010387059
95. Payne S., Swami V., Stanistreet D.L. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health.* 2008; 5 (1): 23-35. DOI: 10.1016/j.jomh.2007.11.002
96. Connell R.W., Messersmidt J.W. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gender Soc.* 2005; 19: 829-859. DOI: 10.1177/0891243205278639
97. Paul J.P., Catania J., Pollack L. et al. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health.* 2002; 92 (8): 1338-1345. DOI: 10.2105/ajph.92.8.1338
98. Skegg K., Nada-Raja S., Dickson N., Paul C., Williams S. Sexual orientation and selfharm in men and women. *Am J Psychiatry.* 2003; 160 (3): 541-546. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.3.541
99. Ворошилин С.И. Расстройства половой идентификации и Интернет. *Академический журнал Западной Сибири.* 2011; 3: 6-8. [Voroshilin S.I. Disorders of sexual identification and the Internet. *Academic Journal of Western Siberia.* 2011; 3: 6-8.] (In Russ)

100. Clements-Nolle K., Marx R., Katz M. Attempted suicide among transgender persons: the influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosexuality*. 2006; 51 (3): 53–69. DOI: 10.1300/J082v51n03_04
101. Su D., Irwin J.A., Fisher C., et al. Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgend Health*. 2016; 1 (1): 12-20. DOI: 10.1089/trgh.2015.0001
102. Marshall E., Claes L., Bouman W.P., et al. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28 (1): 58-69. DOI: 10.3109/09540261.2015.1073143
103. Соловьева Н.В., Макарова Е.В., Вильянов В.Б. и др. Социально-демографический портрет транссексуальных пациентов в России. *Медицинский совет*. 2019; 6: 148-153. [Solov'eva N.V., Makarova E.V., Vilyanov V.B., et al. Socio-demographic portrait of transsexual patients in Russia. Medical advice. 2019; 6: 148-153.] DOI: 10.21518/2079-701X-2019-6-148-153 (In Russ)
104. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*. 2018; 13 (8): e0202330. DOI: 10.1371/journal.pone.0202330
105. Wierpjes C.M., den Heijer M., Bremmer M.A., et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatr Scand*. 2020; 141 (6): 486–491. DOI: 10.1111/acps.13164
106. Семенова В.Г., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П. и др. Смертность трудоспособного населения России от суицидов: официальные и реальные уровни. В книге: II Всероссийский демографический форум с международным участием. Материалы форума. Москва, 2020. С. 70-73. [Semenova V. G., Ivanova A. E., Sabgaida T. P., et al. Mortality of the working-age population of Russia from suicides: official and real levels. In the book: II All-Russian Demographic Forum with international participation. Forum materials. Moscow, 2020, p. 70-73.] (In Russ)
107. Положий Б.С., Васильев В.В. Эпидемиология женского суицида (на материалах крупного промышленного города). *Психическое здоровье*. 2009; 9: 28-32. [Polozhiy B.S., Vasiliev V.V. Epidemiology of female suicide (based on the materials of a large industrial city). *Mental health*. 2009; 9: 28-32.] (In Russ)

ON THE GENDER PARADOX IN SUICIDOLGY – A CONTEMPORARY CONTEXT

V.A. Rozanov St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru
 V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

The discussion of suicides among the male and female part of the population cannot be reduced exclusively to the so-called suicidal paradox. Despite the fact that men are much more likely to die from suicide, and women make attempts more often, these differences are leveled out in different age groups. If we argue from the standpoint of suicidal behavior, including in this concept and thoughts, and plans, intentions, attempts, and actually suicide, the differences become even less noticeable. In various socio-cultural contexts, these differences are generally absent. Judging by many signs, the suicidality of women is greatly underestimated, and their lower mortality only masks the situation. When discussing such risk factors as mental health disorders, the role of stress, pain tolerance and many others, it must be admitted that in almost all cases it is difficult to separate the influence of biological and social factors, since they closely interact with each other. The increase in the economic activity of women in the second half of the last century in Western countries and their greater involvement in labor relations in general was accompanied by favorable shifts both among men and among women. However, the ultra-modern trends in the promotion of the concept of gender as a social sex, complementing (and in some cases denying) biological sex, as evidenced by the data, do not improve the indicators with suicidal behavior of both. The problem of sex and / or gender differences in suicidal behavior is far from resolved; numerous difficulties in interpretations and assessments make it very difficult to obtain an objective picture. Further research is needed, in different cultural contexts, taking into account age dynamics and social settings.

Keywords: suicidal behavior, men and women, gender paradox, biological and social factors, gender roles, modernization, transgeneriness

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
 Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
 Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 31.01.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 20.04.2021.

Для цитирования: Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии – современный контекст. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 80-108. doi.org/10.32878/suiciderus.20-12-01(42)-80-108

For citation: Rozanov V.A. On the gender paradox in suicidology – a contemporary context. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 80-108. doi.org/10.32878/suiciderus.20-12-01(42)-80-108 (In Russ / Engl)

ВЗРОСЛАЯ РОМАНТИЧЕСКАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ПОВСЕДНЕВНОСТИ И ПРИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЯХ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.Э. Дровосеков

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» Департамента Здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

МОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», г. Всеволожск, Россия

ADULT ROMANTIC ATTACHMENT IN YOUNG PEOPLE IN SUICIDAL AND NON-SUICIDAL STATES

K.A. Chistopolskaya,

S.N. Enikolopov, S.E. Drovosekov

Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Center of psychological, pedagogical, medical help, Vsevolzhsk, Russia

Информация об авторах:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения №2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ. Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Дровосеков Сергей Эдуардович – психолог (SPIN-код: 2723-2966; Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Место работы и должность: педагог-психолог МОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи». Адрес: Россия, 188645, Ленинградская область, г. Всеволожск, ул. Центральная, 8. Электронный адрес: sergo.nevsky@yandex.ru

Information about the authors:

Chistopolskaya Ksenia A. – clinical psychologist (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, Lenskaya st., 15. Email: ktchist@gmail.com

Enikolopov Sergey N. – PhD in Clinical Psychology, Professor (Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Place of work and position: head of clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, Kashirskoe highway, 34. Email: enikolopov@mail.ru

Drovosekov Sergei E. – psychologist (Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Place of work and position: pedagogue-psychologist, Center of psychological, pedagogical, medical and social help. Address: Russia, 188645, Leningrad Region, Vsevolzhsk, Centralnaya st., 8. Email: sergo.nevsky@yandex.ru

Взрослая романтическая привязанность является развитием детско-родительской системы привязанности и вносит важный вклад в переживание человеком психологического благополучия. Напротив, нарушение системы привязанности как в детском, так и во взрослом возрасте может стать фактором уязвимости и способствовать развитию суицидальных тенденций. Цель исследования: проверка конструктивной валидности Краткой версии «Переработанного опросника – Опыт близких отношений» на выборке нормы и сравнение нормативной и суицидальной выборок с целью уточнения проблемных элементов системы привязанности. Участники: Контрольная группа: студенты, 144 человека от 17 до 36 лет ($M=20,11$, $SD=2,82$), 112 женщин, 32 мужчины. Группа сравнения: 110 суицидальных пациентов в возрасте от 16 до 25 лет ($M=20,32$, $SD=2,37$), 80 женщин, 30 мужчин. Методики: Контрольная группа, помимо опросника на привязанность, заполняла шкалу самооценки Розенберга, Дифференциальный опросник переживания одиночества (ДОПО) и Опросник субъективного отчуждения для учащихся. Группа сравнения заполняла шкалу «Сочувствие к себе», «Многомерную шкалу восприятия социальной поддержки», шкалы «Позитивное прошлое» и «Негативное прошлое» Опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо, а также «Почти совершенную шкалу» и «Шкалу душевной боли». Результаты: В контрольной выборке обнаружались значимые связи между тревожностью в привязанности, самооценкой и отчуждением, что выразилось как в частичных корреляциях ($r=-0,44$, $p<0,001$ – самооценка, $r=0,43$, $p<0,001$ – общее отчуждение), так и в моделях медиации. Избегание в привязанности коррелировало с переживанием одиночества ($r=0,26$, $p<0,01$) и, в меньшей степени, с отчуждением ($r=0,22$, $p<0,01$). В группе

сравнения был выявлен более высокий уровень тревожности во взрослой романтической привязанности ($t(252) = -6,115, p < 0,001, CI (-1,36; -0,70), d Коэна = 0,767$). Однако анализ корреляций в группе суицидентов показал, что и тревожный, и избегающий стиль демонстрируют значимые связи с защитными факторами и факторами риска. Тревожный стиль был связан с негативной эмоциональностью (шкалы «Изоляция» и «Чрезмерная идентификация», $r=0,25, p < 0,01$) и шкалой «Негативного прошлого» ($r=0,37, p < 0,001$). Избегающий стиль коррелировал с «Восприятием поддержки от значимого другого» ($r= -0,23, p < 0,05$) и «Душевной болью» ($r=0,28, p < 0,01$). Выводы: Была подтверждена конструктивная валидность исследуемого опросника и показано, что тревожность в романтической привязанности у молодых людей проявляется вследствие негативной модели себя (низкой самооценки), которая сказывается на отчуждении в разных сферах жизни. Как и ожидалось, избегание в привязанности выражается в менее ярком проявлении психологического неблагополучия, которое предположительно вызвано негативной моделью других. У суицидальных пациентов тревожность в привязанности была выражена сильнее и коррелировала с негативной эмоциональностью, однако избегание также было связано с факторами суицидального риска. Это позволяет нам выделить два стиля суицидальности, которые основываются на недовольстве собой (тревожный) и окружающими (избегающий).

Ключевые слова: привязанность, тревожный стиль, избегающий стиль, самооценка, одиночество, отчуждение, суицидальность

Взрослая романтическая привязанность является развитием детско-родительской системы привязанности и вносит важный вклад в переживание человеком психологического благополучия. Предполагается, что романтические отношения привязанности во взрослом возрасте постепенно становятся ведущими, и это особая связь, которая не исчерпывается сексуальным притяжением, общими интересами, совместным родительством [1, 2]. Если фигура привязанности отвечает на запросы лишь время от времени и эти ответы нестабильны, может закрепиться тревожный стиль привязанности, когда человек всеми силами старается добиться внимания (гиперактивация системы привязанности), если же фигура привязанности постоянно недоступна, в паре закрепляется избегающий стиль привязанности, основанный на деактивации системы. Исследования показали, что люди, привыкшие к частой гиперактивации системы привязанности, отличаются низкой связностью и согласованностью структуры «Я», заниженной самооценкой, а те, кто вынужден привычно деактивировать систему привязанности, склонны к болезненному нарциссизму, «компульсивному самополаганию» [1]. Кроме того, тревожный и избегающий стили описываются через рабочую «модель себя» (позитивная «модель себя» проявляется через отсутствие тревожности, негативная – через её наличие) и «модель других» (позитивная «модель других» характеризуется отсутствием избегания, негативная – его наличием) [3].

Современные зарубежные исследования привязанности у взрослых показывают важность учёта данного конструкта в работе с суицидальными пациентами. Существует массив данных, свидетельствующих о защитном эффекте надёжной привязанности и позитивного опыта взрослых отношений в преодолении суицидального риска [4-6]. Более того, отмечается роль раннего детского негативного и травматического опыта в развитии ненадёжной взрослой привязанности, которая становится фактором уязвимости для суицидального

Adult romantic attachment is a development of the child-parent attachment system, which makes an important input in experience of psychological well-being. The literature supposes that romantic attachment relationship in adulthood gradually becomes a leading attachment relationship, and it is a special bond, which is not limited by sexual attraction, common interests, and parenting [1, 2]. If an attachment figure responds only from time to time and these responses are inconsistent, an anxious style of attachment may be established in a person, when an individual seeks attention by all means (hyperactivation of attachment system); when an attachment figure is constantly unavailable, avoidant style is established in a couple, which is based on deactivation of attachment system. Studies show that people, accustomed to the frequent hyperactivation of their attachment system, are marked by low self-coherence and self-consistency, low self-esteem, while those who are forced to habitually deactivate attachment system, are prone to malignant narcissism, “compulsive self-reliance” [1]. Moreover, anxious and avoidant styles are described through the working “model of the self” (positive “model of the self” is manifested through the lack of anxiety, while negative model is seen in the presence of anxiety), and “model of the others” (positive “model of the others” is characterized by the lack of avoidance, while negative model is marked by its presence) [3].

Contemporary international research on adult attachment shows the importance of this construct in work with suicidal patients. A plethora of data exists, which indicates the protective effect of secure attachment and positive experience of adult relationships in coping with suicidal risk [4-6]. Moreover, the role of early negative and traumatic childhood experience in development of insecure adult

поведения посредством формирования негативных моделей себя (в тревожном стиле) и значимых близких (в избегающем) [1]. Было даже высказано предположение, что тяжелый суицидальный кризис можно назвать острым «кризисом привязанности», который схож с детским ответом на сепарацию [7].

К. Адам связывает внутренние репрезентации (модели себя и других) с трудностями регуляции эмоций, низким чувством самооценности, ослабленной способностью поддерживать отношения, что влияет на общую жизнестойкость и общение с близкими [7]. Также людям с ненадёжной привязанностью свойственна более негативная интерпретация жизненных событий, поиск негативной информации о себе, склонность полагаться на нестабильные и внешние источники самооценности, болезненная самокритика и перфекционизм [1].

Было высказано предположение, что тревожность и избегание в привязанности должны быть связаны с конструктом сочувствия к себе – относительно новым понятием в психологии и суицидологии – поскольку сочувствию к себе люди учатся в отношениях привязанности [6, 8]. В соответствии с интегративной мотивационно-волевой теорией суицидального поведения [9], было показано, что люди с повышенным уровнем тревожности и избегания в привязанности более склонны к переживанию собственного поражения и западни, которые, в свою очередь, провоцируют суицидальные мысли [10]. Обзор шестнадцати исследований показал, что, хотя они были проведены в рамках разных теоретических подходов и использовали разные способы оценки привязанности, их результаты укладываются в интегративную мотивационно-волевую модель суицидального поведения, и привязанность оказывается важна на всех трёх стадиях развития суицидального процесса [4]. Связь между ненадёжной привязанностью и суицидальными проявлениями опосредовалась такими predispositional факторами как повышенная самокритика, сниженный самоконтроль, дезадаптивные схемы, низкий уровень самораскрытия, межличностная сензитивность, агрессия и недостаток общительности. Стили привязанности также опосредовались факторами, предшествующими суициду: одиночеством и переживанием аномии. Привязанность играла роль и в собственно остром суицидальном кризисе: её связь с суицидальным поведением опосредовалась пресуицидальным синдромом [11, 12] и переживанием западни.

В исследовании на неклинической студенческой выборке тревожный стиль привязанности оказался задействован в процессе нарушения буфера тревоги смерти: два эксперимента показали, что именно тревожный (но не избегающий) стиль привязанности, взаимодействуя с угрозой картине мира, приводил к

attachment is established, which becomes the vulnerability factor for suicidal behavior through forming the negative models of the self (for anxious style) and the significant others (for avoidant style) [1]. It was also hypothesized that a severe suicidal crisis can be called an acute “attachment crisis”, which is similar to a childhood response to separation [7].

K. Adam links inner representations (models of the self and the others) to difficulties of emotional regulation, to low sense of self-worth, to the weakened ability to maintain relationships, which impacts general resilience and interaction with the close others [7]. More negative interpretation of life events, a search for negative information about the self, a tendency to rely on unstable and extrinsic sources of self-worth, painful self-criticism and perfectionism are also more characteristic of people with insecure attachment styles [1].

It was hypothesized that anxious and avoidant attachment should be linked to the construct of self-compassion, a relatively new concept in psychology and suicidology, as people are taught self-compassion in attachment relationships [6, 8]. According to the Integrative Motivational-Volitional Theory of suicidal behavior [9], it was shown that people with higher level of anxious and avoidant attachment are more prone to experience defeat and entrapment, which, in their turn, provoke suicidal thoughts [10]. The review of sixteen studies showed that, though they were conducted in different theoretical frameworks and used different methods to measure attachment styles, their results are consistent with the Integrative Motivational-Volitional model of suicidal behavior, and attachment plays an important role in all three stages of suicidal process [4]. A link between insecure attachment and suicidal manifestations was mediated by such predisposition factors as severe self-criticism, low self-control, maladaptive schemes, low level of self-disclosure, interpersonal sensitivity, aggression and lack of sociability. Attachment styles were also mediated by the factors, which preceded suicide: loneliness and experience of anomie. Attachment took part in acute suicidal crisis as well: its link with suicidal behavior was mediated by a presuicidal syndrome [11, 12] and entrapment.

In a study on a non-clinical student sample, anxious style of attachment was involved in the process of disruption of the death anxiety buffer: two experiments showed that it is anxious (but not avoidant) style of attachment, which interacts with the worldview threat and leads to the increase in death-thought accessi-

повышению доступности мыслей о смерти и депрессивным переживаниям [13]. Авторы связывают этот эффект с тем фактом, что тревожный стиль привязанности во многих культурах устойчиво коррелирует с низкой самооценкой [14], а самооценка, надёжная привязанность и картина мира составляют триаду защитного буфера тревоги смерти в соответствии с теорией управления страхом смерти [15, 16].

Стиль привязанности играет роль в психотерапевтическом альянсе и сотрудничестве пациента в терапии [17]. Также стиль привязанности связан с использованием психиатрических служб в целом (поиском лечения, участием в нем и не преждевременным завершением). Предсказуемо, тревожный стиль привязанности больше связан с вовлечённостью в психиатрическую помощь, чем избегающий, хотя во втором случае данных о своевременном завершении лечения мало и они противоречивы [18]. Тревожные в привязанности люди не только чаще меняют специалистов, но и принимают больше лекарств [19]. Более того, пациенты часто склонны, с одной стороны, искать более близкого контакта с лечащим специалистом, а с другой – оценивать этот опыт как отталкивающий [20], что соответствует робкому типу привязанности (с одновременно повышенными тревожностью и избеганием, с недостатком доверия и к себе, и к окружающим). В целом, исследователи заключают, что необходимо дифференцированно подходить к пациентам с разными стилями привязанности, балансировать их потребность в помощи, например, предлагать помощь с разным уровнем близости и самораскрытия (онлайн-терапию, индивидуальную, групповую), перезванивать и уточнять, почему люди пропустили встречу.

В отечественных исследованиях сложилась традиция пристального изучения детско-родительских отношений [21], романтическая привязанность взрослых молодых людей исследуется преимущественно в рамках возрастной и семейной психологии [22, 23], но не уделяется внимание тому, как привязанность связана с негативными переживаниями (к примеру, с одиночеством и отчуждением), а также какую роль она играет в суицидальной ситуации. В этом смысле, ближайшим к привязанности конструктом, изучаемым в суицидологии, является переживание одиночества [24].

Исследование

Цели и гипотезы.

Привязанность обычно исследуется разными способами, как с помощью различных интервью и феноменологического анализа, так и опросниковыми методами. Для нашего исследования мы выбрали адаптированный нами опросник как достаточно надёжный, валидный и нетрудоемкий для опрашиваемого [2]. Целями исследования являлись проверка конструк-

tivity and depressive feelings [13]. The authors explain it by the fact that in many cultures, anxious style of attachment has a strong correlation with low self-esteem [14], and self-esteem, secure attachment and worldview is a triad of the death anxiety buffer defense, according to the Terror Management Theory [15, 16].

Attachment style plays an important role in psychotherapeutic alliance and compliance of a patient in therapy [17]. Attachment style is also involved in the usage of mental health services in general (search of treatment, participation in treatment and (non-)timely termination). Predictably, anxious style of attachment is more related to engagement with mental health services, than the avoidant one, though on the latter the data of timely termination of treatment is sparse and inconsistent [18]. People with anxious attachment not only change specialists more often, they also take more medicines [19]. Moreover, patient are often prone, on the one hand, to search for a closer contact with the counselor / doctor, and on the other hand, to evaluate this experience as appalling [20], which corresponds to a fearful type of attachment (with simultaneously increased anxiety and avoidance, with the lack of trust in self and others). In general, the researchers conclude that it is important to treat patients with different styles of attachment differently, to respond to their need for help, and to offer help with various levels of proximity and self-disclosure (online therapy, individual or group therapy), to call them back and inquire why they missed an appointment.

In Russian psychological research, there is a tradition for a detailed study of child-parent relationships [21], and adult romantic attachment in young people is studied mostly in the framework of developmental and family psychology [22, 23], while less attention is given to the problem of how attachment is linked to negative experiences (for example, of loneliness and alienation), and no questions are posed on which role it plays in a suicidal situation. In this sense, the closest construct studied in the Russian suicidology is the feeling of loneliness [24].

The study

Objectives and hypotheses

Attachment is studied by many means, both with the help of various interviews and phenomenological analysis, and the questionnaires. In our study, we've chosen a scale, which was previously adapted by our research group and is sufficiently reliable, valid and non-laborious for respondents [2]. The objectives of the study were testing the construct

ной валидности опросника (взаимодействие его шкал с конструктами самооценки, одиночества и отчуждения), а также сравнение нормативной и суицидальной выборок с целью уточнения проблемных элементов привязанности. Кроме того, мы планировали проверить на суицидологической выборке взаимодействие шкал опросника привязанности с другими конструктами, важными для суицидальных пациентов (душевная боль, перфекционизм, отношение к прошлому, восприятие поддержки близких, сочувствие к себе).

Гипотеза исследования: предполагалось, что тревожные проявления привязанности будут связаны с большими проявлениями психологического неблагополучия (сниженной самооценкой, одиночеством и отчуждением). Избегание в привязанности окажется потенциально менее остро проблематичным, поскольку, как выражаются авторы концепции взрослой романтической привязанности, этому стилю свойственно «компульсивное самополагание» [1]: люди, склонные к избеганию в привязанности, учатся больше полагаться на себя и быть независимыми, однако это не избавляет их полностью от негативных переживаний. Относительно суицидальных пациентов, мы предположили, что, в сравнении с контрольной выборкой, у них будут повышены оба показателя ненадёжной привязанности: как тревожность, так и избегание. Мы также предположили разную структуру связей для пациентов с преобладанием тревожных и избегающих проявлений привязанности: большую отчуждённость от близких и перфекционизм людей с преобладанием избегания, большую негативную эмоциональность людей с преобладанием тревожности.

Описание выборки

В контрольном исследовании участвовали студенты и аспиранты Кировского ВУЗа, которые заполняли опросники в личное время, добровольно. Всего приняло участие 144 человека от 17 до 36 лет ($M=20,11$, $SD=2,82$), 112 женщин, 32 мужчины.

Группа сравнения представляла собой 110 пациентов Психиатрического отделения № 2 (Кризисного) ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, в возрасте от 16 до 25 лет ($M=20,32$, $SD=2,37$, 80 женщин, 30 мужчин), у которых наблюдались суицидальные мысли или попытки суицида. Исследование было добровольным, входило в диагностическую процедуру в первые дни поступления.

Несуицидальные самоповреждения (НСП) практиковал 71 человек (64,5%). Без суицидальных попыток было 59 человек (53,6%), 1 попытка была у 33 человек, у 18 человек их было несколько. Острый постсуицид (меньше месяца после попытки) наблюдался у 26 человек (23,6%). Большинство пациентов имели высшее или неоконченное высшее образование – 66 человек

validity of the questionnaire (interaction of its scales with the constructs of self-esteem, loneliness and alienation), and comparison of normative and suicidal samples to specify the problematic elements of attachment. Besides, we planned to explore in the suicidal sample the interaction of the attachment subscales with other constructs, relevant for suicidal patients (psychache, perfectionism, attitudes towards past, perceived social support, self-compassion).

Concerning the study hypotheses, it was supposed that anxious attachment will be linked to more prominent manifestations of psychological ill-being (low self-esteem, loneliness and alienation). Avoidant attachment will be potentially less problematic, because, as the authors of the adult romantic attachment theory state, this style is described by “compulsive self-reliance” [1]: people, who are prone to avoidant attachment, learn to rely on themselves more and be independent, but this strategy does not save them from negative feelings. Concerning suicidal patients, we’ve supposed that, in comparison with the control group, both indices of insecure attachment – anxiety and avoidance – will be heightened in them. We’ve also supposed different correlation patterns for patients with the predominant anxious and avoidant attachment: higher alienation from the close others and perfectionism in avoidant people, and higher negative emotionality in anxious people.

Samples

The control sample was comprised of graduate and postgraduate students from a Kirov university, who filled in the questionnaires in their free time, voluntarily. One hundred forty four people from 17 to 36 ($M=20.11$, $SD=2.82$) took part in the survey, 112 women, 32 men.

The comparison sample consisted of 110 patients of the Psychiatric (Crisis) Department of Eramishantsev Moscow Clinical Hospital, aged 16-25 ($M=20.32$, $SD=2.37$), 80 women, 30 men, who experienced suicidal thoughts or had a history of suicidal attempts. The participation was voluntary and was part of the diagnostic procedure in the first days of admission.

Non-suicidal self-injuries (NSSI) were practiced by 71 patients (64.5%). No history of suicide attempts had 59 people (53.6%), 33 people had one suicide attempt, and 18 people had several suicide attempts. Twenty six people (23.6%) were in acute postsuicidal state (less than a month from the last attempt). The majority of patients received higher education or was in the process of receiving one – 66 people (60%), the majority was studying or

(60%), большинство учились и/или работали – 77 человек (70%). У многих пациентов было диагностировано расстройство настроения ($n=48$, 43,6%) или расстройство личности ($n=38$, 34,5%), у остальных наблюдалось расстройство шизофренического спектра ($n=10$) или ситуационная реакция ($n=14$).

Методики

Контрольная выборка заполняла 4 опросника:

1. Шкала самооценки Розенберга [25, адаптация 26] состоит из 10 пунктов, оцениваемых по 4-балльной шкале Ликерта от «абсолютно не согласен» до «полностью согласен» и измеряет уровень самоуважения.

2. Краткая версия «Переработанного опросника – Опыт близких отношений» [27, адаптация 2]. Опросник состоит из 14 утверждений, 2 шкал: тревожность и избегание, и оценивает преобладание данных переживаний в близких отношениях (с любимым человеком или близким другом), пункты оцениваются по шкале Ликерта от 1 (совершенно неверно) до 7 (совершенно верно).

3. Дифференциальный опросник переживания одиночества ДОПО-3 [28] состоит из 40 утверждений, сгруппированных в три шкалы, которые измеряют переживание одиночества и два аспекта отношения к нему: позитивное одиночество и зависимость от общения. В свою очередь, эти три шкалы делятся на субшкалы. Общее одиночество состоит из субшкал изоляции, самоощущения одиночества и отчуждения; зависимость от общения – из дисфории, ощущения одиночества как проблемы и потребности в компании; позитивное одиночество – из восприятия уединения как радости и как ресурса. Утверждения оцениваются по 4-балльной шкале Ликерта от «не согласен» до «согласен».

4. Опросник субъективного отчуждения для учащихся [29] разработан как аналог теста отчуждения С. Мадди [30] и включает 60 утверждений, которые оцениваются по 5-балльной шкале Ликерта от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». Опросник оценивает пять сфер жизни, в которых можно испытывать отчуждение (общество, учеба, отношения, семья, собственная личность). Также выделены четыре формы отчуждения: вегетативность – неспособность поверить в истинность, важность или ценность своей деятельности; бессилие – неверие в свою способность влиять на жизненные ситуации при сохранении ощущения их важности; нигилизм – убеждение в отсутствии смысла и утверждение своей деструктивной позиции; авантюризм – увлеченность опасными, экстремальными видами деятельности, в силу переживания бессмысленности в повседневности.

В суицидологической выборке, помимо опросника на привязанность, использовались следующие шкалы:

employed – 77 people (70%). The majority was diagnosed with a mood disorder ($n=48$, 43.6%) or a personality disorder ($n=38$, 34.5%), others were diagnosed with a schizophrenic spectrum disorder (10 people) or a situational reaction ($n=14$).

The inventory

The control sample filled in 4 questionnaires:

1. Rosenberg's Self-Esteem Scale [25, adaptation 26], which consists of 10 items evaluated on a 4-point Likert scale from "absolutely disagree" to "absolutely agree" and measures the level of self-respect.

2. Experience in Close Relationships – Revised, Short Form (ECR-R SF) [27, adaptation 2]. The questionnaire consists of 14 items, 2 scales: anxiety and avoidance, and evaluates the prevalence of these experiences in close relationships (with a loved one or a close friend), the items are evaluated on a Likert scale from 1 (absolutely untrue) to 7 (absolutely true).

3. Multidimensional Inventory of Loneliness Experience – 3 [28] consists of 40 items, grouped in 3 scales, which measure the experience of General Loneliness and the two aspects of attitude towards loneliness: Positive Loneliness and Dependency on Interactions. In their turn, these three scales are divided into subscales. General Loneliness consists of Isolation, Sense of Loneliness and Alienation subscales; Dependency on Interactions consists of Disphoria, Loneliness as a Problem and Need for Company; Positive Loneliness consists of Solitude as Joy and Solitude as a Resource. The items are evaluated on a 4-point Likert scale from ("disagree" to "agree").

4. Subjective Alienation Questionnaire for Students [29] was composed as an analogue to an Alienation Test by S. Maddi [30] and consists of 60 items, which are evaluated on a 5-point Likert scale from "absolutely disagree" to "absolutely agree". The questionnaire evaluates 5 spheres of life, where an individual can experience alienation (society, study, relationships, family, own personality). Also, four forms of alienation is determined: Vegetativeness – inability to believe in the validity, importance and worth of one's own activity; Powerlessness – disbelief in own ability to influence a life situation, while the sense of its importance persists; Nihilism – a belief in the absence of meaning and the statement of own destructive position; Adventurousness – a passion for dangerous, extreme activities because of the sense of meaninglessness in ordinary life.

1. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) [31, адаптация 32]. Шкала содержит 12 утверждений и оценивает восприятие наличия и эффективности социальной поддержки по 3 шкалам: поддержка семьи, друзей, значимого близкого. Пункты оцениваются по шкале Ликерта от 1 (совершенно не согласен) до 7 (полностью согласен).

2. Опросник «Сочувствие к себе» (Self-Compassion Scale) [33, адаптация 8]. Опросник состоит из 6 шкал, 26 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 1 (почти никогда) до 5 (почти всегда), которые озаглавлены «Как я отношусь к себе в трудные времена». Шкалы: доброта к себе, самокритика, общность с человечеством, самоизоляция, внимательность, чрезмерная идентификация.

3. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory) [34 адаптация 35], использовались шкалы «Позитивного прошлого» (9 пунктов) и «Негативного прошлого» (11 пунктов), которые оценивались по шкале Ликерта от 1 (совершенно неверно) до 5 (совершенно верно).

4. «Почти совершенная шкала» (Almost Perfect Scale) [36, адаптация 37], короткий вариант. Состоит из 36 пунктов и 2 шкал: адаптивный и дезадаптивный перфекционизм; пункты оцениваются по шкале Ликерта от -3 (совершенно неверно) до 3 (совершенно верно).

5. Шкала душевной боли (The Psychache Scale) [38, адаптация 39]. Шкала разработана на основе концепции душевной боли Э. Шнейдмана [40]. Опросник содержит 13 утверждений, 9 оценивают наличие и характеристику душевной боли, а 4 – ее интенсивность. Оценивание происходит по пятибалльной шкале Ликерта: чем выше балл, тем сильнее душевная боль.

Обработка результатов проводилась в программе SPSS 20.0 с применением таблиц сопряженности, описательной статистики, анализа средних (t-тест Стьюдента для независимых выборок), парных и частичных корреляций, а также регрессионного и медиационного анализа.

Результаты

Анализ нормативной выборки

Анализ средних по шкалам показал, что выборка нормативна, и ответы находятся в рамках одного стандартного отклонения от опубликованных норм [28, 29]. Единственное, оказалось, что этой выборке в целом чуть больше свойственна тревожность в привязанности, чем избегание, в то время как в предыдущей, большей выборке у нас наблюдалась обратная ситуация [2]. Значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было: для шкалы «тревожности» $t(142) = -0,346$, $p=0,730$, CI (-0,58; 0,41), для шкалы «избегания» $t(142) = -0,347$, $p=0,729$, CI (-0,50; 0,35).

In the comparison sample, apart from the ECR-R SF, the following scales were used:

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support [31, adaptation 32]. The scale consists of 12 items and measures the perception of presence and effectiveness of social support with 3 subscales – support by family, friends and a significant other. The items are evaluated on the Likert scale from 1 (absolutely disagree) to 7 (absolutely agree).

2. Self-Compassion Scale [33, adaptation 8]. The questionnaire consists of 6 subscales, 26 items, evaluated on a Likert scale from 1 (almost never) to 5 (almost always), which are titled “How I typically act towards myself in difficult times”. The subscales are: Self-Kindness, Self-Criticism, Common Humanity, Self-Isolation, Mindfulness, Over - Identification.

3. Zimbardo Time-Perspective Inventory [34, adaptation 35], the Past Positive (9 items) and Past Negative (11 items) subscales were used, which were evaluated by a Likert scale from 1 (absolutely untrue) to 5 (absolutely true).

4. Almost Perfect Scale [36, adaptation 37], Short Form. It consists of 36 items and 2 subscales – Adaptive and Maladaptive Perfectionism; items are evaluated on a Likert scale from - 3 (absolutely untrue) to 3 (absolutely true).

5. The Psychache Scale [38, adaptation 39], was composed on the basis of the psychache concept by E. Shneidman [40]. The scale consists of 13 items, 9 of them measure the presence and properties of psychache, and 4 items measure its intensity. The evaluation is based on a 5-point Likert scale – the higher the score, the greater the psychache.

The data processing was performed in SPSS 20.0: crosstabs, descriptive statistics, analysis of means (Student t-test for independent samples), pair and partial correlations, regression and mediation analyses.

The results

Analysis of the control sample

The descriptive statistics showed that the sample is normative, and the answers are in the range of one standard deviation from the published norms [28; 29]. This sample occurred to be more prone to anxious, than to avoidant attachment, while in the previous larger sample we had the opposite situation [2]. We didn't find any significant gender differences: for the anxious attachment subscale, $t(142) = -0,346$, $p = .730$, CI (-.58; .41), for the avoidant attachment subscale, $t(142) = -0,347$, $p = .729$, CI (-.50; .35).

Таблица / Table 1

Парные и частичные корреляции шкал Краткой версии «Переработанного опросника – Опыт близких отношений» со шкалами, измеряющими уровень самооценки, переживания одиночества и отчуждения, контрольная выборка (n=144)

Pair and partial correlations between the Experience in Close Relationships – Revised, Short Form, and the scales that measure the level of self-esteem, experience of loneliness and alienation, control sample (n=144)

Показатель Indicator	Тревожность Anxious Attachment	Частичная корреляция Тревожность Partial correlation, Anxious Attachment	Избегание Avoidant Attachment	Частичная корреляция Избегание / Partial correlation, Avoi- dant Attachment	M±SD
Самооценка Self-Esteem	-0,54***	-0,44***	-0,36***	-0,09	3,00±0,48
Изоляция Isolation	0,25**	0,08	0,34***	0,25**	8,40±2,84
Самоощущение Sense of Loneliness	0,28**	0,13	0,33***	0,21*	9,52±3,31
Отчуждение Alienation	0,28**	0,13	0,32***	0,21*	10,25±3,18
Общее одиночество General Loneliness	0,31***	0,14	0,38***	0,26**	28,17±8,00
Дисфория одиночества Loneliness Dysphoria	-0,01	-0,12	0,16†	0,20*	9,74±3,13
Одиночество как проблема Loneliness as a Problem	-0,06	-0,06	-0,01	0,03	12,29±2,95
Потребность в компании Need for Company	-0,10	-0,10	-0,02	0,04	12,12±3,38
Зависимость от общения Dependency on Interactions	-0,07	-0,11	0,05	0,11	34,15±7,94
Радость уединения Joy of Solitude	0,12	0,15	0,01	-0,08	11,92±2,82
Ресурс уединения Solitude as a Resource	0,17*	0,16†	0,06	-0,03	18,17±3,60
Позитивное одиночество Positive Loneliness	0,16†	0,17*	0,04	-0,06	30,09±5,89
Вегетативность Vegetativeness	0,58***	0,44***	0,47***	0,22**	36,09±9,68
Бессилие Powerlessness	0,53***	0,40***	0,41***	0,18*	48,06±10,53
Нигилизм Nihilism	0,52***	0,39***	0,41***	0,18*	38,99±9,30
Авантюризм Adventurousness	0,35***	0,23**	0,31***	0,15	31,70±6,92
Общество Society	0,33***	0,19*	0,33***	0,19*	37,11±8,64
Учёба Study	0,36***	0,27**	0,26**	0,09	29,82±8,63
Отношения Relationships	0,54***	0,39***	0,46***	0,23**	30,92±7,11
Семья Family	0,46***	0,33***	0,37***	0,15	35,27±9,93
Собственная личность Personality	0,56***	0,43***	0,42***	0,16†	21,64±7,57
Общее отчуждение General Alienation	0,57***	0,43***	0,46***	0,22**	154,76±32,43
M±SD	3,25±1,25		2,96±1,06		

Примечание / Note: *** p<0,001, ** p<0,01, * p< ,05, †<0,09

Поскольку переменные «тревожность» и «избегание» высоко коррелируют между собой ($r=0,55$, $p<0,001$), мы подсчитали частичные корреляции для обеих переменных. Частичная корреляция – это метод, сходный с регрессионным анализом, при котором корреляции между двумя переменными (например, «тревожность» и «самооценка»), подсчитываются с учётом влияния третьей переменной (например, «избегания»).

Так, мы видим, что после применения метода частичной корреляции связи «тревожности» и «избегания» с другими переменными заостряются, дифференцируются. Например, корреляция показателей «тревожности» и «самооценки» после контроля «избегания» остаётся высокой, а корреляция «избегания» и «самооценки» после контроля переменной «тревожности» исчезает. Это можно понять, принимая во внимание опыт предыдущих исследований: тревожность в привязанности проистекает преимущественно из негативного образа себя, а избегание – из негативного образа другого [1, 3].

«Избегание» в привязанности после контроля «тревожности» оказывается связано с показателем «общего ощущения одиночества», а также с «дисфорией одиночества» – то есть избегающие индивиды всё же значимо тяготеют недостатком общения и доверия. «Тревожные» люди, напротив, скорее, не испытывают одиночества, и оно даже может принести им облегчение (пограничная корреляция с переменной «уединение как ресурс» и «позитивное одиночество»).

В то же время, люди с «избегающими проявлениями» романтической привязанности гораздо меньше склонны переживать отчуждение от деятельности и общения. По сравнению с их профилем, люди с «тревожными проявлениями» привязанности переживают целую бурю негативных чувств по отношению к самым разным сферам жизни, им свойственны все виды отчуждения: они не видят смысла в отношениях и деятельности (вегетативность), не верят в возможность влиять на важные для них ситуации (бессилие), деструктивны в своих установках (нигилизм) и стремятся искать острые ощущения в риске (авантюризм).

Мы предположили далее, что в общее переживание отчуждения, а также в отчуждение от собственной личности и в романтических отношениях, в переживание вегетативности и бессилия вносит вклад низкая самооценка, которая частично или полностью опосредуется тревожными проявлениями привязанности. Когда человеку кажется, что он недостаточно хорош, это способствует его неуверенности в близких отношениях, что в свою очередь ведёт к отчуждению от деятельности и общения. Мы проверили соответствующие модели медиации, проконтролировав взаимодействия переменными пола и избегания (Фиг. 1–5).

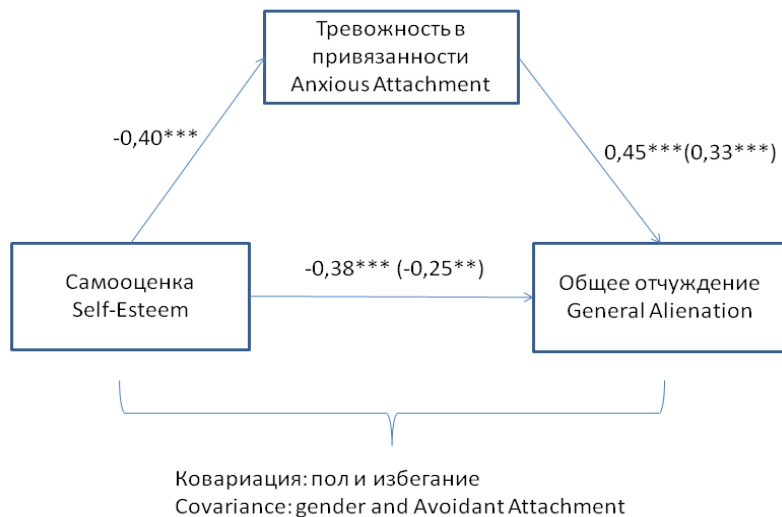
As the Anxious and Avoidant Attachment variables correlate significantly with each other ($r= .55$, $p< .001$), we computed partial correlations for them. Partial correlation is a method, similar to regression analysis, when correlations between two variables (for example, Anxious Attachment and Self-Esteem) are computed, while taking into account the third variable (for example, Avoidant Attachment).

Thus, using the partial correlation method, we see that correlations of Anxious and Avoidant Attachment with other variables become more evident and differentiated. For example, the correlation of Anxious Attachment and Self-Esteem after controlling for Avoidant Attachment stays high, while the correlation between Avoidant Attachment and Self-Esteem after controlling for Anxious Attachment disappears. It's understandable, taking into account the previous research: anxious attachment is mostly due to negative self-image, while avoidant attachment is due to a negative image of the other [1, 3].

Avoidant Attachment, after controlling for Anxious Attachment, becomes connected to General Loneliness and Loneliness Dysphoria, which means that avoidant individuals are burdened by a lack of communication and trust. Anxious individuals, on the contrary, do not feel lonely, and the feeling of loneliness may even bring them relief (close to significant correlations with Solitude as a Resource and Positive Loneliness).

At the same time, people with avoidant romantic attachment are much less prone to feel alienation in activities and communications. As compared with their profile, individuals with anxious attachment experience quite a storm of negative feelings in different life spheres, all types of alienation are characteristic for them: they don't see the meaning in relationships and activities (Vegetativeness), they don't believe in their ability to influence the outcomes of situations, which are important for them (Powerlessness), they have destructive attitudes towards life (Nihilism), and seek for extreme sensations in risky behavior (Adventurousness).

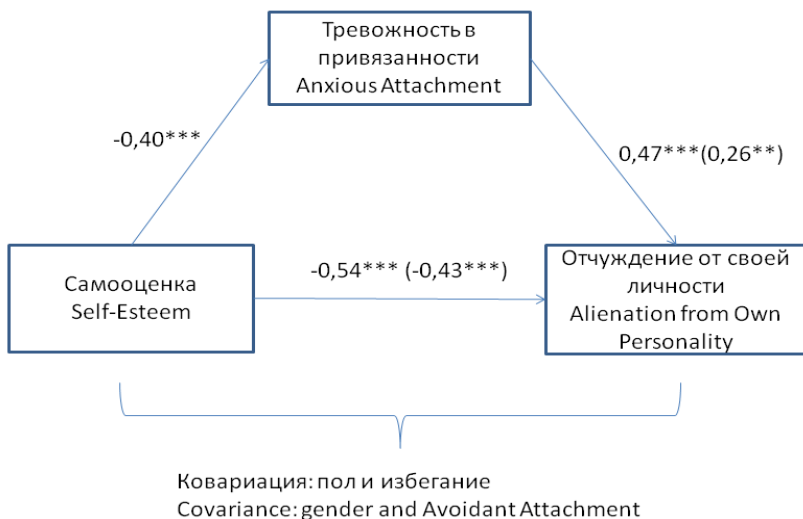
We supposed then, that low Self-Esteem lies in the basis of General Alienation, Alienation in Personality, in Relationships, Vegetativeness and Powerlessness, which is partially or completely mediated by Anxious Attachment. When someone is thinking they are insufficiently good, it promotes their uncertainty in close relationships, which in its turn leads to alienation in activities and communications. We checked the corresponding mediation models, controlling the interactions by the variables of gender and Avoidant Attachment (Fig. 1-5).



Тест Собела значим / Sobel's test is significant: -3,15, p=0,002.
Условные обозначения / Notes: *** p<0,001, ** p<0,01.

Фигура 1
Модель частичного опосредования взаимосвязи самооценки и общего отчуждения тревожными проявлениями привязанности (с учетом пола и избегающих проявлений), показаны стандартизированные коэффициенты.

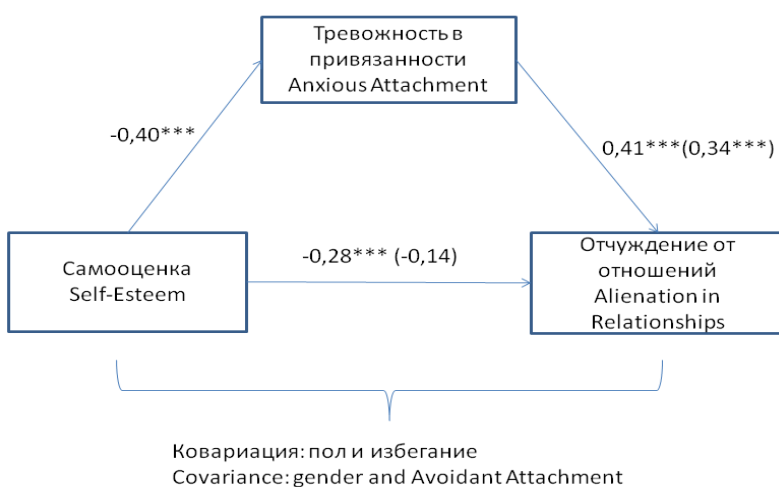
Figure 1
The model of partial mediation of Self-Esteem on General Alienation by Anxious Attachment (accounting for gender and Avoidant Attachment), standardized coefficients



Тест Собела значим / Sobel's test is significant: -2,73, p=0,006.
Условные обозначения / Notes: *** p < 0,001, ** p<0,01

Фигура 2
Модель частичного опосредования взаимосвязи самооценки и отчуждения от своей личности тревожными проявлениями привязанности (с учётом пола и избегающих проявлений), показаны стандартизированные коэффициенты

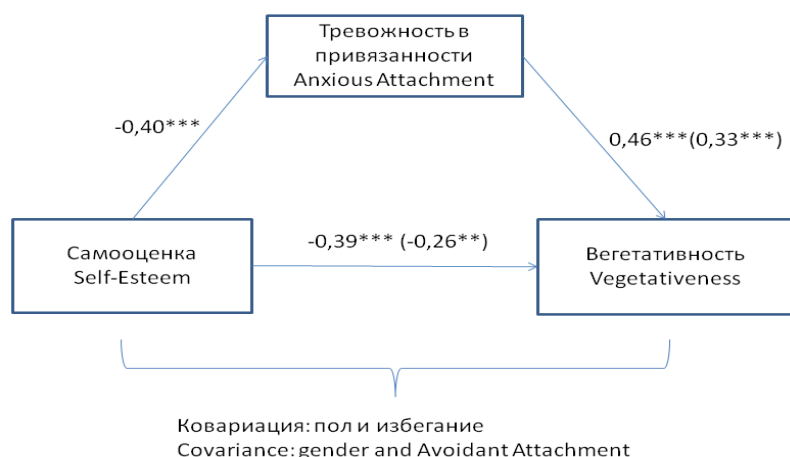
Figure 2
The model of partial mediation of Self-Esteem on Alienation in Personality by Anxious Attachment (accounting for gender and Avoidant Attachment), standardized coefficients



Тест Собела значим / Sobel's test is significant: -3,16, p=0,002.
Условные обозначения / Notes: *** p<0,001.

Фигура 3
Модель полного опосредования взаимосвязи самооценки и отчуждения от отношений тревожными проявлениями привязанности (с учетом пола и избегающих проявлений), показаны стандартизированные коэффициенты

Figure 3
The model of full mediation of Self-Esteem on Alienation in Relationships by Anxious Attachment (accounting for gender and Avoidant Attachment), standardized coefficients



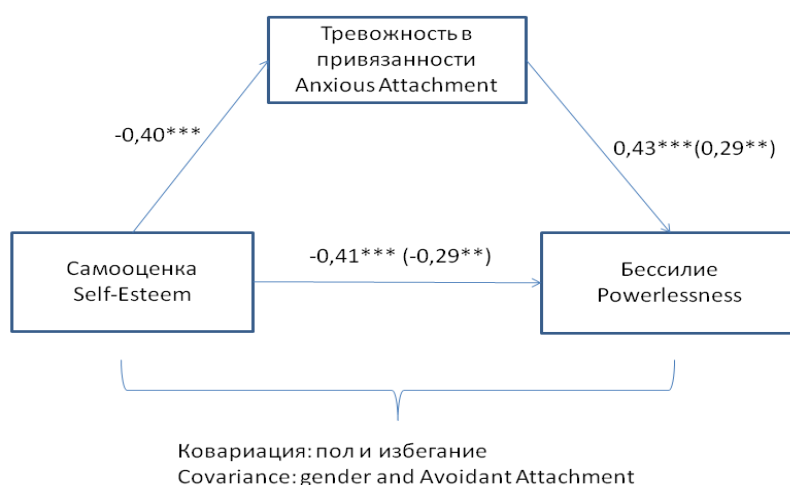
Фигура 4

Модель частичного опосредования взаимосвязи самооценки и вегетативности тревожными проявлениями привязанности (с учетом пола и избегающих проявлений), показаны стандартизированные коэффициенты

Figure 4

The model of partial mediation of Self-Esteem on Vegetativeness by Anxious Attachment (accounting for gender and Avoidant Attachment), standardized coefficients

Тест Собела значим / Sobel's test is significant: -3,35, p<0,001.
Условные обозначения / Notes: *** p<0,001, ** p<0,01.



Фигура 5

Модель частичного опосредования взаимосвязи самооценки и бессилия тревожными проявлениями привязанности (с учётом пола и избегающих проявлений), показаны стандартизированные коэффициенты

Figure 5

The model of partial mediation of Self-Esteem on Powerlessness by Anxious Attachment (accounting for gender and Avoidant Attachment), standardized coefficients

Тест Собела значим / Sobel's test is significant: - 2,74, p=0,006.
Условные обозначения / Notes: *** p<0,001, ** p<0,01.

Мы обнаружили полную медиацию в третьей модели (Фиг. 3): влияние самооценки на отчуждение от отношений полностью объясняется тревожными проявлениями привязанности, в остальных случаях наблюдалась частичная медиация.

Анализ выборки суицидентов

Что касается суицидологической выборки, значимые взаимодействия наблюдались между переменными НСП (несуицидальные самоповреждения) × пол пациентов: среди людей с НСП было значимо больше женщин ($\chi^2=5,762, p=0,016$), при этом больше женщин, чем мужчин, имело пару ($\chi^2=4,302, p = 0,038$) и занятость ($\chi^2=5,456, p=0,019$). НСП также было значимо связано с наличием пары: люди без пары были менее склонны к самоповреждениям ($\chi^2=6,508, p=0,011$). Однако различий внутри данной выборки между группами с НСП и без НСП, а также между группами с суицидальными попытками и без них для шкал Краткого переработанного опросника «Опыт близких отношений» выявлено не было.

We've found full mediation in the third model (Fig. 3): the influence of Self-Esteem on Alienation in Relationships was fully explained by Anxious Attachment style, in other cases partial mediation was established.

Analysis of the comparative sample

Concerning the comparative, suicidological sample, significant interactions were found between the variables of NSSI × gender: there were significantly more women among patients with NSSI ($\chi^2=5,762, p= .016$), while more women, than men were in romantic relationships ($\chi^2=4,302, p= .038$) and had an occupation (studied or worked) ($\chi^2=5,456, p=.019$). NSSI was also significantly linked to being in relationships: people without a mate were less prone to NSSI ($\chi^2=6,508, p= .011$). But there was no interactions between the subscales of ECR-R (Anxious and Avoidant Attachment) and absence or presence of NSSI or suicide attempts.

Таблица / Table 2

Парные и частичные корреляции шкал Краткой версии «Переработанного опросника – Опыт близких отношений» со шкалами опросников «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки», «Сочувствие к себе», шкалами «Негативного прошлого», «Позитивного прошлого» и «Душевной боли», суицидологическая выборка (n=110) / Pair and partial correlations of the subscales of Experience in Close Relationships – Revised SF and the subscales of Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Self-Compassion Scale, Past Negative, Past Positive and Psychache Scale, suicidal sample (n=110)

Показатель Indicator	Тревож- ность Anxious Attachment	Частичная корреляция Тревожность Partial Correlation, Anxious Attachment	Избегание Avoidant Attachment	Частичная корреляция Избегание Partial Correlation, Avoidant Attachment	M±SD
Поддержка семьи Family Support	-0,07	-0,06	-0,15	-0,15	4,12±1,66
Поддержка друзей Friends Support	-0,02	-0,01	-0,09	-0,09	4,23±2,11
Поддержка значимого другого Support by a Significant Other	-0,05	-0,03	-0,24*	-0,23*	4,28±1,43
Доброта к себе Self-Kindness	0,01	0,02	-0,09	-0,09	2,04±0,76
Самокритика Self-Criticism	0,11	0,10	0,02	0,01	3,92±0,76
Общность с человечеством Common Humanity	-0,04	-0,03	-0,07	-0,07	2,20±0,77
Изоляция Self-Isolation	0,25**	0,25**	0,001	-0,02	3,85±0,83
Внимательность Mindfulness	-0,02	-0,03	0,08	0,08	2,61±0,82
Чрезмерная идентификация Over-Identification	0,25**	0,26**	-0,04	-0,06	4,23±0,70
Сочувствие к себе Self-Compassion	-0,16	-0,16	-0,02	-0,01	2,13±0,50
Негативное прошлое Past Negative	0,37***	0,37***	-0,01	-0,04	3,64±0,65
Позитивное прошлое Past Positive	0,002	0,02	-0,16†	-0,16†	2,88±0,83
Адаптивный перфекционизм Adaptive Perfectionism	0,04	0,03	0,11	0,11	4,55±1,20
Деадаптивный перфекционизм Maladaptive Perfectionism	0,16	0,14	0,18†	0,17†	5,46±1,01
Душевная боль Psychache	0,17†	0,14	0,29**	0,28**	3,58±0,78
M±SD	4,28±1,43		3,24±1,38		

Примечание / Note: *** p <0,001, ** p <0,01, * p<0,05, †<0,10

Сравнив контрольную выборку с суицидологической, мы обнаружили, что группы значительно различаются по шкале «тревожность»: t(252)= -6,115, p<0,001, CI (-1,36; -0,70), d Коэна =0,767 (для суицидологической выборки M=4,28, SD=1,43), по шкале «избегание» различия были пограничными: t(252)= -1,776, p=0,077, CI (-0,59; 0,03), d Коэна =0,228 (для суицидологической выборки M= 3,24, SD=1,37). Более того, шкалы «тревожности» и «избегания» не коррелировали между собой (r=0,10, p=0,316), то есть суициденты были более

By comparing the control and the suicidal samples, we've found that the groups differed significantly in Anxious Attachment: t(252)= -6.115, p< .001, CI (-1.36; -.70), Cohen's d = .767 (for the suicidal, M=4.28, SD=1.43), while in Avoidant Attachment the difference was borderline significant: t(252)= -1.776, p= .077, CI (-.59; .03), Cohen's d = .228 (for the suicidal, M=3.24, SD=1.37). Moreover, Anxious and Avoidant Attachment subscales did not correlate with

склонны либо к тревожности, либо к избеганию в привязанности, но не к смешению стилей. Кроме того, в суицидологической выборке выявились значимые связи между шкалами избегания и тревожности в привязанности с факторами уязвимости и защиты (Табл. 2).

Как видно из Табл. 2, метод частичных корреляций практически не добавляет значимой информации для анализа данной выборки. Это происходит потому, что в выборке суицидентов переменные «Тревожность» и «Избегание» не коррелируют между собой. При этом выявляется два разных портрета суицидента: «тревожный», склонный к повышенной негативной эмоциональности (корреляция с субшкалами «Изоляция» и «Чрезмерная идентификация» опросника «Сочувствие к себе»), с оценкой своего прошлого как травмирующего, несущего отрицательный опыт; и «избегающий», отрицающий поддержку (или само наличие) значимого близкого, испытывающий сильную душевную боль, при этом склонный на уровне тенденции к дезадаптивному перфекционизму и отрицающему прошлый позитивный опыт (погранично значимые корреляции).

Обсуждение

Данное исследование показало потенциальную проблематичность тревожных и избегающих проявлений привязанности как в выборке нормы, так и для суицидальных пациентов. Хотя люди с избеганием в привязанности менее склонны переживать отчуждение в разных сферах жизни и испытывать трудности с самооценкой, преобладание избегающих проявлений значимо связано с внутренним ощущением одиночества и дисфорией по этому поводу, что потенциально может приводить к острому переживанию душевной боли, которая является фактором суицидального риска.

Люди, которым свойственна тревожность в привязанности, напротив, могут даже воспринимать одиночество как благо, ресурс – предположительно, для них это возможность отвлечься и отдохнуть от эмоционально перегруженных отношений. При этом тревожные проявления значимо высоко связаны низкой самооценкой и отчуждением в разных сферах жизни, особенно в отношениях и касательно собственной личности, а также со всеми четырьмя формами отчуждения, особенно с «вегетативностью» (ощущением бессмысленности) и «бессилием» (ощущением невозможности изменить значимые ситуации).

Проверка медиационных моделей показала, что вклад сниженной самооценки в переживание самых значимых форм и видов отчуждения частично (а в случае отчуждения от отношений, полностью) опосредуется тревожными проявлениями привязанности, и этот эффект сохраняется при контроле переменных пола и избегания в привязанности. Это говорит о потенциальной опасности тревожного стиля привязанности, ведь

each other ($r = .10$, $p = .316$), which means that suicidal patients were either anxious or avoidant in their attachment relationships, and didn't mix these styles. Besides, there were significant correlations between the Anxious and Avoidant Anxiety subscales, and protective and risk factors (Table 2).

As seen from the Table 2, the method of partial correlations does not virtually add any significant information for the analysis of the comparative sample. This is precisely because in the sample of suicidal patients the variables of Anxious and Avoidant Attachment do not correlate with each other. Therewith, two distinct "portraits" of suicidal patients appear: an anxious type, prone to heightened negative emotionality (correlations with the subscales of Self-Isolation and Over-Identification from the Self-Compassion Scale), who estimates their own past as traumatic, bearing negative experience; and an avoidant type, who denies the support (or presence) of a significant other, experiences intense psychache, prone (as a tendency) to maladaptive perfectionism and denies past positive experiences (borderline significant correlations).

Discussion

The current study showed a potentially problematic nature of anxious and avoidant adult romantic attachment both in the normative and in the suicidal samples. Though people with avoidant attachment are less prone to experience alienation in various spheres of life and have low self-esteem, the prevalence of avoidant manifestations is significantly linked to the feeling of loneliness and subsequent disphoria, which potentially may lead to psychache, a factor of suicidal risk.

People with anxious attachment, on the contrary, may even perceive loneliness as some benefit, as a resource, supposedly, for them it gives a possibility to distract themselves and to take a break from emotionally overloaded relationships. Along with that, anxious attachment is significantly linked to alienation in different spheres of life, especially in relationships and in personality, as well as with all four forms of alienation, and especially with vegetativeness (meaninglessness) and powerlessness (inability to change significant situations).

Mediation analysis showed that the contribution of low self-esteem in experiencing all the relevant forms and types of alienation is partially (and in the case of alienation in relationships, fully) mediated by anxious attachment style, and this effect persists while controlling for gender and avoidant attachment. This speaks for the potential danger of the

отчуждение, ощущение, что человек проживает «не свою жизнь», что он не полностью воплощен и реализован, что его отношения «ненастоящие» - важный компонент суицидальных переживаний.

Возможно, поэтому повышение показателя тревожности в привязанности особенно свойственно пациентам с суицидальными тенденциями. Можно предположить, что проблемы с самооценкой и отчуждением также заостряются в суицидальном кризисе – эта гипотеза требует дальнейшей проверки.

В данной возрастной выборке нам не удалось выявить различий в подгруппах (у пациентов с НСП и без них, с суицидальными попытками и без них), кроме анализа таблиц сопряженности, что НСП больше свойственно людям, имеющим романтического партнера. Последнее косвенно может говорить об эмоциональной перегруженности отношений привязанности у людей с НСП. Эти отношения не обязательно сугубо негативны и травматичны – исследования показывают, что люди, практикующие НСП, значительно чаще обращаются к своим романтическим партнерам за эмоциональной поддержкой, меньше уделяя внимание другим связям (с родителями и друзьями) [41].

Однако избегание в привязанности также свойственно суицидальным пациентам и является проблемной стратегией. Если тревожные в привязанности суициденты более склонны к повышенной негативной эмоциональности, эмоциональной дисрегуляции, то избегающие, будучи недовольны близкими отношениями, испытывают душевную боль и скорее могут реагировать уходом в деятельность, в которой проявляют повышенную критичность к себе (дезадаптивный перфекционизм), а также отрицать прошлый позитивный опыт. Такие различия соответствуют теории романтической привязанности [1] и нашим гипотезам. Они показывают, что обе эти стратегии разными путями ведут к одному поведенческому исходу, а потому их следует учитывать в оценке суицидального пациента. В расширенной суицидологической выборке (возраст 16-48 лет) обнаружилось, что в НСП значимый вклад также вносят переменные «поддержка значимого другого» и «избегание в привязанности» [42]. Таким образом, недостаток доверия в отношениях, модель негативного образа другого тоже может способствовать суицидоопасному поведению.

Выводы

С методологической точки зрения, данное исследование показало конструктивную валидность краткой версии «Переработанного опросника – Опыт близких отношений». Мы видим, что в нормативной выборке тревожность в привязанности больше связана с конструктами самооценки и отчуждения, что соответствует негативной модели себя. Люди с избегающей стратеги-

anxious style of attachment, as alienation, a feeling that one lives “someone else’s life”, that one is not fully impersonated and realized, that one’s relationships are “fake”, is an important component of suicidal experience.

Probably this is the reason why the heightened anxious attachment scores are more characteristic of patients with suicidal tendencies. Supposedly, problems with self-esteem and alienation are also accentuated in a suicidal crisis, but this hypothesis needs further study.

In our age sample we didn’t find the differences in the subgroups (in patients with and without NSSI or suicide attempts), apart from the fact that NSSI was more characteristic of people, who’s got a romantic partner. The latter may indirectly point to the emotional overload of the attachment relationships in people with NSSI. These relationships do not necessarily purely negative or traumatic, - studies show that people who practice NSSI significantly more often ask their romantic partners for emotional support, while utilizing other connections (with parents or friends) less [41].

But avoidant attachment is also characteristic of suicidal patients as a problematic strategy. While suicidal people with anxious attachment are more prone to heightened negative emotionality, emotional dysregulation, suicidals with avoidant attachment, being unsatisfied with their close relationships, experience psychache and are more prone to escape into activities where they exercise increased self-criticism (maladaptive perfectionism) and deny past positive experience. Such differences correspond to the theory of romantic attachment [1] and our hypotheses. They show that both these attachment styles may lead to one behavioral outcome, and they need to be accounted for in assessment of suicidal patients. In a broader suicidological sample (people aged 16-48) it was found that an important contribution into NSSI behavior was made by the variables of Perceived Support by a Significant Other and Avoidant Attachment [42]. Thus, a lack of trust in a relationship and the model of negative image of the other also may facilitate suicidal behavior.

Conclusions

From a methodological point of view, this study confirmed construct validity of the Experience in Close Relationships – Revised Short Form scale. We see that in the normative sample anxious attachment is more linked to self-esteem and alienation, which corresponds to the negative model of the self. People with avoidant attachment style are more prone to

ей привязанности более склонны испытывать одиночество (предположительно, вследствие негативной модели других), и, хотя переживание отчуждения в разных сферах жизни также им свойственно, оно проявляется в меньшей степени и не зависит от самооценки.

Исследование суицидальных пациентов показало, что им свойственна гораздо более высокая тревожность в привязанности, однако корреляционный анализ обнаружил, что оба стиля отношений, и тревожный, и избегающий, являются потенциально опасными. Тревожные пациенты склонны к повышенной негативной эмоциональности, а избегающие отмечают отсутствие поддержки со стороны значимого близкого человека и испытывают душевную боль.

Результаты исследования важны для понимания психологических механизмов тревожности и избегания в привязанности, их взаимодействия с переживаниями одиночества и отчуждения, а также для раскрытия их потенциального суицидоопасного компонента.

feel lonely (supposedly, because of the negative model of the others) and, though they also know the experience of alienation in various spheres of life, it is manifested to a lesser degree and is not dependent on self-esteem.

The study of suicidal patients showed that anxious attachment is more characteristic of them, but the correlation analysis revealed that both styles of attachment, anxious and avoidant, are potentially dangerous. Patients with anxious attachment are prone to negative emotionality, while avoidant patients note lack of support from a significant other and experience psychache.

The results of this study is important for understanding of psychological mechanisms of anxious and avoidant attachment, their interaction with experience of loneliness and alienation, and for detection of their potential suicidal risk.

Литература / References:

1. Mikulincer M., Shaver P. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. N.Y.: Guilford Press. 2010. 578 p.
2. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Чубина С.А., Озол С.Н., Дровосеков С.Э. Адаптация краткой версии «Переработанного опросника – опыт близких отношений» (ECR-R) на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*. 2018; 39 (5): 87-98. [Chistopolskaya K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Chubina S.A., Ozol S.N., Drovosekov S.E. Adaptation on a Russian sample of the Experience in Close Relationships – Revised questionnaire. *Psychological Journal*. 2018; 39 (5): 87-98.]. DOI: 10.31857/S020595920000838-7. (In Russ)
3. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 1990; 7 (2): 147–178. DOI: 10.1177/0265407590072001
4. Green J., Berry K., Danquah A., Pratt D. The role of psychological and social factors in the relationship between attachment and suicide: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2020; 27 (4): 463-488. DOI: 10.1002/cpp.2445
5. Zortea T.C., Dickson A., Gray C.M., O'Connor R.C. Associations between experiences of disrupted attachments and suicidal thoughts and behaviours: An interpretative phenomenological analysis. *Social Science & Medicine*. 2019; 235: 112408. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112408
6. Zortea T.C., Gray C.M., O'Connor R.C. Perceptions of past parenting and adult attachment as vulnerability factors for suicidal ideation in the context of Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2020; 50 (2): 515–533. DOI: 10.1111/sltb.12606
7. Adam K.S. Suicidal behavior and attachment: A developmental model / In Sperling M.B., Berman W.H. (eds.) / *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York, NY: Guilford Press. 1994. Pp. 275–298.
8. Чистопольская К.А., Осин Е.Н., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Мысина Г.А., Дровосеков С.Э. Концепт «Сочувствие к себе»: российская адаптация опросника Кристин Нефф. *Культурно-историческая психология*. 2020; 16 (4): 35-48. [Chistopolskaya K.A., Osin E.N., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Mysina G.A., Drovosekov S.E. The concept of self-compassion: a Russian adaptation of the Self-Compassion Scale by Kristin Neff. *Cultural-Historical Psychology*. 2020; 16 (4): 35-48] DOI: 10.17759/chp.2020160404 (In Russ / Engl)
9. O'Connor R.C., Kirtley O.J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. 2018; 373 (1): 1754. DOI: 10.1098/rstb.2017.0268
10. Zortea T.C., Gray C.M., O'Connor R.C. The relationship between adult attachment and suicidal thoughts and behaviors: A Systematic review. *Archives of Suicide Research*. 2019. DOI: 10.1080/13811118.2019.1661893
11. Galynker I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. New York, NY: Oxford University Press, 2017. 328 p.
12. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовничая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 76-90. [Chistopolskaya K.A., Rogers M.L., Cao E., Galynker I., Richards J., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Sadovnichaya V.S., Drovosekov S.E. Adaptation of the Suicidal Narrative Inventory in a Russian sample. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 76-90]. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90 (In Russ / Engl)
13. Mikulincer M., Lifshin U., Shaver P.R. Toward an anxiety-buffer disruption approach to depression: Attachment anxiety and worldview threat heighten death-thought accessibility and depression-related feelings. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2020; 39 (4): 238–273. DOI: 10.1521/jscp.2020.39.4.238
14. Schmitt D.P., Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005; 89: 623–642. DOI: 10.1037/0022-3514.89.4.623
15. Hart J., Shaver P.R., Goldenberg J.L. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005; 88: 999-1013. DOI: 10.1037/0022-3514.88.6.999
16. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие. *Вопросы психологии*. 2014; 2: 125–142. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. The theory of controlling the fear of death: Foundations, criticism, development. *Questions of psychology*. 2014; 2: 125-145.]. (In Russ)
17. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Чубина С.А. Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 56-71. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Chubina S.A. Specifics of life and death attitudes in patients in

- acute post-suicide and psychiatrists. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 56-71.]. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71 (In Russ)
18. Adams G.C., Wrath A.J., Meng X. The relationship between adult attachment and mental health care utilization: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2018; 63: 651–660. DOI: 10.1177/0706743718779933
 19. Adams G.C., McWilliams L.A., Wrath A.J., Adams S., De Souza D. Relationships between patients' attachment characteristics and views and use of psychiatric treatment. *Psychiatry Research*. 2017; 256: 194–201. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.050
 20. Maunder R.G., Hunter J.J. Can patients be "attached" to health-care providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient-provider relationships. *BMJ Open*. 2016; 6 (5): e011068. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011068
 21. Бурменская Г.В. Привязанность ребенка к матери как основание типологии развития. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2009; 4: 17-31. [Burmenskaya G.V. Attachment of a child to their mother as the basis of developmental typology. *The Moscow University Herald. Series 14. Psychology*. 2009; 4: 17-31] (In Russ)
 22. Падун М.А. Тип привязанности и угрозы безопасности в супружеских отношениях. *Институт психологии РАН. Социальная и экономическая психология*. 2017; 2 (3): 96-115. [Padun M.A. Attachment style and threats to safety in marital relationships. *Institute of Psychology RAS. Social and economic psychology*. 2017; 2 (3): 96-115.] (In Russ)
 23. Гарвард О.О., Сабельникова Н.В. Привязанность к романтическому партнеру юношей и девушек с разными особенностями взаимоотношений с родителями. *Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета*. 2017; 1: 27-35. [Garvard O.O., Sabelnikova N.V. Attachment to a romantic partner of young people with different peculiarities of relationships with parents. *Herald of psychology and education of Altai State University*. 2017; 1: 27-35.] (In Russ)
 24. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Психологические аспекты одиночества. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1996; 6 (3): 53-63. [Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Psychological aspects of loneliness. *Social and Clinical Psychiatry*. 1996; 6 (3): 53-63.] (In Russ)
 25. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, 1965. 340 p.
 26. Золотарева А.А. Валидность и надежность русскоязычной версии шкалы самооценки М. Розенберга. *Вестник Омского университета. Серия «Психология»*. 2020; 2: 52-57. [Zolotareva A.A. Validity and reliability of the Russian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Herald of Omsk University. Series Psychology*. 2020; 2: 52-57.] DOI: 10.24147/2410-6364.2020.2.52-57 (In Russ)
 27. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*. 2000; 78: 350–365. DOI: 10.1037/0022-3514.78.2.350
 28. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2013; 10 (1): 55-81. [Osin E.N., Leontiev D.A. Multidimensional Inventory of Loneliness Experience. Structure and Properties. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2013; 10 (1): 55-81.] (In Russ)
 29. Осин Е.Н. Отчуждение от учебы как предиктор выгорания у студентов вузов: роль характеристик образовательной среды. *Психологическая наука и образование*. 2015; 20 (4): 57–74. [Osin E.N. Alienation from study as a predictor of burnout in university students: The role of educational environment characteristics. *Psychological Science and Education*. 2015; 20 (4): 57-74.] DOI: 10.17759/pse.2015200406 (In Russ)
 30. Maddi S.R., Kobasa S.C., Hoover M. *The Alienation Test: A Structured Measure of a Multidimensional Subjective State*. Unpublished Manual. University of Chicago, 1980. 30 p.
 31. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52: 30-41. DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2
 32. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Мысина Г.А., Дровосеков С.Э. Обновленная версия шкалы MSPSS как инструмент исследования субъективной оценки личностью воспринимаемой социальной поддержки. *Высшее образование в условиях глобализации: Тренды и перспективы развития. Мат. XII Международной учебно-методической онлайн-конференции*. / Под ред. А.Ю. Александрова, Е.Л. Николаева. 2020. С. 323-326. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Mysina G.A., Drovosekov S.E. A new Russian version of the MSPSS as an instrument for study of subjective evaluation of perceived social support. *Higher education in globalization: Trends and perspectives of development. Proceedings of the XII International educational and methodological online conference* / Ed. by A.Yu. Alexandrov, E.L. Nikolaev. 2020. P. 323-326.] (In Russ)
 33. Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2 (2): 223-250. DOI: 10.1080/15298860309027
 34. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of personality and social psychology*. 1999; 77: 1271-1288. DOI: 10.1037/0022-3514.77.6.1271
 35. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. *Вопросы психологии*. 2008; 2: 41–54. [Sircova A., Mitina O.V. Age dynamics of temporal orientations of personality. *Questions of psychology*. 2008; 2: 41-54.] (In Russ)
 36. Slaney R.B., Rice K.G., Ashby J.S. A programmatic approach to measuring perfectionism: The Almost Perfect Scales. In G.L. Flett & P.L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* American Psychological Association. 2002, 63–88. DOI: 10.1037/10458-003
 37. Ясная В.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Зурабова А.М. Апробация методики измерения перфекционизма Р. Слейни «Почти совершенная шкала». *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2011; 4: 30-45. [Yasnaya V.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Zurabova A.M. Testing methods for measuring perfectionism P. Slaney "Almost Perfect Scale". *Theoretical and experimental psychology*. 2011; 4: 30-45.] (In Russ)
 38. Holden R.R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 2001; 33: 224–232. DOI: 10.1037/h0087144
 39. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2017; 14: 61-87. [Chistopolskaya K.A., Zhuravleva T.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L. Adaptation of diagnostic instruments for suicidal aspects of personality. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2017; 14: 61-87]. DOI: 10.17323/1813-8918.2017.1.61.87 (In Russ)
 40. Шнейдман Э. *Душа самоубийцы*. М.: Смысл, 2001. 315 с. [Shneidman E. *Suicidal Mind*. Moscow: Smysl, 2001. 315 p.] (In Russ)
 41. Turner B.J., Wakefield M.A., Gratz K.L., Chapman A.L., Characterizing interpersonal difficulties among young adults who engage in nonsuicidal self-injury using a daily diary. *Behavior Therapy*. 2017; 48: 363-379. DOI: 10.1016/j.beth.2016.07.001
 42. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Особенности молодых людей с самоповреждениями и предшествующими попытками в остром суицидальном кризисе. *Суицидология*. 2019; 10 (4): 47-64. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. Characteristics of young people in acute suicidal crisis with and without non-suicidal self-harm and suicide attempts. *Suicidology*. 2019; 10 (4): 47-64]. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64 (In Russ)

ADULT ROMANTIC ATTACHMENT IN YOUNG PEOPLE IN SUICIDAL AND NON-SUICIDAL STATES

K.A. Chistopolskaya¹,
S.N. Enikolopov²,
S.E. Drovosekov³

¹Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com
²Mental Health Research Centre, Moscow, Russia; enikolopov@mail.ru
³Center of psychological, pedagogical, medical help, Vsevolozhsk, Russia; sergo.nevsky@yandex.ru

Abstract:

Adult romantic attachment is a development of the child-parent attachment system, which makes an important input to the experience of psychological well-being. On the contrary, an impairment of attachment system in childhood or in adulthood may become a vulnerability factor and contribute to the development of suicidal tendencies. *Study objective:* construct validity testing of the Russian version of the Experience in Close Relationship – Revised Short Form (ECR-R SF) scale in a normative sample, and comparison of the normative and suicidal samples, in order to specify the problematic elements of attachment system. *Participants:* Control group: 144 students, aged 17-36 (M = 20.11, SD = 2.82), 112 females, 32 males. Comparison group: 110 suicidal patients, aged 16-25 (M = 20.32, SD = 2.37), 80 females, 30 males. *Instruments:* The control group, apart from the ECR-R SF, filled in Rosenberg's Self-Esteem Scale, Multidimensional Inventory of Loneliness Experience and Subjective Alienation Questionnaire for Students. The comparison group filled in Self-Compassion Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Past Positive and Past Negative subscales from Zimbardo Time-Perspective Inventory, as well as Almost Perfect Scale and Psychache Scale. *Results:* The control group showed significant correlations between anxious attachment, self-esteem and alienation, which manifested both in partial correlations ($r = -.44, p < .001$ – self-esteem, $r = .43, p < .001$ – general alienation), and in mediation models. Avoidant attachment correlated with loneliness ($r = .26, p < .01$) and, to a lesser degree, with alienation ($r = .22, p < .01$). The comparison group showed a higher level of anxious adult romantic attachment ($t(252) = -6.115, p < .001, CI (-1.36; -.70)$, Cohen's $d = .767$). But the correlation analysis in the suicidal group revealed that both anxious and avoidant attachment demonstrate significant relations with protective and risk factors. Anxious style was linked to negative emotionality (Self-Isolation and Over-Identification subscales, $r = .25, p < .01$, and Past Negative, $r = .37, p < .001$). Avoidant style correlated with Perceived Social Support from Significant Other ($r = -.23, p < .05$) and Psychache Scale ($r = .28, p < .01$). *Conclusion:* The construct validity of the scale was confirmed, it was shown that anxiety in romantic attachment in young people is manifested due to the negative model of the self (low self-esteem) and is revealed in alienation from various spheres of life. As expected, avoidant attachment coincided with a lesser psychological ill-being, which is probably due to the negative model of the others. In suicidal patients anxious attachment was expressed more acutely and correlated with negative emotionality, though avoidant attachment was also linked to the factors of suicidal risk. This allows us to specify two types of suicidality, which are based on dissatisfaction with the self (anxious type) and with the others (avoidant type).

Keywords: attachment, anxious style, avoidant style, self-esteem, loneliness, alienation, suicidality

Вклад авторов:

К.А. Чистопольская: дизайн исследования, сбор данных, написание текста и редактирование статьи, перевод;
С.Н. Ениколопов: дизайн исследования, написание текста и редактирование статьи;
С.Е. Дровосеков: сбор данных, написание текста и редактирование статьи.

Authors' contributions:

K.A. Chistopolskaya: study design, data collection, article writing, article editing, translation editing;
S.N. Enikolopov: study design, article writing, article editing;
S.E. Drovosekov: data collection, 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: 19.01.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 24.04.2021.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Дровосеков С.Э. Взрослая романтическая привязанность у молодых людей в повседневности и при суицидальных переживаниях. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 109-125. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-109-125

For citation: Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Drovosekov S.E. Adult romantic attachment in young people in suicidal and non-suicidal states. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 109-125. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-109-125 (In Russ / Engl)

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ПРАКТИКУЮЩИХ НЕЗАЩИЩЁННЫЕ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С МАЛОЗНАКОМЫМИ ПАРТНЕРАМИ

*К.В. Полкова, А.В. Чулюкина, А.В. Меринов, Д.М. Васильева,
Б.Ю. Володин, В.В. Новиков, Д.С. Петров*

ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Рязань, Россия
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, г. Рязань, Россия
ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», г. Рязань, Россия

SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG MALES AND FEMALES PRACTICING UNPROTECTED SEXUAL CONTACTS WITH UNFAMILIAR PARTNERS

*K.V. Polkova, A.V. Tchulyukina,
A.V. Merinov, D.M. Vasilyeva,
B.Yu. Volodin, V.V. Novikov, D.S. Petrov*

City Clinical Emergency Hospital, Ryazan, Russia
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Regional Clinical Narcological Dispensary, Ryazan, Russia

Информация об авторах:

Полкова Ксения Владимировна (SPIN-код: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Место работы: врач ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, 85. Телефон: +7 (915) 590-65-41, электронный адрес: polkovaksu@gmail.com

Чулюкина Анастасия Валерьевна (SPIN-код: 2785-8850; Researcher ID: AAF-8473-2021; ORCID iD: 0000-0002-1967-4895). Место учёбы: клинический ординатор 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 (903) 641-01-02, электронный адрес: ChulukinaAV@yandex.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

Васильева Дарья Михайловна (SPIN-код: 663-9802; ORCID iD: 0000-0001-9964-1489; Researcher ID: X-8218-2019). Место работы и должность: Место работы и должность: ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», врач психиатр-нарколог. Адрес: Россия, 390047, г. Рязань, Восточный промзуд, д. 20. Телефон: +7 (980) 501-69-74, электронный адрес: dasha_tolstenok@mail.ru

Володин Борис Юрьевич - доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 8374-0562; Researcher ID: AAG-3393-2021; ORCID iD: 0000-0001-7355-4483). Место работы и должность: заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 97-19-16, электронный адрес: borisvolodin@rambler.ru

Новиков Владимир Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9322-7985; Researcher ID: AAG-5649-2021; ORCID iD: 0000-0003-3132-4959). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 24-77-08, электронный адрес: novlad2006@yandex.ru

Петров Дмитрий Сергеевич – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5340-7683; Researcher ID: Q-1554-2017; ORCID iD: 0000-0002-7869-8643). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 24-77-08, электронный адрес: PetrovDS@list.ru

Information about the authors:

Polkova Xenia Vladimirovna (SPIN-code: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Place of work and position: doctor of GBU RO «City Clinical Emergency Hospital». Address: Russia, 390026, Ryazan, Stroykova, 85. Phone: +7 (915) 590-65-41, email: polkovaksu@gmail.com

Tchulyukina Anastasia Valer'evna (SPIN-code: 2785-8850; Researcher ID: AAF-8473-2021; ORCID iD: 0000-0002-1967-4895). Place of study: clinical resident of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovolt'naya str. Phone: +7 (903) 641-01-02, email: ChulukinaAV@yandex.ru

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 7508-2691; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542; Researcher ID: M-3863-2016). 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 work and position: GBU RO «Regional Clinical Narcological Dispensary», psychiatrist-narcologist. Address: 390047, Ryazan, Vostochny Promuzel, 20. Phone: +7 (980) 501-69-74, email: dasha_tolstenok@mail.ru

Volodin Boris Yurevich – MD, professor (SPIN-code: 8374-0562; Researcher ID: AAG-3393-2021; ORCID iD: 0000-0001-7355-4483). Place of work and position: a head of the Department of Psychological Counseling and Psychotherapy Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 97-19-16, email: borisvolodin@rambler.ru

Novikov Vladimir Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 9322-7985; Researcher ID: AAG-5649-2021; ORCID iD: 0000-0003-3132-4959). Place of work and position: associate professor of the Department of Psychiatry and psychotherapy Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 24-77-08, email: novlad2006@yandex.ru

Petrov Dmitry Sergeevich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 5340-7683; Researcher ID: Q-1554-2017; ORCID iD: 0000-0002-7869-8643). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatry and Psychotherapy postgraduate education Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 24-77-08, email: PetrovDS@list.ru

В настоящее время связь совершения половых актов без использования барьерных средств контрацепции и риска развития инфекций, передающихся половым путём, несомненно, известна большинству молодых людей. Несмотря на это, всё же существуют люди, которые готовы пойти на такой риск, игнорируя все возможные последствия. В связи с этим, была высказана гипотеза, что такой вариант сексуального поведения может быть ассоциирован с другими рискованно-виктимными формами поведения, а также прочими направлениями реализации аутоагрессивных импульсов. Цель исследования: оценить связь наличия неоднократных незащищённых половых контактов с малознакомыми (незнакомыми) партнёрами с суицидологическими характеристики молодых людей обоёго пола. Материалы и методы: обследованы 102 девушки и 66 юношей в возрасте от 18 до 23 лет. Критерий включения в исследуемую группу – наличие неоднократных незащищённых половых контактов с малознакомыми партнерами в течении последнего года; в контрольную соответственно – отсутствие таковых при наличии половой жизни. Наличие постоянного полового партнёра, с которым имелись регулярные половые контакты без использования барьерных средств предохранения, не принималось в расчёт в исследуемой и контрольных группах. Критерием исключения являлись молодые люди, не живущие половой жизнью в последний год, а также – имевшие однократный незащищённый половой контакт с новым партнером (которые в последующем стал или не стал постоянным). В 33,3% наблюдений (n=34) у девушек и в 37,8% (n=25) у юношей выявлен факт неоднократных незащищённых половых контактов с разными непостоянными партнерами в течении последнего года жизни. Контрольную группу составили соответственно 68 девушек и 41 юноша. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Математическую обработку данных произведена с помощью программ SPSS-Statistics. Результаты: у юношей, имевших незащищённые половые контакты, значительно чаще выявлялись суицидальные мысли (24%) и суицидальные попытки (12%). Любопытно, что в аналогичной серии сравнений исследуемой и контрольной групп девушек, никаких статистически значимых отличий в отношении суицидальных феноменов обнаружено не было. В юношеской группе отмечались также многочисленные предикторы аутоагрессивного поведения (преимущественно эмоционального характера) существенно отличавших их от группы контроля. Количество пробовавших наркотические препараты, субъективно злоупотребляющих алкоголем в группе юношей и девушек значительно превышают таковые в контрольных группах. Выводы: юноши, имеющие в анамнезе неоднократные незащищённые половые контакты с малознакомыми партнёрами, представляют несомненный интерес для суицидологической практики. В ряде случаев, предположительно, рассматриваемая сексуальная активность может выступать в качестве эквивалента не-суицидального аутоагрессивного поведения. На наш взгляд, неоднократные незащищённые половые контакты с малознакомыми партнёрами у юношей, следует рассматривать в качестве возможного и весьма специфического предиктора аутоагрессивного поведения. Вероятно, логичной была бы скрининговая оценка суицидального риска у юношей, обращающихся в качестве пациентов к врачам-венерологам. Сходных закономерностей в аналогичной группе девушек не обнаружено. Психологические и личностные механизмы, лежащие в основе их подобного сексуального поведения, нуждаются в дальнейшем уточнении.

Ключевые слова: суицидология, незащищённые половые контакты, аутоагрессия, суицидальное поведение

Учитывая современную доступность информации, в настоящее время молодые люди в достаточной степени проинформированы в отношении связи половых

Since any information is currently available to general public, young people are now sufficiently informed about the connection between sexual intercourse without the use of

актов без использования барьерных средств контрацепции и высокого риска приобретения инфекций, передающихся половым путём, представляющих риск для здоровья. Однако некоторая часть молодых людей обоего пола, несмотря на свою просвещённость в данном вопросе, тем не менее, пренебрегают использованием средств защиты, что может быть одним из проявлений рискованного модуса поведения [1]. Причин, по которым люди предпочитают сексуальные контакты «без предохранения», безусловно, достаточно, и в первую очередь, речь идёт о нормативных вариантах: доверии половому партнёру (преимущественно постоянному), религиозных мотивах, нацеленности на деторождение и т.д. [2]. Безусловно, настойчивость малознакомого полового партнера на сексе без барьерных методов контрацепции, а также, согласие на подобную практику – это уже несколько иное поведение, однозначно, граничащее с серьёзным риском, нередко возникающее на фоне алкогольного опьянения и существующих эмоциональных проблем [3]. Немаловажным ряд исследователей считает и возраст начала половой жизни, а также ряд особенностей, сопровождающих инициацию половой жизни [4-8].

Мы предположили, что подобное сексуальное поведение может являться фактором, ассоциированным с иными вариантами рискованно-виктимного поведения, а также, возможно, другими направлениями реализации аутоагрессивных импульсов. В отношении данного вопроса, несмотря на кажущуюся «очевидность», не сформирована однозначная и ясная позиция, что и послужило отправной точкой данного исследования. Нельзя было исключить ситуацию отсутствия какой-либо связи между изучаемыми явлениями, учитывая расхожую житейскую аргументацию: «так получилось», «не смог утерпеть», «было неудобно отказать, боялась обидеть» и тому подобных.

Цель исследования: оценить влияние наличия неоднократных незащищённых половых контактов с малознакомыми (незнакомыми) партнёрами на суицидологические характеристики молодых людей обоего пола.

Задачи: анализ связи между незащищёнными половыми контактами и паттернами аутоагрессивного поведения, оценка потенциальной предикативной возможности факта наличия изучаемой сексуальной активности в суицидологической практике.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы студенты высших учебных заведений: 102 девушки и 66 юношей в возрасте от 18 до 23 лет.

Дизайн исследования подразумевал разделение общей когорты девушек и юношей на исследуемую и контрольную группы. Основанием для включения в

barrier contraception and the high risk of acquiring sexually transmitted infections that present high health risk. However, some young people of both sexes, despite their awareness in the matter, neglect the use protection means, which may be one of the manifestations of a risky mode of behavior [1]. There are certainly enough reasons why people prefer “unprotected” sexual contacts, predominantly normative: expressing trust to a sexual partner (mostly permanent), religious motives, focus on childbearing, etc. [2]. Of course, when a barely known sexual partner insists on having sex without the use of barrier methods of contraception, as well as consent to it, it is a dramatically different type of behavior, unambiguously on the edge of a serious risk, often accompanying alcohol intoxication and existing emotional problems [3]. A number of researchers consider critical the age of the onset of sexual activity, as well as a number of features accompanying the initiation of sexual activity [4-8].

We hypothesized that such sexual behavior may be a factor associated with other variants of risky-victim behavior, as well as, possibly, other ways of the realization of auto-aggressive impulses. Regarding this issue, despite the seeming “obviousness”, an unambiguous and clear position has not been formed, which served as the starting point of this study. It was impossible to exclude the situation of the absence of any connection between the studied phenomena, considering the common everyday argumentation: “it turned out that way”, “could not bear it”, “it was inconvenient to refuse, I was afraid to offend” and the like.

Aim of the study: to assess the effect of the presence of repeated unprotected sexual intercourse with unfamiliar (barely familiar) partners on the suicidological characteristics of young people of both sexes.

Objectives: to analyze the relationship between unprotected sexual intercourse and patterns of auto-aggressive behavior, to assess the potential predictive possibility of the presence of the studied sexual activity in suicidological practice.

Materials and methods.

To solve the set tasks, students of higher educational institutions were examined: 102 girls and 66 boys aged 18 to 23.

The design of the study implied the division of the general cohort of girls and boys into the study and control groups. The basis for inclusion in the study group was the presence of repeated unprotected sexual contacts with unfamiliar partners during the last year

исследуемую группу служило наличие неоднократных незащищённых половых контактов с малознакомыми партнерами в течении последнего года (ДевНПК / ЮнНПК); в контрольную соответственно – отсутствие таковых при наличии половой жизни.

Наличие постоянного полового партнера, с которым имелись регулярные половые контакты без использования барьерных средств предохранения, не принималось в расчёт в исследуемой и контрольных группах. Критерием исключения являлись молодые люди, не живущие половой жизнью в последний год, а также – имевшие однократный незащищённый половой контакт с новым партнером (которые в последующем стал или не стал постоянным).

В 33,3% наблюдений (n=34) у девушек и в 37,8% (n=25) у юношей выявлен факт неоднократных незащищённых половых контактов с разными партнерами в течение последнего года жизни. Контрольную группу составили соответственно 68 девушек и 41 юноша.

Средний возраст в исследуемой группе девушек составил 21,2±1,3 года, в контрольной группе – 20,9±1,2; среди юношей – 21,3±1,4 года и 20,9±1,2 года соответственно.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [9].

Статистический анализ и обработка данных была произведена посредством непараметрических статистических методов математической статистики с использованием χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса. Описание статистических данных для непараметрических критериев продемонстрировано в виде n (%) (абсолютное количество признака в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы).

Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Рассмотрим представленность суицидальных паттернов поведения в мужских группах.

(Female USP / Male USP); respectively, the inclusion criteria for in the control group was the absence of such sexual actions for sexually active subjects.

Having regular intercourse with a permanent sexual partner without the use of barrier means was not considered in the study and control groups. The exclusion criterion was young people who had not been sexually active in the last year, as well as those who had a single unprotected sexual contact with a new partner (who subsequently became or did not become permanent).

Repeated unprotected sex with different partners during the last year of life was revealed in 33.3% of observations (n=34) in females and in 37.8% (n=25) in males. The control group consisted of 68 girls and 41 boys, respectively.

The mean age of females was 21.2±1.3 in the study group and 20.9±1.2 in the control group; the mean age for males was 21.3±1.4 and 20.9±1.2, respectively.

A questionnaire was used as a diagnostic tool to identify auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present [9].

Statistical analysis and data processing was performed using nonparametric statistical methods of mathematical statistics using χ^2 , as well as χ^2 with Yates' correction. The description of statistical data for nonparametric tests is shown in the form n (%) (the absolute number of a trait in the group and its percentage to the total number of group members).

Mathematical processing of the data was carried out using the SPSS-Statistics and Statistica 12 programs. The null hypothesis of the similarity of the two groups in terms of the evaluated trait was rejected at a significance level of $p < 0.05$.

Results and its discussion.

Let's consider the representation of suicidal behavior patterns in male groups.

Таблица / Table 1

Представленность суицидальных паттернов в изучаемых группах юношей
Representation of suicidal patterns in the studied groups of young males

Признак Indicator	ЮнНПК / MaleUSP n=25		Контрольная группа юношей Male controls, n=41		χ^2	P
	n	%	n	%		
Суицидальная попытка в анамнезе Suicide attempt history	3	12	0	0	5,15	0,023
Суицидальные мысли в анамнезе Suicidal ideation history	6	24	2	4,88	5,33	0,021

Отличия между группами весьма показательны. Юноши, имеющие незащищённые половые контакты, значительно чаще отметили у себя наличие как суицидальных мыслей, так и попыток в анамнезе. Обращает на себя внимание выявленная большая разница в отношении изучаемых показателей. 12% юношей, имеющих суицидальные попытки, и 24% – отмечающих присутствие суицидальных мыслей с обдумыванием плана совершения попытки, значительно превышают аналогичные усреднённые значения в данной возрастной группе [9]. Это позволяет предполагать наличие некой связи между изучаемыми феноменами. Так или иначе, присутствие потенциально опасной и безответственной сексуальной активности в разы повышает вероятность обнаружения у её «носителей» классических суицидальных паттернов.

Мы специально начали своё повествование именно с мужской группы, поскольку, в этом возрастном срезе в наших предыдущих исследованиях [9], посвящённых поиску вероятных индикаторов повышенного риска аутоагрессивного поведения, именно мужская группа редко демонстрировала наличие значимых связей, в отличие от женского среза аналогичного возраста.

Интервью с рядом респондентов, вошедших в исследуемые группы, выявило любопытную особенность мужского и женского отношений к имевшим в прошлом незащищённым связям. Представители мужской группы часто отмечали компульсивный характер контакта, часто в состоянии опьянения, с настойчивым желанием именно подобного характера сексуальной активности (что позже – осуждалось или не понималось ими самими), при наличии презервативов и, в ряде случаев, настойчивых просьбах партнёрши ими воспользоваться. Позже – крайне редко предпринимались какие-либо мероприятия по экстренной профилактике заболеваний, передающихся половым путём, отношение к возможной беременности также в большинстве случаев было инфантильно или индифферентно («да я её почти не знал», «это дело женщин, предохраняться и думать»). Риск же, инфицирования оценивался в категориях «пронесёт, сейчас всё лечится». Тема более серьёзных заболеваний (СПИД, гепатит) многими обесценивалась и вытеснялась. Пятая часть респондентов уже имели в прошлом опыт обращения к врачу-венерологу или самостоятельно лечили «половые инфекции». В объяснениях мотивов подобного поведения присутствовала бравада, упрямство, склонность к «спонтанности», неуправляемость поведения, затуманенность сознания и отключение понимания происходящего. У почти половины опрошенных присутствовали «утренние раскаяния» и решения впредь «больше

The differences between the groups are quite revealing. Young males who have unprotected sex were significantly more likely to have a history of both suicidal ideation and attempts. The revealed large difference in relation to the studied indicators draws attention. 12% of young men who have suicidal attempts, and 24% of those who report suicidal ideation while planning an attempt, significantly exceed the same average indexes in this age group [9]. This can lead to an assumption that there is some connection between the studied phenomena. One way or another, practicing potentially dangerous and irresponsible sexual activity dramatically increases the likelihood of detecting classic suicidal patterns in people who do that.

We deliberately started with the male group, because in our previous studies [9] devoted to the search for probable indicators of an increased risk of auto-aggressive behavior, it was this age group in males that rarely demonstrated the presence of significant connections, in contrast to a similar age female group.

Interviews with a number of respondents included in the study groups revealed a curious feature of the difference in male and female attitudes towards unprotected intercourse in the past. Young males often noted the compulsive nature of the contact, often in a state of intoxication, with an insistent desire for just a similar nature of sexual activity (which later was condemned or not understood by them themselves), even though they had condoms, and in some cases their partner insisted on using them. After the intercourse the measures were extremely rarely taken to prevent sexually transmitted diseases, the attitude towards a possible pregnancy was also in most cases infantile or in-differentiated ("I barely knew her," "this is the women business to protect themselves and think"). The risk of infection was assessed in the categories "it's not an issue, now everything can be treated." The possibility of more serious diseases (AIDS, hepatitis) was depreciated and supplanted by many. A fifth of the respondents have already had the experience of going to a venereologist in the past or have independently treated "sexual infections". In the explanations of the motives for such behavior, there was bravado, stubbornness, a tendency to "spontaneity", uncontrollable behavior, clouding of consciousness and disconnection of understanding of what was happening. Almost

так не поступать», отчетливые идеи стыда и угрызения совести, что не защищало от повторов аналогичной активности в будущем. Кроме того, большинство опрошенных не проводило никакой параллели между подобным поведением и саморазрушающим моделями поведения.

В отличие от юношей, девушки, имевшие подобные контакты, даже неоднократные, существенно отличались от первых. Безусловно, встречались модели сходные с таковыми в мужской группе. Более того, одна респондентка прямо заявила о понимании «психологии» подобного своего поведения как «именно саморазрушения» (цит.), как, впрочем, и других, имеющихся у неё явно аутоагрессивных паттернов. Однако подавляющее количество участниц исследуемой группы, скорее, предпочли бы секс защищённый, но «не смогли сказать нет», убедить партнера использовать имеющиеся в наличии средства. Мысль о вероятной беременности или страх разразиться венерическим заболеванием – присутствовал у более чем 75% интервьюированных. Ими зачастую предпринимались некие мероприятия, направленные на профилактику последствий. Безусловно, имелись исключения (см. выше), однако, мы склонны расценивать мотивы и особенности присутствия незащищённых половых контактов с малознакомыми партнёрами, дифференцированно в зависимости от пола респондента. Малое на настоящий момент количество опрошенных, не позволяет сделать окончательных выводов, однако прослеживаемая тенденция, на наш взгляд, весьма интересна и нуждается в дальнейшем изучении.

half of the respondents had “morning remorse” and decisions “not to do this anymore,” clear ideas of shame and remorse, which did not protect against repetitions of similar activity in the future. In addition, the majority of those surveyed did not draw any parallel between such behavior and self-destructive patterns of behavior.

Females who had such contacts, even repeated ones, were significantly different from the male group. Of course, there were models similar to males. Moreover, one respondent directly stated that she understood the “psychology” of her similar behavior as “simple self-destruction” (cit.) as well as other clearly auto-aggressive patterns that she had. However, the overwhelming majority of the participants in the study group would rather prefer protected sex, but “could not say no,” persuade their partner to use the available means. The thought of a probable pregnancy or the fear of getting a venereal disease was present in more than 75% of the interviewees. They often took some measures to prevent the consequences. Of course, there were exceptions (see above), however, we tend to assess the motives and characteristics of the presence of unprotected sex with unfamiliar partners, differentiated depending on the gender of the respondent. The small number of those who have been simplified at the moment does not allow making final conclusions; however, the observed trend, in our opinion, is very interesting and needs further study.

Таблица / Table 2

Представленность в группах юношей предикторов аутоагрессивного поведения
Representation of predictors of autoaggressive behavior in groups of young males

Признак Indicator	ЮнНПК MaleUSP n=25		Контрольная группа юношей / Male controls n=41		χ^2	P
	n	%	n	%		
Периоды отчетливого снижения настроения в анамнезе History of low mood periods	17	68	12	29,27	9,46	0,0021
Навязчивое чувство вины в анамнезе History of Obsessive guilt	11	44	7	17,5	5,4	0,0202
Угрызение совести в анамнезе History of remorse	9	36	6	14,63	4,04	0,0445
Склонность долго переживать стыд Experiencing long-term shame	7	28	3	7,32	5,17	0,023
Физические наказания в детстве Physical punishment during childhood	5	20	1	2,44	5,8	0,016
Алкогольная зависимость отца Father's alcohol addiction	8	32	4	9,76	5,17	0,023

Таблица / Table 3

Представленность несуицидальных аутоагрессивных паттернов в группах юношей
Representation of non-suicidal autoaggressive patterns in groups of young males

Признак Indicator	ЮнНПК MaleUSP n=25		Контрольная группа юношей / Male controls n=41		χ^2	P
	n	%	n	%		
Опасные хобби, привычки, склонности Dangerous hobbies, habits, tendencies	7	28	4	9,76	3,72	0,0537
Несистематическое употребление наркотических веществ Non-systematic use of drugs	11	44	5	12,12	8,55	0,0035
Ощущение злоупотребления алкоголем Feeling of alcohol abuse	15	60	6	15,38	13,76	0,0002

Продолжим анализ обнаруженных в группе юношей особенностей. В следующей таблице 2 приведены выявленные отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения.

У юношей исследуемой группы обнаруживаются целый ряд предикторов аутоагрессивного поведения, которые статистически значимо характеризуют группу. В два раза чаще у них отмечаются депрессивные эпизоды и склонность к затыжным идеям виновности, частота угрызений совести и долго переживаемый стыд – являются эмоциональными маркерами изучаемой группы. Полученные данные согласуются с выраженной суицидальной составляющей и с переживаниями, сопровождающими рассматриваемые половые эксцессы постфактум.

Некоторые исследователи [1, 9] ранее уже указывали на наличие связи симптомов депрессии и рискованного сексуального поведения. Нам представляется, что данная связь вполне может рассматриваться также в рамках аутоагрессивной модели поведения. Нелишним будет отметить и частоту физических наказаний в детстве, как и наличие родителя, страдающего алкогольной зависимостью – факторов, в значительной степени связанных с потенциальной аутоагрессивной траекторией во взрослой жизни [9]. Что касается несуицидальных аутоагрессивных феноменов, то частота их обнаружения в исследуемой группе отличает их от группы сравнения. Полученные данные приведены в таблице 3.

Безусловно, употребление алкоголя и наркотических веществ является предиктором рискованного сексуального поведения [1, 10], так и вариантами личностной аутоагрессивности [9, 11]. На наш взгляд, именно последняя может в ряде случаев логично объяснить связь первых двух не только с позиции «облегчающего» действия психоактивных веществ.

Let's continue the analysis of the features found in the group of young men. The following table 2 summarizes the identified differences in predictors of auto-aggressive behavior.

In the male study group, there were found a number of predictors of auto-aggressive behavior that statistically significantly characterize the group. Twice as often they have depressive episodes and a tendency to linger on ideas of guilt, remorse and long-term shame – these are emotional markers of the study group. The data obtained are consistent with a pronounced suicidal component and their experiences after unprotected sexual intercourse.

Some researchers [1, 9] have previously pointed out that there is a connection between symptoms of depression and risky sexual behavior. We believe this connection may well be considered within the framework of an autoaggressive model of behavior. It would be useful to note the frequency of physical punishment in childhood, as well as the presence of a parent suffering from alcohol addiction – factors that are largely associated with a potential autoaggressive trajectory in adulthood [9]. As for non-suicidal auto-aggressive phenomena, their frequency in the study group distinguishes them from the comparison group. The data obtained are shown in Table 3.

Undoubtedly, the use of alcohol and drugs is a predictor of risky sexual behavior [1, 10], as well as one of the variants of personal autoaggression [9, 11]. In our opinion, it is the latter that, in a number of cases, can logically explain the connection between the first two, not only from the standpoint of the "facilitating" action of psychoactive substances.

Таблица / Table 4

Статистически значимые отличия группы девушек исследуемой и контрольной групп
Statistically significant differences between the group of females from the study and control groups

Признак Indicator	ДевНПК FemaleUSP n=34		Контрольная группа девушек / Female controls n=68		χ^2	P
	n	%	n	%		
Стыд своего тела Body shame	27	79,41	34	50	8,16	0,0043
Комплекс неполноценности Inferiority complex	9	26,47	1	1,47	16,02	0,0001
Склонность к агрессивному или импульсивному поведению в отношениях Tendency to build aggressive and impulsive relationships	14	41,18	13	19,12	5,67	0,0173
Несистематическое употребление наркотических веществ Non-systematic use of drugs	11	32,35	6	8,82	9,04	0,0027
Ощущение злоупотребления алкоголем Feeling of alcohol abuse	14	41,18	4	5,88	19,43	0,0001
Родственники наблюдаются у психиатра Relatives' psychiatric treatment	8	23,52	5	7,35	5,33	0,0209

Количество пробовавших наркотические препараты, субъективно злоупотребляющих алкоголем в группе достигает почти половины составивших её лиц, что вызывает удивление и настороженность как с позиций наркологии, так и суицидологии, когда незащищённый секс выступает в роли индикатора серьёзного неблагополучия в провитальной сфере. Рискованность респондентов группы находит своё логичное продолжение в обнаруживаемом у них количестве опасных для жизни хобби и привычек.

Перейдём к описанию девушек, имевших опыт незащищённого секса с малознакомыми партнерами. Сразу оговоримся, что нами не обнаружено сколь-нибудь значимых отличий между группами в отношении классических суицидальных феноменов. В обеих исследуемых группах девушек имеются суицидальные попытки (в пределах 5% и 3% от общего количества участниц исследования), но их количество скорее схожее, в отличие от юношеской серии сравнения.

Обнаруженные статистически значимые отличия представлены в таблице 4. Их число в целом невелико, но представляет несомненный интерес в качестве оценки вероятной «причинности» изучаемого сексуального поведения в рассматриваемой группе.

Хорошо заметно сходство между юношами и девушками в отношении наркологической составляющей (см. таблицу 3). И очевидно, что исследуемая женская группа опережает по данным показателям контрольную. В результате интервью подтверждается частота вступления в незащищенные связи именно в состоянии алкогольного или наркотического опьянений. Однако

The number of drug users who subjectively abuse alcohol in the group reaches almost 50%, which not only comes as a surprise, but also causes caution both from the standpoint of narcology and suicidology, when unprotected sex serves as an indicator of serious trouble in the provital area. The riskiness of the group's respondents finds its logical continuation in the number of life-threatening hobbies and habits that they tend to practice.

Let's move on to the description of females who had experience of unprotected sex with unfamiliar partners. Let's make a reservation right away that we did not find any significant differences between the groups in relation to classic suicidal phenomena. In both study groups of girls there are suicidal attempts (within 5% and 3% of the total number of study participants), but their number is rather similar, in contrast to the juvenile comparison series.

The found statistically significant differences are presented in Table 4. Their number is generally small, but it is of undoubted interest as an assessment of the probable “causality” of the studied sexual behavior in the group under consideration.

The similarity between males and females in terms of the drug addiction component is clearly visible (see Table 3). And it is obvious that the female study group outranges the control group in terms of these indicators. The interview confirms that that most fre-

ещё раз подчеркнём отчасти субмиссивную роль девушек в подобных ситуациях, когда их требования в отношении необходимости предохранения часто банально игнорировались. Тем самым, мы не снимаем с них ответственности за произошедшее. Однако многие из них, при прочих равных обстоятельствах, предпочли бы безопасную для себя модель сексуальных отношений. Сказываются ли в этом случае некие «традиционные» психологические роли, подразумевающие некое подчинение и каков в данном случае вклад аутоагрессивной составляющей – требует дальнейшего изучения. Представляется, что этот вклад в случае юношей и девушек весьма различен именно с позиций суицидологической практики и теории.

Обращает на себя внимание частота переживаний в отношении собственного тела и присутствие идей неполноценности. Это, в свою очередь, также может объяснять наличие в их жизни рассматриваемой сексуальной активности, как механизма компенсации указанных переживаний и быстрого «доказательства» сексуальной привлекательности. Выявляемая у них импульсивность и агрессивность в отношениях логичным образом согласуется с этим.

Таким образом, незащищенный секс с малознакомыми партнерами, бесспорно, не является нормативным поведением, ввиду имеющихся многочисленных угроз. Особенно в социальных группах, имеющих чёткое представление о возможной потенциальной опасности для жизни, представители которых приняли участие в данном исследовании. Ранее уже встречались работы, описывающие некоторые варианты сексуального поведения в качестве пассивного суицидального акта (заведомый контакт с ВИЧ-инфицированным партнером у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью) [12, 13]. В каждом конкретном случае, так называемого, рискованного сексуального поведения, у нас должен возникать вопрос: что двигало человеком в конкретном случае, по какой причине он ставил под удар своё здоровье, а зачастую и жизнь, отчего и в каких ситуациях инстинкт самосохранения давал подобный сбой, часто – неоднократно.

Выводы:

1. Юноши, имеющие в анамнезе неоднократные незащищённые половые контакты с малознакомыми партнерами, представляют несомненный интерес для суицидологической практики.

2. Они обнаруживают у себя значительное количество аутоагрессивных феноменов. То же самое можно утверждать и в отношении целого ряда предикторов аутоагрессивного поведения, преимущественно касающихся ряда эмоциональных состояний. Предположительно, рассматриваемая сексуальная активность, может выступать в качестве эквивалента несуйцидаль-

quently unprotected relationships take place in a state of alcoholic or drug intoxication. However, it should be once again emphasized the partly submissive role of females in such situations, when their demands regarding the need for protection were often literally ignored. However, we do not relieve them of responsibility for what happened. Still, many of them, all other things being equal, would prefer a safe model of sexual relations. Whether in this case some "traditional" psychological roles, implying some kind of subordination, and what is the contribution of the autoaggressive component in this case, requires further study. It seems that this contribution in the case of males and females is very different precisely from the standpoint of suicidological practice and theory.

The frequency of negative feelings about one's own body and the presence of ideas of inferiority draws attention. This, in turn, can also explain the presence of the considered sexual activity in their lives, as a mechanism for compensating for these experiences and a quick "proof" of sexual attractiveness. The impulsiveness and aggressiveness revealed in them in the relationship is logically consistent with this.

Thus, unprotected sex with unfamiliar partners is undeniably not normative behavior due to the many threats involved. Especially in social groups that have a clear idea of the possible potential danger to life, whose representatives took part in this study. Previously, there have already been works describing some variants of sexual behavior as a passive suicidal act (forced contact with an HIV-infected partner in men suffering from alcohol addiction) [12, 13]. In each specific case of the so-called risky sexual behavior, we should raise a question: what motivated a person in a particular case, why did they endanger their health, and often their life, why and in what situations the self-preservation instinct would give in, often repeatedly.

Conclusions:

1. Young males with a history of repeated unprotected sex with unfamiliar partners are of undoubted interest for suicidal practice.

2. They exhibit a significant number of auto-aggressive phenomena. The same can be said about a number of predictors of auto-aggressive behavior, predominantly related to a number of emotional states. Presumably, the considered sexual activity can act as an equiv-

ного аутоагрессивного поведения. В любом случае – установленная связь феноменов вызывает теоретический и практический интерес.

3. На наш взгляд, неоднократные незащищённые половые контакты с малознакомыми партнерами у юношей, следует рассматривать в качестве возможного и весьма специфического предиктора аутоагрессивного поведения. Предположим значительную суицидологическую специфичность молодых пациентов, обращающихся за медицинской помощью к врачам-венерологам, что требует дальнейшего изучения.

Нами не обнаружено сходных закономерностей в аналогичной группе девушек. Психологические и личностные механизмы, лежащие в основе их подобного сексуального поведения, вероятно, находятся в несколько иной плоскости и нуждаются в дальнейшем уточнении.

alent of non-suicidal auto-aggressive behavior. In any case, the established connection between phenomena is of theoretical and practical interest.

3. In our opinion, repeated unprotected sex with unfamiliar partners in young males should be considered as a possible and very specific predictor of autoaggressive behavior. Let us assume a significant suicidological specificity of young patients seeking medical help from venereologists, which requires further study.

4. We have not found similar patterns in a similar group of young females. The psychological and personal mechanisms underlying their similar sexual behavior are likely to be in a slightly different area and need further clarification.

Литература / References:

1. Рахимкулова А.С. Последствия рискованного поведения для физического и психического здоровья подростков. *Девантология*. 2020; 4 (1): 3-15. [Rakhimkulova A.S. Consequences of risky behavior for the physical and mental health of adolescents. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 3-15.] (In Russ)
2. Santangelo O.E., Provenzano S., Grigis D., Terranova A., D'Anna G., Armetta F., Giordano D., Gianfredi V., Firenze A. Why nursing students have sex without condom? A study in the university of Palermo. *Clin Ter*. 2020; 171 (2): 130-136. DOI: 10.7417/CT.2020.2202. PMID: 32141484
3. Simon W., Gagnon J.H. Sexual scripts: Permanence and change. *Arch Sex Behav*. 1986; 15 (2): 97-120. DOI: 10.1007/BF01542219. PMID: 3718206
4. Senn T.E., Carey M.P. Age of partner at first adolescent intercourse and adult sexual risk behavior among women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011; 20 (1): 61-66. DOI: 10.1089/jwh.2010.2089. PMID: 21128817
5. Ford K., Sohn W., Lepkowski J. Characteristics of adolescent's sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Fam Plann Perspect*. 2001; 33: 100-132. PMID: 11407432
6. Darroch J.E., Landry D.J., Oslak S. Age differences between sexual partners in the United States. *Fam Plann Perspect*. 1999; 31: 160-167. DOI: 10.1363/3116099. PMID: 10435214
7. Abma J., Driscoll A., Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis. *Fam Plann Perspect*. 1998; 30 (1): 12-18. PMID: 9494810
8. Begley E., Crosby R.A., DiClemente R.J., Wingood G.M., Rose E. Older partners and STD prevalence among pregnant African American teens. *Sex Transm Dis*. 2003; 30: 211-213. DOI: 10.1097 / 00007435-200303000-00006. PMID: 12616137
9. 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. SPb: Ekspertnye resheniya, 2017. 192 p.] (In Russ)
10. Шаболтас А.В., Жан В., Скочилов Р.В., Абдала Н., Красносельских Т.В. Депрессия и рискованное сексуальное поведение. *Вестник СПбГУ*. 2013; Психология (4): 33-43. [Shaboltas A.V., Zhan V., Skochilov R.V., Abdala N., Krasnosel'skih T.V. Depression and risky sexual behavior. *Vestnik SPbGU*. 2013; Psychology (4): 33-43] (In Russ)
11. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005. 214 с. [Shustov D.I. Autoaggression, suicide and alcoholism. «М.: Kogito-Center», 2005. 214 p.] (In Russ)
12. Frances, R.J., Franklin, J., Flavin, D. K. Suicide and alcoholism. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1987; 13 (3): 327-341. DOI: 10.3109 / 00952998709001517. PMID: 3687894
13. Scheidt D.M., Windle M. The alcoholics in the treatment HIV risk (ATRISK) study: gender, ethnic and geographic group comparisons. *J. Stud. Alcohol*. 1995; 56 (3): 300-308. DOI: 10.15288 / jsa.1995.56.300. PMID: 7623469

SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG MALES AND FEMALES PRACTICING UNPROTECTED SEXUAL CONTACTS WITH UNFAMILIAR PARTNERS

K.V. Polkova¹, A.V. Tchulyukina²,
A.V. Merinov², D.M. Vasilyeva³,
B.Yu. Volodin², V.V. Novikov²,
D.S. Petrov²

¹City Clinical Emergency Hospital, Ryazan, Russia; polkovaksu@gmail.com

²Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

³Regional Clinical Narcological Dispensary, Ryazan, Russia;
dasha_tolstenok@mail.ru

Abstract:

Currently, the connection between having sexual intercourse without the use of barrier contraception and the risk of developing sexually transmitted infections is undoubtedly known to most young people. Despite this, there are still people who are willing to take such a risk ignoring all possible consequences. In this regard, it was hypothesized that such a variant of sexual behavior may be associated with other risky-victim forms of behavior, as well as other areas of

realization of auto-aggressive impulses. Aim of the study: to assess the relationship between the presence of repeated unprotected sex with unfamiliar (not well familiar) partners with suicidological characteristics of young people of both sexes. Materials and methods: 102 young females and 66 young males aged from 18 to 23 were examined. The criterion for inclusion in the study group is the presence of repeated unprotected sex with unfamiliar partners during the last year; the candidates in the control group have protected sex only. The presence of a permanent sexual partner with whom there were regular sexual contacts without the use of barrier means of protection was not considered both in the study and control groups. The exclusion criterion was young people who had not been sexually active in the last year, as well as those who had a single unprotected sexual contact with a new partner (who subsequently became or did not become permanent). The repeated unprotected sex with different non-regular partners during the last year was revealed in 33.3% of observations (n=34) of females and in 37.8% (n=25) of males. The control group consisted of 68 females and 41 males. A questionnaire was used as a diagnostic tool to identify auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present. Mathematical data processing was carried out using SPSS-Statistics programs. Results: young males who had unprotected sex were significantly more likely to have suicidal thoughts (24%) and suicidal attempts (12%). It was interesting to note that in a similar series of comparisons between the study and control groups of young females, there were found no statistically significant differences in relation to suicidal phenomena. In the adolescent group, there were also numerous predictors of autoaggressive behavior (mainly of emotional nature) that significantly distinguished them from the control group. The number of those who tried out drugs and abused alcohol in the group of unprotected sex (both for boys and girls) significantly exceed those in the control groups. Conclusions: young men with a history of repeated unprotected sex with unfamiliar partners are of undoubted interest for suicidal practice. In some cases, presumably, the considered sexual activity can act as an equivalent of non-suicidal autoaggressive behavior. In our opinion, repeated unprotected sex with unfamiliar partners in young men should be considered as a possible and very specific predictor of auto-aggressive behavior. Probably, it would be logical to have a screening assessment of suicidal risk in young men who seek treatment with venereologists. No similar patterns were found in a similar group of girls. The psychological and personality mechanisms underlying their similar sexual behavior need further clarification.

Keywords: suicidology, unprotected sex, autoaggression, suicidal behavior

Вклад авторов:

К.В. Полкова: дизайн исследования и статьи, сбор материала, написание текста статьи;
А.В. Чулюкина: сбор материала, математическая обработка, написание статьи;
А.В. Меринов: дизайн исследования и статьи, написание и редактирование текста статьи;
Д.М. Толстенок: сбор материала, написание статьи;
Б.Ю. Володин: математическая обработка, написание статьи;
В.В. Новиков: сбор материала, написание статьи;
Д.С. Петров: математическая обработка, написание статьи.

Authors' contributions:

K.V. Polkova: material collection, mathematical processing, article writing;
A.V. Tchulyukina: material collection, mathematical processing, article writing;
A.V. Merinov: developing the research design, article writing and editing;
D.V. Vasilyeva: material collection, article writing;
B.Yu. Volodin: mathematical processing, article writing;
V.V. Novikov: material collection, article writing;
D.S. Petrov: mathematical processing, article writing.

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: 12.12.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.03.2021.

Для цитирования: Полкова К.В., Чулюкина А.В., Меринов А.В., Васильева Д.М., Володин Б.Ю., Новиков В.В., Петров Д.С. Суицидологическая характеристика юношей и девушек, практикующих незащищённые половые контакты с малознакомыми партнерами. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 126-136. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-126-136

For citation: Polkova K.V., Tchulyukina A.V., Merinov A.V., Vasilyeva D.M., Volodin B.Yu., Novikov V.V., Petrov D.S. Suicidological characteristics of young males and females practicing unprotected sexual contacts with unfamiliar partners. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 126-136. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-126-136 (In Russ / Engl)

ПОПЫТКА ПОСТГОМИЦИДНОГО САМОУБИЙСТВА БОЛЬНОГО С ПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (клинический случай)

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

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

ATTEMPT OF POSTHOMICIDAL SUICIDE OF A PATIENT WITH PSYCHOTIC DEPRESSION AFTER HAVING CORONAVIRAL INFECTION (CLINICAL CASE)

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

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

Информация об авторах:

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

Орлов Фёдор 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; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: 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

Information about the authors:

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

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

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

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

Пандемия COVID-19 привела к ухудшению психического здоровья и повышению суицидальной активности среди населения. Наиболее уязвимыми группами оказались пожилые и одинокие люди, больные с психическими и соматоневрологическими заболеваниями, потерявшие работу, родных и близких людей, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. В статье описывается попытка постгомицидного самоубийства у пожилого мужчины 69 лет, переболевшего коронавирусной инфекцией с тяжёлым депрессивным эпизодом и конгруэнтными аффективному расстройству психотическими симптомами. Он хотел убить жену и себя путём самосо-

ждения, и лишь по счастливому стечению обстоятельств этого удалось избежать. Развитию депрессии у него способствовали полисегментарная пневмония с 40% поражением лёгких, острым респираторным дистресс-синдромом и коморбидной соматоневрологической патологией, страх смерти от инфекции, стойкие нарушения сна, негативное воздействие средств массовой информации и неправильные представления о COVID-19, проявления самостигматизации (стигмы), характерологические особенности (сенситивные черты). Патологические умозаключения возникли у него на фоне сниженного настроения, которые можно отнести к голотимному (кататимному) бреду презрения переболевших коронавирусной инфекцией (считал себя вместе с женой «прокажёнными», несущими угрозу заражения окружающим людям и поэтому недостойными жизни). Сочетанное применение антидепрессантов и антипсихотиков способствовали полной редукции психотической депрессии с критической оценкой случившегося. Описанный случай попытки постгомицидного самоубийства заслуживает внимания в связи с довольно редкой встречаемостью поджога в качестве постгомицидного самоубийства, задуманного пожилым мужчиной в трезвом состоянии и признанным на судебно-психиатрической экспертизе невменяемым. Необходимо тщательно учитывать психическое состояние пожилых людей, перенесших COVID-19, предупреждать членов семьи об уязвимых лицах, которые подвергаются потенциальному риску совершения (постгомицидного) самоубийства из-за своих болезней и тревог.

Ключевые слова: COVID-19, постгомицидные самоубийства, психотическая депрессия, самостигматизация (стигма), пожилые люди

Пандемия, связанная с коронавирусной инфекцией, серьёзно изменила жизнь многих людей, привела к развитию и утяжелению психических расстройств (ПР), резко повысила суицидальную активность среди населения [1-3]. Страх заражения и возможной смерти способствовали более частым госпитализациям людей с субклиническими проявлениями психической патологии в психиатрический стационар, в том числе и с впервые возникшими в жизни ПР, участились суицидальные попытки, вызванные острыми и преходящими психотическими расстройствами во время вспышки COVID-19 [4, 5].

У людей, болеющих коронавирусной инфекцией, в той или иной степени наблюдается повреждение нервных клеток, ишемия мозга, связанная с дыхательной недостаточностью и повышенным внутрисосудистым свертыванием (вплоть до тромбоэмболического инсульта), что может приводить к когнитивным / интеллектуально - мнестическим нарушениям, психозам, депрессии, инсомнии и широкому спектру так называемых пограничных ПР [6, 7]. При этом пожилой (старческий) возраст является основным фактором риска развития нейродегенеративных заболеваний с тяжёлой клинической картиной [8, 9]. Тяжёлое депрессивное расстройство является одним из наиболее частых ПР, связанных с воспалительным повреждением головного мозга при COVID-19 [10, 11].

Пандемия привела к значительным социальным изменениям, обрекая многих людей на длительное одиночество [12]. Эти состояния психосоциального стресса могут оказывать пагубное воздействие на наиболее уязвимые группы людей, влияя на их способность модулировать эмоции [2, 7, 8]. Импульсивность, чувство страха (паника) в сочетании с воспалительными процессами в центральной нервной системе могут

The pandemic associated with coronavirus infection has seriously changed the lives of many people, led to the development and aggravation of mental disorders (MD), and sharply increased suicidal activity among the population [1-3]. Fear of infection and possible death contributed to more frequent hospitalizations of people with subclinical manifestations of mental pathology in a psychiatric hospital, including those with newly onset MDs, more frequent suicidal attempts caused by acute and transient psychotic disorders during the outbreak of COVID-19 [4, 5].

People having had coronavirus infection, tend to also have damage to nerve cells, cerebral ischemia associated with respiratory failure and increased intravascular coagulation (up to thromboembolic stroke) to one degree or another, which can lead to cognitive / intellectual-memory disorders, psychosis, depression, insomnia and a wide range of so-called borderline MDs [6, 7]. At the same time, older (senile) age is the main risk factor for the development of neurodegenerative diseases with a severe clinical picture [8, 9]. Severe depressive disorder is one of the most common MDs associated with inflammatory brain damage in COVID-19 [10, 11].

The pandemic has brought about significant social change leaving many people alone for long periods of time [12]. These states of psychosocial stress can have a detrimental effect on the most vulnerable groups of people, affecting their ability to modulate emotions [2, 7, 8]. Impulsivity, a feeling of fear (panic) in combination with inflammatory processes in the central nervous system can increase the risk of suicide, including the so-called post-homicidal suicide (PHS) [13, 14]. Previously, we studied their prevalence (on average, about four cases of PHS were com-

увеличивать риск совершения самоубийств, включая так называемые постгомицидные самоубийства (ПГСУ) [13, 14]. Ранее нами изучены их распространённость (в среднем в год совершалось около четырёх случаев ПГСУ, что составляло 3,32 случая на 1 млн жителей) в Чувашии (одном из регионов России) в динамике, время, орудия, места совершения убийства и самоубийства, агрессоры и их жертвы, факторы, способствующие ПГСУ [15, 16].

Мы приводим случай попытки ПГСУ у пожилого мужчины, переболевшего коронавирусной инфекцией с тяжёлым депрессивным эпизодом. То, что все участники этого криминального деликта остались живы, позволяет нам лучше понять и проанализировать ПГСУ и его связь с COVID-19. Важными для науки и практики также является влияние коронавирусной инфекции и пандемии на патопластику бредовых идей и формирование психической патологии.

Клиническое наблюдение.

Анамнез. Больной, 69 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился вторым из пятерых детей в семье. Раннее развитие без особенностей. В школу пошёл в срок, успевал на хорошо и удовлетворительно, классы не дублировал. Окончил 8 классов средне - образовательной школы, затем училище, получил профессию сварщика. В армии отслужил полный срок в танковых войсках с 1970 г. по 1972 г. Всю жизнь работал по специальности на различных предприятиях. Вышел на пенсию в возрасте 55 лет в связи с тяжёлыми условиями труда, но продолжал работать сварщиком ещё девять лет. Женат, имеет двух взрослых детей. Проживает с женой, дочерью и внуком. По месту жительства характеризуется удовлетворительно. Жалоб и заявлений со стороны родственников и соседей не поступало, к административной ответственности не привлекался, на профилактическом учёте не состоял. За помощью к врачам психиатрам ранее не обращался. Наблюдается у врача - терапевта с 2017 г. с диагнозом «Другие уточненные сосудистые заболевания головного мозга». Перенесённые заболевания (по медицинской документации): Гипертоническая болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст. смешанного генеза с цефалгией и астеническим синдромом. Правосторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 3-4 ст. Левосторонняя глухота (имеет 3 группы инвалидности по слуху бессрочно). Стенокардия напряжения. Двусторонний коксартроз справа 3 ст., слева 2 ст. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

mitted per year, which amounted to 3.32 cases per 1 million inhabitants) in Chuvashia (one of the regions of Russia) in dynamics, time, weapons, places of murder, and suicides, aggressors and their victims, factors contributing to PHS [15, 16].

We present a case of an attempt at PHS by an elderly man who had had a coronavirus infection with a severe depressive episode. The fact that all the participants in this criminal tort remained alive allows us to better understand and analyze the PHS and its relationship with COVID-19. The impact of coronavirus infection and pandemic on the pathoplasty of crazy ideas and the formation of mental pathology is also important for science and practice.

Clinical observation.

Anamnesis. Patient, 69 years old, not burdened with mental illness; born the second of five children in the family. Early development was unremarkable. The patient went to school on time, did well and satisfactorily, did not have to do any year twice. He graduated from 8 classes of secondary educational school, went to college, became a professional welder. In the army, he served a full time in the tank forces from 1970 to 1972. All his life he worked by his specialty at various enterprises. He retired at the age of 55 due to difficult working conditions, but continued to work as a welder for nine more years. He is married and has two grown children; lives with his wife, daughter and grandson. At the place of residence, it is characterized as satisfactory. There were no complaints and statements from relatives and neighbors, he was not brought to administrative responsibility, had no records in the preventive register, didn't turn to psychiatrists for help. Since 2017 the patient is observed by a physician-therapist with a diagnosis of "Other specified vascular diseases of the brain". Past diseases (according to medical records): Hypertension illness, 1 degree of dyscirculatory encephalopathy of mixed genesis with cephalalgia and asthenic syndrome. Right-sided chronic sensorineural hearing loss of 3-4 degree, left-sided deafness (has group 3 of hearing disability indefinitely), exertional angina, bilateral coxarthrosis 3 degree on the right, 2 degree on the left. Osteochondrosis of the lumbar spine with radicular syndrome. Varicose veins of the lower limbs. Obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower limbs.

He was hospitalized from October 30 to November 10, 2020 with a diagnosis of COVID-19 of moderate severity. Community-acquired polysegmental pneumonia of viral

Находился на стационарном лечении с 30 октября по 10 ноября 2020 г. с диагнозом: COVID-19 средней степени тяжести. Внебольничная полисегментарная пневмония вирусной этиологии с 40% КТ-2, средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность 1 степени.

ПР впервые в жизни появились во время лечения в больнице от COVID-19. На третий день госпитализации перестал спать, «... потолок поплыл, что-то мерещилось». На фоне чувства нехватки воздуха, затрудненного дыхания, тахикардии, появился страх смерти. Возникла мысль, что коронавирусная инфекция неизлечима, нет вакцины – «одной ногой уже на том свете, так как 90% легких поражены». Был уверен, что болезнь заразная и они вместе с женой, которая также стационарно лечилась от этой инфекции, являются носителями этого вируса. Постоянно смотрел новости по телевизору про COVID-19 (знал, сколько человек заболело, сколько – умерло, находил у себя всё новые симптомы заболевания, свидетельствующие о неизлечимости этой инфекции). Когда отменили «капельницы, уколы», подумал – это, чтобы не тратить средства на «безнадёжного больного». Отпускают домой умирать!». Ещё сосед по палате «накручивал», говорил – «мы скоро умрем, душа отделится от тела и превратится в кого-то». От этого сердцебиение учащалось, усиливалось беспокойство, страх за свою жизнь. Стали возникать мысли: «Зачем нам с женой жить? Ведь мы заразные, прокажённые». В этой связи очень боялся позора и осуждения окружающих.

При выписке из больницы заметил «жалобные взгляды» медработников, подумал: «не жилец!». Медсестра при выписке надела маску – это убедило его во мнении, что «заразный, умру!». Настроение было подавленное. Жена также заметила, что он изменился и стал немного другим. При встрече не стал обнимать свою жену и дочь, не впускал к себе в квартиру брата, заявляя «я заразный». Постоянно говорил, что умрет от «коронавируса» и выписали его умирать, все члены семьи также обречены на смерть и это будет позором семьи. Выбросил один из пакетов с «больничной одеждой» в мусорный контейнер, не позволял до себя дотрагиваться.

После выписки из больницы психическое состояние больного значительно ухудшилось. Находясь дома, не спал, всё время ходил по квартире, проверял свой пульс на запястье руки. Просил родственников не бросать дочь, «пристроить внука в церковь». Появилась «паника», никак не мог отвлечься от тягостных переживаний. Постоянно мучили болезненные мысли «я заразный, кому мы нужны с женой», «надо умирать...».

etiology with 40% CT-2, moderate severity. Respiratory failure I degree.

PRs first appeared during hospital treatment for COVID-19. On the third day of hospitalization, he stopped sleeping, "...the ceiling seemed floating, I was seeing things". Experiencing lack of air, shortness of breath, tachycardia, he also experienced a fear of death. The idea arose that the corona-viral infection is incurable, there is no vaccine – "with one leg already in the other world, since 90% of the lungs are affected". He was sure that the disease is contagious and that he and his wife, who was also inpatiently treated for this infection, are carriers of this virus. He constantly watched the news on TV about COVID-19 (I knew how many people got sick, how many died, I found all the new symptoms of the disease, indicating that this infection was incurable). When the droppers and injections were canceled, he thought that this is done not to waste money on the "hopeless patient" who will soon be sent home to die. Another roommate added oil saying that "we will soon die, the soul will separate from the body and turn into someone". From this, the heartbeat quickened, anxiety, fear for his life intensified. Thoughts began to arise: "Why should my wife and I live? After all, we are contagious, lepers". In this regard, he was very afraid of shame and condemnation of others.

Being discharged from the hospital, he noticed the "plaintive looks" of the medical workers, and thought they implied he would die soon. The nurse put on a mask when he was discharged – this convinced him of the opinion that he is contagious and would die soon. The mood was depressed. The wife also noticed that he changed and became a little different. When seeing his wife, he didn't hug her and their daughter, didn't let his brother into his apartment, declaring "I am contagious". He kept saying that he would die from the "coronavirus" and was discharged to die, all family members are also doomed to die, and this would be a disgrace to the family. He threw away one of the bags with "hospital clothes" into the trash can, did not allow to be touched.

After discharge from the hospital, the patient's mental state deteriorated significantly. Being at home, he could not sleep, walked around the apartment all the time, checking his pulse on the wrist. He asked the relatives not to abandon their daughter, "to teach the grandson to go to church." There raised "panic", he could not get away from the painful experiences and was constantly tormented by painful thoughts "I am contagious, who needs my

Настроение оставалось сниженным в течение всего дня, не уходили страх и тревога. На этом фоне часто возникали мысли о самоубийстве – «...хотел в Волгу броситься и утопиться! Не хотел умирать в квартире, боялся кровью её испачкать, запаха гнили». Дома ночью практически не спал, постоянно в голове крутились мысли: «раз больные, можем заразить других».

За два дня до попытки убийства ночью разбудил жену и попросил его убить: «Убей и расчлени меня, затем тихо, мирно вызови полицию, чтобы меня отвезли в морг и незаметно похоронили; никто из окружающих нас людей не должен об этом знать».

Когда пошли в гараж с женой за картошкой, возникла новая идея – «облить её и себя горючей жидкостью, и поджечь – мы же заразные!». В начале пытался убить жену, нанеся ей несколько ударов гвоздодером по голове (когда она спустилась в погреб, «... увидел это подземельное пространство, возникла мысль о могиле, поэтому решил убить жену, а потом сжечь себя там же в гараже»). Чтобы убить жену, которая была вся в крови, но живой, облил её и себя горючей жидкостью, но не смог зажечь спички. Поэтому пошел в магазин, чтобы купить ещё горючей жидкости и зажигалку, и довести задуманное до конца. В это время жене удалось позвонить дочери, которая по скорой помощи госпитализировала её с открытой черепно-мозговой травмой в нейрохирургический стационар (ушиб головного мозга тяжёлой степени, субдуральные кровоизлияния в лобной и теменной областях, многочисленные оскольчатые переломы). При этом дочь смогла достаточно быстро разыскать отца на окраине города в лесном массиве, где он собирался совершить самоубийство путём самосожжения (при нём было обнаружено несколько бутылок с бензин-растворителем «Уайт-спирит»).

Был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении: в сознании. Контакт доступен. На вопросы отвечает не сразу, после значительной паузы. Речь невнятная, голос тихий, монотонный. Суетлив. Заявляет «отпустили умирать, боюсь заразить», «там ждут», не уточняет, кто его ждёт. Подозрителен, скрытен в переживаниях. Насторожен. Недоверчив. Неоднократно уточняет «Вы врачи, вы давали клятву, вреда не будет?». Критики к состоянию нет.

При расспросах о случившемся начинает плакать, опускает голову, с горечью говорит – «Что я натворил, она за мной так ухаживала ... Почему я не дошел до Вашей больницы ... Голова совсем не работала». Эмоционально подавлен, удручен своим состоянием. Фон настроения снижен. Тревожный, беспокойный. Уснул только после инъекции феназепам.

wife and me”, “I have to die ...”. The mood remained low throughout the day, fear and anxiety did not go away. Against this background, thoughts of suicide often arose - “... I wanted to throw myself into the Volga and drown myself! I didn't want to die in the apartment, I was afraid to stain it with blood, the smell of rot”. He practically didn't sleep at home at night, the thoughts were constantly spinning in his head: “if we are sick, we can infect others”.

Two days before the attempted murder, he woke up his wife at night and asked him to kill him: “Kill and dismember me, then quietly, peacefully call the police to take me to the morgue and secretly bury me; none of the people around us should know about this. ”

When his wife and him went to the garage to bring potatoes, a new idea arose – “to pour flammable liquid over themselves and start fire – we are contagious!” In the beginning, he tried to kill his wife, inflicting several blows on her head with a nail puller (when she went down to the cellar, “...I saw this underground space, thought of a grave, so I decided to kill my wife, and then burn myself in the same garage”). To kill his wife, who was covered in blood, but still alive, he poured a flammable liquid over her and himself, but could not light matches. Therefore, he went to the store to buy more flammable liquid and a lighter, and bring the plan to the end. At this time, his wife managed to call her daughter, who, through ambulance, hospitalized her with an open craniocerebral injury in a neurosurgical hospital (severe brain contusion, subdural hemorrhages in the frontal and parietal regions, numerous comminuted fractures). At the same time, the daughter was able to quickly find her father on the outskirts of the city in the forest, where he was going to commit suicide by self-immolation (several bottles with White Spirit solvent gasoline were found with him).

The patient was admitted to a psychiatric hospital. Upon admission: conscious. Contact is available. The patient does not answer questions immediately, only after a significant pause. The speech is slurred, the voice is low, monotonous. Fussy. He declares “I was sent home to die, I'm afraid to infect people”, “they are waiting there”, does not specify who is waiting for him. Suspicious, secretive in experiences. Alert. Distrustful. Repeatedly specifies “You are doctors, you swore an oath, there will be no harm?” There is no criticism of the state.

When asked about what happened, he starts crying, lowers his head, bitterly says -

Получал транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, симптоматическую терапию. В период стационарного лечения тяготился пребыванием в психиатрической больнице. Оставался подавленным, угнетенным. Прослеживались идеи самообвинения: «Как мне с этим жить, от меня отвернется вся родня моей жены ... Грязь и совесть до конца моих дней. Не могу себя простить». Фон настроения снижен. Отвечал тихим, монотонным голосом. На глазах выступали слёзы. Речь односложная, в замедленном темпе. Внимание привлекалось с трудом, способность к концентрации снижена, поверхностное, неустойчивое. Плохо слышит. По факту совершенного деяния пояснил: хотел убить жену, кому мы нужны «прокажённые» и различные..., поэтому хотел поджечь нас обоих в гараже». Когда госпитализировали с коронавирусной инфекцией, «анализировал, постоянно думал: у меня потеря веса, температура и будет летальный исход». «Дома постоянно были мысли, угнетало, что не сплю». Вещи после больницы выбросил, так как они поражены вирусом. Возникали нехорошие мысли, что «всё равно будет летальный исход, дочь заразится от нас... и посчитал, что втроем мы умрем, поэтому хотел пристроить внука в храм». «Брату отдал 50000 рублей для похорон». «До последнего было предчувствие, что идёт всё к концу. «День деликта помню смутно, был взбудораженным. Думал «закончить мучения в гараже и не приносить вред обществу: убил её, убил себя (поджечь самих себя)». Критически оценивал ситуацию – «что я натворил». Глубоко переживал по данному поводу. Астеничен. Самооценка снижена, не уверен в себе. Фиксирован на своих внутренних переживаниях. Ночной сон на фоне лечения нормализовался. Повысился аппетит, прошли запоры.

Через 1,5 месяца состояние значительно улучшилось: настроение повысилось, бредовые идеи полностью дезактуализировались, появилась критика. «Мыслей о самоубийстве сейчас нет». Интеллект и память без существенных нарушений. Мышление ригидное, вязкое, подвержено аффективной дезорганизации, продуктивность несколько снижена. Суждения с обстоятельностью, порой категоричны. Внимание ригидное, в то же время истощаемое. Астенизирован. Переживал по поводу случившегося, при упоминании плачет, фиксирован на этом. К общению с окружающими не стремился, больше времени проводил в пределах постели. Режим не нарушал. От приёма еды и лекарств не отказывался. Какой-либо психотической симптоматики не обнаруживал.

Терапевт: Вегето-сосудистая дистония в анамнезе.

Невролог: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст.

“What have I done, she looked after me so well. Why did not I reach your hospital sooner. My head did not work at all”. Emotionally depressed, dejected by his condition. The mood background is lowered. Anxious, restless. He fell asleep only after a phenazepam injection.

The patient started receiving tranquilizers, antidepressants, antipsychotics, symptomatic therapy. During the period of inpatient treatment, he was burdened by a stay in a psychiatric hospital. He remained depressed, oppressed. Ideas of self-accusation were traced: “How can I live with this, all my wife’s relatives will turn away from me ... Dirt and conscience until the end of my days. I can’t forgive myself. ” The mood background is lowered. He answered in a low, monotonous voice with tears coming to his eyes. He answers with one word, slowly. It is hard to draw his attention, the ability to concentrate is reduced, superficial, unstable. Hearing ability is poor. On the fact of the act committed, he explained: he wanted to kill his wife, who needs us “lepers” and infectious ..., so he wanted to put themselves on fire in the garage”. When being hospitalized with coronavirus infection, “I analyzed it constantly thinking that I have weight loss, temperature and will die”. At home, there were always thoughts, it was depressing that “I could not sleep”. I threw out my belongings after the hospital, as they were infected with the virus. There were bad thoughts that “there will still be a lethal outcome, the daughter will get infected from us ... and I thought that the three of us would die, so I wanted to teach my grandson to go to church”. “I gave my brother 50,000 rubles for the funeral.” “Until the last moment, there was a premonition that everything was coming to an end. “I vaguely remember the day of the delict, I was agitated. My thoughts were “to end the torture in the garage and not harm society: I killed her, killed myself (set ourselves on fire)”. Critical assessment of the situation includes “what have I done”. The patient is deeply worried about this. Asthenic. Self-esteem is low, not self-confident. Fixed on his inner experiences. Night sleep during treatment returned to normal. The appetite increased; constipation disappeared.

After 1.5 months, the condition improved significantly: the mood increased, delusional ideas were completely deactivated, criticism appeared. “There are no thoughts of suicide now”. Intellect and memory do not show significant impairments. Thinking is rigid, viscous, prone to affective disorganization, productivity is somewhat reduced. Judgments are

Экспериментально-психологическое исследование. Данные краткой шкалы оценки психического статуса MMSE свидетельствуют об отсутствии когнитивных нарушений (29 баллов). Индивидуально-психологические особенности: определяются изменения эмоционально-личностной сферы по органическому типу, выявлено некоторое заострение астенических и характерологических черт (преимущественно чувствительные и шизоидные черты). Проявляет к себе и окружающим повышенные требования, чувствителен к внешним воздействиям, выявляются повышенное чувство справедливости, ответственности, стремление к тщательному выполнению деятельности и учету деталей, пунктуальность. Прослеживается обеднение и лабильность эмоциональной сферы, впечатлительность и ранимость с болезненным переживанием неудач, повышением уровня тревожности и беспокойства. Установки испытуемого ригидные и положительные. Данные опросника на определение уровня агрессивности свидетельствуют о низком уровне физической агрессии (11 баллов), средних уровнях гнева (склонности к раздражительности – 22 балла) и враждебности (склонности к обидчивости – 23 балла). Итак, диагностируются изменения психических процессов и личности по органическому типу с заострением астенических и характерологических черт без заметного снижения когнитивных способностей.

На стационарной судебно-психиатрической экспертизе был признан невменяемым. Рекомендовано принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа■

Описанный случай интересен по многим аспектам. Прежде всего, можно говорить о попытке ПГСУ у пожилого мужчины 69 лет после коронавирусной инфекции средней степени тяжести, у которого наблюдался тяжёлый депрессивный эпизод с психотическими симптомами. Он является первым таким наблюдением, описанным в русскоязычной периодической литературе. По нашим наблюдениям 1981-2010 гг., пожилые люди редко (5,9%) совершали убийства в Чувашии в трезвом состоянии (менее 30%) [17, 18]. Нам не удалось обнаружить у убийц в качестве основного диагноза депрессивные расстройства, а саможжения как способ суицида наблюдался всего у 1,4% больных Республиканского ожогового центра в г. Чебоксары [19]. Все лица, предпринявшие такую попытку самоубийства, злоупотребляли алкоголем, были в возрасте от 26 до 49 лет, находились в момент совершения в состоянии алкогольного опьянения.

По данным зарубежных исследований, возраст 65

thorough, sometimes categorical. Attention is rigid, at the same time exhausted. Asthenized. Worried about what happened, when mentioning starts crying, fixed on this. He did not strive to communicate with others, spent more time within the bed. Does not break the regime, did not refuse to take food and medicine. No psychotic symptoms are shown.

Therapist: History of vegetative-vascular dystonia.

Neurologist: Dyscirculatory encephalopathy of 2 degree.

Experimental psychological research. The data of the short scale for assessing the mental status of the MMSE indicate the absence of cognitive impairment (29 points). Individual psychological characteristics: changes in the emotional and personal sphere are determined according to the organic type, a certain sharpening of asthenic and characterological traits (mainly sensitive and schizoid features) is revealed. The demands to himself and others are increased, the patient is sensitive to external influences, has an increased sense of justice, responsibility; a desire for careful performance of activities and consideration of details, punctuality are revealed. The impoverishment and lability of the emotional sphere, impressionability and vulnerability with painful experience of failures, an increase in the level of anxiety and anxiety are traced. The subject's attitudes are rigid and positive. The data of the questionnaire for determining the level of aggression indicate a low level of physical aggression (11 points), medium levels of anger (tendency to irritability at 22 points) and hostility (tendency to resentment at 23 points). So, changes in mental processes and personality are diagnosed according to the organic type with the sharpening of asthenic and characterological features without a noticeable decrease in cognitive abilities.

On inpatient forensic psychiatric examination the patient was declared insane. Compulsory treatment is recommended in a medical organization providing psychiatric care in inpatient conditions, of a general type.

The described case is interesting in many respects. First of all, we can talk about a PHS attempt by an elderly man of 69 years of age after having coronavirus infection of moderate severity, who had a severe depressive episode with psychotic symptoms. It is the first such observation described in the Russian-language periodical literature. According to our observations in 1981-2010, elderly people rarely (5.9%) committed murders in Chuvashia while sober (less than 30%) [17, 18]. We were unable to find depressive disorders as the main

лет и старше у лиц, совершавших ПГСУ, встречается примерно в 10% [20]. В остальном подтверждаются уже описанные в литературе закономерности, говорящие об агрессорах как семейных людях с детьми, не имеющих судимости, обычно не замеченных в домашнем насилии и не злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами. Характерными чертами являются мужской пол и более старший возраст убийцы, по сравнению с жертвой женского пола [20, 21].

Ряд случаев ПГСУ среди супругов (партнеров) описаны в зарубежной литературе в связи с COVID-19 [13, 14]. Они были обусловлены страхом заражения, последующей мучительной смертью от этой инфекции, поэтому мужчины убивали своих жён (партнёров), а потом себя. Примечательно, что коронавирусная инфекция у них не была обнаружена, а ПР не верифицированы [22, 23]. Из орудий убийств и самоубийств использовались огнестрельное оружие и тупые предметы. В нашем случае, кроме избиения наблюдалась попытка поджечь супругу и себя для совершения ПГСУ. Как свидетельствует литература, данный способ убийства и самоубийства является довольно редким для ПГСУ, так как встретился всего в 4,3-4,8% случаев в одной работе из ЮАР [24]. Среди других ПГСУ в период пандемии описаны случаи убийства матерью шестимесячного ребёнка. Её муж, будучи безработным был госпитализирован в связи с COVID-19, а она также потеряла работу [25]. Другим вариантом преднамеренного ухода из жизни в период пандемии является ПГСУ по договорённости (заключение пакта о самоубийстве), когда два человека совершают самоубийства (либо один из них убивает партнера, супруга и др., а потом себя). Мотивы такого поведения обычно комплексные – экономические, тяжёлая болезнь и отсутствие адекватной медицинской помощи [26]. В западных странах причинами совершения самоубийств супружескими парами ещё являются проблемы в межличностных взаимоотношениях, социальная изоляция, невозможность иметь детей, психологические расстройства и финансовые трудности [13].

Заслуживает внимания мотив этого деяния, в основе которого просматривается самостигматизация (стигма), связанная с коронавирусной инфекцией [27]. Доказано, что риск суицида может возрасти из-за стигмы по отношению к людям с COVID-19 и их близких [5, 28]. В основе стигмы и самостигматизации лежит не совсем правильные представления о коронавирусной инфекции, её клинической картине, течении и прогнозе [29].

diagnosis in murderers, and self-immolation as a method of suicide was observed in only 1.4% of patients of the Republican Burn Center in Cheboksary [19]. All persons who attempted such suicide attempt had alcohol abuse, were between the ages of 26 and 49, and were intoxicated at the time of the act.

According to foreign studies, the age of 65 years and older in persons who have committed PHS occurs in about 10% [20]. For the rest, the patterns already described in the literature are confirmed, which speak of aggressors as family people with children who have no criminal record, who are usually not noticed in domestic violence and who do not abuse alcohol and other psychoactive substances. Characteristic features are the male sex and the older age of the killer, compared with the female victim [20, 21].

A number of PHS cases among spouses (partners) are described in foreign literature in connection with COVID-19 [13, 14]. They were caused by the fear of infection, the subsequent painful death from this infection, so the men killed their wives (partners), and then killed themselves. It is noteworthy that no coronavirus infection was detected in them, and MDs were not verified.

[22, 23]. The weapons of murder and suicide were firearms and blunt objects. In our case, in addition to the beating, there was an attempt to set fire to the spouse and himself in order to commit PHS. As evidenced by the literature, this method of murder and suicide is quite rare for PHS, since it was found in only 4.3-4.8% of cases in one work from South Africa [24]. Among other PHS cases during the pandemic, there was the murder of a six-month-old child by a mother. Her husband, being unemployed, was hospitalized due to COVID-19, and she also lost her job [25]. Another option for deliberate departure from life during a pandemic is PHS by agreement (conclusion of a suicide pact), when two people commit suicide (or one of them kills a partner, spouse, etc., and then himself). The motives for such behavior are usually complex – economic, serious illness and lack of adequate medical care [26]. In Western countries, the reasons for committing suicide by married couples are also problems in interpersonal relationships, social isolation, the inability to have children, psychological disorders and financial difficulties [13].

The motive of this act is noteworthy, as it is based on self-stigma (stigma) associated with coronavirus infection [27]. It has been proven that the risk of suicide can increase due to stigma for people with COVID-19 and their

Интересны особенности формирования бредовых идей у наблюдаемого нами больного. Прослеживаются, описанные К. Ясперсом бредовое настроение с тревогой и растерянностью, и бредовое восприятие, переходящее в оформленный депрессивный бред с соответствующим поведением [30]. Как известно, так называемые депрессивные бредовые идеи в психиатрической литературе относят к голотимному аффективному бреду по Е. Блейлеру (1920) или кататимному бредовому синдрому по Г. Майеру (1912), развившемся на фоне пониженного настроения [31]. Определённое влияние на процесс бредообразования оказали психотравмирующая ситуация с угрозой смерти от COVID-19 и сенситивные черты характера больного (замкнутость, застенчивость, большая впечатлительность, эмоциональная лабильность), самостигматизация от перенесённой инфекции (считал себя вместе с женой заразными, «прокажёнными», несущими угрозу заражения окружающим людям и которым нужно держаться от них подальше, чтобы не заболеть). По содержанию эти представления можно назвать бредом презрения переболевших коронавирусной инфекцией.

Данные одного систематического обзора свидетельствуют, что депрессия у пожилых людей характеризуется более выраженными психомоторными нарушениями и чувством вины, худшим прогнозом в связи с атрофией отдельных областей головного мозга (лобных долей) и снижением активности дофамин-β-гидроксилазы в сыворотке крови. Как правило, у таких больных большее число соматических жалоб и «заблуждений, связанных с ипохондрией, и содержанием надвигающегося бедствия». Очень типичным является коморбидность психотической депрессии с тревожными расстройствами и различными ПР [32].

Коронавирусная болезнь и объявленная ВОЗ пандемия оказали глобальное воздействие на всё мировое сообщество. Не случайно, что это сразу нашло отражение в содержании бредовых идей больных людей [33, 34]. Так у одной маниакальной больной в Испании бредовые идеи сосредоточились на вспышке нового коронавируса. Она с ужасом объяснила, что у неё было чувство нереальности, и мир вокруг неё изменился. Больная считала, что «люди, заражённые коронавирусом, превратились в зомби, а мир движется к зомби-апокалипсису» [цит. по 33].

Как было показано нами ранее в обзоре литературы, профилактике ПГСУ может способствовать ранняя диагностика ПР и суицидального поведения с последующим их эффективным лечением, а также качественное оказание медицинской помощи с разработкой реабилитационных мероприятий после перенесенных

loved ones [5, 28]. Stigma and self-stigmatization are based on not entirely correct ideas about coronavirus infection, its clinical picture, course and prognosis [29].

The peculiarities of the formation of delusional ideas in the patient we observed are interesting. One can trace, described by K. Jaspers, a delusional mood with anxiety and confusion, and delusional perception, which turn into a formalized depressive delusion with appropriate behavior [30]. As you know, the so-called depressive delusional ideas in the psychiatric literature are referred to holotimic affective delusions according to E. Bleuler (1920) or katatimic delusional syndrome according to G. Mayer (1912), that developed against the background of low mood [31]. A traumatic situation with the threat of death from COVID-19 and the patient's sensitive character features (isolation, shyness, great impressiveness, emotional lability), self-stigmatization from a previous infection (considered himself and his wife infectious, "lepers" who carry the threat of infection to the people around them and who need to stay away from them so as not to get sick). In terms of content, these views can be called delirium of contempt for those who have had coronavirus infection.

Data from one systematic review indicate that depression in the elderly is characterized by more pronounced psychomotor disorders and feelings of guilt, worse prognosis due to atrophy of certain areas of the brain (frontal lobes) and decreased dopamine β-hydroxylase activity in blood serum. As a rule, such patients have a greater number of somatic complaints and "delusions associated with hypochondria and the content of the impending disaster." The comorbidity of psychotic depression with anxiety disorders and various MDs is very typical [32].

The coronavirus disease and the pandemic declared by WHO have had a global impact on the entire world community. It is no coincidence that this was immediately reflected in the content of the delusional ideas of sick people [33, 34]. For example in one manic patient in Spain, delusional ideas were focused on the outbreak of a new coronavirus. She explained with horror that she had a sense of unreality, and the world around her had altered. The patient believed that "people infected with the coronavirus have turned into zombies, and the world is moving towards a zombie apocalypse" [cit. by 33].

As we have shown earlier in the literature review, early diagnosis of MD and suicidal behavior with their subsequent effective treat-

заболеваний, включая COVID-19 [20]. Пожилые пациенты, перенесшие COVID-19 и прошедшие стационарное лечение, через шесть месяцев после этого часто обнаруживают более серьёзные нарушения диффузной способности легких, проблемы со сном, беспокойство и депрессивные состояния, поэтому являются целевой группой для комплексных вмешательств в долгосрочное выздоровление [35].

Переживших COVID-19 следует рассматривать как лиц с повышенным риском суицида. Эти пациенты должны пройти обследование на предмет депрессии и суицидальности, многим из них потребуется длительное психотерапевтическое (психологическое) вмешательство [3, 36].

Заключение.

Описанный случай попытки ПГСУ позволил в первую очередь проследить психопатологические мотивы и причинные факторы этого опасного для окружающих людей деяния, случившегося в ближайшем периоде после перенесённой пожилым пациентом коронавирусной инфекции. Наличие тяжёлого депрессивного эпизода с конгруэнтным аффекту бредом, возникшего у личности с сензитивными чертами характера и проявлениями самостигматизации при отсутствии психиатрической помощи, явились главной причиной ПГСУ. Этому также способствовала низкая психиатрическая грамотность медицинских работников и врачей стационара, в котором оказывалась помощь больным с коронавирусной инфекцией, игнорирование ими как нарушений сна и учёта психологических особенностей больного, так и возможности реализации им суицидальных намерений и гомицидных тенденций.

ment, as well as high-quality medical care with the development of rehabilitation measures after past illnesses, including COVID-19, can contribute to the prevention of PHS [20] Elderly patients who underwent COVID-19 and inpatient treatment within six months after that often show more severe impairment of diffuse lung capacity, sleep problems, anxiety and depression, therefore they are the target group for complex interventions in long-term recovery [35].

COVID-19 survivors should be considered individuals at increased risk of suicide. These patients should be screened for depression and suicidality, many of them will require long-term psychotherapeutic (psychological) intervention [3, 36].

Conclusion

The described case of the PHS attempt made it possible, first of all, to trace the psychopathological motives and causal factors of this act, which is dangerous for the people around, which happened in the immediate period after an elderly patient had a coronavirus infection. The presence of a severe depressive episode with delirium congruent to the affect, which arose in a person with sensitive character traits and manifestations of self-stigmatization in the absence of psychiatric care, was the main reason for the PHS. This was also facilitated by the low psychiatric literacy of medical workers and doctors of the hospital, which provided assistance to patients with coronavirus infection, ignoring both sleep disorders and failing to take the psychological characteristics of the patient into account, as well as the possibility of realizing suicidal intentions and homicidal tendencies.

Литература / References:

- Fiorillo A., Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur. Psychiatry*. 2020. Apr. 1; 63 (1): e32. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.35
- Hossain M.M., Tasnim S., Sultana A., Faizah F., Mazumder H., Zou L., McKyer E.L.J., Ahmed H.U., Ma P. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res*. 2020. Jun. 23; 9: 636. DOI: 10.12688/f1000research.24457.1
- Sher L. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? *Acta Neuropsychiatr*. 2020. Oct.; 32 (5): 270. DOI: 10.1017/neu.2020.21
- Zhang K., Shi Y., Liu H., Hashimoto K. A Case Report of Suicide Attempt Caused by Acute and Transient Psychotic Disorder during the COVID-19 Outbreak. *Case Rep. Psychiatry*. 2020. May 27; 2020: 4320647. DOI: 10.1155/2020/4320647
- 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. *Lancet Psychiatry*. 2020. Jun; 7 (6): 468-471. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1
- Şahan E., Ünal S.M., Kirpınar İ. Can we predict who will be more anxious and depressed in the COVID-19 ward? *J. Psychosom. Res.* 2021. Jan; 140: 110302. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110302
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Wnuk A., Oleksy T., Cudo A., Hansen K., Hufleit-Lukasik M, Kubicka K., Łyś A.E., Gorgol J., Holas P., Kmita G., Łojek E., Maison D. Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Compr. Psychiatry*. 2021. Feb; 105: 152222. DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152222
- Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., Pollak T.A., McGuire P., Fusar-Poli P., Zandi M.S., Lewis G., David A.S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020. Jul.; 7 (7): 611-627. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
- Steardo L.Jr., Steardo L., Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl. Psychiatry*. 2020. Jul. 30; 10 (1): 261. DOI: 10.1038/s41398-020-00949-5
- Verkhatsky A., Li Q., Melino S., Melino G., Shi Y. Can COVID-19 pandemic boost the epidemic of neurodegenerative diseases? *Biol. Direct*. 2020. Nov. 27; 15 (1): 28. DOI: 10.1186/s13062-020-00282-3
- Deng J., Zhou F., Hou W., Silver Z., Wong C.Y., Chang O., Huang E., Zuo Q.K. The prevalence of depression, anxiety, and

- sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann. NY Acad. Sci.* 2021. Feb.; 1486 (1): 90-111. DOI: 10.1111/nyas.14506
12. Wang Y., Shi L., Que J., Lu Q., Liu L., Lu Z., Xu Y., Liu J., Sun Y., Meng S., Yuan K., Ran M., Lu L., Bao Y., Shi J. The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic. *Mol. Psychiatry.* 2021. Jan.; 22: 1-10. DOI: 10.1038/s41380-021-01019-y
 13. Griffiths M.D., Mamun M.A. COVID-19 suicidal behavior among couples and suicide pacts: Case study evidence from press reports. *Psychiatry Res.* 2020. Jul.; 289: 113105. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113105
 14. Ghossoub E., Wakim M.-L.T., Khoury R. COVID-19 and the risk of homicide-suicide among older adults. *Current Psychiatry.* 2021. Feb.; 20 (2): 14-18. DOI: 10.12788/cp.0090
 15. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства: описание 5 случаев. *Российский психиатрический журнал.* 2017; 2: 12-16. [Golenkov A.V. Post-homicide suicide: a description of 5 cases. *Russian Psychiatr. J.* 2017; 2: 12-16.] (In Russ)
 16. Голенков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. *Психическое здоровье.* 2018; 16, 2: 9-13. [Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Mental health.* 2018; 16 (2): 9-13.] DOI: 10.25557/2074-014X.2018.02.9-13 (In Russ)
 17. Golenkov A., Large M., Nielsens O., Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J. Psychiatry.* 2016; 23: 87-92. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.07.015
 18. Голенков А.В., Сыкина О.И., Лебедева Ю.А. Попытки самоубийств путем самосожжения. Актуальные вопросы суицидологии: материалы межрегиональной научно-практической конференции. Иркутск. 2019; 73-76. [Golenkov A.V., Sykina O.I., Lebedeva Yu.A. Attempts to commit suicide by self-immolation Topical issues of suicidologists: materials of the interregional scientific-practical conference. Irkutsk. 2019; 73-76.] (In Russ)
 19. Голенков А.В. Супружеские убийства (судебно-психиатрические аспекты). *Психическое здоровье.* 2017; 15 (1): 45-49. [Golenkov A.V. Spousal murders (forensic psychiatric aspects). *Mental health.* 2017; 15, 1: 45-49.] (In Russ.)
 20. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 3-15. [Golenkov A.V. Post-homicide suicides: review of literature. *Suicidology.* 2018; 9 (3): 3-15.] DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15 (In Russ)
 21. Зотов П.Б., Спадерова Н.Н. Постгомицидные самоубийства в Тюменской области (Западная Сибирь) в 2008-2018 гг. *Девiantология.* 2019; 3 (2): 52-58. [Zotov P.B., Spaderova N.N. Post-homicidal suicides in the Tyumen region (Western Siberia) in 2008-2018. *Deviant Behavior (Russia).* 2019; 3 (2): 52-58.] (In Russ)
 22. Mamun M.A. The first COVID-19 triadic (homicide!)-suicide pact: Do economic distress, disability, sickness, and treatment negligence matter? *Perspect. Psychiatr. Care.* 2020. Nov. 25: 10.1111/ppc.12686. DOI: 10.1111/ppc.12686
 23. Calderon-Anyosa R.J.C., Kaufman J.S. Impact of COVID-19 lockdown policy on homicide, suicide, and motor vehicle deaths in Peru. *Prev. Med.* 2021. Feb.; 143: 106331. DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106331
 24. Kotzé C., Khamker N., Lippi G., Naidu K., Poee J.M., Funeka B., Sokudela F.B., Roos L. Psychiatric and Other Contributing Factors in Homicide-Suicide Cases, from Northern Gauteng, South Africa Over a Six-Year Period. *Int. J. Forensic Mental Health.* 2018; 17 (1): 35-44. DOI: 10.1080/14999013.2017.1416004
 25. Mamun M.A., Bhuiyan A.K.M.I., Manzar M.D. The first COVID-19 infanticide-suicide case: Financial crisis and fear of COVID-19 infection are the causative factors. *Asian J. Psychiatry.* 2020. Dec.; 54: 102365. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102365
 26. Mamun M.A. The first COVID-19 triadic (homicide!)-suicide pact: Do economic distress, disability, sickness, and treatment negligence matter? *Perspect. Psychiatr. Care.* 2020. Nov. 25: 10.1111/ppc.12686. DOI: 10.1111/ppc.12686
 27. Badrfam R., Zandifar A. COVID-19 and Melancholia: Different Perception of the Concept of Stigma and Loss. *Iran J. Psychiatry.* 2020. Jul.; 15 (3): 264-265. DOI: 10.18502/ijps.v15i3.3824
 28. Baldassarre A., Giorgi G., Alessio F., Lulli L.G., Arcangeli G., Mucci N. Stigma and discrimination (SAD) at the time of the SARS-CoV-2 Pandemic. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2020. Aug. 31; 17 (17): 6341. DOI: 10.3390/ijerph17176341
 29. Zhou J., Ghose B., Wang R., Wu R., Li Z., Huang R., Feng D., Feng Z., Tang S. Health Perceptions and Misconceptions Regarding COVID-19 in China: Online Survey Study. *J. Med. Internet Res.* 2020. Nov. 2; 22(11): e21099. DOI: 10.2196/21099
 30. Ясперс К. Общая психопатология. М.: КолЛибри, 2020; 1056 с. [Jaspers K. General psychopathology. Moscow: CoLibri, 2020; 1056 p.] (In Russ)
 31. Рыбальский М.И. Бред. М.: Медицина, 1993; 368 с. [Rybalsky M.I. Delirium. Moscow: Medicine, 1993; 368 p.] (In Russ.)
 32. Gournellis R., Oulis P., Howard R. Psychotic major depression in older people: a systematic review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2014. Aug.; 29 (8): 789-796. DOI: 10.1002/gps.4065
 33. Ovejero S., Baca-García E., Barrigón M.L. Coronavirus infection as a novel delusional topic. *Schizophr. Res.* 2020. Aug.; 222: 541-542. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.009
 34. Girasek H., Gazdag G. The impact of the COVID-19 epidemic on the content of the delusions. *Psychiatr. Hung.* 2020; 35 (4): 471-475. (In Hungarian)
 35. Huang C., Huang L., Wang Y., Li X., Ren L., Gu X., Kang L., Guo L., Liu M., Zhou X., Luo J., Huang Z., Tu S., Zhao Y., Chen L., Xu D, Li Y., Li C., Peng L., Li Y., Xie W., Cui D., Shang L., Fan G., Xu J., Wang G., Wang Y., Zhong J., Wang C., Wang J., Zhang D., Cao B. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet.* 2021. Jan. 16; 397 (10270): 220-232. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8
 36. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю. Соблюдение противозидемических мер и интерпретации происходящего во время пандемии COVID-19. *Девiantология.* 2020; 4 (2): 8-21. [Boyko O.M., Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Vorontsova O.Yu. Compliance to epidemiological safety norms and interpretation of events during the COVID-19 pandemic. *Deviant Behavior (Russia).* 2020; 4 (2): 8-21.] DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-8-21 (In Russ)

ATTEMPT OF POSTHOMICIDAL SUICIDE OF A PATIENT WITH PSYCHOTIC DEPRESSION AFTER HAVING CORONAVIRAL INFECTION (CLINICAL CASE)

A.V. Golenkov¹, F.V. Orlov^{1,2},
E.S. Deomidov¹, I.E. Bulygina¹

¹I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia; golenkovav@inbox.ru

²Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia; ibuligina@rambler.ru

Abstract:

The COVID-19 pandemic has led to a deterioration in mental health and an increase in suicidal activity among the population. The most vulnerable groups were the elderly and lonely people, patients with mental and somatoneurological diseases, who lost their jobs, relatives and friends, who found themselves in a difficult life situation. The article

describes an attempt of post-homicidal suicide of an elderly 69-year-old man who had recovered from a coronavirus infection with a severe depressive episode and psychotic symptoms congruent to affective disorder. He wanted to kill his wife and himself by self-immolation, and only by a happy coincidence of circumstances this was avoided. The development of his depression was facilitated by polysegmental pneumonia with 40% lung damage, acute respiratory distress syndrome and comorbid somatoneurological pathology, fear of death from infection, persistent sleep disturbances, negative media exposure and misconceptions about COVID-19, manifestations of self-stigmatization (stigma), character traits (sensitive features). Pathological conclusions arose in him against the background of a lowered mood, which can be attributed to the holotim (affectogenic) delusion of contempt of those who had had coronavirus infection (he considered himself, along with his wife, "lepers", carrying the threat of infection to the people around them and therefore unworthy of life). The combined use of antidepressants and antipsychotics contributed to the complete reduction of psychotic depression with a critical assessment of what happened. The described case of a post-homicidal suicide attempt deserves attention due to the rather rare occurrence of self-immolation as a post-homicidal suicide, planned by an elderly man in a sober state and declared insane by a forensic psychiatric examination. Careful consideration should be given to the mental health of older people who have had COVID-19 and to warn family members of vulnerable individuals who are at potential risk of (post-homicidal) suicide due to their illness and anxiety.

Keywords: COVID-19, posthomicidal suicide, psychotic depression, self-stigma (stigma), the elderly

Вклад авторов:

A.V. Golentkov: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи; перевод самой статьи на английский язык;

F.V. Orlov: подбор и описание случая по теме статьи;

E.S. Deomidov: обзор публикаций и их перевод по теме статьи;

I.E. Bulygina: обзор публикаций и их перевод по теме статьи.

Authors' contributions:

A.V. Golentkov: developing the research design, article writing; article editing; reviewing and translating relevant publications and the article itself in English;

F.V. Orlov: selection and description of the case on the topic of the article;

E.S. Deomidov: reviewing of publications of the article's theme;

I.E. Bulygina: a review of publications on the topic of the article.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 09.01.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.03.2021.

Для цитирования: Голентков А.В., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С., Булыгина И.Е. Попытка постгомицидного самоубийства больного с психотической депрессией после перенесенной коронавирусной инфекции (клинический случай). *Суцидология*. 2021; 12 (1): 137-148. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-137-148

For citation: Golentkov A.V., Orlov F.V., Deomidov E.S., Bulygina I.E. Attempt of posthomicidal suicide of a patient with psychotic depression after having coronaviral infection (clinical case). *Suicidology*. 2021; 12 (1): 137-148. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-137-148 (In Russ / Engl)

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, результаты научных исследований, оригинальные и обзорные статьи, лекции, и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
3. Методы превенции и коррекции.
4. Социальные, социологические, правовые, юридические аспекты суицидального поведения.
5. Историческая суицидология.

Правила при направлении работ в редакцию:

1. Статья предоставляется в электронной версии (до принятия статьи в печать) и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI) и **EBSCO Publishing**. Поэтому электронная версия обязательно размещается и доступна на сайте elibrary.ru и других систем. В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

3. На титульной странице указываются: Название статьи, полное ФИО, учёная степень, звание, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

Для каждого автора необходимо указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
 - б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
 - в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).
4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через 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 (не использовать точку). Объём статьи – до 24 страниц машинописного текста (для обзоров – до 36 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, *вклад каждого автора* (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе *основные цифровые показатели*.

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics. Используемые методы статистики должны быть подробно описаны в соответствующем разделе статьи.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с 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». DOI: (если имеется)

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

Все русскоязычные первоисточники должны иметь перевод на английский, размещенный в [квадратных скобках].

13. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, кото-

рые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

14. *Рецензирование.* Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются двойному слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. Каждая статья должна иметь полный идентичный профессиональный перевод на английском языке с соблюдением всех имеющихся в русско-

зычной версии условий оформления текста, таблиц и рисунков. Перевод на английский осуществляется после прохождения рецензирования и согласования основного текста. Представленный авторами перевод обязательно подвергается экспертизе. В случае его несоответствия требованиям качества профессионального уровня статья направляется переводчику, оплата услуг которого не входит в обязательства редакции.

16. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru

После положительного заключения рецензентов и принятия статьи для публикации, печатная версия, подписанная всеми авторами, направляется в редакцию по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».

