

## СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ С ПОЗИЦИЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПРОЦЕССА

*П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, В.А. Розанов, А.С. Рахимкулова*

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия  
Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия  
«Детский и подростковый нейropsychологический центр», Московская область, Россия

### SUICIDAL ATTEMPTS: CLINICAL CHARACTERISTICS FROM THE POSITION OF SUICIDAL PROCESS

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov,  
V.A. Rozanov, A.S. Rakhimkulova*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia  
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia  
Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia  
Child and Adolescent Neuropsychological Center, Moscow Region, Russia

#### Информация об авторах:

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

**Любов Евгений Борисович** – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского 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, 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

**Розанов Всеволод Анатоліевич** – 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, 6. Телефон: +7 (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

**Рахимкулова Анастасия Станиславовна** – нейропсихолог (Researcher ID: B-7276-2018; ORCID iD: 0000-0002-7972-6503). Место работы и должность: нейропсихолог «Детский и подростковый нейропсихологический центр». Адрес: Россия, 141021, Московская область, г.о. Мытищи, ул. Юбилейная, 6; аспирант кафедры медицинской психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6. Телефон: +7 (910) 437-39-43, электронный адрес: anastasiya.rakhimkulova@gmail.com

#### Information about the authors:

**Zotov Pavel Borisovich** – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

**Lyubov Evgeny Borisovich** – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: 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

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

**Rakhimkulova Anastasia Stanislavovna** – neuropsychologist (Researcher ID: B-7276-2018; ORCID iD: 0000-0002-7972-6503). Place of work and position: Child and Adolescent Neuropsychological Center, neuropsychologist. Address: Russia, Moscow Region, 141021, Mytishchi, 6 Anniversary st.; graduate student of the Department of Medical Psychology, St. Petersburg State University. Address: Russia, 199034, St. Petersburg, nab. Makarova, 6. Phone: +7 (910) 437-39-43, email: anastasiya.rakhimkulova@gmail.com

Попытка суицида – распространённая в популяции форма девиантного поведения, ассоциирующаяся с высоким риском гибели вследствие реализации различных способов самоповреждений. Несмотря на это, в клинической практике нередко имеют место сложности в квалификации и диагностике суицидального поведения и суицидальных попыток, что может негативно отражаться на качестве оказываемой помощи и профилактике самоубийств. В этой связи изучение особенностей отдельных проявлений и возможных закономерностей развития суицидальных попыток имеет большое значение. В настоящей статье обсуждаются клинические характеристики истинных суицидальных попыток, начиная с перехода от суицидальных намерений до исхода ситуации. С целью максимальной наглядности и более глубокого понимания суицидального процесса, отдельных элементов и форм покушений авторами предложен оригинальный подход с выделением в динамике суицидальной попытки отдельных периодов (*a, b, c, d, e*), длительность и качественные характеристики каждого из которых имеют тесную связь с отдельными видами попыток. С этих позиций даны подробные клинические описания остановленных, прерванных и других форм суицидальных попыток, каждая из которых иллюстрируется наблюдениями из собственной клинической практики авторов. Приводятся клинические и динамические признаки для дифференциальной диагностики и обоснованной постановки диагноза суицидальной попытки, и их отдельных форм. В заключении авторами делается вывод о том, что предложенный подход с более чёткими клиническими характеристиками отдельных этапов суицидокинеза покушений и дифференциации от других форм может быть использован для повышения эффективности работы с суицидоопасным контингентом на этапах диагностики, коррекционной и превентивной работы.

*Ключевые слова:* суицидальная попытка, суицидокинез, суицидальный процесс, остановленная суицидальная попытка, прерванная суицидальная попытка, истинная суицидальная попытка, суицидальные действия, суицид, самоубийство

Самоубийство – негативное явление, ассоциируемое в разной степени с индивидуальными психологическими и психиатрическими проблемами, неблагоприятными социальными, экономическими и другими факторами [1, 2, 3]. Снижение суицидальной смертности является важной медико-социальной задачей, для решения которой во всём мире предлагаются самые различные меры и программы профилактики. К наиболее значимым направлениям относят работу по выявлению групп и факторов риска, ограничению доступности к средствам суицида, своевременной психологической поддержке, разноуровневой социальной реабилитации и др. [1, 4].

Суицидальный риск в популяции распределён неоднородно. Первоочередной задачей является выявление лиц с максимальной вероятностью самоубийства, оказание помощи и приложение максимум усилий для предупреждения их возврата в будущем на путь умышленного прекращения собственной жизни. В плане суицидологического прогноза наиболее неблагоприятной считается категория людей, совершивших суицидальные действия [1]. Наличие попытки в прошлом значительно повышает вероятность её повторения в будущем, и, скорее всего, с использованием более «летального» способа и с неблагоприятным исходом [5, 6].

Точное число попыток суицида неизвестно, но их количество превышает число погибающих добровольно в 10-20 раз, а в отдельных возрастных и/или социальных группах до 50-100 раз [1, 7]. С позиций статистики среди причин неоднородности показателей распространённости можно указать на недостатки выявления и регистрации – во многих странах, в том числе и России нет единого инструмента учёта попыток и соответствующего регистра. Организация подобной

Suicide is a negative phenomenon associated to varying degrees with individual psychological and psychiatric problems, unfavorable social, economic and other factors [1, 2, 3]. Reducing suicidal mortality is an important medical and social task, for the solution of which a variety of prevention measures and programs are offered around the world. The most significant areas include work on identifying groups and risk factors, limiting access to means of suicide, timely psychological support, multilevel social rehabilitation, etc. [1, 4].

Suicidal risk in the population is not uniformly distributed. The first priority is to identify persons with the highest probability of suicide, provide assistance and make every effort to prevent them from getting back in the future to the path of intentionally ending their own lives. In terms of suicidological prognosis, the most unfavorable category of people is considered those who have committed some suicidal acts [1]. The presence of an attempt in the past significantly increases the likelihood of its repetition in the future, and, most likely, using a more “lethal” method and with an unfavorable outcome [5, 6].

The exact number of suicide attempts is unknown, but their number exceeds the number of those who die voluntarily by 10-20 times, and in some age and / or social groups it is 50-100 times higher [1, 7]. From the statistics standpoint, among the reasons for the heterogeneity of prevalence indicators, one can point to the shortcomings of detection and registration – in many countries, including Russia, there is no single instrument for recording attempts and the corresponding register. The organization of such structure is one of

структуры относится к одной из наиболее важных задач в области развития системы превенции суицида, тем более, что имеющийся положительный отечественный опыт отдельных регионов [8] может быть использован в качестве примера.

Однако учёт – это лишь этап, следующий за клинической практикой. И именно от правильной идентификации покушения, дифференцирования его от других форм агрессивных действий, направленных на себя, во многом зависит не только результат статистической отчётности, но и более точная оценка суицидального риска, соответственно и выбор правильной тактики ведения пациента, а так же возможность предупреждения его суицидальных действий в будущем.

Приступая к обсуждению этого вопроса, мы считаем необходимым отметить, что руководствуемся определением суицидальной попытки, которое вытекает из Колумбийского алгоритма оценки суицидального риска, а именно: «Суицидальная попытка – это потенциально самоповреждающее поведение с намерением умереть» (A potentially self-injurious behaviour associated with at least some intent to die) [9].

Попытка самоубийства в подавляющем большинстве случаев является отражением тяжёлого выбора человека не в пользу жизни. Диагноз суицидальной попытки достаточно ответственен, так как его подтверждение может иметь негативные социальные последствия для индивида и его семьи, в том числе стигматизации [10]. С другой стороны, неточная диагностика, недооценка ситуации может привести к неправильной оценке суицидального риска и затруднит оказание своевременной помощи.

Между тем, в отечественной клинической практике суицидальные попытки нередко рассматриваются достаточно упрощённо, как промежуточный этап между суицидальными мыслями различной интенсивности и суицидальными намерениями, и летальным суицидом (рис. 1).

При описании покушений, не повлекших за собой смертельный исход, часто используется термин – «неудачные», что, помимо очевидного парадокса, в целом противоречит семантике слова, подразумевающей положительную оценку возможной, но несостоявшейся гибели, совершенно неуместную для данной ситуации.

the most important tasks in the development of suicide prevention system, especially since the existing positive national experience of certain regions [8] can be used as an example.

However, registration is only a stage that follows clinical practice. Yes, the correct identification of the attempt, ability to differentiate it from other forms of aggressive actions aimed at oneself are the facts that largely determine not only the result of statistical reporting, but also a more accurate assessment of suicidal risk and, respectively, the choice of the correct tactics for managing the patient, as well as the possibility of preventing their suicidal actions in the future.

Discussion of this issue should start with a necessary note that in our research we are driven by the definition of a suicide attempt that follows from the Colombian algorithm for the assessment of suicide risk, namely: "A potentially self-injurious behavior associated with at least some intent to die" [9].

A suicide attempt in the overwhelming majority of cases is a reflection of a person's difficult choice of not to continue life. The diagnosis of a suicide attempt is quite responsible, since its confirmation can have negative social consequences for the individual and their family, including stigmatization [10]. On the other hand, inaccurate diagnosis, underestimation of the situation can lead to an incorrect assessment of suicidal risk and difficulty in providing timely care.

Meanwhile, in national clinical practice, suicidal attempts are often viewed at in a rather simplified manner, as an intermediate stage between suicidal thoughts of varying intensity and suicidal intentions, and lethal suicide (Fig. 1).

When describing attempts that did not lead to a fatal outcome, the term “unsuccessful” is often used, which, in addition to the obvious paradox, generally contradicts the semantics of the word that implies a positive assessment of a possible but failed death, which is completely inappropriate in this situation.

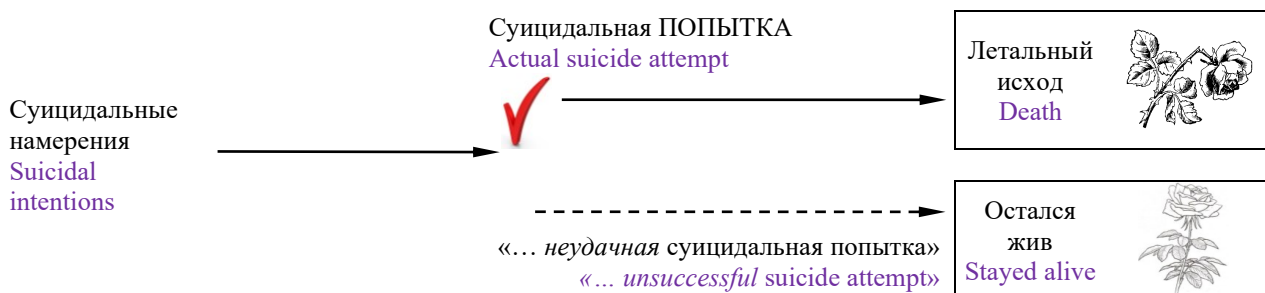


Рис. 1 / Fig. 1. Суицидальная динамика (общая схема) / Suicidal dynamics (general outline).

Сами попытки в клинической практике (в том числе в практике врачей-психиатров, консультирующих пациентов с попытками в соматических отделениях лечебных учреждений) делят лишь на истинные или демонстративно-шантажные, используя при этом внешние признаки, нередко не отражающие реальные мотивы совершённых действий, выявляемых при более глубоком объективном анализе. В действительности такой дихотомичный подход, хоть и упрощает работу специалистов, но одновременно значительно ограничивает возможности клинической оценки многих других форм покушений, имеющих большую значимость для планирования и проведения дифференцированной работы по суицидальной превенции.

Не менее значимы и другие вопросы. Например, какой период в суицидальной динамике можно считать началом реализации суицидальной попытки – момент применения способа суицида или значительно раньше, включая время на подготовку к этим действиям? Если этот этап имеет какие-то более или менее длительные временные показатели, то чем он может характеризоваться, и каково его значение для специалистов? Какие характеристики могут свидетельствовать, что реализация попытки ещё не началась, и текущая ситуация отражает лишь этап суицидальных намерений? Все это требует квалификации и более чёткого понимания отдельных элементов суицидальной динамики с целью формирования обоснованного подхода в диагностике суицидальных попыток, их дифференциации от других клинически схожих ситуаций.

Целью настоящей статьи является описание клинических характеристик и форм попыток самоубийства как элемента суицидальной динамики.

В качестве иллюстраций использованы наблюдения из собственной клинической практики авторов.

В начале обсуждения необходимо отметить, что самоубийство подразумевает определённую суицидальную динамику, включающую этапы внутренних и внешних форм. Внутренние формы – антивитальные переживания, суицидальные мысли, замыслы и намерения – подробно рассмотрены нами в предыдущих работах [11, 12].

В случае действий, характеризующихся высокой степенью импульсивности, некоторые элементы внутренних форм могут быть внешне малозаметны (в том числе скрываемы), периоды их формирования и проявлений скоротечны и/или абортивны.

Для реализации цели настоящей работы в качестве примера, рассмотрим несколько схематичную ситуацию, отражающую отдельные этапы суицидальной динамики, начиная с суицидальных намерений (рис. 2).

*Суицидальные намерения* – переходный этап от внутренних форм суицидального поведения к суицидальным действиям.

In clinical practice (including in the practice of psychiatrists consulting patients with attempts in the somatic departments of medical institutions) suicide attempts are divided only into 2 types: true or demonstrative, using external signs that often do not reflect the real motives of the actions committed that could be identified with a deeper objective analysis. In fact, such a dichotomous approach, although it simplifies the work of specialists, significantly limits the possibilities of clinical assessment of many other forms of attempts that are of great importance for planning and carrying out differentiated work on suicide prevention.

Other issues are no less significant. For example, what period in the suicidal dynamics can be considered the beginning of a suicidal attempt – the moment of using the method of suicide or much earlier, including the time to prepare for these actions? If this stage has some more or less extensive time indicators, then how can it be characterized and what is its significance for specialists? What characteristics can indicate that the implementation of the attempt has not yet begun, and the current situation reflects only the stage of suicidal intentions? All this requires qualifications and a clearer understanding of individual elements of suicidal dynamics in order to form a well-founded approach in the diagnosis of suicidal attempts, their differentiation from other clinically similar situations.

The aim of this article is to describe the clinical characteristics and forms of suicide attempts as an element of suicidal dynamics.

Observations from the authors' own clinical practice were used as illustrations.

Starting the discussion, it should be noted that suicide implies certain suicidal dynamics, including the stages of internal and external forms. Internal forms – antivitall experiences, suicidal thoughts, plans and intentions – have been discussed in detail in our previous works [11, 12].

In case of actions characterized by a high degree of impulsiveness, some elements of internal forms may be outwardly hardly noticeable (including hidden ones), the periods of their formation and manifestations are transient and/or abortive.

To realize the goal of this work, as an example, let us consider a somewhat schematic situation, reflecting the individual stages of suicidal dynamics, starting with suicidal intentions (Fig. 2).

*Suicidal intentions* are a transitional stage from internal forms of suicidal behavior to suicidal actions. Unlike suicidal thoughts and plans (planning), they include a behavioral component aimed at finding the conditions for ending their own life and direct preparation for suicidal actions.

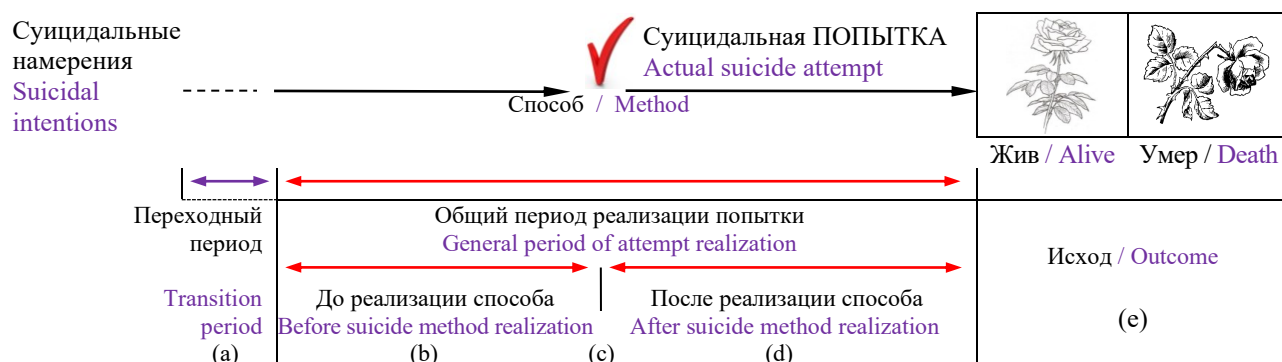


Рис. 2 / Fig. 2. Элементы и этапы суицидальной динамики (схема) / Elements and stages of suicidal dynamics (a scheme)

В отличие от суицидальных мыслей и замыслов (планирование), включают поведенческий компонент, направленный на поиск условий прекращения собственной жизни и непосредственную подготовку к суицидальным действиям. Начало периода суицидальных намерений как этапа суицидальной динамики, происходит с момента срабатывания «Внешнего ключа» – психологического образования, обозначающего какое-либо объективное событие / действие, которое человек, выделяет в индивидуальный, субъективно особо значимый просуицидальный фактор. Актуализация (срабатывание) «внешнего ключа» может запустить программу действий по реализации самоубийства. Примерами «внешнего ключа» могут служить: получение результата о ВИЧ-инфицировании, диагноз онкологического или другого тяжёлого заболевания, «полный» отказ любимого человека от встреч, получение «достоверных» фактов об измене и др. Структура вербальных проявлений в этот период чаще соответствуют схеме: «если – Ключ, то – Реализация». Например, «... если у меня подтвердится ВИЧ, то отравлюсь ...», «если узнаю, об измене жены, то ...» и т.д. [11, 12]. В западной суицидологии к «внешнему ключу» ближе всего стоит понятие «триггерного события» [13, 14].

Для описания и понимания дальнейшего перехода к суицидальной попытке важно получить ответы на следующие вопросы:

1. Все ли действия и приготовления к суицидальной попытке относятся к этапу её реализации (собственно суицидальная попытка)?

2. Имеются ли признаки и временные характеристики перехода от намерений к покушению на суицид?

Ответ на первый вопрос – нет, не все действия и приготовления могут свидетельствовать о начале суицидальной попытки. *Поведенческий компонент* суицидальных намерений может определять наличие таких действий, но не указывать о реализации покушения. Примеры: накопление лекарств пациентами клиники, предварительный поиск высотных зданий, сооружений и доступа к ним, изучение интернет-данных о летальности отдельных способов суицида и т.д. На этом этапе всё готовится впрок, до времени «X» – когда произой-

The beginning of the period of suicidal intentions as a stage of suicidal dynamics occurs from the moment the "External Key" is triggered – a psychological phenomenon that denotes an objective event/action that a person singles out into an individual, subjectively especially significant prosuicidal factor. Actualization (activation) of the "external key" can trigger a program of actions to implement suicide. Examples of the “external key” can be: obtaining a result about HIV infection, being diagnosed with cancer or other serious illness, “complete” refusal of a loved one from meetings, obtaining “reliable” facts about cheating of the spouse, etc. The structure of verbal manifestations during this period more often follows the scheme: "if – the Key, then – Realization". For example, "... if my HIV is verified, I will get myself poisoned...", "if I find out my wife’s cheating on my, then...", etc. [11, 12]. In Western suicidology, the concept of a “triggering event” is the closest to the “external key” [13, 14].

To describe and understand the further transition to a suicidal attempt, it is important to get answers to the following questions:

1. Do all actions and preparations for a suicidal attempt relate to the stage of its implementation (an actual suicidal attempt)?

2. Are there signs and time characteristics of the transition from intent to attempted suicide?

The answer to the first question is no, not all actions and preparations may indicate the beginning of a suicidal attempt. *The behavioral component* of suicidal intentions can determine the presence of such actions, but not yet indicate the implementation of the attempt. Examples: the accumulation of drugs by the patients of the clinic, preliminary search for high buildings and access to them, the study of Internet data on the mortality of certain methods of suicide, etc. At this stage, everything is prepared for the future, until the D day comes – when the conditions of the "external key" set by the person are fulfilled and it is

дёт выполнение условий заданного самим себе человеком «внешнего ключа» и его срабатывание (активация). Данный период обычно рассматривается как «подготовительные действия в связи с приближающимся суицидальным поведением» (preparatory acts toward imminent suicidal behavior) [14]. Под этим понимаются различные действия, которые готовят суицидальное событие, которое тем не менее не наступает, будучи остановлено каким-то образом.

Какой признак может отражать переход к началу реализации? – собственно суицидальная попытка – любые динамично развивающиеся и осознаваемые действия, направленные на прекращение жизни, характеризующиеся *резким ростом степени витальной угрозы*. Например, в случае суицида путём падения / прыжка с высоты, условная граница между намерениями и началом попытки будет являться открытие окна и расположение на подоконнике. До этого момента угроза жизни без других приготовлений была минимальной. Расположение на подоконнике высотного здания – *резкий рост витальной угрозы*, даже в случае неосторожных движений и возможного (по сути, случайного) падения. Но посидев на окне, человек испугавшись высоты, или по какой-либо другой причине возвращается в квартиру. Дальнейшая оценка ситуации может быть различной. Если он ранее или в момент пребывания в окне делал суицидальные заявления, угрозы или жесты, то это будет рассматриваться как суицидальная попытка, в зависимости от внешних проявлений – истинная или демонстративно-шантажная. При отсутствии суицидальных заявлений в итоге он может их категорически отрицать, а пребывание в окне объяснить, например, желанием получше рассмотреть улицу, рекламный баннер, или тем, что просто хотел получить новые ощущения. В этом случае наиболее вероятный диагноз специалистов – рискованное поведение, которое так же ассоциируется с высоким суицидальным риском [15].

Другой пример перехода: намерение – попытка. Мужчина достаёт из сейфа охотничье ружьё. Садится на стул, приставленный спинкой к стене, вставляет дуло в рот и кладёт большой палец ноги на спусковой курок. Всё указывает на реализуемое покушение. Но... ружьё заведомо не заряжено. Это репетиция. Степень витальной угрозы выше, чем обычно (наличие и доступ к оружию), но не максимальная. Ситуация суицидальной попытки начинается с момента зарядки ружья (*резкий рост степени витальной угрозы*).

Какова длительность переходного периода – «а» (рис. 2)? Она может сильно различаться в каждом конкретном случае. При импульсивных попытках – от нескольких минут до нескольких часов. И в этих случаях часто оценивается лишь ретроспективно. Крайние максимальные значения – не определены и могут длиться годами.

Таким образом, обобщая отмеченные выше дан-

activated (becomes actual). This period is usually regarded as "preparatory acts toward imminent suicidal behavior" [14], which implies various actions that make a suicidal event ready, but it does not take place being stopped in some way.

What is the sign that can reflect the transition to the beginning of implementation? – an actual suicidal attempt – any dynamically developing and conscious actions aimed at ending life, characterized by a *sharp increase in the degree of vital threat*. For example, in the case of suicide by falling / jumping from a height, the conditional boundary between intentions and the beginning of an attempt will be opening a window and getting to the windowsill. Until this moment, the threat to life without other preparations was minimal. Getting to the windowsill of a high building shows a *sharp increase of the vital threat*, even in case of careless movements and a possible (in fact, accidental) fall. But after sitting on the windowsill, the person gets frightened of heights or for some other reason gets back to the apartment. Further assessment of the situation may vary. If they made suicidal statements, threats or gestures earlier or at the moment of being at the sill, this will be considered as a suicidal attempt, depending on the external manifestations – either true or demonstrative. If there were no suicidal statements made, they can categorically deny them after all, and explain their stay at the sill, for example, by the desire to get a better look at the street, an advertising banner, or by simply wanting to get new sensations. In this case, the most likely diagnosis of specialists is risky behavior, which is also associated with high suicidal risk [15].

Here is another example of a transition 'intent – an attempt'. A man pulls a hunting rifle out of the storage place. He takes a sit on a chair that is placed against the wall, inserts the muzzle into his mouth and puts his big toe on the trigger. Everything points to an ongoing attempt. But ... the gun is obviously not loaded. This is a rehearsal. The level of vital threat is higher than usual (availability and access to weapons), but not maximum. The suicidal attempt situation begins from the moment the gun is loaded (*a sharp increase in the degree of vital threat*).

What is the duration of the transition period ("a" – in Fig. 2)? It can vary greatly from case to case. With impulsive attempts – from several minutes to several hours. And in these cases, it is often assessed only retrospectively. Extreme maximum periods are not defined and can last for years.

Thus, summarizing the data above, we can conclude that not all actions and preparations for suicide are a reflection of a suicidal

ные, можно сделать вывод о том, что не все действия и приготовления к самоубийству являются отражением суицидальной попытки, а их наличие и внешние проявления не обязательно свидетельствуют об её реализации. Соответственно, если суицидальная динамика ограничивается этапом намерений, то в этих случаях диагноз суицидальной попытки не может быть обоснован и внесён в медицинскую документацию. Таким образом, какое-либо действие (поведение), как и следует из определения, приведенного выше, является важнейшим маркером суицидальной попытки.

Перейдём к рассмотрению *этапа собственно суицидальной попытки*. Длительность его течения так же может сильно различаться в каждом конкретном случае, но и в нём условно можно выделить ряд периодов (рис. 2). Период, от начала её реализации до исхода, можно назвать Общим, включающим этап до реализации способа суицида (b), непосредственной реализации (c) и последующий, после самоповреждения (d), переходящий в Исход (e).

Несмотря на определённую схематичность такое разделение имеет большое значение для клиники. Важно понимать, что диагноз суицидальной попытки должен быть установлен не с временной точки совершения конкретно выбранного суицидентом способа прекращения жизни, а с более раннего момента – начала реализации суицидального плана, сопровождающегося резким ростом степени витальной угрозы. В случае, если попытка не была реализована по каким-то причинам (см. ниже), даже при отсутствии минимальных соматических последствий для суицидента, ситуация клинически должна рассматриваться как покушение, о чём свидетельствует превышение границы самосохранения, и подвержение своей жизни максимальной опасности.

Для большей наглядности вернёмся к рассмотренным выше примерам. В случае расположения человека в открытом окне высотного здания период b длится от момента открытия окна и расположения на подоконнике до падения или возврата в квартиру. В ситуации с покушением на самострел – от момента заряжения ружья до выстрела или отказа от самоубийства. То есть период b длится от начала реализации плана покушения до самоповреждения каким-либо избранным способом или отказа от него.

Почему с клинической точки зрения важен период b – это возможность остановки суицидальной динамики *до момента самоповреждения*. Возможны 2 варианта прекращения уже начатой суицидальной попытки (рис. 3):

1) попытку останавливает сам суицидент. В этом случае попытка описывается как «остановленная»;

2) попытка прерывается вмешательством других лиц или внешних факторов – «прерванная суицидальная попытка».

attempt, and their presence and external manifestations do not necessarily indicate its implementation. Accordingly, if the suicidal dynamics is limited to the stage of intentions, then in these cases the diagnosis of a suicidal attempt cannot be justified and entered into the medical documentation. Thus, any action (behavior), as follows from the definition given above, is the most important marker of a suicide attempt.

Let's move on to considering the stage of *the actual suicide attempt*. The duration of its course can also vary greatly in each specific case, but a number of periods can be conditionally distinguished there (Fig. 2). The period, from the beginning of its implementation to the outcome, can be called General, including the stage before the implementation of the method of suicide (b), direct implementation (c) and the subsequent, after self-harm (d), turning into Outcome (e).

Despite a certain schematic representation, such a division is of great importance for the clinic. It is important to understand that the diagnosis of a suicidal attempt should be established not from the time point of the realization of the method of suicide chosen, but from an earlier moment – the beginning of the implementation of the suicidal plan, accompanied by a sharp increase in the degree of vital threat. If the attempt was not implemented for some reason (see below), even in the absence of minimal somatic consequences for the suicide, the situation should be clinically considered an attempt, as evidenced by exceeding the limit of self-preservation, and exposing one's life to maximum danger ...

For greater clarity, let's return to the examples discussed above. In the case of getting to an open windowsill of a high-rise building, period b lasts from the moment the window is opened and the person gets to the sill till they fall down or return to the apartment. In a situation with an attempted firearms suicide it lasts from the moment of loading the gun till it is fired or the person refuses to commit suicide. That is, the period b lasts from the beginning of the implementation of the suicide plan to either *self-harm* by any chosen method or its rejection.

Why period b is clinically important is because of the possibility of stopping the suicidal dynamics before the *self-harm* moment. There are 2 ways how to stop an already started suicide attempt (Fig. 3):

1) the attempt is stopped by the suicide attempter. In this case, the attempt is described as "aborted";

2) the attempt is interrupted by the intervention of other persons or external factors – “an interrupted suicidal attempt”.

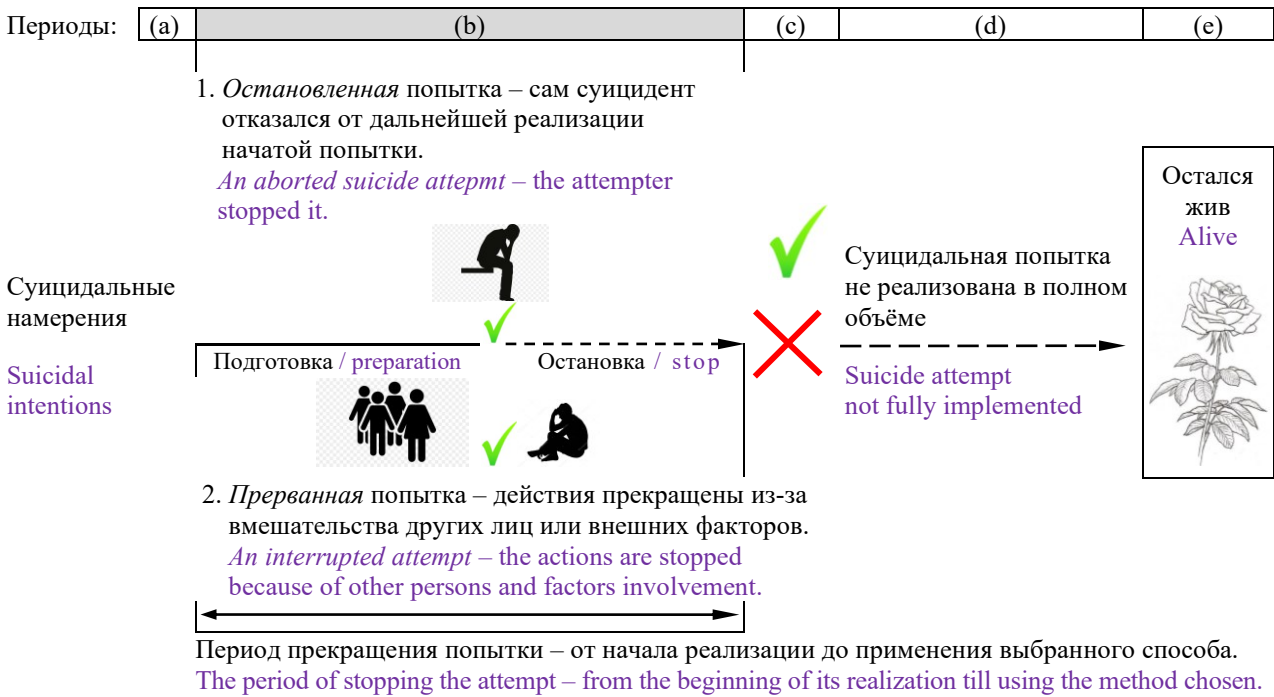


Рис. 3 / Fig. 3. Остановленные и прерванные попытки / Aborted and interrupted suicide attempts.

Здесь необходимо уточнить, что под эти категории не подпадают и не следует относить заранее спланированные действия, имеющие целью манипуляцию окружающими, и относящиеся к категории суицидального, а более правильно, «псевдо- или парасуицидального» шантажа – когда в сценарии и планы уже первоначально заложено прекращение ауто-агрессивных проявлений тем или иным способом.

Ярким примером «остановленной» попытки самим суицидентом может служить следующее клиническое наблюдение, включающее самописание.

*Мужчина К., 45 лет*, предпринял нереализованную до конца (остановленную) суицидальную попытку путём прыжка с внешней лестницы высотного здания. Из анамнеза: женат, двое детей (дочери). Материально обеспечен, владелец частной IT-компании, которую создал и развивал сам в течение многих лет. Бизнес успешен. Как выяснилось в последующем – психическими заболеваниями не страдал, каких-либо форм суицидальной активности ранее не отмечал. Накануне описываемой суицидальной попытки получил по почте пакет – интимные фотографии встречи жены с другим мужчиной.

Самописание К.: «... Мы вместе со школьной скамьи, учились в одном классе. Жили в одном дворе. Потом институт, женились на третьем курсе. Родились дочери. Поднимал бизнес, часто было нелегко, но всегда всё в дом. И радость, и беды вместе. Последние годы бизнес идёт хорошо, всё есть. Как это могло произойти? Весь мир рухнул в один миг... Было первое желание пойти и сказать всё в лицо. Мучила мысль – как она могла изменить, когда вся жизнь

Here it is necessary to clarify that pre-planned actions aimed at manipulating others should not be attributed to these categories as they belong to the category of suicidal, and more correctly, "pseudo- or parasuicidal" emotional blackmail – when one or another way of cessation of auto-aggressive manifestations is initially laid in the scenario and plans.

A striking example of a "stopped" attempt by the suicide attempter is the following clinical observation, which includes self-report.

*К., 45 years old, male* made an aborted suicidal attempt by jumping from the outer staircase of a high-rise building. Anamnesis: married, two children (daughters). Financially secured, owns a private IT-company, which he created and was developing for many years. The business is successful. As it turned out later, he did not suffer from mental illnesses, he had not previously noted any forms of suicidal activity. On the eve of the described suicide attempt, he reported receiving a package in the mail – intimate photographs of a meeting between his wife and another man.

*К.'s self-report:* "...My wife and I have been together since school, studied in the same grade. We lived in the same yard. Then we entered institute and got married in our third year. Daughters were born. I started a business, it was often not easy, but I always brought the bacon home. We shared both joy and troubles, always together. In recent years the business has been going well, we had everything we wanted. How could this happen? The whole world collapsed in a split of a second... My first desire was to go and say everything in person as I was tormented



для неё, и ради неё? Решил, что слова не помогут, и лучшим будет наказать её, чтобы она поняла, кого потеряла и предпочла другому. Почти сразу возник план спрыгнуть с высоты, и перед глазами картина лежащего себя на земле, и плачущей на до мною жены. С этими мыслями вышел на улицу и пошёл к соседнему с офисом высотному зданию, имеющему внешнюю лестницу, о которой узнал ранее, когда контролировал установку на здание электротехнического оборудования на высоте. Здание было ещё советской постройки, лестница простая вертикальная, вдоль отвесной стены, без внешнего ограждения. Я стал уверенно по ней подниматься, представляя картину плачущей жены над моим бездыханным телом, лежащим в крови.

В это время до меня стали доноситься слова знакомой с детства песни, слова которой хорошо знал и, нередко, сам напевал во время работы. Был тёплый август, окна соседних жилых домов открыты. Это была песня из кинофильма «Собака на сене». Главные герои – актеры А. Джигарханян и М. Боярский, обсуждая любовную дилемму Теодорро между служанкой и госпожой, напевали песню «... если вы до женщин слишком падки, в прелестях ищите недостатки...». Итогом сюжета песни было предположение, что при таком подходе «... через день глядишь, любовь остыла...». Невольно прислушавшись к знакомым словам, я понял, что это про меня. Я вдруг осознал, что, почему не может быть другого выхода, и нужно мне непременно умереть. Ведь наказать неверную супругу можно и другими не менее суровыми способами. Вспомнил о дочерях, о которых после получения фотографий ни разу не подумал. В этот момент я понял, что умирать не хочу, по крайней мере, сейчас, добровольно и таким жестоким способом.

Опустив глаза вниз, я увидел, что добрался почти до самого верха (примерно седьмой-восьмой этаж). Оказалось, что, слушая песню и раздумывая о своей беде, всё это время автоматически поднимался по лестнице не чувствуя усталости. И тут меня пронзила новая мысль. «А если я упаду и разобьюсь?» Меня сковал страх, руки с большей силой стали сжимать ступени лестницы. Я вновь увидел себя лежащим на земле в луже крови... и стоящих вокруг зевак, фотографирующих меня для очередного случая в соцсетях. В этот момент появилось ощущение ненависти и отвращения к себе за малодушие. С большим трудом спустившись вниз и ступив на твердую землю, почувствовал, что жизнь вернулась, мысли приобрели обычный для меня логичный ход, с чётким пониманием дальнейших действий и вариантов тактики. Удивляла быстрота принятого решения и та вера, с которой принял увиденное на фото. Вернувшись в офис, пригласил доверенного помощника, владеющего навыками разработки IT-рекламных проектов. Попро-

by the thought – how could she cheat on me, when all I do is for her and for her sake? I decided that words would not be enough, and it would be best to punish her so that she would understand who she had lost and preferred to another. Almost immediately there was a plan to jump from the building, I was picturing myself lying on the ground and my wife crying at me. With these thoughts, I left the office and went to the high-rise building next to it, which has an external staircase, which I had learned about earlier when I had been supervising the installation of electrical equipment on the building at the height. The building was constructed during Soviet period, the staircase was simple vertical, along a sheer wall, without an external fence. I started confidently climbing it, imagining a picture of a crying wife over my lifeless body lying in blood.

At this time, I began singing the words of a song familiar from childhood in my head, I knew the words well and, often, hummed myself while working. It was a warm August day, the windows of neighboring houses were open. It was a song from the movie *The Dog in the Manger*. The main characters – actors A. Dzhi-garkhanyan and M. Boyarsky discussing Teodorro's love dilemma between the servant and the mistress, sang the song "... if you are too greedy for women, look for flaws in the charms ...". The result of the song's plot was the assumption that with this approach "...in a day you'll see, love may be gone...". Unwittingly listening to familiar words, I realized that it was about me. I suddenly realized that why there could be no other way out, and I must die. After all, you can punish an unfaithful spouse in other equally severe ways. I remembered my daughters, whom I had never thought of after receiving the photographs. At that moment I realized that I didn't want to die, at least not now, voluntarily and in such cruel way.

Looking down, I saw that I got almost to the very top (about the seventh-eighth floor). It turned out that, while contemplating on the song and thinking about my misfortune, all this time I was automatically climbing the stairs without feeling tired. And then a new thought struck me. "What if I fall and crash?" Fear gripped me, I started squeezing the steps with greater force. I again saw myself lying on the ground in blood ... surrounded with passersby standing around, taking my pictures for another news in social media. At this moment, a feeling of hatred and self-loathing for cowardice emerged. With great effort, I went down and stepped onto solid ground, I felt that life had returned, my thoughts took on a logical course that was typical for me, with a clear understanding of further actions and tactics. I was surprised by the speed of the decision made and the faith with which I took what I saw in the photo for granted. Returning to the

сил его оценить качество фотографий на предмет монтажа. Удивительно, что эта мысль мне не пришла сразу по их получению. К вечеру был получен отчёт и разбор каждой фотографии, подтвердившей их монтажно-постановочный характер, выполненный на высоком профессиональном уровне. Так же были прослежены источники фото жены – её страничка в соцсетях и взломанная электронная почта. Фото мужчины было взято из зарубежного открытого источника. Дальнейшее развитие сюжета как в детективе. Заказчиком всего мероприятия были бизнес-партнеры, ожидающие получить долю в рынке прибыльного бизнеса».

Опустим подробный психологический анализ этой ситуации, ограничившись кратким итогом. В данном случае попытка была эмоционально обусловлена, спонтанна, с выбором и началом реализации объективно угрожающего жизни способа самоповреждения. *Остановка покушения была произведена самим суицидентом в процессе её реализации* и ситуации максимальной витальной угрозы, вследствие произошедшей переоценки случившегося.

Другое наблюдение («остановленная попытка»).

*Девушка, Ю., 19 лет.* Студентка медицинского ВУЗа, отличница. Единственный ребенок. Воспитывалась мамой и бабушкой. Отец ушёл из семьи, женившись на подруге мамы, когда Ю. было 8 лет. На втором курсе влюбилась в преподавателя, 27 лет, имеющего семью и дочь; брак благополучен. Приходя на занятия, старалась скрывать и не проявлять своих чувств. Никогда с возлюбленным на эту тему не говорила, и тихо страдала сама в течение нескольких месяцев. Ухудшение состояния возникло после того, как увидела преподавателя с женой и дочерью в парке на качелях – «все они проявляли счастье, которого у меня не будет». На фоне этих мыслей, придя домой, собрала имеющиеся у бабушки гипотензивные препараты с целью отравиться, решив сделать это на загородной даче, чтобы не смогли спасти. Написала прощальное письмо, сообщив мотивы, и где её можно будет найти. Опустила письмо в почтовый ящик, рассчитав, что до получателей оно дойдет через 2-3 дня. Села в маршрутный автобус с конечной остановкой пригородного кладбища. На очередной остановке к девушке под села пожилая женщина, некоторое время спустя обратившаяся к ней. Рассказала, что едет на кладбище, в сороковой день после трагической гибели в автоаварии внучки (19 лет), которую воспитывала одна (мать девочки умерла от алкоголизма, отец ушел из семьи). Обратилась к Ю., так как она была очень похожа «... те же глаза и молодость». Сказала, что теперь будет ждать только смерти, чтобы встретиться с ней.

Самоописание Ю.: «... этот момент во мне что-то перевернулось. Я вдруг поняла, что у моих мамы и бабушки, тоже больше никого нет. И их уделом будет так же один маршрут автобуса с конечной остановкой

office, I invited a trusted assistant with the skills to develop IT advertising projects. I asked him to evaluate the quality of photographs in terms of editing. It's surprising that this thought didn't come to me immediately upon receiving them. By evening, a report and analysis of each photograph was provided, confirming their editing and staging nature, made at a high professional level. The sources of the wife's pictures were also traced – her social media profile and email were hacked. The photo of the man was taken from a foreign open source. Further development of the plot was like a detective story. Business partners who were planning to gain a share in the profitable business market organized that all. "

We will omit a detailed psychological analysis of this situation, limiting ourselves to a brief summary. In this case, the attempt was emotionally conditioned, spontaneous, with the choice and the beginning of the implementation of an objectively life-threatening method of self-harm. The attempt was stopped by the suicide attempter during implementation and in the situation of maximum vital threat, as a result of the reassessment of what had happened.

Another observation (an "aborted attempt").

Y., 19 years old, female. An A student medical. The only child. Was brought up by her mother and grandmother. The father left the family, marrying his mother's friend when Y. was 8 years old. In the second year, she fell in love with a 27-year-old teacher married with a daughter; the marriage is safe. Coming to classes, she tried to hide and not show my feelings. She never spoke to the loved one on the issue, and quietly suffered on her own for several months. The situation sharply got worse after she saw the teacher with his wife and daughter in the park on a swing – "they all showed happiness which I will not have." Spurred by these thoughts, having come home she collected grandmother's antihypertensive drugs available in order to get poisoned, deciding to do it in a country house so that she could not be saved. She wrote a farewell letter, explaining her motives and where she could be found. She put the letter in the mailbox, thinking that it would reach the recipients in 2-3 days. She got on a route bus that was going to a suburban cemetery. At the next bus stop, an elderly woman sat down near her, and started speaking to Y. in a while. She said that she was going to the cemetery, on the fortieth day after the tragic death of her granddaughter (19 years old) in a car accident who she had been bringing up alone (the girl's mother died of alcoholism, her father left the family). She also explained that she started speaking to Y., as she resembled her granddaughter so much "... same eyes and youth." She said that now she would only wait for death

на кладбище. И такое же желание быстрее умереть. И я буду причиной их смерти и страдания. Странно, что раньше думала только о себе и своих чувствах. В этот момент мне захотелось помочь этой женщине, уменьшить её страдания. Я не вышла на своей остановке и поехала с ней на кладбище, сказав, что тоже ехала на могилу к подруге. Вид недавнего захоронения и обилие цветов, фото молодой девушки и сама обстановка сильно и отрезвляюще действовали на меня. Казалось, что эта женщина специально села рядом со мной, оградив от самой смерти. Вернувшись домой, я уложила все лекарства на место, потом несколько дней отслеживала своё письмо, и получила его. Близкие ничего не узнали.

В данном случае попытка явилась итогом пребывания в длительной индивидуально значимой стрессовой ситуации. Суицидальный сценарий свидетельствует об истинности мотивов (выбор лекарств с высоким летальным потенциалом, планирование отравления в условиях, исключающих оказание внешней помощи, отправленная по почте предсмертная записка). Начавшаяся реализация покушения была прервана *так же самой суициденткой в процессе её реализации* и ситуации максимальной витальной угрозы, вследствие произошедшей переоценки случившегося.

Примером «прерванной» суицидальной попытки, когда начавшиеся суицидальные действия были прерваны вследствие вмешательства других лиц или внешних факторов, может быть следующее наблюдение.

*Девушка К., 16 лет* (период самоизоляции на фоне пандемии COVID-19 – апрель 2020 г.). После очередного конфликта и попытки изнасилования пьяным отчимом открыла окно с намерением выпрыгнуть с восьмого этажа. В этот момент мать, вернувшаяся с дежурства (работает фельдшером на подстанции «Скорой помощи»), открыв дверь в квартиру и услышав плач дочери, вбегает в её комнату и успевает схватить уже сидевшую на подоконнике открытого окна. Тем самым спасая от падения и гибели. Дочь со слезами «... я хочу умереть», пыталась вырваться из рук матери, но в крепких объятиях понемногу успокоилась, рассказав о случившемся.

Приведём ещё одно наблюдение. Оно отражает ситуацию, когда имеются признаки как остановленной, так и прерванной попытки. В данном случае трудно оценить её принадлежность к тому или иному типу, что позволяет говорить о наличии смешанных вариантов.

... Возвращаясь с покупками из магазина, вызвали с супругой лифт, при этом обратили внимание, что лифт спускался с самого верхнего – 24-го этажа. Когда дверь открылась, в лифте оказался молодой человек, на вид лет 22-25. Из лифта он, тем не менее, не вышел, встал и спросил, на какой этаж нам ехать. Ответили, что на 19-й. Он неожиданно поехал с нами,

to meet her again.

Y.'s self-report: "... this moment something turned over inside me. I suddenly realized that my mother and grandmother also had no one else. And they will also have left that one bus route with a final stop at the cemetery having the same desire to die sooner. And I will be the cause of their death and suffering. It is strange that before I thought only of myself and my feelings. At that moment, I wanted to help this woman, to reduce her suffering. I did not get out at my stop and went with her to the cemetery, saying that I also went to the grave of my friend. The sight of a recent burial and an abundance of flowers, a photo of a young girl and the situation itself had a strong and sobering effect on me. It seemed that this woman specially sat down next to me, protecting me from death itself. Returning home, I put all the medications in place, then for several days I tracked down my letter, and received it. The relatives found out nothing.

In this case, the attempt was the result of being in a prolonged, individually significant stressful situation. The suicidal scenario confirms the true motives (the choice of drugs with a high lethal potential, the planning of poisoning in conditions that preclude the provision of external assistance, the suicide letter sent by mail). The beginning of the implementation of the attempt was also interrupted by the same suicide in the process of its implementation and the situation of the maximum vital threat, as a result of the reassessment of what happened.

The following observation may be an example of an "interrupted" suicidal attempt, when the started suicidal actions were terminated due to the intervention of other persons or external factors.

K., 16 years old female (self-isolation period amid the COVID-19 pandemic – April 2020). After another conflict and an attempted rape by a drunken stepfather, she opened a window with the intention of jumping from the eighth floor. At this moment, her mother returned from the shift (works as a paramedic at the ambulance substation), opening the door to the apartment and hearing her daughter's cry, rushes into her room and manages to grab her sitting at the open window on the windowsill. Thereby saving from fall and death. The daughter crying "... I want to die," tried to get out of her mother's arms, but in her strong embrace she gradually calmed down, telling about what had happened.

Here's another observation. It reflects a situation where there are signs of both stopped and interrupted attempts. In this case, it is difficult to assess which type of an attempt it should be classified as, which allows us to speak about availability of mixed options.

... Getting back home with purchases from

чем вызвал некоторое недоумение, но поскольку не внушал никаких опасений, от поездки не отказались. Внезапно он обратился со словами примерно такого содержания «Я вообще-то собирался на последний этаж, чтобы прыгнуть вниз, но вдруг решил, что если кто-то войдет, и я смогу с кем-то поговорить, то может быть передумаю». Супруга решительно сказала ему: «Нет, вы никуда не поедете, давайте зайдём к нам, поговорим». Проговорили минут 20-25 (... в какой-то момент, стало понятно, что опасность миновала, и не было смысла больше беседовать). Жизненная история довольно характерная – молодой человек со своей девушкой приехали из региона в столицу на праздники к друзьям, сняли квартиру, проводили время в компании. В процессе пребывания в столице выяснилось, что девушка ему изменила с лучшим другом, о чём сама ему сказала. Возникла мысль о том, чтобы прыгнуть с высоты. В ходе беседы удалось его переубедить, он явно повеселел и дал слово, что ничего с собой не собирается сделать. Во всяком случае, если при встрече в лифте он выглядел весьма взволнованным и подавленным, то при прощании уже не вызывал опасений. Через несколько дней встретили его возле дома ранним утром.

В этом наблюдении можно отметить, что, с одной стороны, имелись признаки намерения умереть. Причём обстоятельства указывают на несомненный риск (включая идентификацию способа и его «примеривание»). С другой стороны, налицо поиск случайной помощи со стороны, очевидно в силу опасений, что самостоятельно остановиться может и не удастся.

В целом, как видно из приведённых выше примеров, общей чертой «остановленных» и «прерванных» покушений является прекращение уже начавшейся реализации суицидальных действий *до момента самоповреждения*.

Клиническая практика и данные исследований так же свидетельствуют о достаточной однородности этих двух категорий суицидентов между собой и с лицами, совершившими попытки. У лиц, сообщивших об остановленных и прерванных попытках присутствуют сопоставимые уровни базовых факторов риска самоубийства, отмечается близкая выраженность несуицидальных самоповреждений [16, 17, 18], и имеются общие характеристики, свидетельствующие о преобладании истинных мотивов желания умереть.

Некоторые предполагаемые и вытекающие из немногочисленных исследований, а также наших собственных наблюдений, характеристики остановленных и прерванных попыток представлены в таблице (табл. 1).

Прекращение начавшейся реализации покушения до самоповреждения исключает наличие внешних ран или других негативных соматических последствий. И этот момент может иметь большое значение для субъективной оценки случившегося самими суицидентами.

a store, my wife and I were waiting for the elevator, while we noticed that the elevator descended from the highest floor, the 24th. When the doors opened, there was a young man in the elevator, who looked 22-25 years old. Nevertheless, he did not get out of the elevator, but asked which floor we wanted to go to. We said the 19th. We didn't expect him to go with us, which made us feel perplexed, but since he did not make us feel frightened, we went together. Suddenly he said something like this: "I was actually going to the last floor to jump down, but suddenly decided that if someone comes in and I can talk to someone, maybe I'll change my mind". My wife told him decisively: "No, you are not going anywhere, let's come with us and talk." We talked for 20-25 minutes (... at some point, it became clear that the danger had passed, and there was no point in talking anymore). The life story is quite typical – a young man and his girlfriend came from the country to the capital for the holidays with friends, rented an apartment and were spending time in the company. During their stay in the capital, it turned out that the girl had cheated on him with his best friend, which she herself told him about. He thought about jumping from height. During the conversation, we managed to convince him, he clearly cheered up and gave his word that he was not going to do anything with himself. In any case, when we met him at the elevator he looked very agitated and depressed, but when he was saying us goodbye, he no longer aroused such fears. Several days later we met him near our house in the early morning.

In this observation, it can be noted that, on the one hand, there were signs of intention to die. Moreover, the circumstances indicate an undoubted risk (including the identification of the method and "trying on"). On the other hand, there is a search for occasional help from the outside, obviously due to fears that it may not be possible to stop on its own.

In general, as can be seen from the above examples, there is a common feature for "aborted" and "interrupted" attempts – the already begun implementation of suicidal actions is terminated before the moment of self-harm.

Clinical practice and research data also indicate a sufficient homogeneity of these two categories of suicide attempters with each other and with persons who have made attempts. Individuals who reported aborted and interrupted attempts have comparable levels of basic risk factors for suicide, there is a similar severity of non-suicidal self-harm [16, 17, 18], and there are common characteristics that indicate the prevalence of true motives of desire to die.

Some of the characteristics of aborted and interrupted attempts, suggested and arising from studies, as well as our own observations, are presented in the table (Table 1).

Таблица 1 / Table 1

Остановленные и прерванные попытки  
Aborted and interrupted suicide attempts

Показатель / Indicator	Остановленные Aborted	Прерванные Interrupted
Инициатор прекращения попытки The person who initiated cessation of the attempt	Сам суицидент The suicide attempter themselves	Вмешательство других лиц или внешних факторов Other persons or external factors interception
Прекращение начавшейся реализации суицидальных действий до момента самоповреждения Termination of the started implementation of suicidal actions before the moment of self-harm	+	+
Отсутствие внешних повреждений или соматических негативных последствий (по исходу) No external damage or somatic negative consequences (by outcome)	+	+
Желание умереть в момент начала реализации покушения Desire to die at the starting moment of the suicide attempt	+	+
Желание умереть в момент прекращения реализации покушения Desire to die at the termination moment of the suicide attempt	Нет No	часто Да often Yes
Личное отношение к прекращению суицидальных действий в ситуации реализации Personal attitude towards stopping suicidal actions during implementation	Положительное Positive	Часто отрицательное Often negative
Оценка в последующем своих действий вне суицидальной активности (какая? Может быть негативная?) Subsequent evaluation of their actions beyond suicidal activity (what kind? Could it be negative?)	Часто Often	Реже More seldom
Риск суицидальных действий в будущем (относительно сравнимого типа покушений) The risk of future suicidal actions (relative to the comparable type of attempts)	Меньше Lower	Выше Higher

Незавершённость, особенно при остановленных попытках, часто позволяет им в дальнейшем рассматривать свои действия вне суицидальной активности и на прямой вопрос о наличии в прошлом покушений на суицид они, вполне вероятно, будут отвечать отрицательно. Прямым следствием такой ситуации является некорректная оценка персонального суицидального риска в будущем. Показано, что и остановленная и прерванная попытки повышают риск суицида в будущем, но при остановленном покушении самим суицидентом он в 3 раза ниже, чем в случае внешнего вмешательства [19]. Можно предположить, что внутренняя переоценка ситуации в кульминационный период, став элементом катарсиса (или в некотором смысле отрезвления и/или осознания ужаса от реальности смертельного исхода), оказывает более саногенное действие на личность, в том числе на последующее положительное разрешение ситуации. Об этом свидетельствует и более частое присутствие у суицидентов негативного отношения к внешнему вмешательству и сохранение желания умереть при прерванных попытках (табл. 1).

Ceasing suicide that has been attempted before self-harm excludes the presence of external wounds or other negative somatic consequences. And this point can be of great importance for the subjective assessment of what happened by the suicide attempters themselves. Incompleteness, especially with aborted attempts, often allows them to further consider their actions outside of suicidal activity, and they are likely to answer negatively to a direct question of whether they had suicide attempts in the past. A direct consequence of this situation is an incorrect assessment of the personal suicidal risk in the future. It has been shown that both aborted and interrupted attempts increase the risk of suicide in the future, but with an aborted attempt by the suicide attempter themselves, it is 3 times lower than in the case of external intervention [19]. It can be assumed that the internal reassessment of the situation in the culminating period, having become an element of catharsis (or, in a sense, sobering up and / or awareness of horror from the reality of a fatal outcome), has a more sanogenic effect on

Отсутствие внешних повреждений и соматических последствий при данных формах покушений отражается и на обращаемости за медицинской помощью, что определяет малый процент лиц, своевременно получающих профессиональную поддержку в условиях психологического кризиса. Другим следствием является невыявление и неучёт большинства этих случаев, и соответственно недостоверное отражение статистических данных о распространённости данных форм девиантного поведения в популяции [8].

Вероятно, поэтому цифры, приводимые в исследованиях, столь сильно разнятся. Среди клинического контингента в структуре попыток доля остановленных покушений составляет от 7 до 34%, прерванных – от 3 до 29,8% [20, 21]. В анамнезе обе эти формы выявляются у 11-50% лиц, обратившихся за помощью после попытки суицида [16, 22]. Среди неклинических групп при интернет-опросе об остановленных или прерванных попытках в анамнезе сообщают 8,7% студентов, не имеющих в прошлом ни одной актуальной попытки [17].

Учитывая особенности данных форм покушений, оценка и квалификация случившегося в большинстве случаев проводится клиницистом, преимущественно ретроспективно на основе данных анамнеза и со слов пациента. И эта работа так же требует достаточного опыта, внимания и времени, так как не все заявленные случаи попыток при клиническом анализе в действительности являются таковыми. После клинического интервью критериям суицидальной попытки соответствуют от 67 [20] до 78,8% [23] тех лиц, кто ранее сообщил о своей попытке при анонимном опросе. Соответственно 21,2-33% представляют собой другие формы девиаций, часть из которых, вполне вероятно, вообще не имела места, и могла быть придумана пациентами.

Дополнительным инструментом выявления и дифференциальной диагностики остановленных и прерванных попыток являются шкалы. Наибольшее внимание этой теме уделено в Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) [24, 25]. Для упрощения ответа на вопрос авторами Шкалы приводятся и пояснения:

«Прерванная попытка самоубийства»: когда человека прерывают и ему не удаётся (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (иначе произошла бы истинная попытка самоубийства). Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок:

the personality, including the subsequent positive resolution of the situation. The negative attitude towards external interference that most suicide attempters share is also an evidence to that as well as the persistence of their desire to die in case of interrupted attempts (Table 1).

Since there are no external injuries and somatic consequences in these forms of attempts, it also determines that they have no need to resort to medical care, which leads to a small percentage of people receiving timely professional support in their psychological crisis. Another consequence is the failure to properly identify and report the majority of such cases, and, accordingly, an unreliable reflection of statistical data on the prevalence of these forms of deviant behavior in the population [8].

This is probably why the figures cited in the studies are so different. Among the clinical contingent in the structure of attempts, the share of aborted attempts varies from 7 to 34%, the share of interrupted attempts is from 3 to 29.8% [20, 21]. In anamnesis, both of these forms are detected in 11-50% of people who seek help after attempting suicide [16, 22]. Among non-clinical groups, 8.7% of students who had no actual attempts in the past report a history of aborted or interrupted attempts in an Internet survey [17].

Taking into account the peculiarities of these forms of attempts, the assessment and qualification of what happened in most cases is carried out by a clinician, mainly retrospectively based on the history data and according to the patient's words. And this work also requires sufficient experience, attention and time, since not all reported cases of attempts in clinical analysis would in fact fall under that category. After the clinical interview, 67 [20] to 78.8% [23] of those individuals who previously reported their attempt in an anonymous survey meet the criteria for suicide attempt. Accordingly, 21.2-33% represent other forms of deviations, some of which, most likely, did not take place at all, and could be invented by patients.

Scales are an additional tool for the identification and differential diagnosis of aborted and interrupted attempts. The greatest attention to this topic is given in the Colombian Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) [24, 25]. To simplify the answer to the question, the authors of the Scale also provide the following explanations:

“Interrupted suicide attempt”: when a person is interrupted and fails (due to circumstances) to initiate an action potentially directed against themselves (otherwise a true suicide attempt would occur). An overdose: A person holds pills in their hand, but they are not allowed to swallow them. As soon as a person swallows the pills, the suicide attempt is considered true rather than aborted. A shot: The man

Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но ещё не повесился – его остановили.

«Остановленная попытка самоубийства»: когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / её.

Опыт применения этой Шкалы в целом успешен [24, 26-28], хотя и высказываются мнения, что концептуально и психометрически она несовершенна [29], а инструменты, которые предсказывают нефатальные повторные попытки самоубийства, не предсказывают самоубийство и наоборот [30]. Тем не менее, следует помнить, что Шкала является дополнительным инструментом, и не исключает клинической работы.

Подводя итог обсуждению остановленных / прерванных попыток, можно сказать, что проблема актуальна, феномен в отечественной литературе мало изучен (как, впрочем, и в мировой). Пока накопится эмпирический материал, можно рекомендовать клиницистам и психологам больше внимания уделять индивидуальной истории покушений на суицид, включая вопросы об остановленных и прерванных формах. При этом нужно учитывать субъективный характер сведений. Если в случае актуальных попыток есть возможность расспросить пациента о медицинских последствиях его действий, обращении за помощью, госпитализации, пребывании в стационаре, о лечебных мероприятиях, выздоровлении и т.д., что создаёт некую целостную картину и не оставляет сомнений в произошедшем, то в случае остановленных и прерванных попыток, в основном приходится полагаться только на сообщения опрошенных.

Продолжим обсуждение данной проблемы исходя из предложенного нами алгоритма. Следующим этапом суицидальной динамики является нанесение себе собственно самоповреждения (этап «с» в схеме – рис. 2).

Факт реализации – с внешними повреждениями и нарушением целостности кожного покрова или без них, но обязательно с негативными медицинскими последствиями для человека – позволяет отнести попытку к состоявшейся (актуальной). Но вопрос – означает ли это, что реализация самоповреждения является окончанием попытки? На представленной нами схеме динамики суицидальной попытки (рис. 2) после самоповреждения следует период d – «после реализации способа», который длится до исхода (остался жив / погиб). Лишь после этого может начаться постсуицидальный период. Длительность d-периода и его качественные характеристики могут

directed a gun at himself, but someone takes the weapon from him or someone / something prevented him from pulling the trigger. Once the person pulls the trigger, even if a misfire occurs, the suicide attempt is considered true. A jump: The person is ready to jump, but is grabbed and pulled off the edge. Hanging: A man tied a noose around his neck, but has not hung himself yet – he was stopped.

"Aborted suicide attempt": when a person begins to take steps to commit a suicide attempt, but stops themselves before actually starting to commit self-destructive actions. Examples of aborted suicide attempts are similar to examples of aborted suicide attempts, except that the person stops themselves, rather than something else stopping him / her.

The experience of using this Scale is generally successful [24, 26-28], although opinions are expressed that it is conceptually and psychometrically imperfect [29], and tools that predict non-fatal repeated suicide attempts do not predict suicide, and vice versa [30]. However, it should be remembered that the Scale is an additional tool and does not exclude clinical work.

Summing up the discussion of aborted/interrupted attempts, we can say that the problem is urgent, the phenomenon is poorly studied in the national literature (as well as in the world in general). While empirical material is accumulating, clinicians and psychologists can be recommended to pay more attention to the individual history of attempted suicide, including questions about aborted and interrupted forms. In this case, the subjective nature of the information must be taken into account. If, in the case of actual attempts, it is possible to ask the patient about the medical consequences of their actions, seeking help, hospitalization, hospital stay, treatment measures, recovery, etc., which creates a kind of holistic picture and leaves no doubt about what happened, in the case of aborted and interrupted attempts, basically you have to rely only on the respondents' self-reports.

Let us continue the discussion of this problem based on our proposed algorithm. The next stage of suicidal dynamics is self-harm itself (stage "c" in the scheme – Fig. 2).

The fact of implementation – with external damage and violation of the integrity of the skin or without them, but always with negative medical consequences for a person – makes it possible to attribute the attempt to a successful one (actual). But the question is – does this mean that the realization of self-harm is the end of the attempt? In our diagram of the dynamics of a suicidal attempt (Fig. 2), self-harm is followed by a period d – “after the implementation of the suicide method”, which lasts until the outcome (survived/died). Only after this can the post-

иметь достаточно большую вариабельность, и определяться многими факторами.

При использовании способов самоповреждений с выраженным суицидогенным (летальным) потенциалом, человек часто погибает в течение короткого периода время (падение с высоты, выстрел в голову, самоповешение, спланированная автокатастрофа и т.д.). В этих случаях d-период практически отсутствует. Но если последствия самоповреждения требуют оказания длительной медицинской помощи, то и d-период так же увеличивается до определения исхода. Скорее всего, в таких случаях пациент находится в стационаре и, соответственно, доступен для контакта со стороны профессионалов (психологов и врачей).

Большую значимость период d – «после реализации способа» имеет в ситуациях выбора менее травматичных способов, особенно, характеризующихся достаточно длительным «светлым» (бессимптомным) промежутком, до окончательного перехода ситуации в «исход попытки». В основном эти случаи связаны с умышленными самоотравлениями. Зададимся вопросом – Какова может быть длительность «светлого» периода при отравлениях отдельными веществами – от момента приёма их в токсических дозах до потери сознания, когда человек уже не сможет оказать себе помощь или попросить о ней? Например, для большинства современных гипотензивных препаратов это 1-2 часа, психотропных средств – 2-4 часа. В случае приёма высоких доз парацетамола (более 4 г/сут) – длительность бессимптомного течения периода отравления до резкого ухудшения состояния и развития необратимых повреждений печени, нередко приводящих к гибели, составляет двое-трое суток [31].

Соответственно, эти временные интервалы, так же следует относить к d-периоду суицидальной попытки – как ситуации «пребывания в процессе попытки», а границей перехода в постсуицидальный период можно считать начало оказания медицинской и психологической помощи и/или резкое снижение угрозы жизни, когда исход преимущественно понятен и определён. В более лёгких случаях, не потребовавших оказания помощи, d-период может оканчиваться с регрессом негативных соматических последствий. Например, женщина после принятия, по её мнению, «смертельной» дозы лекарств, пришла в себя на следующее утро. С момента её пробуждения (d-период заканчивается, исход – понятен) начинается постсуицидальный период.

D-период, как относящийся к ситуации реализации суицидальной попытки, и непосредственного пребывания в ней («в процессе»), имеет важное значение для оказания помощи – как можно более ранней и квалифицированной.

Суицидент, пребывая в этом периоде, может самостоятельно запросить помощь у окружающих, или обратившись к медицинским работникам (женщина после приёма с суицидальной целью «горсти» ле-

suicidal period begin. The duration of the d-period and its qualitative characteristics can have a fairly large variability and are determined by many factors.

When using methods of self-harm with a pronounced suicidal (lethal) potential, a person often dies within a short period of time (falling from a height, shot in the head, self-hanging, planned car accident, etc.). In these cases, there is practically no d-period. But if the consequences of self-harm require the provision of long-term medical care, then the d-period also gets longer until the outcome is determined. Most likely, in such cases, the patient gets admitted to hospital and, as a result, is available for contact from professionals (psychologists and doctors).

The period d – “after the implementation of the method” – is more significant in situations when less traumatic methods are chosen, especially those characterized by a rather long “bright” (asymptomatic) interval, until the situation finally transitions to the “outcome of the attempt”. More often these cases are associated with deliberate self-poisoning. Let us ask ourselves a question – What can be the duration of the “bright” period in case of poisoning with certain substances – from the moment of taking them in toxic doses to losing consciousness, when a person can no longer help themselves or ask for help? For example, for most modern antihypertensive drugs it is 1-2 hours, psychotropic drugs it is 2-4 hours. In case of taking high doses of paracetamol (more than 4 g per day), the duration of the asymptomatic course of the period of poisoning until a sharp deterioration in the condition and the development of irreversible liver damage, often leading to death, is two to three days [31].

Thus, these time intervals should also be attributed to the d-period of a suicidal attempt – as a situation of “being in the process of an attempt”, and the beginning of the provision of medical and psychological assistance and/or a sharp decrease in the threat to life, when the outcome is mostly clear and defined. In lighter cases that do not require assistance, the d-period may end with a regression of negative somatic consequences. For example, a woman after taking what she believed to be a “lethal” dose of medication came to her senses the next morning. Since the moment of her awakening (the d-period ends, the outcome is clear), the post-suicidal period begins.

The d-period, as related to the situation of the implementation of a suicidal attempt, and the direct stay in it (“in the process”), is important for providing assistance – as early and qualified as possible.

A suicidal person, being in this period, can independently request help from others, or by contacting medical workers (a woman, after



карств из домашней аптечки, чувствуя резкое ухудшение самочувствия звонит на «скорую». Прибывшие медицинские работники находят её без сознания и оказывают помощь. Эта ситуация расценивается как истинная суицидальная попытка и не относится к остановленной, так как был реализован способ – умышленное самоотравление).

Знание особенностей течения d-периода при отдельных способах самоповреждений, реализованных с суицидальной целью, имеет большое значение для медицинских работников. Особенно при оценке ситуации в условиях осмотра пострадавшего сотрудниками бригады «Скорой помощи» на дому, первичного осмотра пациента в приёмном отделении стационара при самостоятельном обращении или доставленного близкими с заявлением о попытке самоотравления. Важно помнить, что отсутствие внешних признаков и симптомов повреждения / отравления может быть следствием пребывания пострадавшего в «светлом» (бессимптомном) периоде уже реализованной суицидальной попытки. И подобные ситуации требуют более внимательного отношения, анализа данных и оказания помощи в соответствии с установленными фактами.

В завершении обсуждения темы кратко остановимся на исходах суицидальных попыток в случаях гибели суицидентов. Хорошо спланированные и реализованные по суицидальным мотивам попытки, часто заканчиваются гибелью пострадавшего. В этом случае покушение переqualифицируется в завершённый суицид. Гибелью могут заканчиваться и изначально спланированные манипулятивные покушения, имеющие своей целью с помощью суицидального шантажа достижения рентных целей, без желания погибнуть. Как правило, это обусловлено недооценкой травматичности способа (нанёс более глубокие порезы с повреждением артерий) или вмешательством других факторов (не смог удержаться или поскользнулся на подоконнике, угрожая окружающим прыгнуть вниз). Эти случаи, при условии проверки и верификации всех обстоятельств, должны рассматриваться как несчастный случай.

**Заключение.**

Попытка суицида – распространённая в популяции форма девиантного поведения, ассоциирующаяся с высоким риском гибели вследствие реализации различных способов самоповреждений. Несмотря на это, в клинической практике нередко имеют место сложности в квалификации и диагностике суицидального поведения и суицидальных попыток, что может негативно отражаться на качестве оказываемой помощи и профилактике самоубийств. В этой связи изучение особенностей отдельных проявлений и возможных закономерностей развития суицидальных попыток имеет большое значение. Представленный анализ динамики суицидальных попыток позволил выделить и дать более чёткие клинические характеристики отдельных этапов суицидокинеза покушений, дифференциации от других форм. Это может быть исполь-

taking a handful of drugs from a home first-aid kit with a suicidal purpose, feeling sharp deterioration in her state of health, calls an ambulance. The arrived medical workers find her unconscious and provide help. This situation is regarded as a true suicidal attempt and does not apply to an aborted one, since the method was implemented – deliberate self-poisoning).

Knowledge of the peculiarities of the course of the d-period for certain methods of self-harm implemented with a suicidal purpose is of great importance for medical workers. Especially when assessing the situation in the conditions of the examination of the injured by the staff of the ambulance team at home, the initial examination of the patient when getting admitted to the inpatient department upon self-referral or delivered by relatives with a statement about an attempt at self-poisoning. It is important to remember that the absence of external signs and symptoms of injury / poisoning may be a consequence of the victim's being in the “bright” (asymptomatic) period of an already implemented suicide attempt. And such situations require more careful attention, data analysis and assistance in accordance with the established facts.

At the end of the discussion of the topic, let us briefly dwell on the outcomes of suicidal attempts in cases of death of suicide attempters. Well-planned and implemented suicidal attempts often end with the victim's death. In this case, the attempt will be qualified as a completed suicide. The initially planned manipulative suicide attempts aimed at achieving some reward goals with the help of emotional blackmail without any desire to die can also end in death. As a rule, this is due to an underestimation of the traumatic nature of the method (caused deeper cuts with damage to the arteries) or the intervention of other factors (could not resist or slipped on the windowsill, threatening others to jump down). These incidents, provided that all circumstances have been confirmed and verified, should be regarded as accidents.

**Conclusion.**

Suicide attempt is a common form of deviant behavior in the population, associated with a high risk of death due to the implementation of various methods of self-harm. Despite this, in clinical practice, there are often difficulties in qualifying and diagnosing suicidal behavior and suicidal attempts, which can negatively affect the quality of care and suicide prevention. In this regard, the study of the characteristics of individual manifestations and possible patterns of development of suicidal attempts is of great importance. The presented analysis of the dynamics of suicidal attempts made it possible to identify and give clearer clinical characteristics of individual stages of suicidokinesis of attempts, their differentiation from other forms.

зовано для повышения эффективности работы с суицидоопасным контингентом на этапах диагностики, коррекционной и превентивной работы.

This can be used to improve the efficiency of work with a suicidal contingent at the stages of diagnosis, corrective and preventive work.

Литература / References:

- National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization, 2018.
- Разводовский Ю.Е., Кандрычын С.В., Зотов П.Б. Гендерный градиент суицидов и уровень экономической активности в странах Восточной и Западной Европы. *Девиянтология*. 2020; 4 (1): 29-32. [Razvodovskiy Y.E., Kandrychyn S.V., Zotov P.B. Gender gap in suicides and level of economic activity in the countries of Eastern and Western Europe. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 29-32.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-29-32
- Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. COVID-19. Анализ роста депрессивной симптоматики и суицидальных идей. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 6-9. [Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu. COVID-19. Analysis of the increase in depressive symptoms and suicidal ideation. *Academic Journal of West Siberia*. 2020; 16 (3): 6-9.] (In Russ)
- Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: Изд-во Медицинское информационно агентство, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2019. 600 p.] (In Russ)
- Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 18-26. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 16-30.] (In Russ)
- Mars B., Heron J., Klonsky E.D., et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6: 327-337. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6
- Zickler P. 33-year study finds lifelong, lethal consequences of heroin addiction. *NIDA Notes*. 2001; 16 (4): 1-7.
- Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Ряхина Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области. *Академический журнал Западной Сибири*. 2012; 6: 44-45. [Zotov P.B., Rodyashin E.V., Ryakhina N.A. A systematic registration of suicide attempts: first experience results of the register in the Tyumen region. *Academic journal of Western Siberia*. 2012; 6: 44-45.] (In Russ)
- Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B., Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007; 164 (7):1035-1043.
- Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 14. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results. *Tyumen medical journal*. 2013; 15 (1): 14.] (In Russ)
- Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-37. [Zotov P.B. *Questions of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior*. *Academic journal of Western Siberia*. 2010; 3: 35-37.] (In Russ)
- Зотов П.Б. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 42-43. [Zotov P.B. "Foreign key" - as an element of suicidal dynamics and the object of psychological influence in adolescents. *Tyumen medical journal*. 2013; 15 (3): 42-43.] (In Russ)
- Turecki G., Brent D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387 (10024): 1227-1239. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Fazel S., Runeson B., Ropper A.H. Suicide. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382 (3): 266-274. DOI: 10.1056/NEJMr1902944
- Рахимкулова А.С. Последствия рискованного поведения для физического и психического здоровья подростков. *Девиянтология*. 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) DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-3-15
- Barber M.E., Marzuk P.M., Leon A.C., Portera L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1998 Mar; 155 (3): 385-389. DOI: 10.1176/ajp.155.3.385
- Burke T.A., Hamilton J.L., Ammerman B.A., Stange J.P., Alloy L.B. Suicide risk characteristics among aborted, interrupted, and actual suicide attempters. *Psychiatry Res*. 2016 Aug 30; 242: 357-364. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.051
- Hill R.M., Hatkevich C.E., Kazimi I., Sharp C. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Associations between interrupted, aborted, and actual suicide attempts among adolescent inpatients. *Psychiatry Res*. 2017 Sep; 255: 338-340. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.014
- Steer R.A., Beck A.T., Garrison B., Lester D. Eventual suicide in interrupted and uninterrupted attempters: a challenge to the cry-for-help hypothesis. *Suicide & life-threatening behavior*. 1988; 18 (2): 119-128 DOI: proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1943-278X.1988.tb00146.x
- Hom M.A., Joiner T.E., Bernert R.A. Limitations of a single-item assessment of suicide attempt history: Implications for standardized suicide risk assessment. *Psychol Assess*. 2016 Aug; 28 (8): 1026-1030. DOI: 10.1037/pas0000241
- Al-Habeeb A.A., Sherra K.S., Al-Sharqi A.M., Qureshi N.A. Assessment of suicidal and self-injurious behaviours among patients with depression. *East Mediterr Health J*. 2013 Mar; 19 (3): 248-254.
- Marzuk P.M., Tardiff K., Leon A.C., Portera L., Weiner C. The prevalence of aborted suicide attempts among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Dec; 96 (6): 492-496. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09952.x
- Rogers M.L., Hom M.A., Dougherty S.P., Gallyer A.J., Joiner T.E. Comparing Suicide risk factors among individuals with a history of aborted, interrupted, and actual suicide attempts. *Arch Suicide Res*. 2020; 24 (sup1): 57-74. DOI: 10.1080/13811118.2018.1522283
- Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Опенки Тяжести Суицида (C-SSRS). Современная терапия психических расстройств. 2011; 2: 30-39. [Cukarzi E.E. Suicide: risk assessment and first aid. Determination of the level of suicide risk using the Colombian Suicide Severity rating Scale (C-SSRS). *Modern therapy of mental disorders*. 2011; 2: 30-39.] (In Russ)
- 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. *Am J Psychiatry*. 2011; 168: 1266-1277. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704
- Gipson P.Y., Agarwala P., Opperman K.J., Horwitz A., King C.A. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care*. 2015 Feb; 31 (2): 88-94. DOI: 10.1097/PEC.0000000000000225
- Park C.H.K., Kim H., Kim B., Kim E.Y., Lee H.J., Kim D., Ahn Y.M. predicting planned suicide attempts with the columbian-suicide severity rating scale: a subanalysis of the 2013 korea national suicide survey on emergency department visitors. *J Nerv Ment Dis*. 2019 Feb; 207 (2): 59-68. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000921
- Madan A., Frueh B.C., Allen J.G., Ellis T.E., Rufino K.A., Oldham J.M., Fowler J.C. Psychometric reevaluation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: findings from a prospective,

- inpatient cohort of severely mentally ill adults. *J Clin Psychiatry*. 2016 Jul; 77 (7): e867-73. DOI: 10.4088/JCP.15m10069
29. Giddens J.M., Sheehan K.H., Sheehan D.V. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability? *Innov Clin Neurosci*. 2014 Sep; 11 (9-10): 66-80.
30. Lindh Å.U., Dahlin M., Beckman K., Strömsten L., Jokinen J., Wiktorsson S., Renberg E.S., Waern M., Runeson B. A Comparison of suicide risk scales in predicting repeat suicide attempt and suicide: a clinical cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2019 Nov 19; 80 (6): 18m12707. DOI: 10.4088/JCP.18m12707.
31. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Абузарова Г.Р., Скрыбин Е.Г., Кляшев С.М., Петров В.Г. Парацетамол среди средств суицидальных действий в России и зарубежом. *Суицидология*. 2019; 10 (4): 99-119. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Abuzarova G.R., Scriabin E.G., Klyashev S.M., Petrov V.G. Paracetamol among the means of suicidal actions in Russia and abroad. *Suicidology*. 2019 10 (4): 99-119.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-99-119

## SUICIDAL ATTEMPTS: CLINICAL CHARACTERISTICS FROM THE POSITION OF SUICIDAL PROCESS

P.B. Zotov, E.B. Lyubov,  
V.A. Rozanov,  
A.S. Rakhimkulova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru  
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru  
Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru  
Child and Adolescent Neuropsychological Center, Moscow, Russia

Suicide attempt is a common form of deviant behavior in the population that is associated with a high risk of death due to implementation of various self-harm methods. Despite this, in clinical practice, there are often difficulties in qualifying and diagnosing suicidal behavior and suicidal attempts, which can negatively affect the quality of care and suicide prevention. In this regard, the study of the characteristics of individual manifestations and possible patterns of development of suicidal attempts is of great importance. This article discusses the clinical characteristics of true suicidal attempts, from their transition from suicidal intent to the final suicide act. With the aim to provide maximum clarity and deeper understanding of the suicidal process, individual elements and forms of attempts, the authors propose an original approach with the allocation of individual periods in *the dynamics of a suicidal attempt (a, b, c, d, e)*, the duration and qualitative characteristics of each of which are closely related with certain types of attempts. From these positions, detailed clinical descriptions of stopped, interrupted and other forms of suicidal attempts are given, each of which is illustrated with authors' own clinical practice observations. Clinical and dynamic signs for differential diagnosis and reasonable diagnosis of a suicide attempt and their individual forms are presented. In conclusion, authors suggest that the proposed approach with clearer clinical characteristics of individual stages of suicidokinesis of attempts and differentiation from other forms can be used to increase the efficiency of work with a suicidal contingent at the stages of diagnosis, corrective and preventive work.

**Key words:** suicidal attempt, suicidokinesis, suicidal process, stopped suicidal attempt, interrupted suicidal attempt, true suicidal attempt, suicidal actions, suicide, suicide

### Вклад авторов:

- П.Б. Зотов:** разработка дизайна исследования, описание клинических наблюдений, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;  
**Е.Б. Любов:** разработка дизайна исследования, описание клинических наблюдений, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;  
**В.А. Розанов:** описание клинических наблюдений, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;  
**А.С. Рахимкулова:** обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи, перевод текста рукописи.

### Authors' contributions:

- P.B. Zotov:** developing the research design, description of clinical observations, reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;  
**E.B. Lyubov:** developing the research design, description of clinical observations, reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;  
**V.A. Rozanov:** description of clinical observations, reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;  
**A.S. Rakhimkulova:** reviewing of publications of the article's theme, article writing, text translation.

**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: 06.08.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 07.11.2020.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Рахимкулова А.С. Суицидальные попытки: клинические характеристики с позиций суицидального процесса. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 101-119. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-101-119

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S. Suicidal attempts: clinical characteristics from the position of suicidal process. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 101-119. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-101-119