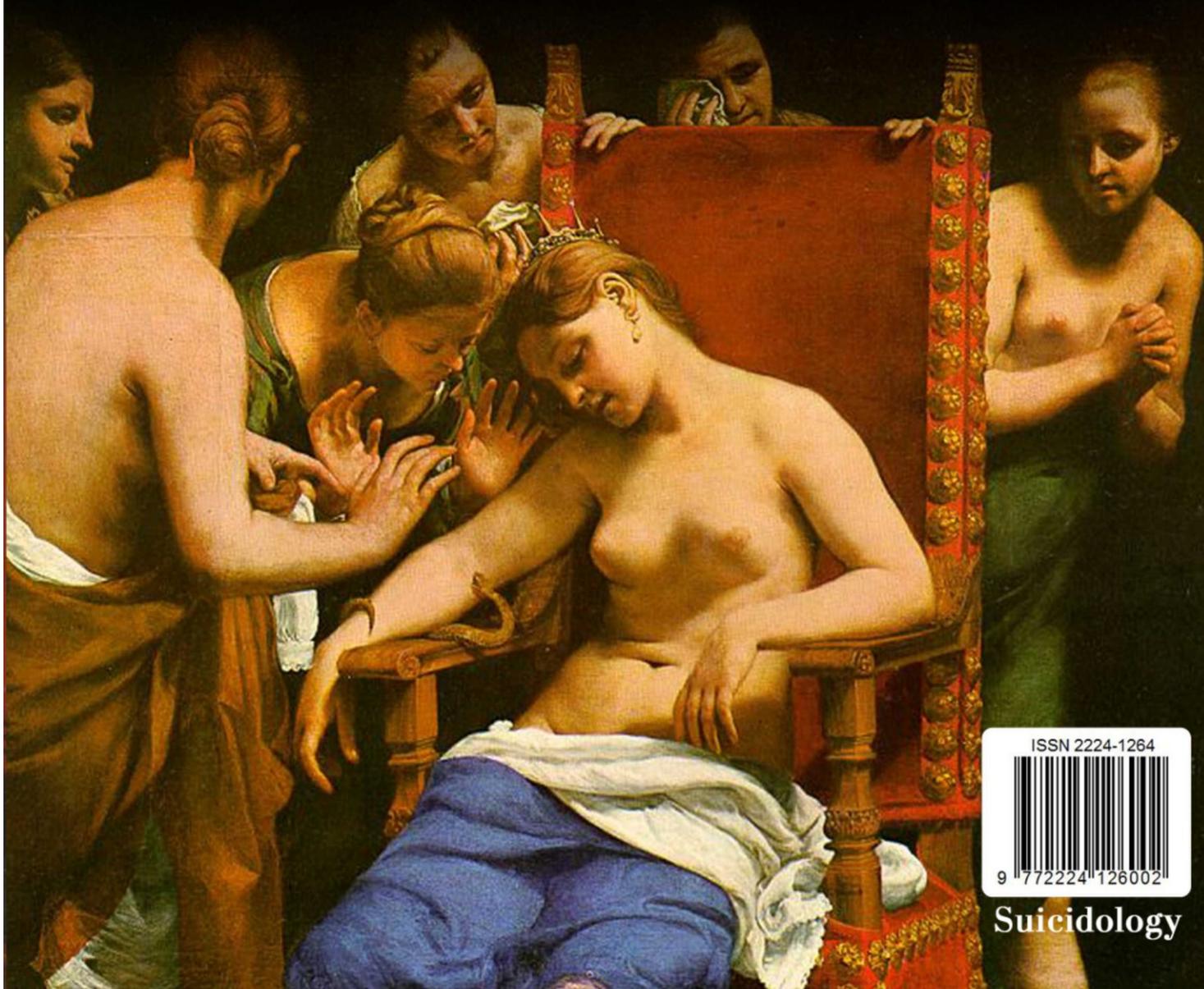


# Суицидология

научно-практический журнал

№ 3 2025



ISSN 2224-1264



9 772224 126002

Suicidology

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,  
д.м.н., профессор (Томск)  
А.В. Голенков, д.м.н., профессор  
(Чебоксары)  
С.А. Игумнов, д.м.н., профессор  
(Минск, Беларусь)  
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.  
профессор (Москва)  
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор  
(Москва)  
Г.Э. Мазо, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
А.В. Меринов, д.м.н., профессор  
(Рязань)  
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор  
(Санкт-Петербург)  
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.  
(Гродно, Беларусь)  
А.С. Рахимкулова, PhD,  
нейропсихолог (Москва)  
В.А. Розанов, д.м.н., профессор  
(Санкт-Петербург)  
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент  
(Ростов-на-Дону)  
С.Л. Соловьева, д.психол.н., проф.  
(Санкт-Петербург)  
А.Б. Холмогорова, д.психол.н.  
(Москва)  
А.В. Шаболтас, д.психол.н.  
(Санкт-Петербург)  
I. Galynkeg, профессор (США)  
J. Korkeila, профессор  
(Финляндия)  
Jie Zhang, PhD, профессор  
(Китай, США)  
I.H. Mäkinen, профессор (Швеция)  
R.A. Mahesar, MS (Пакистан)  
W.A. Pridemore, профессор (США)  
M. Sarchiarone, профессор  
(Италия)  
N. Serpälä, д.м.н. (Финляндия)

Журнал зарегистрирован  
в Управлении Роскомнадзора  
по Тюменской области,  
Ханты-Мансийскому автономному  
округу – Югре и Ямало-Ненецкому  
автономному округу  
Св-во: ПИ № ТУ72-01728  
от 29 января 2025 г.

16+

## Содержание

<i>А.В. Меринов</i> Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть I. Плюс / минус модели суицидогенеза, главный вопрос суицидологии .....	3
<i>В.А. Козлов, А.Н. Порозов, А.А. Хусаинова, А.В. Голенков, П.Б. Зотов</i> Фармакогенетика суицида .....	30
<i>А.Ю. Королева, Е.В. Борисоник, А.Б. Холмогорова</i> Феноменологический анализ переживания горя у родственников и друзей после суицида близкого человека .....	57
<i>Е.Б. Любов, А.Н. Куликов</i> Одиночество и суицидальное поведение. Часть II: формы и типология заводей и омутов одиночеств .....	74
<i>А.А. Кибитов, А.П. Горбунова, Я.В. Яковлева, Е.Д. Касьянов, Г.В. Рукавишников, А.О. Кибитов, Г.Э. Мазо</i> Сочетанное несуйцидальное и суицидальное самоповреждающее поведение: транснозологическая роль семейной отягощенности и неблагоприятного детского опыта .....	91
<i>А.В. Голенков, В.А. Козлов, И.Е. Булыгина, А.Г. Кириллов</i> Убийство, спровоцированное жертвой, или «синее самоубийство» (обзор зарубежных исследований) ..	108
<i>Е.Р. Гурулёва, А.В. Меринов, В.А. Гурулёв</i> Суицидологическая характеристика молодых мужчин с нервной булимией .....	120
<i>М.И. Суботич, А.Б. Холмогорова, А.А. Рахманина, М.М. Поцхверия</i> Психосоциальные и клинические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку .....	130

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

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

EDITORIAL COLLEGE

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

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

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

S.A. Igumnov, MD, PhD, prof.  
(Minsk, Belarus)

A.B. Kholmogorova, DSc in  
Psychol. (Moscow, Russia)

J. Korkeila, PhD, prof. (Finland)

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

Jie Zhang, PhD, prof.  
(China, USA)

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

R.A. Mahesar, MS (Pakistan)

I.H. Mäkinen, PhD, prof. (Sweden)

G.E. Mazo, MD, PhD  
(St. Petersburg, Russia)

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

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

W.A. Pridemore, PhD, prof. (USA)

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

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

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

M. Sarchiapone, MD, prof. (Italy)

N. Seppälä, MD, PhD (Finland)

A.V. Shaboltas, DSc in Psychol.  
(St.Petersburg, Russia)

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

S.L. Solovyeva, DSc in Psychol.  
(St.Petersburg, Russia)

Журнал «Суицидология»  
включен в:

- 1) Российский индекс научного цитирования (ядро РИНЦ)
- 2) RSCI (elibrary.ru)
- 3) Белый список РЦНИ
- 4) Базы ВИНТИ
- 5) международную систему цитирования Web of Science (ESCI)
- 6) EBSCO Publishing

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

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

ISSN 2224-1264

## Contents

<i>A.V. Merinov</i> The decompensatory (minus) model of suicidal behavior. Part I. Plus / minus models of suicidogenesis, the main issue of suicidology .....	3
<i>V.A. Kozlov, A.N. Porozov, A.A. Khusainova, A.V. Golenkov, P.B. Zotov</i> Pharmacogenetics of suicide .....	30
<i>A.Yu. Koroleva, E.V. Borisonik, A.B. Kholmogorova</i> Phenomenological analysis of grief among relatives and friends following the suicide of a significant other .....	57
<i>E.B. Lyubov, A.N. Kulikov</i> Loneliness and suicidal behavior: historical aspect and definitions. Part II: Forms and typology of pools and whirlpools of loneliness .....	74
<i>A.A. Kibitov, A.P. Gorbunova, Y.V. Yakovleva, E.D. Kasyanov, G.V. Rukavishnikov, A.O. Kibitov, G.E. Mazo</i> Combined nonsuicidal and suicidal self-injurious behavior: transnosological role of family history and adverse childhood experiences .....	91
<i>A.V. Golenkov, V.A. Kozlov, I.E. Bulygina, A.G. Kirillov</i> Victim-involved murder or "blue suicide" (a review of international research) .....	108
<i>E.R. Gurulyova, A.V. Merinov, V.A. Gurulyov</i> Suicidal behavior of young men with nervous bulimia ...	120
<i>M.I. Subotich, A.B. Kholmogorova, A.A. Rakhmanina, M.M. Potskhveriya</i> Psychosocial and clinical characteristics of individuals who have attempted suicide .....	130

Адрес редакции: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101  
Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600  
Сайт журнала: <https://суицидология.рф/> <https://suicidology.ru/>  
Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru), <https://readera.ru/suicidology>  
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.  
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

Заказ № 406. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 29.11.2025 г. Цена свободная.

## **ДЕКОМПЕНСАТОРНАЯ (МИНУС) МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. ЧАСТЬ I. ПЛЮС / МИНУС МОДЕЛИ СУИЦИДОГЕНЕЗА, ГЛАВНЫЙ ВОПРОС СУИЦИДОЛОГИИ**

*А.В. Меринов*

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

### **THE DECOMPENSATORY (MINUS) MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR. PART I. PLUS / MINUS MODELS OF SUICIDOGENESIS, THE MAIN ISSUE OF SUICIDOLGY**

*A.V. Merinov*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторе:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; ResearcherID: AAT-8010-2020; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Проблема самоубийств – серьезнейший, до сих пор не решенный вызов всему человечеству. Важнейшим вопросом является необходимость понимания механизмов суицидогенеза, поскольку именно это является ключом к решению существующей проблемы. К настоящему моменту изучено большинство вероятных кандидатов на роль просуицидальных (плюс) факторов, способных в совокупности своей не только повысить гипотетический риск суицида, но и, с некоторой степенью вероятности, явиться его причиной. Однако парадокс плюсовых концепций суицидогенеза, постулирующих роль привносимых в жизнь человека просуицидальных событий и обстоятельств, заключается в том, что никакое воздействие (даже самое кошмарное) не равно самоубийству или его попытке. Кажущееся самым фатальным воздействие является ничем при наличии условий, способствующих нивелированию такового. Именно этот механизм, полноценно функционируя, позволяет совладать с любым несмываемым позором, с ограничениями и поражениями в правах, с нечеловеческими условиями и лишениями. Детальный анализ достижений «плюсовых» теорий суицидогенеза приводит нас к неутешительному выводу: используемые модели в основной своей массе обладают схожим недостатком: абсолютизацией роли какого-либо одного или группы родственных факторов без придания должного значения другим переменным, обычно играющим не менее важную роль. Современная суицидология столкнулась с явлением, обратным «парадоксу выжившего» (“survivorship bias”), описанного Абрахамом Вальду (Abraham Wald), призывавшему укреплять на самолетах не те места, где на вернувшихся самолетах было больше всего пробоин, а те, которые у них были не повреждены. Суицидология слишком увлечена изучением причин «невозврата», в гораздо меньшей степени уделяя внимание факторам, способным прервать начавшийся суицидальный процесс или блокировать его возникновение на фоне безусловного воздействия просуицидальных вызовов (потрёпанные боем «pro et contra», но с успехом вернувшиеся «самолеты»). Именно изучение факторов «contra» позволит увидеть психотерапевтические и профилактические горизонты в совершенно в ином свете. Предлагаемая декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения строится на следующих положениях: антивитальные переживания (устремления) отмечаются в различной степени абсолютно у всех людей; большинство живущих имеют определённую систему, таковым противодействующую, направленную на инактивацию антивитальных сенсаций; именно декомпенсация контр-суицидальной системы (КСС) или изначальный дефицит её блоков делают возможной реализацию суицидальных намерений. КСС работает в перманентном режиме, организуя провитальные траектории развития, смыслы и ценности существования, создавая антитезы суицидальным вызовам в случае их присутствия, являясь всегда присутствующей составляющей психического аппарата. В условиях эффективно и полноценно работающей КСС, просуицидальные воздействия не оказывают фатального или вообще какого-то сколько-нибудь серьёзного действия. Факторы, снижающие эффективность КСС (экзо- и эндо- составляющие декомпенсации), повышают чувствительность к просуицидальным вызовам. Декомпенсация КСС в наиболее типовом варианте предшествует воздействию, запустившему в итоге суицидальный трек. Главным вопросом суицидологии является обсуждение того, что позволяет человеку продолжать жить в условиях присутствия антивитальных переживаний, сотен поводов разрешить некую ситуацию или конфликт через суицид. Что именно делает такой трек невозможным для кон-

кретного человека и что возможно усилить или трансформировать у индивида, подобную траекторию рассматривающего как вполне приемлемую.

*Ключевые слова:* самоубийство, суицид, суицидальное поведение, аутоагрессивное поведение, декомпенсаторная модель суицидального поведения, минус модель суицидального поведения, контр-суицидальная система (КСС), главный вопрос суицидологии, теории суицидальности, асуицидальность, суицидогенез, описательная суицидология

Нечестно жить насилуем, но умереть насилуем  
– прекрасно.  
*Сенека «Избранные письма к Люцилию»*

Всякая вещь, насколько от неё зависит, стремится пребывать в своём существовании.  
*Спиноза*

Всё в мире – и глупость, и мудрость, и богатство, и нищета, и веселье, и горе – всё суэта и пустяки. Человек умрёт, и ничего не останется.  
«И это глупо...» – произнёс Соломон.  
*Л.Н. Толстой «Исповедь» (1884)*

#### *Преамбула, постановка вопроса*

Суициды и человечество, на протяжении всей истории существования последнего, всегда идут «рука об руку» [1-7]. У нас нет данных, касающихся подобного поведения гоминид и уж совсем примитивных предков Homo sapiens, но с уверенностью позволим себе предположить, что с появлением существа именно разумного, наделённого способностью критически и аффективно размышлять, задавая окружающим (да и самому себе) неудобные вопросы, с огромной долей вероятности, впервые случился осознанный (осуществлённый с пониманием необратимости последствий) уход сапиенса из жизни.

Подобное поведение скоро не станет редким, чем-то из ряда вон выходящим, на что бы позволительно было закрывать глаза, игнорируя явление как редкий статистический выброс (outliers). И человечество реагировало, причём весьма разнообразно: начиная от удобнейшей позиции фактического отрицания феномена (у, как минимум, здоровой части живущих), до культивирования обрядовых и «совершенно обязательных» форм суицидов (если не получается бороться с чем-то, всегда остаётся возможность такой процесс «возглавить», сделав его чем-то, может и достаточно одиозным, но всё же вполне приемлемым). Последняя позиция сильно намекала на факт неискоренимости как самого убийства себя, так и на вероятную близость природе человеческой идеей возможного добровольного ухода. Примеры сведения счетов с жизнью (особенно фигур значимых, известных) мало кого оставляли равнодушными: оставшихся родственников, друзей, теоло-

гов, философов, эскулапов, зарождающихся суицидологов, и даже тех, кого подобное, казалось бы, никаким боком коснуться было не способно (мы же помним обширный сегмент отрицающих).

Маленькая ремарка по поводу тех, кого трагиваемая тема якобы абсолютно не касается. Увы, но даже поверхностный анализ подобного предположения подскажет нам, что таковых не существует вовсе (за исключением разве что тяжёлых ментальных инвалидов). Идеями, касающимися принципиальной возможности суицида или в более лёгком «исполнении», вероятностного существования ситуаций, когда «лучше бы умереть или вовсе не родиться», пропитано всё вокруг (можно отрицать это, однако, подобная позиция мало что способна изменить). Концепт жизни не существует без своей противоположности – концепта смерти (умирания)<sup>1</sup>, в том числе, смерти добровольной. Понимание и принятие (хотя бы чисто гипотетическое) возможности досрочного прекращения существования является совершенно нормальным для многих культур, что отнюдь не толкает всех живущих к суициду (это положение возьмём на заметку). Как и то, что «зано-за» соответствующего знания постоянно персистирует в групповом и индивидуальном сознании, как бы общество ни заботилось о нашем ментальном здоровье, к примеру, упорно замалчивая данную тему – имеющиеся у каждого соответствующие возможности являются секретом Полишинеля. В произведениях Джоан Роулинг [8] Волан-де-Морт известен каждому из мира волшебников несмотря на то, что он «Сами – Знаете – Кто» и «Тот – Кого – Нельзя – Называть». Более того, остракизм и публичные гонения нередко играли на руку суицидальным траекториям реагирования, создавая парадокс «запретного плода», а призывы «не делать и не поступать каким-то образом» снова и снова подогревали интерес к нехорошей теме.

<sup>1</sup>Смерть носит «личный» характер, она – всегда моя, никем не может быть со мной «разделена», «никто не может отнять у другого его смерть». Смерть – это то, что не выбрано нами, мы брошены в наше «бытие к смерти (нем. Sein zum Tode)». Мартин Хайдеггер «Бытие и время» (1927).

Из чего же периодически пытаются сделать секрет? Из миллионов граждан за всю обозримую историю человечества покончивших с собой (включая, увы, и вполне знакомых, часто близко), из неменьшего числа соответствующих письменных, кинематографических, историко-культурных упоминаний и намёков, неумолкающих досужих разговоров и обсуждений мотивов очередного добровольно погибшего.

*Человек асуицидальный: миф или реальность?*

Для последующего анализа нам потребуются введение гипотетических положений «абсолютно асуицидальной личности» и «абсолютно асуицидальной личности, наделённой просуицидальным эндофенотипом» (условно нулевой точки отсчёта – baseline). В первом случае перед нами человек, которого на протяжении всей его прожитой жизни никогда не посещали суицидальные намерения (даже в самой незначительной степени), существо совершенно гармоничное, бесконечно счастливое, принявшее с лёгкостью все непростые данности бытия, готовое рационально относиться к абсолютно любым вызовам реальности. Не импульсивное, не склонное к эмоциональным колебаниям, обидам и разочарованиям, как, впрочем, и всем прочим «прелестям» существования, делающим жизнь человека заурядного порой невыносимой и кажущейся бессмысленной. Во втором случае – перед нами фактически тот же самый человек, однако наделённый молчащей до поры до времени просуицидальной predisposицией (личностно-психологического, нейробиохимического, генетического и прочего характера), которые в отсутствии значимых стрессоров, являются лишь некой, пока ни к чему не обязывающей, данностью. Итак, пусть это в первом случае и весьма сомнительный конструкт с позиции суицидологической практики, но давайте на время всё же допустим существование подобного человека, идеального с точки зрения суицидологии (что позднее поможет нам лучше понять суть плюсовых моделей суицидогенеза). Подобный реверанс в сторону маловероятной идеальной модели необходим и по причине того, что некоторые философствующие мыслители, общественно-религиозные деятели и институты, а также конкретные индивиды именно так и полагают. Первые, принципиально допускают и доказывают таковую возможность, последние (конкретные индивиды) – категорически, даже воинственно отстаивают подобную вероятность, опираясь на собственный эмпирический опыт: мне 30, 40, 50, 60 лет, и у меня

никогда не было антивитаальных переживаний, хотите верьте, хотите нет. И, кстати, некоторые из последних скажут и ещё кое-что для нас очень важное, а именно то, что несмотря на имевшиеся в их прошлом чрезвычайные стрессы («способные кого угодно до ручки довести»), они по какой-то причине их относительно легко преодолели, пережив, например, запредельный стыд и позор, скоростижно потеряв ближайшее окружение, утратив вдруг все ценностные ориентиры и т.д. То есть, в вольной трактовке Фридриха Ницше, перенесшие любые «как» и «почему» ...

Верить или нет людям, утверждающим, что никогда не испытывали антивитаальные переживания, – вопрос риторический, уровня дотошного дознания, о чём мы подискутируем позднее, но попутно вспомним о психологических защитах (например, вытеснении и отрицании), способных напрочь изгнать подобный неконструктив из сознания ортодоксально правильно воспитанного человека («не убий себя»<sup>1</sup>), сизмальства обученного не думать о вещах неудобных или попросту пугающих. Более того, тема суицида и всего с ним так или иначе связанного (множество ликов аутоагрессивного поведения) традиционно, благодаря работе уже смещения, приписывается «понятной» декретированной группе лиц: это удел лишь больных, слабых, малодушных, всевозможных «недо»... Человек же здоровый, осознанный строитель чего-то большого и кузнец собственного счастья, на подобные выходы и выкрутасы (и никак не иначе) a priori и a posteriori категорически не способен.

Но даже убеждённые адепты существования подобной «абсолютно асуицидальной личности», на всякий случай отчего-то приговаривают, что «человек, видите ли, всё же по своей природе слаб», и статус асуицидальности может однажды поколебаться в результате уж слишком ненормативных испытаний (плюс-воздействий, способных существенно подпортить базовые установки). То есть, в практической плоскости, пресловутая асуицидальность носит всё же срочный характер: пока что-то подействовало или что-то не отказав, не изменило его на статус совершенно противоположный. Иначе говоря, подобная суицидозащищённая личность возможна: а) в идеальных условиях бытия, кои по определению возмож-

<sup>1</sup>Постановление Тридентского собора (1568) истолковывает шестую заповедь («не убий»), следуя взгляду блаженного Августина, как, категорически воспрещающую самоубийство

ны лишь в утопической вселенной (вряд ли в реальной жизни существует подобное идеальное пространство, начисто лишённое стрессов, микро- и макросоциальных конфликтов), либо, б) потенциально суицидогенные вызовы реальности чем-то с успехом гасятся (отрабатываются). Или, к сожалению, это «что-то» откровенно не справляется с имеющимися потрясениями, в результате чего человек вплотную знакомится с суицидальными переживаниями.

Вспомним известную цитату Л.Н. Толстого, указывающую на возможность спонтанного, фактически не вызванного значимой внешней причиной, возникновения антивитаальных переживаний: «Мысль о самоубийстве пришла мне так же естественно, как прежде приходили мысли об улучшении жизни. Мысль эта была так соблазнительна, что я должен был употребить против себя хитрости, чтобы не привести её слишком поспешно в исполнение... и это сделалось со мной в то время, когда со всех сторон было у меня то, что считается совершенным счастьем» [9].

Но пришло время всё же поиграть в следователей, детально проанализировав несколько клинических примеров. Того, как легко убеждённо асуицидальная позиция меняется на совершенно противоположную, что, однако, (а это второй этап «следствия») далеко не означает, что подобные намерения таки реализуются в фатальное действие.

Начнём с наиболее одиозного, многим отлично известного примера. Итак, несуйцидальный (с его же слов) пациент, страдающий алкогольной зависимостью. Напомним, что алкогольная зависимость уже десятки лет рассматривается в качестве примера заболевания с выраженной аутоагрессивной составляющей [2, 10], более того, по мнению ряда учёных, основным драйвером его поступательного развития (форсирования темпа умирания) является именно аутоагрессивная направленность личности [11]. Перед нами мужчина средних лет, во второй стадии заболевания (запой, депрессивные похмельные состояния), угрызения совести, с заметными профессиональными и семейными проблемами. «Записное» саморазрушающее заболевание, но что мы слышим в ответ на вопрос: имел ли он хотя бы когда-нибудь антивитальные переживания (суицидальные мысли или попытки)? Конечно же – нет, никогда и ни при каких обстоятельствах. Можно смело ставить галочки в соответствующих строчках опросника: суицидальные намерения отсутствуют. Однако, хорошо зная особенности

имеющегося расстройства, врач-нарколог начинает разговор «по душам»: мол, а как же кошки по утрам на душе скребущиеся, трёхдневные жёсткие похмелья, очередные обещания жене не пить, испуганные глаза детей... Вот тут и начинают постепенно всплывать нелицеприятные факты: было и не раз, может, не столь явно, а может быть и явно (но забылось). Беседа с близкими родственниками даёт ещё более ошеломляющие результаты: да как же, третьего дня как из петли срезали [12]. Расколоти... При беглом опросе подобные пациенты только в 5-10% случаев припоминают о бывших у них соответствующих намерениях (суицидальных мыслях), прицельный же опрос [11] обнаруживает в 5-8 раз более высокие значения. «Миф» об асуицидальном наркологическом пациенте можно считать закрытым, но... тогда возникает новый, не менее «криминальный» вопрос: раз так всё неблагоприятно, то миллионы (а в историческом ракурсе – вероятно, миллиарды) страдающих алкогольной зависимостью должны были умереть от суицида, чуть ли не вся популяция поголовно. Справедливости ради отметим, что погибает их действительно много (до 14% от всех страдающих алкогольной болезнью) [11], а среди всех умерших от суицида число зависимых доходит до 15-60% [4, 10, 11]. Тем не менее, число благополучно продолжающих существовать и доживающих до глубокой старости (при том условии, что, они имеют бесконечное число причин и мотивов для добровольного перехода на сторону небытия) более, чем впечатляюще. Что же большинству из них позволяет продолжать жить, наперекор «чёрной метке алкоголизма» (по мнению I. Rossow (1995) алкогольная зависимость является альтернативным выбором самоубийству [10]).

Пример второй. Теперь возьмём группу куда менее одиозную, представляющую фактически нормативный срез популяции – студенческую молодёжь, на протяжении более десяти лет регулярно участвующую в проводимых нами исследованиях. Первая серия опроса проводилась «с хода», сразу после заполнения информированного согласия, и несмотря на анонимный формат обследования ответы на вопросы «Были ли у вас суицидальные попытки?» и «Были ли у вас суицидальные мысли?» в большинстве анкет – отрицательные. Потрясающая инициальная асуициальность. Вторая серия опроса проводилась после осуществления подготовки мотивационной (помогите честными ответами отечественной суицидологии, воз-

можно, ваши ответы в перспективе помогут спасти чьи-то жизни) и декантаминурующей (антивитальные переживания не являются чем-то ужасным, делающим вас плохими и т.д.). Теперь полученные значения могли поразить неподготовленного исследователя: соответствующие значения увеличивались кратно: суицидальные мысли (хотя бы «несерьёзные») отмечали заметно больше половины обследованных, пассивные суицидальные идеации (уснуть и не проснуться; лучше бы было умереть; заболеть бы смертельной болезнью; переехал бы грузовик; лучше бы не появляться на свет) отмечали большинство респондентов [12]. Но, как и в первом примере, можно со всей уверенностью констатировать: большинство (и это прекрасно) из имеющих даже серьёзные суицидальные намерения, фатальных суицидов не осуществляют. Что-то реализовать подобное явно не позволяет.

Итак, у любого условно ментально здорового человека (вероятнее всего – у любого) наличие антивитальных переживаний в «приемлемых объёмах» – обычная часть его существования, в неприемлемых – повод для своевременного обращения к специалисту в области психического здоровья. В какой-то период своей жизни каждый со всей ясностью осознаёт имеющуюся возможность добровольного ухода из жизни, как, впрочем, и то, что так пока можно (целесообразно, принято) не поступать. Подобные рассуждения не новы, попытки решения вопроса, что же стоит за столь распространённой человеческой антивитальностью, предпринимались с античных времён: латиняне, греческие и зарождающиеся европейские мыслители высказали множество разноплановых версий (начиная от гнева Богов, происков нечистой силы, морального помешательства до вопиющей свободы человеческих выборов и констатации причудливости человеческой природы). Для нас сейчас важнее сам факт того, что подобные устремления не оставались без внимания, формируя представление об их близости роду человеческому. Тогда же были высказаны и предположения о дуальной сущности природы человека (провитальной и антивитальной), способные, кажется, объяснить столь непредсказуемую траекторию человеческих поступков (или хотя бы, присутствие антивитальных сенсаций). И «балом» правило то, что в данный конкретный момент преобладало. Но отдельным «гимном» регулярно звучало и «если есть, для чего, человек переживёт любые лишения и обстоятельства».

Размышления последующих нескольких сотен лет не внесли существенных корректив: в теории всё так же главенствовали схожие представления, борьбой противоположностей желающие хоть как-нибудь объяснить решение пресловутого “to be, or not to be, that is the question”. Жизнь или не жить – ответом на этот вопрос является результат взаимодействия (балансность / дисбалансность) провитальных и антивитальных устремления / инстинктов, чего-то, предположим, «за» преждевременное умирание и чего-то «против» такового (pro et contra). Танатос / Мортидо и Эрос у Зигмунда Фрейда и Сабины Шпильрейн [13], биофилия и некрофилия Эриха Фромма [14], Либида и Лета Корделии Шмидт-Хеллерау [15], сценария, построенного на базе послания «Don't be» (Не живи) и работы механизмов, противодействующих сценарным установкам в транзактном анализе [16]. Попутно отметим один важный нюанс, а именно то, с какой лёгкостью теории антивитальности (аутоагрессивности) принимаются за модели суицидального поведения. Часто приходится слышать: З. Фрейд считал, что причина самоубийств кроется в поисках Танатоса, К.Г. Юнг в качестве основного «подозреваемого» предполагал желание перерождения, А. Адлер настаивал на значении преодоления неполноценности... Но эти теории (как и множество им подобных) скорее объясняют нам сам факт тотального присутствия у каждого из живущих антивитальных переживаний, но никак не суицидального поведения. Вывод здесь напрашивается простой: *теории аутоагрессивности личности и теории суицидального поведения – вещи достаточно различные, находящиеся в отношении подобно базису и надстройке марксистской теории. Вторые могут использовать в себе первые, но сама по себе личностная аутоагрессивность вовсе не является гарантом суицидального поведения (что, безусловно, очень хорошо).*

Предварительно резюмируя, отметим, что антивитальные устремления являются облигатными человеческой природе, отношение к возможности их присутствия в жизни каждого конкретного человека определяется текущими индивидуальными и социальными уровнями лояльности в отношении таковых (факторами определяемым общественными и персональными «настройками»). Что не так уж и существенно для практической суицидологии: нам представляется, что среди умерших от самоубийства количество условных витаоптимистов (ранее категорически отрицающих возмож-

ность для себя суицида) и витапессимистов (терпимо относящихся к присутствию антивитагальных переживаний) будет вполне соотносимое. Как, впрочем, и среди жить благополучно продолжающих. Но что же значительной части и тех, и других помогает благополучно существовать далее, сводя имеющиеся устремления в условиях всегда имеющихся возможностей на нет – нам как раз и предстоит выяснить.

*К вопросу значения силы просуицидального воздействия и роли идентифицированных предикторов аутоагрессивного поведения (плюс-воздействий и плюс-факторов)*

Данному аспекту посвящено бесконечное количество публикаций. Исследованы практически все вероятные кандидаты на роль таковых воздействий (учтены уровни выраженности и персональной значимости последних, условия суммирования), верифицированы многочисленные предикторы суицидального поведения (счёт пошёл на сотни или уже тысячи таковых), признаки, состояния и факторы ранжированы, разнесены по признаку своей природы (генетические, нейро-биохимические, клинические, поведенческие, анамнестические и т.д. и т.п.), степени условной злокачественности (детерминанты различного уровня и модификаторы и комодификаторы соответствующего риска и пр.).

Но. Никакое воздействие (самое кошмарное) не равно самоубийству или его попытке, но самая зряшная (со стороны наблюдателя) причина способна привести к необратимому действию. Безусловно, глупо спорить с тем фактом, что при более серьёзном потенциально суицидогенном воздействии риск возникновения суицида выше, чем при «просто подразнили» в классе или украли авторучку. Но как уже указывалось выше – исключений «из правил» хоть отбавляй. Для кого-то, например, утрата конечности (предположим, руки) – жуткая трагедия, моментально разрушающая иллюзии неуязвимости и целостности, результатом чего является суицид. Для кого-то другого, та же потеря конечности (-ей) ни разу не является поводом для насильственного прерывания жизни (многочисленные примеры параолимпийцев, летчика Алексея Петровича Маресьева и пр.).

То есть, реакция на стандартные просуицидальные потрясения (ситуации) априори различна: кто-то «на лёгеньком выпилился», кто-то выдержал кажущееся со стороны невыносимым. И линейности связи «сила воздействия – реакция» здесь отсутствует, достаточно вспомнить типичный пример из военной психиатрии: тоненький и невыдающийся очкарик, успешно

пройдёт сквозь ужасы дедовщины, а владелец горы мышц, «крутой по жизни пацан, каратист и культурист», повесится в туалете после первой «тёмной».

Потенциальный просуицидогенный фактор (с его конкретными характеристиками) запустит суицидальный каскад лишь при определённых, благоприятствующих этому условиях. На ум сразу приходят упомянутые выше предикторы: вот в совокупности с ними-то фатальный результат гарантирован. Но это совершенно не так. Давайте более радикально сформулируем задачу и совместными усилиями определим фактор, ситуацию или их сочетание, которые неминуемо, с 100% вероятностью приведут человека к суициду. Генетические особенности, ненормальные пропорции нейромедиаторов, некие микро- или макросоциальные конфликты, сверхсуицидогенные когниции, трагические сценарные композиции или даже крайне нездоровое и агрессивное Мортидо? Однако согласитесь, никакая комбинация не даст нам «нужного» результата, в худшем случае, лишь существенно повысит определённые риски.

Мы вплотную подошли к парадоксу современной суицидологии: казалось бы, с каждым годом исследователям становится известными всё большие число кандидатов на роль «того самого X фактора», их комбинации, казалось бы, готовы «вскрыть все карты» суицидогенеза, но пазлы пока так окончательно и не сложились. Каждый кандидат обычно хорош в некоей узкой нише (объясняет что-то одно, либо лишь в какой-то конкретной группе, например, возрастной), в определённой ситуации, но... имеющаяся суицидологическая апория (от греч. *ἀπορία* – «безысходность, безвыходное положение»), несмотря на растущее количество наших знаний о предмете, далека от своего разрешения. Вспомните, сколько имеется солидных монографий и многостраничных публикаций, посвящённых генетике суицидального поведения. Неоднократно начинало казаться, что вот вот секрет будет раскрыт: гены (кодируемые ими белки, последующие нейробиохимические процессы), присутствующие у значительного числа лиц, демонстрирующих повышенный суицидальный риск и даже с собой покончивших (в статистически значимых пределах в сравнении с контрольной группой), имеются у приличного числа лиц, в группу риска упорно не попадающих, прекрасно себя мироощущающих, несмотря на вынесенный приговор на генетическом уровне. И не менее значительная часть всё же погибших здорово испортит «убе-

дительную» статистику, вообще не обнаружив у себя установленных просуицидальных генетических комбинаций (тут, конечно, можно бесконечно долго рассуждать про экспрессию генов, их пенетрантность, гены-модификаторы, влияние эпигенетических модификаций и полигенность наследования признака). Как бы то ни было, позиция в отношении большинства известных *pro* факторов оппортунистична и «излишне гибка»: может быть да, а может быть – и нет (вероятно, поспособствует, но вполне возможно – не окажет никакого значимого влияния). И, вероятно, существует какой-то промежуточный элемент, модифицирующий, преломляющий через себя действие *pro* фактора, определяя в итоге уровень злокачественности влияния и фактический его результат.

Резюмируем: путь поиска причин и предикторов, очень вероятно, обречён на неудачу. Любое, кажущееся самым фатальным воздействием является ничем в условиях чего-то, способного этому воздействию противостоять. Именно это «чего-то», полноценно функционируя, позволяет совладать с любым несмысленным позором, с любыми ограничениями и поражениями в правах, с нечеловеческими условиями и лишениями. В случае же своей недостаточности с лёгкостью делает украденную у школьника шариковую ручку достаточной причиной для самоубийства.

#### *Достижения плюс- (pro-) суицидологии*

Начнём с пояснения идеи плюс / минус концепций суицидогенеза. Нами использована аналогия с понятиями «плюс-ткань» и «минус-ткань» в дерматологии: если форменный элемент возвышается над кожей или слизистой (то есть, добавляется что-то до этого момента отсутствующее) – это плюсовой элемент (папула, пустула, бугорок и пр.), если же образуется структурный дефект с выпадением фрагмента ранее присутствующей ткани (эрозия, язва, атрофический рубец), то речь ведётся о минус-ткань форменном элементе...

Итак, *суицидальное поведение*. Для иллюстрации плюсового подхода вернёмся к ранее озвученной идее существования «абсолютно асуицидальной личности» и «абсолютно асуицидальной личности, наделённой просуицидальным эндофенотипом» (baseline для всех плюс моделей).

Как же запускается суицидогенез в данном случае? Всё достаточно просто и изящно: наш, до поры до времени, асуицидал (с или без специфического эндофенотипа или набора всевозможных предикторов) прекрасно себя чувству-

ет и ни о каком суициде всерьёз не помышляет (может иногда расстраиваться и про это мимоходом задумываться, но не более того), до того самого момента, когда в его жизни впервые не возникает индивидуально значимый именно для него просуицидальный фактор X, в результате чего, асуицидальность в один момент или в течение какого-то относительно непродолжительного времени исчезает: наш персонаж начинает рассматривать возможность самоубийства в качестве чуть ли не лучшего решения сложившейся, персонально невыносимой ситуации. То есть, количество или качество плюс-факторов (*ante-* и *pro-* характера) становятся достаточными для старта совершенно реального суицидального трека. Что-то добавилось к уровню baseline до такой степени, что сделало систему неустойчивой, в свою очередь, снижение интенсивности «добавки X» или прекращение её действия, теоретически, возвращая систему к прежнему baseline состоянию, выключает запустившийся ранее суицидальный каскад.

Давайте совершим краткую экскурсию в отношении наиболее значимых на сегодня моделей суицидогенеза, попутно проанализировав, в какой степени таковые носят именно плюсовой характер. Мы воздержимся и от анализа максимально плюсовой медицинской модели суицидогенеза Жан-Этьена Доменика Эскироля [17], безапелляционно постулирующей: «самоубийство – является продуктом болезненно измененной психики...». Размышления господ психоаналитиков и неофрейдистов также оставим за рамками нашего повествования, поскольку большинство их концепций касается не суицидогенеза, а его предтечи – природы личностной аутоагрессивности, как и гениальную в своей простоте S-R модель бихевиористов (научения суицидальному типу реагирования). Отдельно упомянем подход Карен Хорни [18], утверждавшей, что для возникновения у человека желания добровольного ухода должно непременно возникнуть сочетание ряда психологических и социальных факторов, когда окружающая реальность начинает восприниматься исключительно враждебно. Итак – в упрощённом виде имелся некий baseline (нулевой уровень личности в отношении реализации суицидальных замыслов), что-то сложилось определённым образом (чего ранее не было), запустив таким образом суицидальное поведение. Классическая плюсовая концепция. На всякий случай оговоримся, что даже если упомянутым фактором является депрессия и переживание безнадежности – это тоже плюсовые

феномены, ведь возникновение у пациента подобных симптомов ознаменует появление в его психической жизни чего-то абсолютно нового, что ранее там отсутствовало.

Продолжим экскурс анализом социологической концепции Эмиля Дюркгейма, вероятно, явившейся первой из относительно стройных и обоснованных моделей суцидогенеза [1]. Итак, аномический механизм, (протестное) самоубийство совершается человеком, оторванным от адекватных социальных взаимоотношений: в случаях потери работы, экономической нестабильности, развода, вынужденной миграции и других причин; альтруистический вариант – это уже принесение себя в жертву, чрезмерное чувство долга или желание кого-то спасти, «смерть за идею»; эгоистический – направлен на разрешение собственных внутренних конфликтов посредством причинения себе вреда в попытке доказать окружающим их неправоту; фаталистический тип – суицид, вызванный вынужденным существованием в позиции жертвы, ограничении свободы и т.д. Перед нами классический образчик плюсового подхода: те или иные изменения в статусе человека, логичным для Дюркгейма образом, влекут за собой суицидальное поведение.

Отечественные работы А.Г. Амбрумовой [19], как и более ранние, относимые к кластеру моделей личностного кризиса (социально-психологической дезадаптации) [6], посвящены изучению влияния социально-психологической дезадаптации, делающей личность восприимчивой к воздействию огромного числа просуицидальных факторов (к многим из которых человек может быть вполне устойчив в интактных условиях). На первый взгляд, концепции находятся в плоскости смешанной идеологии. Что-то исчезает (или всё же появляется) в личностной организации, позволяя возникнуть ситуационной реакции, исключающей возможность удовлетворения потребности известными и доступными индивиду способами. Однако, ставка всё же в куда более значительной степени делается именно на плюс компоненты суцидогенеза.

Любопытной плюсовой теорией является и созданная Аароном Беком и Эми Венцель когнитивная модель суицидального поведения [20]. Авторы, изучая аффективную патологию, предложили оригинальную модель, в основе которой лежит положение о работе дисфункциональных убеждений, вызывающих отрицательные эмоции и верования («негативная триада»). Подобные сбои мышления ведут к тому, что негативные чувства, возникающие при

стрессе, многократно усиливаются, трансформируясь в безысходность и беспомощность, лежащие уже в основе суицидальных устремлений.

В 1993 г. Эдвин Шнейдман предложил мотивационную теорию суицидального поведения, выделив в структуре суицида совокупность характеристик: цель (решение), задача (прекращение сознания), стимул (невыносимое душевное состояние), стрессор (невозможность удовлетворить потребности, фрустрация), эмоции (беспомощность, безнадежность, угнетенность), внутреннее состояние и отношение (амбивалентность), психическое состояние (сужение когнитивной сферы), коммуникация (сообщение об интенциях) [21]. Автор полагал, что самоубийство является ответом на психологически болезненное состояние (чувство боли), и ответ этот – целенаправленная попытка от этой боли освободиться, посредством так называемой «агрессии» (бегства от своего психического и психологического состояния, состояния фрустрации и беспомощности). Несомненно, перед нами преимущественно плюсовая модель суцидогенеза, касающаяся, прежде всего, дестабилизации baseline асуицидальной позиции.

Получившая в последнее время значительное распространение интерперсональная теория Томаса Джойнера [22, 23] является скорее также представителем плюс-направления. Концепты «брошенность» и «восприятие себя как бремени» являются безусловными новообразованиями в прежде интактной и самодостаточной психике асуицидала (плюс-компоненты теории). При возникновении подобных, суицид начинает рассматриваться в качестве реальной альтернативы им. Позже авторами будет добавлен и третий фактор – возможность совершения самоубийства (хочу и имею такую возможность). Сформулированный в теории один из трёх основных компонентов суцидогенеза, а именно, подавленная принадлежность (принадлежность как базовая потребность человека, отражающая его соотнесенность с другими людьми и социумом в целом) относится уже к минусовому полюсу (утраты важных контрсуицидальных конструктов).

В этом же контексте представляет интерес и модель развития суицидального поведения Джеффри Бридж, Тины Голдштейн и Девида Брента [24], в которой наряду с традиционными плюс-компонентами (сочетания аффективных нарушений и склонности к агрессивным реакциям на фрустрирующие события), авторами озвучиваются и важность присутствия факто-

ров, защищающих от суицида (крепких семейные и дружеские взаимоотношения, культурные и религиозные особенности), декомпенсацию которых можно было бы отнести к кризису защитных факторов (минус-компоненту суицидогенеза), однако, авторы ведут речь о таковых в контексте «хорошо, если это присутствует» (желательности их присутствия).

Предложенные Джоном Манном [25, 26] и Киисом Ван Хееринген [27] модели «стресс-диатеза» больше тяготеют к плюсовым подходам. Диатез, рассматриваемый в качестве predisposing фактора (почвы), значимый стресс, является воздействием, непосредственно запускающим суицидальный каскад. У Дж. Манна [25] диатез обуславливается врождённой или приобретённой предрасположенностью, стрессоры, являясь разнообразными неблагоприятными воздействиями психологического и социального характера, на фоне диатеза получают режим максимального благоприятствования. Модель Ван Хеерингена, имея сходную структуру, значительно шире лишь суицидологической плоскости, затрагивая в себе риски развития иной психической патологии. Предложенный автором концепт «порогового значения» (суммации воздействий в нашем понимании) демонстрирует индивидуальные пороги терпения, превышение которых приводит к отрицательным последствиям. Оперирование факторами генетической предрасположенности, восприимчивым эндотипом позволяет отнести данные модели к дестабилизации «асуицидальной, наделённого просуицидальным эндотипом».

Созвучной данным моделям является и теория «стресс-уязвимости», предложенная Данутой Вассерман [28, 29]: взаимодействие предрасположенности к специфическому стрессу с факторами риска развития суицидального поведения с одной стороны, и с факторами защиты от такового, с другой. Так же, как и Дж. Манн с К. Ван Хеерингеном, Д. Вассерман отмечает важную роль врождённой предрасположенности к стрессу, либо формирование таковой в процессе индивидуального развития. Выделенные факторы риска возникновения суицидального поведения (наличие психических заболеваний, негативные эмоциональные состояния и события) представляют собой переменные плюсового полюса, но описываемые защитные факторы (крепкие социальные связи, поддержка со стороны окружающих, стабильная самооценка, доступность медицинской помощи, готовность эту помощь

получить и приверженность лечению) вероятнее всего можно рассматривать в качестве потенциальных минус-компонентов (однако, не имеющих решающего значения).

Субкультуральная модель суицидального поведения Дэвида Лестера [30, 31] объясняет суицидальное поведение с позиции сформированных ценностей и культурных норм человека. Суицид является результатом усвоения неких норм, ценностно-смысловых установок и закономерностей поведения, то есть, выученного поведения. Являясь результатом интериоризации, подобное поведение уже не является для человека чем-то одиозным или постыдным. К примеру, окружающая социальная депрессивность ориентирует людей на соответствующую индивидуальную аффективную реакцию, следствием чего может являться уже суицидальное поведение. Концепция применима и в отношении локальным социальных групп (молодёжные субкультуры, группы смерти и пр.). Смысл модели, без сомнения, плюсовой: «что-то должно быть, чтобы...». А не «что-то должно исчезнуть, чтобы, что-то случилось...» (минус-модель).

Концепции Рональда Марис (1981), построенная вокруг теории копинга, в некоторой степени созвучна идее Д. Лестера, и предполагает, что опыт неудачного контакта со стрессовыми воздействиями создаёт в будущем неконструктивные варианты адаптации, в свою очередь, определяющие последующие стратегии саморазрушающего поведения [32]. Сформированные патологические формы преодоления (совладания) со стрессом относятся к плюсовым компонентам суицидального генеза.

В нарративно-кризисной модели Игоря Галынкера [33] предполагается, что человек готовый совершить суицид, оценивает свою жизнь как историю тупиковых последовательностей (так называемый, суицидальный нарратив), приводящих его к состоянию, когда самоубийство начинает расцениваться в качестве наиболее приемлемого способа прекращения душевной боли и мучительных негативных размышлений. Все три компонента модели преимущественно плюсового полюса, как то: уязвимые черты характера (особенности темперамента, ранние неблагоприятные переживания, социальная приемлемость самоубийства в качестве решения проблем), суицидальный нарратив (охваченность своим суицидальным повествованием, идеями о бесполезном прошлом, невыносимом настоящем или отсутствии будущего, создающих вакуум ценности личности) и син-

дром суицидального кризиса (эмоциональное состояние невыносимой тревоги, возбуждения, острой ангедонии, потери когнитивного контроля).

Интегративная мотивационно-волевая концепция Рори О'Коннора [34, 35], состоящая из трёх фаз, учитывает последствия стресса, неблагоприятных факторов окружающей среды и определённые жизненные события (домотивационная фаза), способствующих формированию негативных эмоциональных реакций и суицидальных мыслей (мотивационная фаза), и осознанное осуществление суицидального акта (волевая фаза). Все используемые в ней факторы суицидогенеза носят преимущественно плюсовой характер.

В теории трёх шагов (3ST) Дэвида Клонски и Алексис Мей [36] важнейшим фактором для зарождения суицидальных намерений является переживание психической боли с формированием безнадёжности. Являясь типичным представителем плюс-полюса концепций суицидогенеза (в том числе и в отношении предлагаемых шагов в терапии суицидальных клиентов), модель, тем не менее, учитывает факторы социальной поддержки и наличия референтной группы, отсутствие которых облегчает формирующуюся суицидальную траекторию. Последнее положение позволяет отнести 3ST модель к представителям переходных плюс / минус подходов.

Предложенная Ю.Р. Вагиным теория суицидального поведения [37, 38] сконцентрирована вокруг некоего «драйвера», направленного на сокращение индивидуального функционирования, активизирующегося при суммировании определённых биологических, психологических и поведенческих компонентов. В целом подход преимущественно плюсовой, однако последний из предлагаемых компонентов авитальной активности (десоциальная активность) представляет собой скорее минус - составляющую модели (речь идёт о осознанном или неосознанном отстранении от социальных контактов, стремлении к уединению, нежелании иметь близкое окружение и взаимодействовать с окружающими).

В теории многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра [39] все основные блоки (макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный) описываются в терминах плюс-подхода суицидогенеза – суммация определённых паттернов даст нам «нужный» результат (массовая алкоголизация общества, потеря близких, насилие и

ограничение свободы, неспособность совладать со стрессовыми воздействиями, тревожность, проблемы в социальных взаимоотношениях, социальная дезадаптация, конфликты).

В предложенной Б.С. Положим [4] концептуальной модели суицидального поведения ставка также делается на набор (присутствие) определённых признаков или состояний в этиопатогенетическом блоке модели (детерминант 1 и 2 порядка), способных существенно повысить суицидальные риски.

Структурно-эпигенетическая модель Густава Турецки [40], связывает суицидальное поведение с генетическими изменениями, которые возникают под влиянием внешних факторов. При необходимом сочетании внешних негативных факторов, унаследованные гены фасилитируют развитие суицидального поведения. Описываемый подход, без всяких сомнений, является типичным представителем суммационного плюс-направления. Как и биоповеденческая эпигенетическая модель В.А. Розанова [41], делающая преимущественно ставку также на эпигенетические механизмы суицидогенеза.

Множество появившихся в последние годы биологических теорий, построенных вокруг врождённых или приобретенных изменений в серотонинергической, дофаминергической, ГАМК-эргической системах, системе нейротрофического фактора мозга, дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и пр. систем, являются характерными представителями плюс-идеологии суицидогенеза [4, 42].

В заключении констатируем преобладающую в последние годы тенденцию в теориях суицидогенеза: не обнаружив лишь одного ведущего механизма (биологического, социального, психологического и пр.), научная мысль движется в сторону коллаборативного решения: создания суммационных (плюс-) биопсихосоциальных моделей, подразумевающих необходимость кумулятивного, сочетанного влияния психологических, социальных и поведенческих процессов [3, 4, 43].

Резюмируем графически положения, касающиеся проанализированных плюс моделей (Рис. 1).

Отметим, что антисуицидальным барьерам (системам) в плюс-моделях часто отводится второстепенное, и, в некотором смысле, пассивное значение: подключение их осуществляется «по требованию» в момент уже возникшего просуицидального контакта.

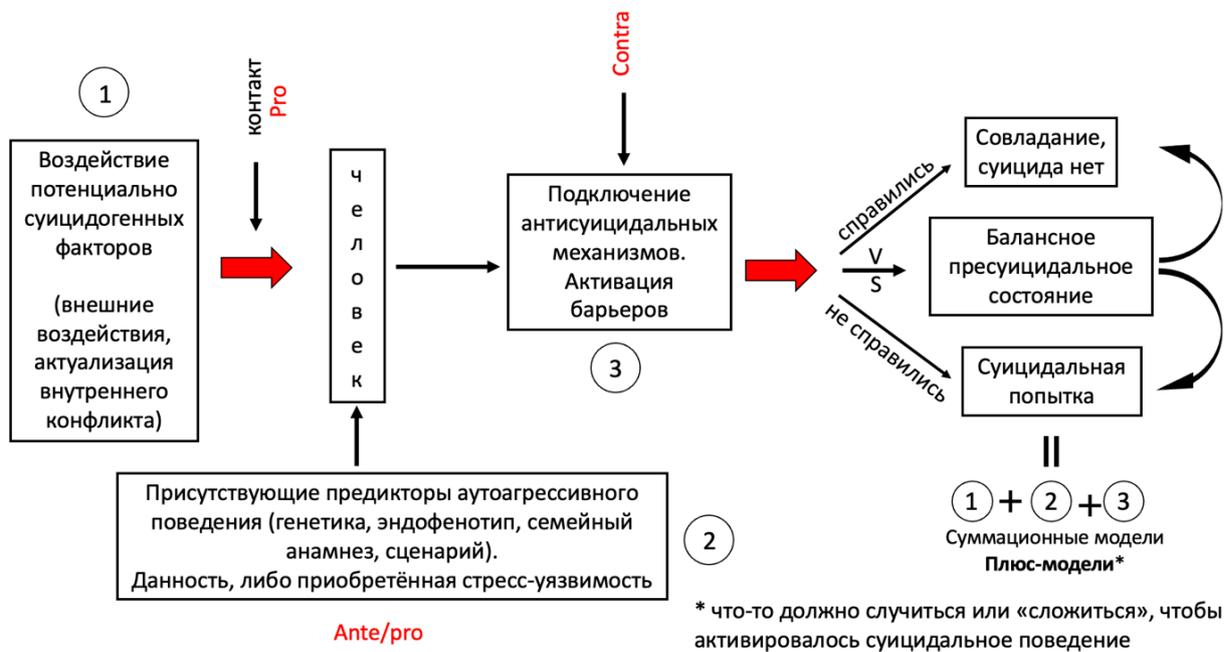


Рис. 1. Обобщённая схема плюс-моделей суицидогенеза.

Напрашивается аналогия с чуть запоздало выезжающей на вызов «Пожарной машиной»: она как бы всегда наготове в гараже пожарной части, но предвосхитить возгорание ей не суждено, поскольку территориально она, увы, «на запасном пути», и существует приличная временная задержка от «звонка о пожаре» до прибытия пожарников на место возгорания (то есть, не всегда имеется возможность подключиться на этапе «искры, от которой разгорится пламя»).

*Достижения описательной суицидологии*

Начнём с описания идеального самоубийства, «гуляющего» по сети, согласно сопровождающей его легенде, скомпилированного изданием «Esquire» (так это или нет, достоверно нашей команде выяснить не удалось) на базе многочисленных публикаций D. Lestera [44]. Мы позволим себе не приводить «пристатейный» список работ, поскольку с ним тоже есть определённые проблемы в отношении верификации источников, оставив для наглядности только их обширную нумерацию. Реальная ли это работа или банальный фейк, для нашего повествования, на самом деле, не имеет равным счётом никакого значения, поскольку, во-первых, таковая компиляция без труда может быть пересобрана в куда более обширном объёме (учитывая накопившиеся сотни тысяч научных статей с очень сходными дизайнами их осуществления), во-вторых, даже если это фейк, его автор обладает несомненным чутьём и характерным образом мышления, отражающим

особенности плюсового подхода и парадигму суицидологических исследований описательного характера.

Итак: «Был понедельник<sup>1</sup>, дул ветер<sup>2</sup>. В Европейской стране<sup>3</sup> продолжалась зима<sup>4</sup>. Страна была демократическая<sup>5</sup>, немусульманская<sup>6</sup> с религиозным плюрализмом<sup>7</sup>, граждане которой недавно получили право на владение огнестрельным оружием<sup>8</sup>. За окнами камеры для приговоренных к смерти<sup>9</sup> ходили пьяные люди<sup>10</sup>, праздновавшие Новый год<sup>11</sup>, но он<sup>11</sup> был трезв<sup>12</sup> – только что недавно бросил<sup>13</sup>. С прошедшим днем рождения<sup>14</sup> его не поздравили ни однополчане (он не служил)<sup>15</sup>, ни коллеги (работы не было уже давно)<sup>16</sup>, ни жена (которая бросила его<sup>17</sup>, узнав о его гомосексуальных наклонностях)<sup>18</sup>, ни финно-угорская бабушка<sup>19</sup> родом из Восточной Сибири<sup>20</sup> – он потерял её в юном возрасте<sup>21</sup>. Невеселая музыка гимна<sup>22</sup> чужой для него страны<sup>23</sup> сопровождала слова<sup>24</sup>, которые совсем наводили тоску. Было стыдно<sup>25</sup>. Несмотря на перфекционизм<sup>26</sup> и высокий коэффициент интеллекта<sup>27</sup>, карьера его к 50 годам<sup>28</sup> не задалась<sup>29</sup>. Даже донора из него не получилось, несмотря на редкую группу крови<sup>30</sup> и низкий холестерол<sup>31</sup>. Может быть, дело было в высокой тревожности<sup>32</sup>, а может, в запущенном раке<sup>33</sup>. Либо стать даосистом<sup>34</sup>, либо покончить с собой – тем более, что в этой стране суицид был недавно декриминализован<sup>35</sup>. Едва ли надо писать предсмертную записку<sup>36</sup>, но если писать, то без отрицаний и жалоб<sup>37</sup>. Он оглянулся в поисках какого-нибудь инструмента<sup>38</sup>».

Обратите внимание, перед нами классический плюсовой образ суицидологического мышления: чем больше достойных предикторов и запускающих факторов имеет клиент, тем больше вероятность того, что он добровольно отправится на тот свет. Однако, чуть выше нами уже была предпринята неудачная попытка создания однозначно суицидальной диспозиции...

Чего же добились суицидология, бесконечно пытаясь ответить на вопрос, в силу каких появившихся (вскрывшихся) в жизни обстоятельств человек покончил с собой, что этому способствовало из имеющихся у него предикторов? Достаточна ли была по силе причина?

В результате мы имеем обширнейший банк данных «рго»-факторов, их уже сотни, тысячи или десятки тысяч. Но сильно ли это облегчило работу суицидологов? Переросло ли количество в ожидаемое качество? К сожалению, скорее нет, чем да.

Что же, кроме обширнейшей статистики, описания человека суицидального и возможности расчёта гипотетических предполагаемых рисков они нам предоставили?

Итак, чтобы не покончить с собой требуется не так уж и много: не иметь сотни предикторов (включая скомпрометировавшие себя гены и запрограммированные ими биохимические процессы), не быть склонным к депрессиям (и прочим психическим заболеваниям), не расстраиваться сильно (а значит, не любить, не ссориться, не работать), не реагировать на социальные потрясения, не читать книг про молодого Вертера, не рефлексировать и пр. Изучая сторону «рго», мы так и не получили ответ на вопрос: так почему же кто-то суицидальным образомотреагирует, а кто-то (несмотря на все присутствующие, усиливающие вероятность суицида, предикторы) – нет. Кроме того, становится совершенно очевидно, что мы никого на этой планете не сможем полностью вывести из-под удара многочисленных рго влияний, не сумеем устранить большинство предикторов и модификаторов суицидального поведения (к примеру, гены финно-угорской бабули...), что, к сожалению, означает существенную ограниченность в использовании плюсовых составляющих в построении эффективных профилактических и лечебных программ.

В свете написанного напрашивается любопытная аналогия. Вероятно, нам пришлось столкнуться с явлением, обратным «парадоксу выжившего». О чём идёт речь? Парадокс выжившего (систематическая ошибка выжившего, англ. “survivorship bias”) является когнитивным

искажением, при котором выводы делаются на основе данных только о «выживших» объектах, при этом игнорируется информация о «погибших», что приводит к искажённым заключениям. Известность парадокс приобрел благодаря математику Абрахаму Вальду (Abraham Wald), которому в годы Второй мировой войны поручили изучить, какие места на самолётах наиболее уязвимы. Учёный обратил внимание, что выводы делаются на основе анализа повреждённых вернувшихся самолётов, а не всех, которые участвовали в бою. Он предложил укреплять не те места, где было больше всего пробоин, а те, которые у вернувшихся самолётов были не повреждены.

Суицидологи же наоборот слишком увлечены погибшими и почти погибшими в результате суицидов (условно «вернувшимися самолётами»), забывая о наличии несомненных преимуществ у тех, кто думал о самоубийстве (а, как мы выяснили выше, периодически подобные мысли приходят почти всем), часто делая это серьёзно и обстоятельно, и даже был почти готов его совершить, но в итоге от его реализации отказался, сумев-таки остаться в живых (это наши потрёпанные боем «рго et contra», но с успехом «вернувшиеся самолёты»). Которые следует более детально изучать, укрепляя то, что им с успехом помогло вернуться из путешествия в пресуицидальный ад. Парадокс, обратный парадоксу выживших в классическом его виде, изучение и понимание которого (факторов «contra»), позволяет увидеть психотерапевтические и профилактические горизонты в совершенно ином свете.

Проведённые нами многочисленные интервью с выжившими позволили выяснить основные причины, почему кто-то так и не решился на суицид (самостоятельно «вернулся») и что до последнего момента удерживало тех, кто неудавшуюся попытку всё же предпринял. Ранее высказавшиеся мысли о том, что особенности механизма преодоления стресса способны оказывать значимое влияние на процесс суицидокинетики и терапевтической активности (фрагмента акцентного подхода) [45] в определённой степени созвучны предлагаемой концепции.

*Декомпенсаторная (минус-) модель суицидального поведения*

В предлагаемой вашему вниманию модели мы опирались на нескольких положений:

- 1) антивитальные переживания (устремления) бывают абсолютно у всех людей;
- 2) продолжающие жить имеют определённые механизмы, успешно гасящие возникаю-

щие антивитаальные сенсации (контр-суицидальная система);

3) её крушение или изначальноный дефицит приводят к возможности осуществления суицида. Самоубийство, предполагающее бескомпромиссный, нередко длительный поединок между жизнью и смертью, возникает в условиях поражения всего того, что удерживало когда-то суицидента на этом свете.

Основные блоки, принцип их взаимодействия и концептуальная композиция декомпенсаторной (минус-) модели суицидогенеза отражена на рис. 2.

Данную модель, прежде всего, отличает отводящееся в ней первостепенное значение уровню и качеству функционирования именно контр-суицидальной системы (КСС), декомпенсация которой приводит к сенсбилизации (беззащитности) личности в отношении влияния внешних и внутренних про-факторов. Основным положением модели является идея, что в условиях эффективно и полномасштабно работающей КСС, потенциально считающиеся просуицидальными воздействия, не будут оказывать фатального или вообще какого-то сколько-нибудь серьёзного действия. КСС, в свою очередь, состоит из восьми независимых и универсальных контрсуицидальных блоков (КСБ), которые подробно будут рассмотрены во второй части работы. Таковые могут находиться в режиме полноценного функционирования (блокируя возможные суицидальные

идеи и намерения), быть декомпенсированными / изначально отсутствовать или быть слабо развитыми (большинство просуицидальных вызовов, увы, «попадут в цель»).

При условии полноценно работающей КСС мы, вполне возможно, имеем как раз асуицидальную личность, готовую к отражению на всей протяжённости жизни любых просуицидальных воздействий.

КСС (составляющие её блоки) закладываются в процессе индивидуального развития, воспитания и социализации. Система является постоянно активной, срабатывая не в момент контакта с потенциальным суицидогенным фактором, а перманентно осуществляя взаимодействие с возникающими разной интенсивности антивитаальными переживаниями.

КСС в фоновом (мало осознаваемом) режиме отрабатывает угрозы условно нормативного уровня (задумался о имеющейся возможности, но скоренько отмахнулся, ведь планов громадья...), создаёт реальные и мифологические смыслы, ценности и цели существования (усиливая, подвергая ревизии и обновлению уже имеющиеся), формирует стандартные (приемлемые) решения затруднительных с позиции экзистенции вопросов.

Осознаваемым психическим конструктом КСС становится в момент серьёзных контактов с более значительными (или индивидуально значимыми) просуицидальными факторами.



Рис. 2. Декомпенсаторная (минус-) модель суицидогенеза.

Иными словами, КСС является всегда присутствующей составляющей психического аппарата, прекрасно способной обойтись без серьёзных испытаний своей вероятной эффективности. Кризисный вариант её работы (в условиях контакта с серьёзным вызовом) является лишь вынужденным, нештатным режимом.

Воздействие запускающего просуицидального фактора для осуществления самоубийства обычно необходимо, но далеко не является определяющим вероятности суицида (в условиях эффективно работающей КСС). Действие плюс-воздействия часто сводится к усилению той или иной негативной внутренней позиции человека думающего (*homo cogitus*), по причине чего возникают суицидальные реакции на крайне незначительные (с позиции стороннего наблюдателя и даже профильного специалиста) просуицидальные контакты (украденная шариковая ручка). Влияние рго-фактора X, таким образом, практически непредсказуемо: минимальное воздействие его может привести к суициду в условиях декомпенсированной КСС и, напротив, его запредельная выраженность может не дать ровным счётом никакой реакции.

Факторы, снижающие эффективность КСС (экзо- и эндо- составляющие декомпенсации), повышают чувствительность к просуицидальным вызовам. Декомпенсация КСС (конкретных КБС) в наиболее типовом варианте предшествует воздействию, запустившему в итоге суицидальный трек.

Разум *homo cogitus*, задающий самому себе (и окружающим) неудобные, но вполне логичные вопросы, генерирует массу рутинной работы КСС, создавая поводы для её эндо-декомпенсации (как, впрочем, при иных обстоятельствах, для укрепления её позиций). В первом случае – за счёт растущего набора антивитальных констатаций и озарений: о неминуемой смерти, возможно, мучительной и болезненной, предстоящих или имеющихся серьёзных заболеваниях, абсурдности существования как относительно медленного или галопообразного движения к неминуемому умиранию, сомнений в существовании Бога. С другой стороны – подкидываемые экзистенциальные задачи регулярно тренируют КСС, позволяя последней создавать упомянутые выше стандартные наборы решений типовых вызовов (Бог точно не велит; тебе ли знать планы Всевышнего; мама как расстроится; утро вечера мудренее и т.д.).

Большинство плюс-факторов уровня предикторов суицидального поведения (генетические характеристики; особенности реагирования на стрессы; личностные особенности; не-

благоприятный наркологической профиль) образует экзо-составляющую декомпенсации.

Просуицидальный фактор (рго- воздействие) обычно прямо не направлен на деструкцию составляющих КСС, как это может показаться на первый взгляд (безусловно, имеются исключения из этого правила). Рго-фактор и КСС являются, по сути, «независимыми епархиями» и вопрос их взаимодействия отражает динамическую переменную возникшего контакта между ними: *будет ли способна КСС блокировать конкретное просуицидальное воздействие, либо случившаяся (имевшаяся) декомпенсация её КСБ допустит трансформацию возникшего контакта в непосредственное суицидальное поведение*. Миссия КСС – погасить возникший стимул до перехода личности к активным суицидальным действиям. Если же стимул всё же запустил суицидальный каскад вплоть до этапа непосредственного осуществления замысла, причину этого следует искать в декомпенсации составляющих КСС.

Имеются возможности оценки особенностей функционирования КСС (её отдельных блоков) на любом этапе контакта с суицидально настроенной личностью, а также при скрининговых исследованиях неидентифицированных контингентов (подробно будет изложено в третьей части сообщения)

Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения способна предложить осязаемые точки приложения терапевтической активности, направленные на усиление или ревизию декомпенсированного (изначально недостаточного) КБС, оживление коллатералей внутри КСС.

*Эпилог: главный вопрос суицидологии*

Однажды Альбер Камю напишет всем знакомые строки: «Есть лишь одна по-настоящему серьёзная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы её прожить, значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Всё остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями, второстепенно» [46].

Учитывая вышеизложенное, главным вопросом суицидологии, является формулировка, крайне созвучная главному вопросу философии в понимании А. Камю: почему этот конкретный человек, несмотря на имеющиеся абсолютно у всех живущих антивитальные переживания и просуицидальные воздействия (как *ante*, так и *рго* характера), по-прежнему, всё ещё жив. Что даёт ему силы и основания прожить отведённые ему годы, часто невзирая на присутствие

безусловного просуицидального эндофенотипа, ряда запредельных психоэмоциональных, социальных и пр. потрясений? Вопрос не в том, почему кто-то покончил с собой, вопрос в том, ПОЧЕМУ и ЧТО могло бы удержать его от самоубийства; ЧТО даёт счастливо живущим на этом свете способность и желание существовать далее...<sup>1</sup>

Очень возможно, что, традиционно интересуясь причинами некоего поступка, мы работаем «не в ту сторону и не с тем». Меряем «не с того конца», определяя причины и факторы риска возможного суицида, гораздо логичнее осуществлять замеры с противоположной стороны «баррикад». Что им противодействует, сглаживает и нивелирует воздействие или хроническое присутствие про-воздействий. Не что привело, а что позволяло до какого-то момента суицида избежать (и избегать его впредь), что за механизмы лежат в основе здорового выживания.

*Выводы:*

1. Следует согласиться с обоснованным мнением, что используемые в настоящее время модели суицидогенеза (преимущественно плюсового характера) в основной своей массе обладают схожим недостатком: абсолютизацией роли какого-либо одного или группы родственных факторов без придания должного значения другим переменным, играющим не менее важную роль в возникновении и развитии суицидального процесса [4].

2. Анализ плюсовых (суммационных) моделей суицидального поведения не даёт ответа, что же (совокупность чего и в каком объёме) способно привести к суициду некоего конкретного индивида. Антисуицидальные факторы (если таковые обсуждаются в конкретной теории) носят зачастую статический характер, присутствие которых гипотетически суицидальный риск может снизить (но может и не снизить, как например, наличие семьи, регулярное посещение церкви и многое другое из признанных протективных факторов, обнаруживаемых у покончивших с собой). И, вероятнее всего, значение играет не формальное наличие таковых, а их качественные характеристики.

3. Описательный подход в суицидологии к настоящему времени позволил накопить весьма

внушительный объём факторов-кандидатов и установленных предикторов суицидального поведения, однако, их значимость весьма относительна: полученный массив, безусловно, способствует прикидочной оценке суицидального риска, однако в плане профилактической и терапевтической работы его значение существенно меньше. Большинство из известных факторов, либо уже оказали своё влияние, «переиграть» которое маловероятно (генетические особенности, детский травматичный опыт и пр.), воздействие же других не представляется возможным исключить снова в будущем (сделать так, чтобы больше не бросала девушка; чтобы никогда не критиковали на работе и т.д.).

4. Предлагаемая декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения лишена ряда озвученных недостатков и строится на следующих положениях: антивитальные переживания (устремления) отмечаются абсолютно у всех людей; большинство живущих имеют определённую систему, этому противодействующую, направленную на инактивацию антивитальных сенсаций; именно декомпенсация контр-суицидальной (провитальной) системы или изначальный дефицит её блоков делают возможной реализацию суицидальных намерений. В этой связи становится понятным нелинейность связи мощности воздействующего просуицидального фактора и полученного результата. Контр-суицидальная система работает в перманентном режиме, организуя провитальные траектории развития, смыслы и ценности существования, создавая антитезы суицидальным вызовам в случае их присутствия. Её модули носят универсальный характер.

5. Подобная модель способна предложить интегративный подход к профилактике и терапии суицидального поведения. Вокабуляр КСС исключительно провитален, что позволяет использовать модель в диагностике и мягкой профилактике аутоагрессивных устремлений у интактного контингента, без необходимости непосредственного заострения внимания на теме саморазрушающего поведения (в частности, суицидального).

6. Главным вопросом суицидологии является обсуждение того, что же позволяет человеку продолжать жить в условиях присутствия антивитальных переживаний, сотен поводов (pro) разрешить некую ситуацию или конфликт через суицид. Что делает такой трек невозможным для конкретного человека и что мы способны усилить у иного индивида, подобную траекторию рассматривающего как вполне приемлемую.

<sup>1</sup>Однажды с судебными врачами мы изучали суициды больных алкогольной зависимостью. Задачей патолога являлось обнаружение висцеральных признаков алкогольной болезни у суицидентов. Во время вскрытия доктор замер, сказав слова, ставшие предтечей данного исследования: вопрос не в том, почему он умер, вопрос в том, как он умудрялся жить с такой кучей несовместимых с жизнью изменений...

**THE DECOMPENSATORY (MINUS) MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR. PART I. PLUS / MINUS MODELS OF SUICIDOGENESIS, THE MAIN ISSUE OF SUICIDOLGY**

A. V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

**Abstract:**

The problem of suicide is the most serious and still unresolved challenge to all of the humanity. The most important issue is the need to understand the mechanisms of suicidogenesis, as this is the key to solving the existing problem. To date, most of the likely candidates for the role of pro-suicidal (plus-) factors have been studied, which together can not only increase the hypothetical risk of suicide, but also, with some degree of probability, be its cause. However, the paradox of the positive concepts of suicidogenesis, which postulate the role of suicidal events and circumstances brought into a person's life, is that no impact (even the most nightmarish) is equal to suicide or its attempt. The seemingly most fatal impact is nothing if there are conditions conducive to leveling it. It is the mechanism that, when fully functioning, makes it possible to cope with any indelible shame, restrictions and defeats in rights, inhumane conditions and hardships. A detailed analysis of the achievements of the "positive" theories of suicidogenesis leads us to a disappointing conclusion: the models used mostly have a similar disadvantage: the absolutization of the role of any one or group of related factors without giving due importance to other variables, usually playing an equally important role. Modern suicidology has encountered a phenomenon that is the opposite of the "survivorship bias" described by Abraham Wald, who called for strengthening aircraft not those places where the returned aircraft had the most holes, but those that were not damaged. Suicidology is too keen on studying the causes of "no return", paying much less attention to factors that can interrupt the suicidal process that has begun or block its occurrence against the background of the unconditional impact of suicidal challenges (battered by the "pro et contra" battle, but successfully returned "planes"). It is the study of the "contra" factors that will allow us to see the psychotherapeutic and preventive horizons in a completely different way. The proposed decompensatory (negative) model of suicidal behavior is based on the following provisions: antivital experiences (aspirations) are noted to varying degrees in absolutely all people; most living people have a certain system that counteracts them, aimed at inactivating antivital sensations; it is the decompensation of the counter-suicidal system (CSS) or the initial deficiency of its blocks/units that make possible the realization of suicidal intentions. CSS works in a permanent mode, organizing pro-life development trajectories, meanings and values of existence, creating antitheses to suicidal challenges in the case of its presence, being an ever-present component of the mental apparatus. In conditions of an effectively and fully functioning CSS, suicidal effects do not have a fatal or even any serious effect. Factors that reduce the effectiveness of CSS (exo- and endo-components of decompensation) increase sensitivity to suicidal calls. Decompensation of the CSS in the most typical version precedes the impact, which eventually started a suicidal track. The main issue of suicidology is the discussion of what allows a person to continue living in the presence of antivital experiences, hundreds of reasons to resolve a certain situation or conflict through suicide. What exactly makes such a track impossible for a particular person and what is possible to enhance or transform in an individual who considers such a trajectory as quite acceptable.

*Keywords:* suicide, suicidal behavior, autoaggressive behavior, decompensatory model of suicidal behavior, negative model of suicidal behavior, counter-suicidal system (CSS), the main issue of suicidology, theories of suicide, suicidality, suicidogenesis, descriptive suicidology

*The preamble, the question statement*

Suicides and humanity always go "hand in hand", throughout the history of the latter's existence [1-7]. We do not have data on such behavior of hominids and even more primitive ancestors of Homo sapiens, but we can confidently assume that with the advent of a sentient being endowed with the ability to critically and intelligently reflect, asking uncomfortable questions to others (and even to himself), it is highly likely that for the first time a conscious (with the understanding of the irreversibility of the consequences) departure of Sapiens from life was carried out.

Such a behavior will soon become rare, something out of the ordinary, which it would be permissible to turn a blind eye to, ignoring the phenomenon as a rare statistical outlier. But humanity reacted, and in a very diverse way: starting from the most convenient position of actual denial of the phenomenon (for at least a healthy part of the living), to the cultivation of ritual and "absolutely mandatory" forms of suicide (if you can't

fight something, there is always the opportunity to "lead" such a process by making it something, may be quite odious, but still quite acceptable). The latter position strongly hinted at the fact of the ineradicability of both self-murder and the likely proximity to human nature of the ideas of possible voluntary withdrawal. Examples of reckoning with life (especially of significant, famous figures) left few people indifferent: relatives, friends, theologians, philosophers, Aesculapius, incipient suicidologists, and even those whom such a thing would seem to be unable to touch in any way (we remember the vast segment of deniers).

A small remark about those whom the topic supposedly does not concern at all. Alas, even a cursory analysis of such an assumption will tell us that they do not exist at all (with the possible exception of severe mental disabilities). Ideas about the fundamental possibility of suicide or in an easier "execution", the probable existence of situations when "it would be better to die or not be born at all", permeate everything around (one can

deny this, however, such a position can do little to change). The concept of life does not exist without its opposite, the concept of death (dying)<sup>1</sup>, including voluntary death. Understanding and accepting (at least hypothetically) the possibility of early termination of existence is completely normal for many cultures, which by no means pushes everyone living to suicide (let's take note of this provision). As well as the fact that the "splinter" of relevant knowledge constantly persists in the group and individual consciousness, no matter how much society cares about our mental health, for example, stubbornly suppressing this topic, the relevant opportunities available to everyone are a secret of Polichinelle. In the works of J.K. Rowling [8], Voldemort is known to everyone from the wizarding world, despite the fact that he is "You-Know-Who" and "He-Who-Must-Not-Be-Named." Moreover, ostracism and public persecution often played into the hands of suicidal reaction trajectories, creating the "forbidden fruit" paradox, and calls to "not do or act in any way" repeatedly fueled interest in a bad topic.

What do they periodically try to make a secret out of? From the millions of citizens who have committed suicide in the entire foreseeable history of mankind (including, alas, quite familiar ones, often closely), from an equally small number of relevant written, cinematic, historical and cultural references and hints, incessant idle conversations and discussions of the motives of another voluntarily deceased.

#### *Suicidal man: myth or reality?*

For further analysis, we will need to introduce the hypothetical positions of an "absolutely suicidal personality" and an "absolutely suicidal personality endowed with a prosuicidal endophenotype" (conventionally, the zero-reference point – baseline). In the first case, we are looking at a person who, throughout his entire life, has never had suicidal intentions (even to the smallest extent), a being of whom is completely harmonious, infinitely happy, who has easily accepted all the difficult realities of existence, who is ready to rationally deal with absolutely any challenges of reality. Not impulsive, not prone to emotional fluctuations, resentments and disappointments, as well as all the other "charms" of existence, which sometimes make the life of an ordinary person unbearable and seemingly meaningless. In the second case, we are actually looking at the same person, but endowed with a silent prosuicidal predisposition (of a personal psychological, neurobiochemical, genetic, and other nature), which, in the absence of significant stressors, are only a kind of non-binding reality. So, in the first case, this may be a very dubious construct from the standpoint of suicidological practice, but let's temporarily assume the existence of such a person, ideal from the point of view of suicidology (which will later help us better understand the essence of the positive models

of suicidogenesis). Such a curtsy towards an unlikely ideal model is also necessary due to the fact that some philosophical thinkers, socio-religious figures and institutions, as well as specific individuals, do just that. The former admit and prove such a possibility in principle, while the latter (specific individuals) categorically, even belligerently, defend such a possibility based on their own empirical experience: I'm 30, 40, 50, 60 years old, and I've never had an antivital experience, believe it or not.

And, by the way, some of the latter will say something else that is very important to us, namely that despite the extreme stresses they had in their past ("capable of driving anyone to the edge"), for some reason they overcame them relatively easily, experiencing, for example, extreme shame and it's a shame to suddenly lose your immediate inner circle, suddenly lose all value orientations, etc. That is, in the free interpretation of Friedrich Nietzsche, who suffered any "how" and "why"...

Whether or not to believe people who claim that they have never experienced antivital experiences is a rhetorical question, the level of meticulous inquiry, which we will discuss later, but along the way we will recall psychological defenses (for example, repression and denial) that can completely banish such an unconstructive from the consciousness of an orthodox, well-mannered person ("not kill yourself"<sup>2</sup>), trained from childhood not to think about uncomfortable or simply frightening things. Moreover, the topic of suicide and everything related to it in one way or another (many forms of auto-aggressive behavior) is traditionally attributed to an "understandable" decreed group of people, thanks to the work of the public: this is the lot of only the sick, weak, faint-hearted, all kinds of "shortcomings"... A healthy person is a conscious builder of something big and the blacksmith of his own happiness is categorically incapable of such antics and tricks (and in no other way) a priori and a posteriori.

But even convinced adherents of the existence of such an "absolutely suicidal personality", just in case, for some reason they say that "a person, you see, is still weak by nature," and the status of suicidality may one day be shaken as a result of too many abnormal tests (plus influences that can significantly spoil basic attitudes). That is, in practical terms, the notorious suicidality is still urgent: so far, something has worked or something has not refused, has not changed it to the completely opposite status. In other words, such a suicidal personality is possible: a) in ideal conditions of existence, which, by definition, are possible only in a utopian universe (it is unlikely that such an ideal space exists in real life, completely devoid of stress, micro- and macro-social conflicts), or b) potentially suicidal challenges to reality by something they are successfully extinguished (worked out). Or, unfortunately, this "something" frankly cannot cope with the existing shocks, as a result of

<sup>1</sup>Death is of a "personal" nature, it is always mine, no one can "shared" it with me, "no one can take away another's death". Death is something that is not chosen by us, we are thrown into our "being to death (Germ. "Sein zum Tode")". Martin Heidegger's "Being and Time" (1927)

<sup>2</sup>The decree of the Council of Trent (1568) interprets the sixth commandment ("thou shalt not kill"), following the view of St. Augustine, as categorically forbidding suicide.

which a person gets to know suicidal experiences closely.

Let us recall a well-known quote by Leo Tolstoy, indicating the possibility of spontaneous antivital experiences that were not actually caused by a significant external cause: "The thought of suicide came to me as naturally as thoughts of improving my life had come before. This idea was so tempting that I had to use tricks against myself in order not to put it into effect too hastily... and this happened to me at a time when I had what is considered perfect happiness from all sides" [9].

But it's time to play the investigator, analyzing several clinical examples in detail. The fact that the suicidal position is easily and convincingly changed to the exact opposite, which, however, (and this is the second stage of the "investigation") does not mean that such intentions are nevertheless realized into a fatal action.

Let's start with the most notorious, well-known example. So, a non-suicidal (in his own words) patient suffering from alcohol addiction. It should be recalled that alcohol dependence has been considered for decades as an example of a disease with a pronounced autoaggressive component [2, 10]. Moreover, according to a number of scientists, the main driver of its progressive development (accelerating the rate of death) is precisely the autoaggressive orientation of personality [11]. Here is a middle-aged man in the second stage of the disease (binge drinking, depressive hangovers), remorse, with noticeable professional and family problems. A "recorded" self-destructive illness, but what do we hear in response to the question: has he ever had antivital experiences (suicidal thoughts or attempts)? Of course not, never and under no circumstances. You can safely tick the appropriate lines of the questionnaire: there are no suicidal intentions. However, being well aware of the peculiarities of the existing disorder, the narcologist begins a heart-to-heart conversation: but what about cats scratching at the soul in the morning, three-day severe hangovers, regular promises to his wife not to drink, the children's frightened eyes... This is where the unpleasant facts gradually begin to surface: it happened more than once, maybe not so obviously, or maybe even explicitly (but it was forgotten). A conversation with close relatives gives even more stunning results: why, the day before yesterday, he was cut from the noose [12]. Split... In a cursory survey, such patients only recall 5-10% of their former relevant intentions (suicidal thoughts), while a targeted survey [11] reveals 5-8 times higher values. The "myth" of a suicidal drug treatment patient can be considered closed, but... then a new, no less "criminal" question arises: if everything is so unfavorable, then millions (and in historical terms, probably billions) of alcohol addicts should have died because of suicides, almost the entire population. To be fair, we note that there are indeed many of them who die (up to 14% of all alcohol sufferers) [11], and among all those who die from suicide, the number of addicts reaches 15-60% [4, 10, 11]. Nevertheless, the number of those who continue to exist safely and live to a ripe old age (pro-

vided that they have an infinite number of reasons and motives for voluntarily going over to the side of non-being) is more than impressive. What allows most of them to continue living, despite the "black mark of alcoholism" (according to I. Rossow (1995) alcohol dependence is an alternative choice to suicide [10]).

The second example. Now let's take a much less odious group, which actually represents a normative cross-section of the population - students who have been regularly participating in our research for more than a decade. The first series of the survey was conducted "on the fly", immediately after filling out the informed consent, and despite the anonymous survey format, the answers to the questions "Have you ever attempted suicide?" and "Have you ever had suicidal thoughts?" in most of the questionnaires were negative. Amazing initial antisuicidality. The second series of the survey was conducted after the preparation of motivational (help with honest answers from Russian suicidology, perhaps your answers will help save someone's life in the future) and decantatory (antivital experiences are not something terrible that makes you bad, etc.). Now the values obtained could surprise an unprepared researcher: the corresponding values increased multiple times: suicidal thoughts (at least "frivolous" ones) noticeably more than half of the respondents noted passive suicidal ideation (to fall asleep and not wake up; it would be better to die; would have contracted a fatal disease; would have been run over by a truck; it would have been better not to be born) noted the majority of respondents [12]. But, as in the first example, it can be stated with all confidence: the majority (and this is fine) of those who even have serious suicidal intentions will not commit fatal suicides. Something like this clearly does not allow you to implement.

So, for any conditionally mentally healthy person (most likely, for anyone), the presence of antivital experiences in "acceptable amounts" is a common part of being, in unacceptable amounts it is a reason for timely contacting a specialist in the field of mental health. At some point in their lives, everyone is clearly aware of the possibility of voluntary exit, as well as the fact that it is still possible (advisable, accepted) not to do so. Such arguments are not new, attempts to solve the question of what lies behind such widespread human antivitality have been undertaken since ancient times: the Latins, Greek and incipient European thinkers have expressed many diverse versions (ranging from the wrath of the Gods, the machinations of evil spirits, moral insanity to the blatant freedom of human choices and the establishment of the eccentricities of human nature). What is more important for us now is the fact that such aspirations have not been ignored, forming an idea of their closeness to the human race. At the same time, assumptions were also made about the dual nature of human nature (pro-life and anti-life), which seem to be able to explain such an unpredictable trajectory of human actions (or at least the presence of anti-life sensations). And the "ball" is ruled by what prevailed at that particular moment. But a separate "anthem" was regu-

larly played and "if there is something for which a person will survive any hardships and circumstances".

The reflections of the next few hundred years did not make significant adjustments: the theory was still dominated by similar ideas, the struggle of opposites wanting to somehow explain the decision of the notorious "to be, or not to be, that is the question". To live or not to live – the answer to this question is the result of the interaction (balance/ imbalance) of pro-life and anti-life aspirations / instincts, something, let's say, "for" premature death and something "against" it (pro et contra). Thanatos / Mortido and Eros in Sigmund Freud and Sabine Spielrein [13], biophilia and necrophilia by Erich Fromm [14], Libido and Summer by Cordelia Schmidt-Hellerau [15], a script based on the message "Don't be" (Don't live) and the work of mechanisms that counteract the scenario attitudes in transactional analysis [16]. Along the way, we note one important nuance, namely the ease with which theories of antivitality (autoaggression) are mistaken for models of suicidal behavior. One often hears that Z. Freud believed that the reason for suicides lies in the machinations of Thanatos, K.G. Jung assumed the desire for rebirth as the main "suspect", A. Adler insisted on the importance of overcoming incompleteness... But these theories (like many others like it) rather explain to us the very fact of the total presence of anti-life experiences in each of the living, but not suicidal behavior. The conclusion here is simple: theories of self-aggression and theories of suicidal behavior are quite different things that relate to each other like the basis and superstructure of Marxist theory. The latter can use the former, but personal auto-aggressiveness in itself is not at all a guarantee of suicidal behavior (which, of course, is very good).

In a preliminary summary, we note that antivital aspirations are obligatory for human nature, and the attitude towards the possibility of its presence in the life of each particular person is determined by current individual and social levels of loyalty to it (factors determined by social and personal "settings"). Which is not so important for practical suicidology: it seems to us that among those who died by suicide, the number of conditional Vita optimists (previously categorically denying the possibility of suicide) and Vita pessimists (tolerating the presence of antivital experiences) will be quite comparable. As, however, among those who continue to live safely. But what a significant part of both of them can safely continue to exist, reducing the existing aspirations in the conditions of always available opportunities to nothing – we just have to find out.

*On the question of the significance of the prosuicidal action power and the role of identified predictors of autoaggressive behavior (plus-effects and plus-factors)*

An infinite number of publications are devoted to this aspect. Practically all possible candidates for the role of such influences have been investigated (the levels of severity and personal significance of the latter have been taken into account, the summation conditions), numerous predictors of suicidal behavior have

been verified (hundreds or thousands of them have already been counted), signs, conditions and factors are ranked, separated by its nature (genetic, neuro-biochemical, clinical, behavioral, anamnestic, etc.), the degree of conditional malignancy (determinants of various levels and modifiers and classifiers of the corresponding risk, etc.).

However, no impact (even the most nightmarish) is equal to suicide or its attempt, but the most in vain (on the part of the observer) cause can lead to irreversible action. Of course, it is foolish to argue with the fact that with a more serious potentially suicidal effect, the risk of suicide is higher than with "just teasing" in class or stealing a pen. But as mentioned above, there are plenty of exceptions to the "rules". For someone, for example, the loss of a limb (let's say an arm) is a terrible tragedy that instantly destroys the illusions of invulnerability and integrity, resulting in suicide. For someone else, the same loss of a limb(s) is never a reason for a violent termination of life (numerous examples of Paralympians, pilot Alexei Petrovich Maresyev, etc.).

That is, the reaction to standard suicidal shocks (situations) is a priori different: someone "got a little drunk", someone withstood what seemed unthinkable from the outside. And there is no linearity of the "force of action – reaction" relationship here, it is enough to recall a typical example from military psychiatry: a thin and unremarkable bespectacled man who will successfully pass through the horrors of hazing, and the owner of a mountain of muscles, a "cool kid in life, a karate and a bodybuilder", will hang himself in the toilet after the first "dark onslaught".

A potential prosuicidogenic factor (with its specific characteristics) will trigger a suicidal cascade only under certain conditions conducive to this. The predictors mentioned above immediately come to mind: together with it, a fatal result is guaranteed. But this is absolutely not the case. Let's formulate the task more radically and work together to determine the factor, situation, or combination of them that will inevitably, with 100% probability, lead a person to suicide. Genetic features, abnormal proportions of neurotransmitters, certain micro- or macrosocial conflicts, supersuicidal cognitions, tragic scenario compositions, or even extremely unhealthy and aggressive Mortido? However, you must admit that no combination will give us the "right" result, in the worst case, it will only significantly increase certain risks.

We have come very close to the paradox of modern suicidology: it would seem that every year researchers become aware of an increasing number of candidates for the role of "that X factor", their combinations would seem ready to "reveal all the cards" of suicidogenesis, but the puzzles have not yet been finalized. Each candidate is usually good in a certain narrow niche (explains one thing, or only in a specific group, for example, age), in a certain situation, but ... the existing suicidological aporia (from Greek. ἀπορία – "hopelessness, hopelessness"), despite the growing amount of our knowledge about the subject, is far from being resolved. Remember

how many solid monographs and multi-page publications there are on the genetics of suicidal behavior. It repeatedly seemed that the secret was about to be revealed: genes (the proteins they encode that trigger neurobiochemical processes), which are present in a significant number of people who demonstrate an increased risk of suicide and even commit suicide (within statistically significant limits compared to the control group), are present in a decent number of people who persistently do not fall into the risk group, who feel great about themselves, despite the verdict at the genetic level. And no less a significant part of those who died would greatly spoil the "convincing" statistics by not finding established suicidal genetic combinations at all (here, of course, one can endlessly discuss gene expression, their penetrance, modifier genes, the influence of epigenetic modifications and the polygenicity of inheritance of a trait). Anyway, the position regarding most of the known pro-factors is opportunistic and "overly flexible": maybe yes, maybe no (it will probably contribute, but quite possibly it will not have any significant impact). And, probably, there is some intermediate element that modifies and refracts the effect of the pro-factor, ultimately determining the level of malignancy of the influence and its actual result.

To summarize: the search for causes and predictors is very likely doomed to failure. Any seemingly fatal impact is nothing in the context of something capable of resisting this impact. It is this "something" that, when fully functioning, makes it possible to cope with any indelible shame, with any restrictions and defeats in rights, with inhumane conditions and hardships. If it is insufficient, it easily makes a ballpoint pen stolen from a schoolboy a sufficient reason for suicide.

#### *Achievements of plus- (pro-) suicidology*

Let's start by explaining the idea of the plus/minus concepts of suicidogenesis. We used an analogy with the concepts of "plus-tissue" and "minus-tissue" in dermatology: if a shaped element rises above the skin or mucous membrane (that is, something missing up to this point is added), this is a plus-element (papule, pustule, tubercle, etc.). If a structural defect is formed with the loss of a fragment of previously present tissue (erosion, ulcer, atrophic scar), then we are talking about a negative tissue shaped element....

So, suicidal behavior. To illustrate the positive approach, let's return to the previously voiced idea of the existence of an "absolutely suicidal personality" and an "absolutely suicidal personality endowed with a suicidal endophenotype" (baseline for all the plus-models).

How does suicidogenesis start in this case? Everything is quite simple and elegant: for the time being, our suicidal person (with or without a specific endophenotype or a set of possible predictors) feels great and does not seriously think about any suicide (he may sometimes get upset and think about it in passing, but no more), until the very moment when for the first time in his life, the suicidal factor X, which is individually significant for him, does not arise, as a result, suicidality disappears at one moment or within a relatively short

time. Our character begins to consider the possibility of suicide as almost the best solution to the current, personally unbearable situation. That is, the quantity or quality of the plus-factors (ante- and pro-character) become sufficient to start a completely real suicide track. Something was added to the baseline level to such an extent that it made the system unstable, in turn, reducing the intensity of "additive X" or stopping its action, theoretically, returning the system to the previous baseline state, turns off the previously triggered suicidal cascade.

Let's take a brief tour of the most significant models of suicidogenesis today, along the way analyzing its positive nature. We will also refrain from analyzing the most positive medical model of suicidogenesis by Jean-Etienne Domenic Esquirol [17], which categorically postulates: "suicide is the product of a painfully altered psyche ...". We will also leave the reflections of the psychoanalysts and neo-Freudians outside the scope of our narrative, since most of their concepts concern not suicidogenesis, but its forerunner, the nature of personal autoaggressiveness, as well as the ingenious in its simplicity S-R model of behaviorists (learning a suicidal type of reaction). We should also mention the approach of Karen Horney [18], who argued that in order for a person to desire voluntary withdrawal, a combination of a number of psychological and social factors must necessarily arise when the surrounding reality begins to be perceived as exceptionally hostile. So, in a simplified form, there was a certain baseline (zero level of personality in relation toward the realization of suicidal thoughts), something developed in a certain way (which had not happened before), thus triggering suicidal behavior. A classic plus conception. Just in case, let's say that even if the mentioned factor is depression and hopelessness, these are also positive phenomena, because the appearance of such symptoms in a patient marks the appearance of something completely new in his/her mental life that was previously absent there.

Let's continue the excursion by analyzing the sociological concept of Emile Durkheim, which was probably the first of the relatively coherent and well-founded models of suicidogenesis [1]. So, the anomalous mechanism, (protest) suicide is committed by a person who is disconnected from adequate social relationships: in cases of job loss, economic instability, divorce, forced migration and other reasons; the altruistic option is already self-sacrifice, excessive sense of duty or desire to save someone, "death for an idea"; egoistic – is aimed at resolving one's own internal conflicts by harming oneself in an attempt to prove others wrongness; fatalistic type – suicide caused by being forced to exist in a victim's position, restriction of freedom, etc. This is a classic example of a positive approach: certain changes in a person's status, in a logical way for Durkheim, lead to suicidal behavior.

Domestic works by A.G. Ambrumova [19], as well as earlier ones related to the cluster of models of personality crisis (socio-psychological maladaptation) [6], are devoted to the study of the influence of socio-

psychological maladaptation, which makes a person susceptible to the effects of a huge number of suicidal factors (many of which a person can be quite resistant to in intact conditions). At first glance, the concepts are in the plane of a mixed ideology. Something disappears (or still appears) in a personal organization, allowing a situational reaction to arise that excludes the possibility of satisfying a need in ways which are known and accessible to the individual. However, the emphasis is still much more heavily placed on the positive components of suicidogenesis.

A curious positive theory is the cognitive model of suicidal behavior created by Aaron Beck and Amy Wenzel [20]. The authors, studying affective pathology, proposed an original model based on the position of dysfunctional beliefs that cause negative emotions and views (the "negative triad"). Such thinking failures lead to the fact that negative feelings that arise during stress are magnified many times, transforming into hopelessness and helplessness, which are already the basis of suicidal aspirations.

In 1993, Edwin Schneidman proposed a motivational theory of suicidal behavior, identifying a set of characteristics in the structure of suicide: goal (solution), task (loss of consciousness), stimulus (unbearable mental state), stressor (inability to satisfy needs, frustration), emotions (helplessness, hopelessness, depression), internal state and attitude (ambivalence), mental state (cognitive decline), communication (communication about intentions) [21]. The author believed that suicide is a response to a psychologically painful state (feeling pain), and this response is a purposeful attempt to free oneself from this pain through the so-called "egression" (escape from one's mental and psychological state, a state of frustration and helplessness). Undoubtedly, we have a predominantly positive model of suicidogenesis, which primarily concerns the destabilization of the baseline suicidal position.

Thomas Joyner's interpersonal theory, which has recently become widespread [22, 23], is also rather a representative in the plus-trend. The concepts of "abandonment" and "perception of oneself as a burden" are unconditional neoplasms in the previously intact and self-sufficient psyche of the suicidal person (plus-components of the theory). When such situations arise, suicide begins to be considered as a real alternative to it. Later, the authors will add a third factor – the possibility of committing suicide (I want and have the opportunity). Formulated in theory, one of the three main components of suicidogenesis, namely, suppressed belonging (belonging as a basic human need, reflecting its correlation with other people and society as a whole) already belongs to the negative pole (loss of important counter-suicidal constructs).

In the same context, the model of suicidal behavior development by Jeffrey Bridge, Tina Goldstein, and David Brent [24] is of interest, in which, along with the traditional plus-components (combinations of affective disorders and a tendency to aggressive reactions to frustrating events), the authors also emphasize the im-

portance of the presence of factors that protect against suicide (strong family and friendly relationships, cultural and religious peculiarities), the decompensation of which could be attributed to the crisis of protective factors (the negative component of suicidogenesis), however, The authors talk about them in the context of "it's good if it's present" (the desirability of their presence).

The models of "stress diathesis" proposed by John Mann [25, 26] and Kiis Van Heeringen [27] tend more towards positive approaches. Diathesis, considered as a predisposing factor (soil), significant stress, is an effect that directly triggers a suicidal cascade. In J. Mann [25], diathesis is caused by an innate or acquired predisposition, stressors, being various adverse effects of a psychological and social nature, receive a maximum-favoring regime against the background of diathesis. The Van Heeringen model, having a similar structure, is much broader only than the suicidological plane, affecting the risks of developing a different mental pathology. The concept of a "threshold value" proposed by the author (the sum of impacts in our understanding) demonstrates individual thresholds of patience, exceeding which leads to negative consequences. The operation with genetic predisposition factors and a susceptible endophenotype allows us to attribute these models to the destabilization of an "asuicidal person endowed with a prosuicidal endophenotype".

The theory of "stress vulnerability" proposed by Dana Wasserman [28, 29] is also consistent with these models: the interaction of predisposition to specific stress with risk factors for suicidal behavior, on the one hand, and with factors of protection against it, on the other. Just like J. Mann and K. Van Heeringen, D. Wasserman notes the important role of an innate predisposition to stress, or the formation of such a predisposition in the process of individual development. The identified risk factors for suicidal behavior (the presence of mental illness, negative emotional states, and events) are positive pole variables, but the described protective factors (strong social relations, support from others, stable self-esteem, access to medical care, willingness to receive this help, and commitment to treatment) most likely can be considered as potential negative components (however, they are not crucial).

The subcultural model of suicidal behavior by David Lester [30, 31] explains suicidal behavior from the perspective of formed values and cultural norms of a person. Suicide is the result of the assimilation of certain norms, value-semantic attitudes and patterns of behavior, that is "learned behavior". Being the result of internalization, such behavior is no longer something odious or shameful for a person. For example, the surrounding social depression orients people towards an appropriate individual affective reaction, which may result in suicidal behavior. The concept is also applicable to local social groups (youth subcultures, death groups, etc.). The meaning of the model is undoubtedly positive: "there must be something to ...". And not "something has to disappear in order for something to happen..." (the negative model).

The concept of Ronald Maris (1981), built around the theory of coping, is some extent consonant with the idea of D. Lester, and suggests that the experience of unsuccessful contact with stressful influences creates unconstructive adaptation options in the future, which in turn determine subsequent strategies of self-destructive behavior [32]. The formed pathological ways of coping with stress belong to the plus-components of suicidal genesis.

In Igor Galynker's narrative-crisis model [33], it is assumed that a person who is ready to commit suicide evaluates his life as a story of dead-end sequences (the so-called suicidal narrative), leading him to a state where suicide begins to be regarded as the most acceptable way to end mental pain and painful negative reflections. All three components of the model are predominantly positive poles, such as vulnerable character traits (temperament, early unfavorable experiences, social acceptability of suicide as a solution to problems), suicidal narrative (obsession with one's suicidal narrative, ideas about the useless past, unbearable present or lack of future, creating a vacuum of personality value) and suicidal crisis syndrome (an emotional state of unbearable anxiety, agitation, acute anhedonia, loss of cognitive control).

Rory O'Connor's integrative motivational-volitional concept [34, 35], consisting of three phases, takes into account the effects of stress, adverse environmental factors, and certain life events (the pre-motivational phase) that contribute to the formation of negative emotional reactions and suicidal thoughts (the motivational phase), and the conscious implementation of a suicidal act (the volitional phase). All the factors of suicide used in it are predominantly positive in nature.

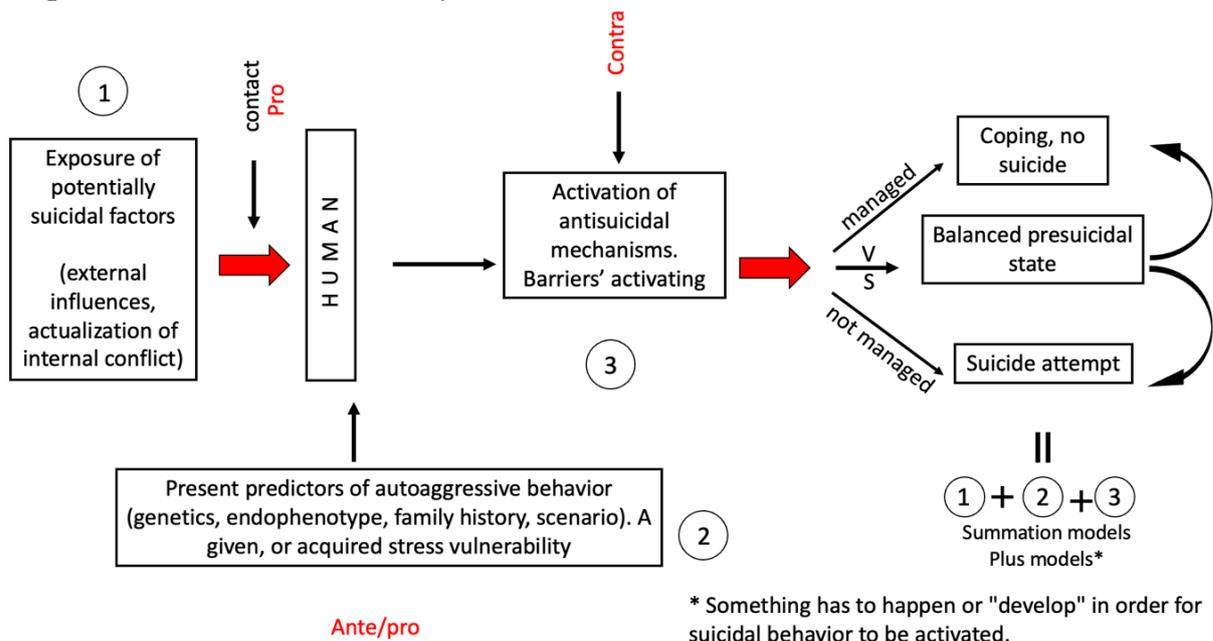
In the theory of three steps (3ST) by David Klonsky and Alexis May [36], the most important factor for the emergence of suicidal intentions is the experience of

mental pain with the formation of hopelessness. Being a typical representative of the plus-pole concepts of suicidogenesis (including in relation to the proposed steps in the therapy of suicidal clients), the model nevertheless takes into account the factors of social support and the presence of a reference group, the absence of which facilitates the emerging suicidal trajectory. The latter statement allows us to attribute the 3ST model to representatives of transitional plus/minus approaches.

The theory of suicidal behavior proposed by Yu.R. Vagin [37, 38] is centered around a certain "driver" aimed at reducing individual functioning, which is activated by summing up certain biological, psychological, and behavioral components. In general, the approach is predominantly positive, but the last of the proposed components of avital activity (desocial activity) is rather a negative component of the model (we are talking about conscious or unconscious withdrawal from social contacts, the desire for privacy, unwillingness to have a close environment and interact with others).

In the theory of the multifactorial psychosocial model of affective spectrum disorders [39], all the main blocks (macrosocial, family, personal, and interpersonal) are described in terms of the suicidogenesis plus approach – the summation of certain patterns will give us the "desired" result (mass alcoholization of society, loss of loved ones, violence and restriction of freedom, inability to cope with stressful influences, anxiety, problems in social relationships, social maladjustment, conflicts).

In the conceptual model of suicidal behavior proposed by B.S. Polozhiy [4], the emphasis is also on the set (presence) of certain signs or conditions in the etiopathogenetic block of the model (determinants of the 1st and 2nd order), capable of significantly increasing suicidal risks.



\* Something has to happen or "develop" in order for suicidal behavior to be activated.

Fig. 1. Generalized scheme of plus-models of suicidogenesis.

The structural and epigenetic model of Gustavo Turetsky [40] links suicidal behavior with genetic changes that occur under the influence of external factors. With the necessary combination of external negative factors, inherited genes facilitate the development of suicidal behavior. The described approach, without any doubt, is a typical representative of the summation-plus direction. As well as V.A. Rozanov's biobehavioral epigenetic model [41], which also relies mainly on epigenetic mechanisms of suicidogenesis.

Many biological theories that have emerged in recent years, built around innate or acquired changes in the serotonergic, dopaminergic, GABAergic systems, the brain's neurotrophic factor system, hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction, and others, are characteristic representatives of the suicidogenesis ideology [4, 42].

In conclusion, we state the prevailing trend in suicide theories in recent years: having failed to find only one leading mechanism (biological, social, psychological, etc.), scientific thought is moving towards a collaborative solution: the creation of summative (plus-) biopsychosocial models implying the need for cumulative, combined influence of psychological, social and behavioral processes [3, 4, 43].

Let us summarize graphically the provisions concerning the analyzed plus-models (Fig. 1). Note that antisuicidal barriers (systems) in plus-models are often given a secondary and, in a sense, passive meaning: they are connected "on demand" at the time of an already existing suicidal contact. This suggests an analogy with a "Fire truck" that comes out a little late to answer a call: it is always ready in the garage of the fire department, but it is not destined to anticipate a fire, since, alas, it is "on the siding", and there is a decent time delay from the "fire alarm" to when firefighters arrive at the fire site (that is, it is not always possible to connect at the "spark that ignites the flame" stage).

#### *Achievements of descriptive suicidology*

Let's start with a description of the ideal suicide, "walking" on the Web, according to the accompanying legend, compiled by Esquire (whether this is true or not, our team could not reliably find out) on the basis of numerous publications by D. Lester [44]. We will allow ourselves not to give an "article-by-article" list of works, since there are also certain problems with it regarding the verification of sources, leaving only their extensive numbering for clarity. Whether this is a real work or a banal fake doesn't really matter to our narrative, because, firstly, such a compilation can easily be reassembled in a much larger volume (given the accumulated hundreds of thousands of scientific articles with very similar designs for their implementation). Secondly, even if it is fake, its author has an undoubted flair and a characteristic way of thinking that reflects the features of the positive approach and the paradigm of suicidological research of a descriptive nature.

So: "It was Money<sup>1</sup>, the wind was blowing<sup>2</sup>. Winter continued in the European countries<sup>3</sup>. The country was democratic<sup>5</sup>, non-Muslim<sup>6</sup>, with religious plural-

ism<sup>7</sup>, whose citizens had recently gained the right to own firearms<sup>8</sup>. Drunken people were walking outside the windows of the death<sup>9</sup> row<sup>10</sup> celebrating the New Year<sup>11</sup>, but he was sober<sup>12</sup> – he had just recently quit<sup>13</sup>. He was not congratulated on his birthday<sup>14</sup> by his same-sex relatives (he did not serve)<sup>15</sup>, nor by colleagues (he had not had a job for a long time)<sup>16</sup>, nor by his wife (who left him<sup>17</sup> after knowing about his homosexual tendencies)<sup>18</sup>, nor by his Finno-Ugric grandmother<sup>19</sup> who was originally from Eastern Siberia<sup>20</sup> – he lost her at a young age<sup>21</sup>. The sad music of a gymnasium from a foreign country<sup>23</sup> accompanied the words<sup>24</sup>, which were completely depressing. It was a shame<sup>25</sup>. Despite his perfectionism<sup>26</sup> and high IQ<sup>27</sup>, his career was not completed by the age of 50<sup>28,29</sup>. He didn't even get a donor, despite having a rare blood type<sup>30</sup> and low cholesterol<sup>31</sup>. Maybe it was high anxiety<sup>32</sup> or maybe it was advanced cancer<sup>33</sup>. Either become a Taoist<sup>34</sup> or commit suicide, especially since suicide was recently decriminalized in this country<sup>35</sup>. It is hardly necessary to write a suicide note<sup>36</sup>, but if you do, then without denials and complaints<sup>37</sup>. He looked around for some kind of instrument<sup>38</sup>".

Please note that we have a classic positive image of suicidological thinking: the more worthy predictors and triggering factors a client has, the more likely he is to voluntarily die. However, a little above, we have already made an unsuccessful attempt to create an unambiguously suicidal disposition...

What did suicidology achieve by endlessly trying to answer the question, by virtue of what circumstances appeared (revealed) in life, a person committed suicide, which of the predictors available to him contributed to this? Was the reason strong enough?

As a result, we have an extensive database of "pro" factors, there are already hundreds, thousands or tens of thousands of them. But did it make the work of suicidologists much easier? Has the quantity grown into the expected quality? Unfortunately, it's more likely no than yes.

What, apart from the most extensive statistics, a description of a suicidal person and the possibility of calculating hypothetical estimated risks, did they provide us with?

So, it doesn't take much to avoid suicide: not to have hundreds of predictors (including compromised genes and the biochemical processes programmed by them), not to be prone to depression (and other mental illnesses), not to break up too much (which means not to love, not to quarrel, not to work), not to react to social upheavals, not to read books about the young Werther, not to reflect, etc. Studying the "pro" side, we still did not get an answer to the question: so why does someone react in a suicidal way, and someone (despite all the predictors present that increase the likelihood of suicide) does not. In addition, it becomes quite obvious that we will not be able to completely remove anyone on this planet from the impact of numerous pro-influences, we will not be able to eliminate most predictors and modifiers of suicidal behavior (for example, the

genes of the Finno-Ugric granny...), which, unfortunately, means significant limitations in the use of positive components in preparing effective preventive and treatment programs.

In the light of what has been written, a curious analogy suggests itself. We probably had to deal with the opposite phenomenon of the "survivor's paradox". What is it about? The survivor's paradox (systematic survivor's error, English "survivorship bias") is a cognitive distortion in which conclusions are drawn based on data only about "surviving" objects, while ignoring information about "dead", which leads to distorted conclusions. The paradox became famous thanks to mathematician Abraham Wald, who was commissioned during World War II to study which places on airplanes were most vulnerable. The scientist drew attention to the fact that conclusions are drawn based on the analysis of damage to returned aircraft, and not all those that participated in the battle. He suggested strengthening not those places where there were the most holes, but those that were not damaged by the returning aircraft.

Suicidologists, on the contrary, are too enthusiastic about those who died and almost died as a result of suicides (conditionally "non-returned planes"), forgetting about the undoubted advantages of those who thought about suicide (and, as we found out above, such thoughts come to almost everyone periodically), often doing it seriously and thoroughly, and I was even almost ready to commit it, but in the end I refused to implement it, having managed to stay alive (these are our battle-battered "pro et contra", but with success "returned planes"). Which should be studied in more detail, strengthening what has successfully helped them return from their journey to the pre-suicidal hell. The paradox, which is the reverse of the survivors' paradox in its classical form, the study and understanding of which (the

"contra" factors) allows us to see psychotherapeutic and preventive horizons in a completely different way.

Our numerous interviews with survivors allowed us to find out the main reasons why someone never decided to commit suicide (they "returned" on their own) and what kept those who made the failed attempt until the last moment. Previously expressed thoughts that the features of the stress coping mechanism can have a significant impact on the process of suicidogenesis and therapeutic activity (a fragment of the accent approach) [45] are to a certain extent consonant with the proposed concept.

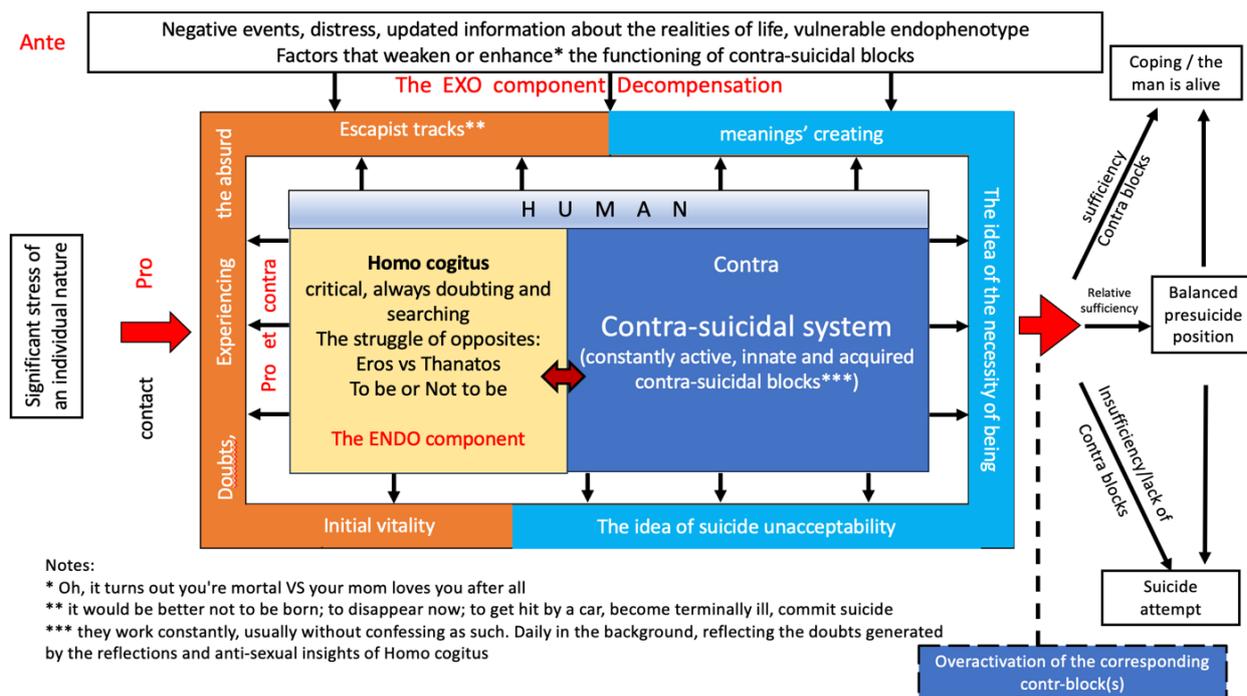
*Decompensatory (minus-) model of suicidal behavior*

In the model offered to your attention, we relied on several provisions:

- 1) absolutely all people have antivital experiences (aspirations);
- 2) those who continue to live have certain mechanisms that successfully extinguish emerging antivital sensations (counter-suicidal system);
- 3) its collapse or initial shortage leads to the possibility of suicide. Suicide, which involves an uncompromising, often prolonged duel between life and death, occurs in the face of the defeat of everything that once held the suicide in this world.

The main blocks, the principle of their interaction, and the conceptual composition of the decompensatory (minus-) model of suicidogenesis are shown in Figure 2.

First of all, this model is distinguished by the primary importance given in it to the level and quality of functioning of the counter-suicidal system (CSS), the decompensation of which leads to sensitization (defenselessness) of the individual in relation to the influence of external and internal risk factors.



Notes:  
 \* Oh, it turns out you're mortal VS your mom loves you after all  
 \*\* it would be better not to be born; to disappear now; to get hit by a car, become terminally ill, commit suicide  
 \*\*\* they work constantly, usually without confessing as such. Daily in the background, reflecting the doubts generated by the reflections and anti-sexual insights of Homo cogitus

Fig. 2. Decompensatory (minus-) model of suicidogenesis.

The main position of the model is the idea that in conditions of an effectively and fully functioning CSS, potentially considered pro-suicidal effects will not have a fatal or even any serious effect. The CSS, in turn, consists of eight independent and universal counter-suicide units (CSU), which will be discussed in detail in the second part of the work. They may be in full-fledged functioning mode (blocking possible suicidal ideas and intentions), be decompensated/ initially absent, or be poorly developed (most suicidal calls, alas, "hit the target").

With a fully functioning CSS, we may well have just the right kind of person, ready to reflect any suicidal influences throughout our lives.

The CSS (its constituent blocks or units) is laid down in the process of individual development, upbringing and socialization. The system is constantly active, triggering not at the moment of contact with a potential suicidal factor, but permanently interacting with emerging antivital experiences of varying intensity. In the background (little known) mode, the CSS works out threats of a conditionally normative level (I thought about the possibility, but quickly waved it off, because there are a lot of plans ...), creates real and mythological meanings, values and goals of existence (reinforcing, revising and updating existing ones), forms standard (acceptable) solutions to existentially difficult issues. CSS becomes a conscious mental construct at the time of serious contacts with more significant (or individually significant) external factors. In other words, CSS is an ever-present component of the mental apparatus, perfectly capable of doing without serious tests of its probable effectiveness. The crisis version of its work (in conditions of contact with a serious challenge) is only a forced, abnormal regime.

The impact of a triggering suicidal factor for suicide is usually necessary, but it is far from determining the likelihood of suicide (in conditions of an effectively functioning CSS). The effect of the plus-effect is often reduced to strengthening one or another negative internal position of a thinking person (*Homo cogitus*), which causes suicidal reactions to extremely minor (from the perspective of an outside observer and even a specialized specialist) suicidal contacts (stolen pen). The effect of pro-factor X is thus practically unpredictable: minimal exposure to it can lead to suicide in conditions of decompensated CSS, and, on the contrary, its extreme severity may not give absolutely no reaction.

Factors that reduce the effectiveness of CSS (exo- and endo-components of decompensation) increase sensitivity to suicidal calls. Decompensation of CSS (specific CSU) in the most typical variant precedes the impact, which eventually launched a suicide track.

The mind of *Homo cogitus*, which asks itself (and others) uncomfortable but quite logical questions, generates a lot of routine work of the CSS, creating reasons for its endo-decompensation (as, indeed, under other circumstances, to strengthen its position). In the first case, it is due to a growing set of anti-life statements and insights: about the imminent death, possibly painful, upcoming or existing serious illnesses, the absurdity

of existence as a relatively slow or galloping movement towards imminent death, doubts about the existence of God. On the other hand, the existential tasks that are thrown in regularly train the CSS, allowing the latter to create the standard sets of solutions to typical challenges mentioned above (God doesn't tell you exactly; do you know the plans of the Almighty; mom will be upset; the morning is wiser than the evening, etc.).

Most of the plus-factors of the predictor level of suicidal behavior (genetic characteristics; stress response characteristics; personality traits; unfavorable drug treatment profile) form an exo-component of decompensation.

The pro-suicidal factor (pro-exposure) is usually not directly aimed at the destruction of the components of the CSS, as it may seem at first glance (of course, there are exceptions to this rule). The pro-factor and the CSS are, in fact, "independent dioceses" and the issue of its interaction reflects the dynamic variable of the contact that has arisen between them: whether the CSS will be able to block a specific suicidal effect, or whether the decompensation of its CSS will allow the transformation of the contact into direct suicidal behavior. The mission of the CSS is to extinguish the incentive that has arisen before the personality transitions to active suicidal actions. If the incentive nevertheless triggered a suicidal cascade up to the stage of direct implementation of the plan, the reason for this should be sought in the decompensation of the CSS components.

It is possible to assess the functioning of the CSS (its individual blocks/units) at any stage of contact with a suicidal person, as well as during screening studies of unidentified populations (it will be described in detail in the third part of the message)

The decompensatory (negative) model of suicidal behavior is able to offer tangible points of application of therapeutic activity aimed at strengthening or revising decompensated (initially insufficient) CSU, revitalizing the collaterals within the CSS.

#### *Epilogue: the main issue of suicidology*

One day Albert Camus will write familiar lines to everyone: "There is only one really serious philosophical problem – the problem of suicide. To decide whether or not life is worth living is to answer a fundamental philosophical question. Everything else – whether the world has three dimensions, whether the mind is guided by nine or twelve categories, is secondary" [46].

Considering the above, the main issue of suicidology is a formulation that is extremely consonant with the main question of philosophy in the understanding of A. Camus: why is this particular person, despite the antivital experiences and pro-suicidal effects (both ante- and pro-nature) that absolutely everyone has, still alive. What gives him the strength and reason to live out the years allotted to him, often despite the presence of a conditional suicidal endophenotype, a number of extreme psycho-emotional, social, etc. shocks? The question is not why someone committed suicide, the question is WHY and WHAT could have kept them from committing sui-

cide; WHAT gives those who live happily in this world the ability and desire to continue to exist...<sup>1</sup>

It is very possible that, traditionally, when we are interested in the reasons for a certain act, we are working "in the wrong direction and with the wrong person". We measure "from the wrong end", determining the causes and risk factors of possible suicide, it is much more logical to take measurements from the opposite side of the "barricades". What counteracts them, smoothes and eliminates the effects or the chronic presence of pro-effects. Not what led, but what allowed suicide to be avoided up to a certain point (and to be avoided henceforth), what mechanisms underlie healthy survival.

#### Conclusions:

1. We should agree with the reasonable opinion that the currently used models of suicidogenesis (mainly of a positive nature) mostly have a similar disadvantage: the absolutization of the role of any one or group of related factors without giving due importance to other variables that play an equally important role in the emergence and development of the suicidal process [4].

2. The analysis of positive (summation) models of suicidal behavior does not provide an answer to what (the totality of what and to what extent) can lead to suicide of a particular individual. Antisuicidal factors (if they are discussed in a specific theory) are often static in nature, the presence of which may hypothetically reduce the risk of suicide (but may not reduce it, such as having a family, regular church attendance, and many other recognized protective factors found in suicide). And, most likely, the importance is played not by the formal presence of such, but by their qualitative characteristics.

3. The descriptive approach in suicidology has now allowed us to accumulate a very impressive amount of candidate factors and established predictors of suicidal behavior, however, their significance is very relative: the resulting array, of course, contributes to an estimated assessment of suicidal risk, but in terms of preventive and therapeutic work, its significance is significantly less. Most of the known factors have either already had its effect, which is unlikely to be "replayed" (genetic factors, childhood traumatic experiences, etc.), while others cannot be excluded again in the future (make sure that the girl does not leave anymore, so that she is never criticized at work, etc.).

4. The proposed decompensatory (minus) model of suicidal behavior is devoid of many voiced disadvantages and is based on the following provisions: anti-life experiences (aspirations) are noted in absolutely all people; the majority of living people have a certain system that counteracts this, aimed at inactivating anti-life sensations; it is the decompensation of the counter-suicidal (pro-life) system or a significant deficit of its

<sup>1</sup>Once, with forensic doctors, we studied suicides in patients with alcohol dependence. The pathologist's task was to detect visceral signs of alcohol-related illness in suicidal patients. During the autopsy, the doctor froze, saying the words that became the forerunner of this study: the question is not why he died, the question is how he managed to live with such a bunch of incompatible with his life changes.

blocks that make possible the realization of suicidal intentions. In this regard, the non-linearity of the relationship between the power of the acting suicidal factor and the obtained result becomes clear. The counter-suicidal system works in a permanent way, organizing pro-life development trajectories, meanings and values of existence, creating antitheses to suicidal challenges if they are present. Its modules are universal in nature.

5. Such a model can offer an integrative approach to the prevention and therapy of suicidal behavior. The CSS vocabulary is exceptionally sound, which makes it possible to use the model in the diagnosis and mild prevention of autoaggressive tendencies in the intimate contingent, without the need to directly focus on the topic of self-destructive behavior (in particular, suicidal).

6. The main issue of suicidology is the discussion of what allows a person to continue living in the presence of antivital experiences, hundreds of reasons (pro-) to resolve a certain situation or conflict through suicide. What makes such a track impossible for a particular person and what we are able to strengthen in another individual, who considers such a trajectory as quite acceptable.

#### Литература / References:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. сокр. М.: Мысль, 1994; 399. [Durkheim E. Suicide: A sociological study. Translated in Russian. Moscow: Mysl, 1994; 399.] (In Russ)
2. Меннингер К. Война с самим собой. М.: "ЭКСПО-Пресс", 2000. 480 с. [Menninger K. The war with oneself. M.: «EKSPOPress», 2000. 480 s.] (In Russ)
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004; 480. [Efremov V.S. Fundamentals of suicidology. St. Petersburg: Dialect, 2004; 480.] (In Russ)
4. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhy. Moscow: MIA, 2019. 600 p.] (In Russ)
5. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2018. 376 с. [Starshenbaum G.V. Suicidology and crisis psychotherapy. M.: Kogito-Center, 2018. 376 p.] (In Russ)
6. Farberow N. The Many Faces of Suicide. New York: McGraw-Hill, 1980; 446.
7. World Health Organization (2023, August 28). *Suicide key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
8. Rowling JK. Harry Potter and the Philosopher's Stone (book 1). London: Bloomsbury Publishing, 2014; 248.
9. Толстой Л.Н. Исповедь. Амрита-Русь, 2019; 80 [Tolstoj LN. Ispoved'. Amrita-Rus', 2019; 80.] (In Russ)
10. Rossow I. Regional analysis of alcohol and suicide in Norway: some empirical considerations. *Suic. Life. Threat. Behav.* 1995; 25 (3): 401-409.
11. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: ООО "Издательство" СпецЛит", 2016; 207 с. [Shustov DI. Autoaggression and suicide in alcohol addiction: clinic and psychotherapy. Saint Petersburg: LLC "Publishing House "SpetsLit", 2016. 207 p.] (In Russ)
12. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017; 192. [Merinov AV. The role and place of the phenomenon of autoaggression in the families of patients with alcohol addiction. St. Petersburg: Expert solutions, 2017. 192 p.] (In Russ)
13. Freud S. Trauer und Melancholie. *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse [International Journal for Medical Psychoanalysis]*, 1917; 4 (6): 288-301.

14. Fromm E. The Heart of Man: Its Genius for Good and Evil. New York: Harper & Row, Publishers, 1964; 144.
15. Schmidt-Hellerau's C. Life Drive & Death Drive, Libido & Lethe: A Formalized Consistent Model of Psychoanalytic. New York: Other Press, 2001; 312.
16. Stewart I, Joiner V. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987; 390.
17. Esquirol JED. Mental maladies. A treatise on insanity. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845; 496.
18. Horney K. The Neurotic Personality of our Time. New York: W.W. Norton & Co, 1937; 299.
19. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М-во здравоохранения РСФСР, Московский НИИ психиатрии; Сост. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. М., 1980; 48. [Diagnosis of suicidal behavior: Methodological recommendations. Ministry of Health of the RSFSR, Moscow Research Institute of Psychiatry; Comp. AG Ambrumova, VA Tikhonenko. M., 1980; 48.] (In Russ)
20. Wenzel A, Beck, AT. A cognitive model of suicidal behavior. *Applied & Preventive Psychology*. 2008; 12: 189-201.
21. Shneidman ES. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behaviour. Jason Aronson Inc., Northvale, 1993; 258.
22. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005; 276.
23. Van Orden KA, Witte TK, Curcovicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal theory of suicide. *Psychol Review*. 2010; 117 (2): 575-600
24. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47: 372-394.
25. Mann JJ, Wateraux C, Haas GL, Malone KM. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156 (2): 181-189.
26. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*. 1998; 1 (4): 25-30.
27. van Heeringen K. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. *Bokomtale i Suicidologi 2001*, årg. 7, nr. 1 Suicidologi. Kees van Heeringen (ed.). Chichester: Wiley, 2001; 320.
28. Wasserman D. Suicide. An unnecessary death / Wasserman D. et al. London: Martin Dunitz, 2001; 287.
29. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2012; 2 (27): 129-141.
30. Lester D. Experience of personal loss and later suicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1989; 79: 450-452.
31. Lester D. Why People Kill Themselves. A 2000 Summary of Research on Suicide. 4 ed edition. Charles C Thomas Pub Ltd, 2000; 410.
32. Maris RW. Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1981; 375.
33. Galynker I. The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk. New York: Oxford University Press, 2017; 344.
34. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds). Chichester: John Wiley & Sons, 2011: 181-198. DOI: 10.1002/9781119998556.ch11
35. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*. 2012; 330-335. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.097808
36. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015; 2 (8): 114-129.
37. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993; 267. [Tregubov LZ, Vagin UR. Aesthetics of suicide. Perm, 1993; 267.] (In Russ)
38. Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. Пермь: Департамент образования и науки Администрации Перм. обл., 1999; 110. [Vagin UR. Prevention of suicidal and addictive behavior in adolescents. Perm, 1999; 110] (In Russ)
39. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции. *Культурно-историческая психология*. 2009; 3: 101-110. [Holmogorova AB, Garanyan NG, Gorshkova DA, Mel'nik AM. Suicidal behavior in the student population. *Cultural and historical psychology*. 2009; 3: 101-110.]
40. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2019; 5: 74.
41. Розанов В.А. Стресс-индуцированные эпигенетические феномены – еще один вероятный биологический фактор суицида. *Суицидология*. 2015; 20 (3): 3-19. [Rozaanov VA. Stress-induced epigenetic phenomena – one more biological mechanism of suicide. *Suicidology*. 2015; 20 (3): 3-20.] (In Russ)
42. Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству. *Экологическая генетика*. 2007; 4: 22-43. [Tikhodeyev ON. Genetic control of predisposition for suicide. *Ecological genetics*. 2007; 4: 22-43.] (In Russ)
43. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129-136.
44. <https://fnaq.livejournal.com/195241.html?ysclid=me1ogumcm218659344> (режим доступа 12.08.2025)
45. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 79-82. [Zotov PB. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 1: 79-82.] (In Russ)
46. Camus A. Le Mythe de Sisyphe. Éditions Gallimard, 1942; 189.

Information about the author:

Merinov Alexey V. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7508-2691; ResearcherID: AAT-8010-2020; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry and psychological counseling Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovol'naya str., Ryazan, 390026, Russia, Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

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

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

Статья поступила / Article received: 29.06.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 23.08.2025.

Для цитирования: Меринов А.В. Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть I. Плюс / минус модели суицидогенеза, главный вопрос суицидологии. *Суицидология*. 2025; 16 (3): 3-29. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-3-29

For citation: Merinov A.V. The decompensatory (minus) model of suicidal behavior. Part I. Plus / minus models of suicidogenesis, the main issue of suicidology. *Suicidology*. 2025; 16 (3): 3-29. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-9-29

**ФАРМАКОГЕНЕТИКА СУИЦИДА**

В.А. Козлов<sup>1,2</sup>, А.Н. Порозов<sup>1</sup>, А.А. Хусаинова<sup>1</sup>, А.В. Голенков<sup>1</sup>, П.Б. Зотов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45.

<sup>2</sup>ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей», Россия, г. Чебоксары, ул. Михаила Сеспеля, 27.

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

**PHARMACOGENETICS OF SUICIDE**

V.A. Kozlov<sup>1, 2</sup>, A.N. Porozov<sup>1</sup>,  
A.A. Khusainova<sup>1</sup>, A.V. Golenkov<sup>1</sup>  
P.B. Zotov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

<sup>2</sup>Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary, Russia

<sup>3</sup>Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

**Сведения об авторах:**

Козлов Вадим Авенирович – доктор биологических наук, кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1915-5416; ResearcherID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Место работы и должность: профессор кафедры медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия; ведущий научный сотрудник ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: rooh12@yandex.ru

Порозов Алексей Николаевич – студент (ORCID iD: 0009-0005-5557-1374). Место учёбы: студент V курса медицинского факультета ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия. Телефон: +7 (987) 677-61-08, электронный адрес: porozov0202@mail.ru

Хусаинова Айгуль Айратовна – студентка (SPIN-код: 8964-4870; Researcher ID: KSL-9479-2024; ORCID iD: 0009-0006-6561-7679). Место учёбы: студентка 5 курса медицинского факультета ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия. Телефон: +7 (919) 632-44-84, электронный адрес: husainova.aigiul@yandex.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ResearcherID: C4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронная почта: golenkovav@inbox.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ResearcherID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия. Телефон: +7 (3452) 69-07-53, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

В статье рассматривается проблема связи между приёмом лекарственных средств (ЛС) и суицидальным поведением (СП). Подчёркивается, что статистически регистрируемая связь между приёмом ЛС и суицидами недостаточно используется для разработки гипотез о механизмах СП. Предлагается рассматривать фармакогенетические факторы в качестве ключевых в определении риска СП, индуцированного ЛС. Обосновывается необходимость изучения полиморфных генов, изменяющих молекулярное строение точек приложения ЛС, что в сочетании с генетической и эпигенетической предрасположенностью может приводить к суицидальным исходам. Акцентируется внимание на важности информирования медицинских работников о побочных эффектах ЛС и необходимости сообщать о подозрительных нежелательных реакциях для предотвращения потенциального вреда.

**Ключевые слова:** индуцированный лекарствами суицид, фармакогенетика, статистика, ROR, семаглутид, лораглутид, финастерид, монетулкаст, левоноргестрел, изотретиноин, противосудорожные препараты

Одним из доказательств мультифакторной генетической природы суицидального поведения (СП) можно считать совершение суицида, вызванного программным приёмом некоторых лекарственных средств (ЛС). Непонятно почему, но статистически регистрируемая связь числа суицидов с приёмом ЛС в целом не исполь-

One piece of evidence supporting the multifactorial genetic nature of suicidal behavior (SB) can be found in the incidence of suicide induced by the prescribed use of certain medications. For some unknown reason, the statistically documented association between suicide rates and medication use is gen-

зуется для построения гипотез о механизмах СП и совершения суицидов. Как правило, увеличение СП и суицидов, связанные с приёмом каких-либо ЛС, объясняются через попытки обнаружения депрессивного состояния, вызванного этим ЛС, без поиска реальных механизмов, каким образом данное ЛС индуцирует СП у уязвимых, но далеко не всех, пациентов. Казалось бы, сам факт, что ЛС, о которых точно известно, что их приём сопровождается увеличением числа суицидов, должен наводить на мысль, что причина этого явления лежит в области фармакогенетики. Соответственно, зная фармакодинамику препарата, можно составить ясное представление о механизме этого явления и определить явную мишень поражения – полиморфный ген или группу полиморфных генов, меняющих молекулярное строение точки приложения ЛС, которое в условиях измененного генома и/или эпигенетического статуса, вызванного основным заболеванием, становится внешним фактором, вызывающим совершение суицида. При этом развитие депрессии и увеличение числа суицидов может быть вызвано приёмом препаратов с самыми разными механизмами действия, например, в число пяти основных препаратов, наиболее часто вызывающих депрессию, вошли средства для прекращения курения варениклин и бупропион, за которыми следовали пароксетин (селективный ингибитор обратного захвата серотонина), изотретиноин (используется при лечении акне) и римонабант (препарат для снижения веса). В число пяти основных препаратов, наиболее часто вызывающих фатальное и нефатальное СП – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, варениклин и клозапин. Лекарства с самыми высокими надёжно измеренными показателями отчётности о психиатрических побочных эффектах на миллион выданных рецептов вошли римонабант, изотретиноин, меклохин, варениклин и бупропион [1].

Информирование врачебной общественности о побочных эффектах ЛС является частью профилактической работы по предупреждению заболеваний, поскольку, как это сообщается в краткой справке ВОЗ «Безопасность лекарств – побочные реакции» (Safety of medicines – adverse drug reactions), большинство побочных реакций можно предотвратить [2]. При этом в той же короткой справке сообщается, что: «Эффекты любого лечения лекарственным препаратом не могут быть предсказаны с абсолютной уверенностью. Все лекарства имеют как пользу, так и потенциал для вреда», – и: «Медицинские работники (врачи, фармацевты, медсестры, стоматологи и т.д.) находятся в наилучшем положении для того, чтобы сообщать о подозрительных нежелательных реакциях в рамках ежедневного ухода за пациентами, и должны сообщать о нежелательных реакциях, даже если они сомневаются в точной взаимосвязи между данным лекарственным препаратом и реакцией».

erally not used to construct hypotheses about the mechanisms underlying SB and suicide. Typically, the increase in SB and suicide rates associated with medication use is explained by attempts to identify a depressive state caused by the medication, without seeking the actual mechanisms by which the medication induces SB in vulnerable, but not all, patients. It would seem that the very fact that medications, known to be associated with an increased incidence of suicide, should suggest that the cause of this phenomenon lies in the field of pharmacogenetics. Accordingly, knowing the pharmacodynamics of the drug, it is possible to form a clear idea of the mechanism of this phenomenon and determine the obvious target of damage – a polymorphic gene or a group of polymorphic genes that change the molecular structure of the point of application of the drug, which, under conditions of an altered genome and/or epigenetic status caused by the underlying disease, becomes an external factor causing suicide. Moreover, the development of depression and the increase in suicide rates can be caused by taking drugs with very different mechanisms of action; for example, the top five drugs that most frequently cause depression included the smoking cessation drugs varenicline and bupropion, followed by paroxetine (a selective serotonin reuptake inhibitor), isotretinoin (used to treat acne), and rimonabant (a weight loss drug). The top five drugs most frequently causing fatal and non-fatal strokes are selective serotonin reuptake inhibitors, varenicline, and clozapine. The drugs with the highest reliably measured rates of psychiatric adverse event reporting per million prescriptions dispensed were rimonabant, isotretinoin, mefloquine, varenicline, and bupropion [1].

Informing the medical community about the side effects of drugs is part of the preventive work to prevent diseases, since, as reported in the WHO briefing “Safety of medicines – adverse reactions” (Safety of medicines – adverse friend reactions), most adverse reactions can be prevented [2]. However, the same short fact sheet states that: “The effects of any treatment with a medicinal product cannot be predicted with absolute certainty. All medicines have both benefit and the potential for harm,” and: “Healthcare professionals (physicians, pharmacists, nurses, dentists, etc.) are in the best position to report suspected adverse reactions as part of their daily patient care and should report adverse reactions even if they doubt the precise relationship between the medicinal product and the reaction.”

*The aim of this publication* are to: 1) draw the attention of specialists to the prob-

*Цели публикации* – 1) привлечь внимание специалистов к проблеме лекарственных суицидов; 2) определить новый фронт исследований в области изучения СП и фармакогенетики СП.

*Материал и методы*

Источниками информации служили сведения о побочных эффектах ЛС, полученные с помощью информационных ресурсов ВОЗ, побочные реакции на лекарства (ADR) *VigiAccess* [<https://vigiaccess.org/>], комиссии по пищевым продуктам и ЛС (FDA, США), PubMed.

*Результаты*

*Предварительные замечания.* 1. Первый вопрос, который возникает при изучении связи программного приёма ЛС целевой группой пациентов с увеличением СП и частот суицидальных исходов – почему это осложнение не было выявлено на третьем этапе разработки ЛС (клинические исследования) и стало явным только после четвёртого (*регистрация препарата и одобрение регулирующих органов*), когда препарат ушёл в клиническую практику? Ответ на этот вопрос прост: «Как правило, пациенты с суицидальными наклонностями исключаются из клинических испытаний. Поэтому отчёты клинических испытаний могут быть менее точными в отношении учёта риска суицидальных или самоповреждающих нежелательных лекарственных реакций (ADR) в более поздней практике» [3]. Соответственно, следует ожидать, что вызванное приёмом ЛС осложнение в виде развития СП и суицида в первую очередь следует ожидать не у пациента вообще, а у пациента уже имеющего СП и склонность к совершению суицида в силу имеющихся у него изменений генома, ассоциируемых с СП и суицидами [4]. Поэтому, учитывая наследуемость СП, одной из действенных мер предупреждения суицидов, вызванных приёмом ЛС должен быть обязательный вопрос, задаваемый больному: «Были ли в его в родословной случаи совершения суицида?», – прежде, чем будет назначен препарат, о котором известно, что он увеличивает число самоубийств. Более объективным средством профилактики должно бы быть генетическое тестирование, направленно на выявление группы генных полиморфизмов, ассоциируемых с СП и суицидами.

2. Вторым, более сложно решаемым вопросом, является технология учёта СП. Поскольку это именно поведение – совокупность поступков и действий индивидуума, совершаемых в его взаимодействии с внешней средой и собственным (внутренним) соматическим и психическим статусом – поэтому не может быть исчислено непосредственно и потому описывается комплексом элементарных бинарных (есть / нет – да / нет) признаков, таких как наличие: суицидальных мыслей, преднамеренной передозировки ЛС, попытки (попытка) самоубийства (парасуицид), завершённое самоубийство, собственно СП ведущее, но ещё не приведшее к суициду, преднамеренное членовредительство,

lem of drug-induced suicide; 2) identify a new frontier of research in the field of studying SB and the pharmacogenetics of SB.

*Material and methods*

The sources of information were data on side effects of drugs obtained using the WHO information resources on adverse drug reactions (ADRs) *VigiAccess* [<https://vigiaccess.org/>], the Food and Drug Administration (FDA, USA), and PubMed.

*Results*

*Preliminary remarks.* 1. The first question that arises when studying the relationship between programmatic drug administration by the target group of patients and an increase in SB and the frequency of suicidal outcomes is why this complication was not identified in the third stage of drug development (clinical trials) and became apparent only after the fourth (*drug registration and regulatory approval*), when the drug entered clinical practice? The answer to this question is simple: “As a rule, patients with suicidal tendencies are excluded from clinical trials. Therefore, clinical trial reports may be less accurate in accounting for the risk of suicidal or self-harming adverse drug reactions (ADRs) in later practice” [3]. Accordingly, drug-induced complications such as the development of spondylosis and suicide should be expected primarily not in the patient in general, but in a patient who already has spondylosis and a tendency to commit suicide due to the existing genomic changes associated with spondylosis and suicide [4]. Therefore, given the heritability of spondylosis, one of the effective measures to prevent drug-induced suicide should be the mandatory question asked of the patient: “Are there any cases of suicide in his family tree?”, before prescribing a drug known to increase the incidence of suicide. A more objective means of prevention should be genetic testing aimed at identifying a group of gene polymorphisms associated with spondylosis and suicide.

2. The second issue which is more difficult to resolve is the technology of how to register SB. Since this is behavior in the first place – a set of actions and deeds of an individual, performed in his interaction with the external environment and his own (internal) somatic and mental status – therefore, it cannot be calculated directly and is therefore described by a complex of elementary binary (yes/no) signs, such as the presence of: suicidal thoughts, intentional drug overdose, attempted suicide (parasuicide), completed suicide, SB is leading, but not yet resulting in suicide, intentional self-harm, self-destructive ideas, suicidal depression (the list is taken

саморазрушительные идеи, депрессия суицидальная (перечисление взято из работы G. Schoretsanitis и соавт. (2024) [3]. Как видим, депрессия в этом перечислении не является самостоятельным признаком, но лишь одним из признаков, и сюда СП входит как единичный признак. Более того, все эти признаки могут быть подразделены на фатальные (суицид) и нефатальные (все остальные). В тоже время, несмотря на широкое использование в литературе, СП как термин однозначно не определён [4]. В связи с чем список признаков, описывающих СП, меняется от публикации к публикации иногда довольно значительно.

3. В качестве третьего предварительного замечания считаем необходимым сообщить, что при анализе ассоциаций программного приёма ЛС с суицидами возникает сложность выявления что именно данный препарат поспособствовал развитию СП с соответствующим исходом. Во-первых, пациенты по жизненным показаниям редко принимают только один единственный препарат, значительно чаще наблюдается полипрагмазия. Во-вторых, поэтому классическое популяционное исследование, когда эталонная популяция не получает каких-либо ЛС, а число СП и суицидов в исследуемой группе выше, чем в эталонной популяции, не позволяет выявить препарат, увеличивший число нежелательных событий. Поэтому для таких случаев предложен малоизвестный широкому кругу специалистов статистический показатель коэффициент шансов (*ROR*) или *мера непропорциональности, используемый при исследовании безопасности лекарств*.

*ROR* рассчитывается следующим образом [5]:

$$ROR = \frac{a/b}{c/d}$$

где: *a* – количество первичных сообщений о случаях, связанных с препаратом *X* и нежелательным явлением *Y*; *b* – количество первичных сообщений о случаях, связанных с препаратом *X* и НЕ неблагоприятным событием *Y*; *c* – количество первичных сообщений о случаях, связанных НЕ с препаратом *X* и неблагоприятным событием *Y*; *d* – количество первичных сообщений о случаях, связанных НЕ с препаратом *X* и НЕ неблагоприятным событием *Y*.

То есть, в случае приёма более чем одного ЛС *ROR* для заподозренного ЛС как вызывающего конкретный побочный эффект вычисляется по отношению к каждому ЛС, принимаемому больным. Соответственно, чем *ROR* больше 1,0 для анализируемого ЛС, тем больше частота регистрации побочного эффекта для данной комбинации препарата, и выше вероятность что именно это ЛС вызывает данный побочный эффект. В случае, когда *ROR* оказался значительно «0» – потенциальное ЛС оказалось выбрано неправильно, а ЛС, вызывающим побочный эффект, оказалось то ЛС, при сравнении с которым *ROR* оказался меньше «0». Результат вычисления *ROR* интерпретируется следующим образом, например, если *ROR* = 4,0, то о нежелательном явлении, ассо-

from the work G. Schoretsanitis et al. (2024) [3]. As we can see, depression in this list is not an independent symptom, but only one of several, and SB is included here as a single symptom. Moreover, all these symptoms can be subdivided into fatal (suicide) and non-fatal (all others). At the same time, despite its widespread use in the literature, SB as a term is not clearly defined [4]. Therefore, the list of symptoms describing SB varies from publication to publication, sometimes quite significantly.

3. As a third preliminary comment, we consider it necessary to note that when analyzing associations between prescribed medications and suicides, it is difficult to identify which specific medication contributed to the development of the adverse event with the corresponding outcome. Firstly, patients rarely take a single medication for life-saving indications; polypharmacy is much more common. Secondly, a classic population-based study, in which the reference population does not receive any medications and the incidence of adverse events and suicides in the study group is higher than in the reference population, is unable to identify the medication that increased the incidence of adverse events. Therefore, for such cases, a statistical indicator little known to the general public – the odds ratio (*ROR*) – or *disproportionality measure, used in drug safety studies, has been proposed*.

*ROR* is calculated as follows [ 5]:

$$ROR = \frac{a/b}{c/d}$$

where: *a* – number of primary case reports related to drug *X* and adverse event *Y*; *b* – number of primary case reports related to drug *X* and NOT adverse event *Y*; *c* – number of primary case reports related NOT to drug *X* and adverse event *Y*; *d* – number of primary case reports related NOT to drug *X* and NOT adverse event *Y*.

That is, if more than one drug is taken, the *ROR* for the drug suspected of causing a specific adverse effect is calculated for each drug taken by the patient. Accordingly, the greater the *ROR* for the analyzed drug, the higher the frequency of reporting the adverse effect for this drug combination, and the higher the probability that this drug is the cause of this adverse effect. If the *ROR* is significantly "0," this means the potential drug was selected incorrectly, and the drug causing the adverse effect was the one with *ROR* less than "0" when compared. The *ROR* calculation result is interpreted as follows: for example, if the *ROR* = 4.0, then the adverse event associated with drug *X* is reported 4.0 times more often than adverse events associated with all other drugs, indicating a potential pharmacological

цируемом с препаратом X, сообщается в 4,0 раза чаще, чем о нежелательных явлениях, связанных со всеми остальными препаратами, что указывает на потенциальную угрозу фармакологической безопасности.

4. В соответствии с определением *ROR* его величина может меняться в зависимости как от ЛС сравнения, так и от нежелательного явления, например, *ROR* может быть вычислен отдельно для каждого из признаков, перечисленных в замечании 2. При этом будет совершенно бессмысленным деянием сравнивать между собой величины *ROR*, вычисленные для каждого признака по отдельности, поскольку при исследовании суицидальности величина *ROR* ничего не говорит о величине риска совершения суицида, но лишь свидетельствует о более частых сообщениях о СП, что позволяет определить ЛС, индуцирующее СП и/или суицид.

Итак, какие же ЛС ассоциированы с увеличением частот суицидов.

*Противодиабетические препараты – агонисты рецептора глюкагоноподобного пептида GLP1R1*. В период с ноября 2000 года по август 2023 г., анализ фармакологических данных выявил 107 случаев (0,35%) суицидальных мыслей и/или самоповреждений, ассоциированных с применением семаглутида (возрастной интерквартильный размах [IQR] 40-56 лет; 59 пациенток женского пола [55%], средняя продолжительность терапии [IQR] 24 дня), и 162 случая (0,31%) при применении лираглутида (возрастной [IQR] 38-60 лет; 100 пациенток [61%], средняя продолжительность терапии 46 дней) из общей выборки в 36172078 пациентов. Анализ диспропорциональности выявил статистически значимую связь между применением семаглутида и возникновением суицидальных мыслей (*ROR*, 1,45; 95% ДИ). Данная связь сохраняла статистическую значимость при одновременном приёме антидепрессантов (*ROR*, 4,45; 95% ДИ) и бензодиазепинов (*ROR*, 4,07; 95% ДИ), по сравнению с дапаглифлозином (*ROR*, 5,56; 95% ДИ), метформином (*ROR*, 3,86; 95% ДИ) и орлистатом (*ROR*, 4,24; 95% ДИ). Дополнительные данные, полученные в ходе клинических испытаний, предшествовавших одобрению лираглутида, показали, что 9 из 3384 пациентов (0,27%), получавших лираглутид, сообщили о суицидальных мыслях, в то время как в группе плацебо этот показатель составил 2 из 1941 (0,10%). В исследованиях семаглутида, применяемого для лечения ожирения, не было зарегистрировано случаев суицидальных мыслей. Более того, в подростковой популяции не было выявлено значимых различий в показателях психического здоровья между группами, получавшими семаглутид и плацебо, при этом в группе семаглутида процент участников, сообщивших о психических побочных эффектах, был ниже (7% против 15%). Данные о психических проявлениях пациентов, получавших GLP-1 RA, представлены в таблице 1.

safety hazard.

4. According to the definition of *ROR*, its value may vary depending on both the comparison drug and the adverse event, for example, *ROR* can be calculated separately for each of the characteristics listed in note 2. In this case, it would be completely meaningless to compare *ROR values* calculated for each characteristic separately, since in the study of suicidality, the *ROR* value does not say anything about the magnitude of the risk of committing suicide, but only indicates more frequent reports of SB, which makes it possible to identify the drug that induces SB and/or suicide.

So, which drugs are associated with increased suicide rates?

*Antidiabetic agents – glucagon-like peptide receptor 1 agonists*. Between November 2000 and August 2023, pharmacology data analysis identified 107 cases (0.35%) of suicidal ideation and/or self-harm associated with semaglutide (age interquartile range [IQR] 40-56 years of age; 59 female patients [55%], median duration of therapy [IQR] 24 days) and 162 cases (0.31%) with liraglutide (age [IQR] 38-60 years of age; 100 female patients [61%], median duration of therapy 46 days) out of a total sample of 36,172,078 patients. Disproportionality analysis revealed a statistically significant association between semaglutide and suicidal ideation (*ROR*, 1.45; 95% CI). This association remained statistically significant with concomitant use of antidepressants (*ROR*, 4.45; 95% CI) and benzodiazepines (*ROR*, 4.07; 95% CI), compared with dapagliflozin (*ROR*, 5.56; 95% CI), metformin (*ROR*, 3.86; 95% CI), and orlistat (*ROR*, 4.24; 95% CI). Additional data from pre-approval clinical trials of liraglutide showed that 9 of 3,384 patients (0.27%) receiving liraglutide reported suicidal ideation, compared with 2 of 1,941 (0.10%) in the placebo group. No cases of suicidal ideation were reported in studies of semaglutide, used to treat obesity. Furthermore, in the adolescent population, no significant differences in mental health outcomes were found between the semaglutide and placebo groups, with a lower percentage of participants in the semaglutide group reporting psychiatric adverse events (7% vs. 15%). Psychiatric outcomes in patients receiving GLP-1 RA are presented in Table 1.

Suicidal ideation, intentional overdose, and suicide attempts were most frequently observed with semaglutide – 94 patients (87.85%), while with liraglutide, suicidal ideation, completed suicide, and suicide attempts were most frequently observed – 116 patients (71.6%).

Таблица / Table 1

Побочные лекарственные реакции, связанные с суицидом и членовредительством (данные G. Schoretsanitis и соавт. в нашей редакции [3])

Adverse drug reactions associated with suicide and self-harm (data from G. Schoretsanitis et al. in our revision [3])

Вид побочного действия Type of side effect actions	Количество пациентов / Number of patients, %							
	Семаглутид Semaglutide, n=108		По показанию According to the indication	Возможное отклонение от маркировки Possible deviation from marking	Лираглутид Liraglutide, n=116		По показанию According to the indication	Возможное отклонение от маркировки Possible deviation from marking
	Ж/F	М/M			Ж/F	М/M		
Суицидальные мысли Suicidal thoughts	46,5	41,35	21,49	24,3	56,25	15,35	12,35	17,28
Завершённое самоубийство Completed suicide	3,1	2,5	0,95	1,9	9,5	2,23	3,09	5,56
Суицидальное поведение Suicidal behavior	2,9	1,77	2,8	2,8	1,23	1,24	1,25	0,62
Умышленное членовредительство Intentional self-harm	1,3	1,5	1,9	0	2	0,47	0	0,62
Самоповреждающие идеи Self-harming ideas	1,6	1,2	1,9	0	0,56	0,69	1,25	0,62
Попытка самоубийства Suicide attempt	2,8	3,74	0,95	1,9	7,2	2,69	3,7	1,85
Депрессия, склонная к самоубийству Depression prone to suicide	1	0,9	0	0	0,2	0,42	0	0
Подозрение на самоубийство Suspicion of suicide	0	0	0	0	1,8	1,28	0	2,47
Случаи без сопутствующих психических расстройств Cases without concomitant mental disorders	22,27	25,36	8,41	21,49	32,45	23,72	10,49	24,69

Суицидальные мысли, намеренная передозировка и попытки самоубийства чаще всего наблюдались при приёме семаглутида – 94 пациента (87,85%), в то время как при приёме лираглутида чаще всего наблюдались суицидальные мысли, завершённое самоубийство и попытки самоубийства – 116 человек (71,6%). Семь реакций (6,5%) привели к летальному исходу при применении семаглутида и 24 (14,8 %) при применении лираглутида. В случае с семаглутидом и лираглутидом суицидальные мысли исчезли после прекращения приёма препарата в 62,5% случаев [3].

Анализ данных, представленных в таблице, позволяет выявить значимые различия в профиле побочных реакций, связанных с суицидальными мыслями и членовредительством, между препаратами семаглутид (n=108) и лираглутид (n=162). У пациентов, принимающих семаглутид, чаще регистрировались суицидальные мысли (46,5% женщин и 41,35% мужчин), что значительно превышает аналогичные показатели для лираглутида (15,35% и 12,35%). Однако лираглутид ассо-

Seven reactions (6.5%) were fatal with semaglutide and 24 (14.8%) with liraglutide. In the case of semaglutide and liraglutide, suicidal ideation resolved after discontinuation of the drug in 62.5% of cases [3].

Analysis of the data presented in the table reveals significant differences in the adverse reaction profiles related to suicidal ideation and self-harm between semaglutide (n=108) and liraglutide (n=162). Patients taking semaglutide were more likely to report suicidal ideation (46.5% of women and 41.35% of men), which is significantly higher than similar rates for liraglutide (15.35% and 12.35%). However, liraglutide is associated with a higher risk of completed suicide, especially among women (9.5% versus 3.1% for semaglutide), which requires special care when prescribing. It is worth noting that semaglutide has a higher rate of adverse reactions in patients without comorbid psychiatric disorders (22.27–25.36%), while for lirag-

цирован с более высоким риском завершённых самоубийств, особенно среди женщин (9,5% против 3,1% для семаглутида), что требует особого внимания при назначении. Стоит отметить, что у семаглутида доля побочных реакций у пациентов без сопутствующих психических расстройств выше (22,27–25,36%), тогда как для лираглутида этот показатель снижен среди мужчин (10,49%), что может указывать на различия в механизмах влияния препаратов на психическое состояние. Возможные отклонения от маркировки (например, 21,49% для суицидальных мыслей при применении семаглутида) подчёркивают необходимость пересмотра рекомендаций по мониторингу. Полученные данные свидетельствуют о том, что оба препарата требуют тщательного контроля психического статуса пациентов, особенно в группах риска.

В сообщениях о нежелательных явлениях, связанных с семаглутидом, которые могли привести к суициду и/или самоповреждению, наиболее часто в качестве сопутствующей терапии назначались противодиабетические препараты и антидепрессанты [3].

С целью обнаружения несоразмерности применялся метод «случай-контроль» с использованием международной базы данных ВОЗ, включающей сведения о предполагаемых нежелательных реакциях (НР). Оценка восприимчивости к препарату выполнялась с привлечением пациентов, параллельно принимавших антидепрессанты и бензодиазепины. В качестве препаратов сравнения использовали дапаглифлозин, метформин и орлистат. Наличие диспропорциональности считалось значимым при условии, что нижняя граница отношения шансов (ROR) превышала единицу. Статистически значимая непропорциональность была выявлена исключительно для суицидальных мыслей, ассоциированных с семаглутидом (ROR: 1,45). Эта связь оставалась существенной у пациентов, параллельно принимавших антидепрессанты (ROR: 4,45) и бензодиазепины (ROR: 4,07) по сравнению с дапаглифлозином (ROR: 5,56), метформином (ROR 3,86) и орлистатом (ROR 4,24). Анализ статей о суицидальных побочных эффектах семаглутида и лираглутида показал противоречивые результаты.

В то же время достаточно большое количество авторов, обосновывая вывод собственными наблюдениями – 240618 пациентов с избыточным весом или ожирением, которым были назначены семаглутид или не-GLP1R агонисты против ожирения, против 1589855 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) [6], 3456 подростков, отобранные из когорты объемом 4056 подростков, получавших какой-либо из агонистов GLP1R по поводу ожирения, против 3456, отобранных из когорты в 50112, получавших лечение в связи с «вмешательством в образ жизни» и не принимавших агонисты GLP1R [7], метаанализ, объединивший 806834 человек с увеличенными концентрациями гликированного ге-

lutide this rate is lower among men (10.49%), which may indicate differences in the mechanisms by which the drugs influence mental status. Potential deviations from labeling (e.g., 21.49% for suicidal ideation with semaglutide) highlight the need to revise monitoring recommendations. These data suggest that both drugs require careful monitoring of patients' mental status, particularly in high-risk groups.

In reports of adverse events associated with semaglutide that may have led to suicide and/or self-harm, the most common concomitant therapies prescribed were antidiabetic drugs and antidepressants [3].

To detect disproportionality, a case-control design was used using the WHO international database of suspected adverse reactions (ADRs). Susceptibility to the drug was assessed using patients concomitantly taking antidepressants and benzodiazepines. Dapagliflozin, metformin, and orlistat were used as comparators. Disproportionality was considered significant if the lower bound of the odds ratio (ROR) exceeded one. Statistically significant disproportionality was found exclusively for suicidal ideation associated with semaglutide (ROR: 1.45). This association remained significant in patients taking concomitant antidepressants (ROR: 4.45) and benzodiazepines (ROR: 4.07) compared with dapagliflozin (ROR: 5.56), metformin (ROR: 3.86), and orlistat (ROR 4.24). An analysis of articles on suicidal side effects of semaglutide and liraglutide showed conflicting results.

At the same time, a fairly large number of authors, basing their conclusion on their own observations – 240,618 patients with overweight or obesity who were prescribed semaglutide or non-GLP1R agonists against obesity, versus 1,589,855 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) [6], 3,456 adolescents selected from a cohort of 4,056 adolescents who received any of the GLP1R agonists for obesity, versus 3,456 selected from a cohort of 50,112 who received treatment in connection with “lifestyle intervention” and did not take GLP1R agonists [7], a meta-analysis that included 806,834 individuals with elevated glycated hemoglobin concentrations and a risk for T2DM versus 1,569,730 controls [8], studies where disproportionality analysis was not applied, and study C. Tian et al. [9], who used this analysis method, found no association between GLP1R agonist use and the development of SB. Finally, based on data reported to the FDA (FDA Adverse Event Reporting System (FAERS)) between 2005 and October 2023 and using the ROR

моглобина и склонность к СД2, против 1569730 контрольной группы [8], исследования, где анализ непропорциональности не применялся и исследование С. Tian и соавт. [9], в котором этот метод анализа использовался – не выявили связи между приёмом агонистов *GLP1R* и формированием СП. Наконец, основываясь на данных, поступивших в FDA (Система отчётности о неблагоприятных событиях FDA Adverse Event Reporting System (FAERS)) в период с 2005 г. по октябрь 2023 г. и используя расчёт ROR, R.S. McIntyre и соавт. пришли к выводу, что при приёме семаглутида и лираглутида наблюдались непропорционально высокие показатели суицидальных мыслей и «депрессии / суицидальности». Тем не менее, непропорционально высокие показатели суицидального поведения, парасуицида и завершённого суицида не наблюдались ни для одного из одобренных FDA агонистов *GLP1R* [9]. В противовес работе R.S. McIntyre и соавт. можно привести результат анализа данных FDA (FAERS), Australian Database of Adverse Event Notifications (DAEN), European Medicines Agency's (EudraVigilance) и World Health Organization-Vigibase о связи агонистов *GLP1R* с СП, проведённый М. Nakhla с коллегами на основе сравнения их с ингибиторами SGLT2 (SGLT2is; OMIM \* 182381, семейство переносчиков растворённых веществ 5 (котранспортер натрия / глюкозы), член 2; SLC5A2), ингибиторами дипептидилпептидазы 4 (DPP4is), сульфонилмочевины, метформина и инсулином [10].

Противоречивые сведения о связи агонистов *GLP1R* с формированием депрессии, суицидальных мыслей и реализации их в суицид могут быть объяснены с позиций фармакогенетики. В тех исследованиях, где связь агонистов *GLP1R* с СП не была установлена, пациенты, получавшие агонисты *GLP1R* и сформированные в группы случайным образом, по-видимому, не имели в своих геномах полиморфных генов *GLP1R*. На такую мысль наводит полногеномное исследование ассоциаций генных полиморфизмов, проведённое группой авторов с учётом дофаминового медиаторного статуса пациентов, обнаруживших, что формирование СП у лиц, получавших агонисты *GLP1R*, было связано с дофаминовой продукцией. Терапевтические преимущества этой группы препаратов были выявлены у лиц с гипердофаминергией, но у пациентов с гиподофаминергией агонисты *GLP1R* приводили к долгосрочной индукции суицидальных мыслей [11]. В частности из результатов этой работы следует, что при поиске ассоциаций генных полиморфизмов с какими-либо заболеваниями, особенно связанными с изменениями такого сложного поведения как у людей, следует учитывать не только наличие полиморфизмов и их частоты, но и на каком медиаторном фоне реализуется эффект этих полиморфизмов, поскольку продукция и рецепция медиатора могут быть и не нарушены, то есть, гены, ассоциированные как с продукцией ферментов, участвующих

calculation, R.S. McIntyre et al. concluded that semaglutide and liraglutide were associated with disproportionately high rates of suicidal ideation and “depression/ suicidality.” However, disproportionately high rates of suicidal behavior, parasuicide, and completed suicide were not observed for any of the FDA-approved *GLP1R* agonists [9]. In contrast to the work of R.S. McIntyre et al. one can cite the result of the analysis of FDA data (FAERS), Australian Database of Adverse Event Notifications (DAEN), European Medicines Agency's (EudraVigilance) and World Health Organization – Vigibase on the agonist connection *GLP1R* with SB, conducted by M. Nakhla et al. based on their comparison with SGLT2 inhibitors (SGLT2is; OMIM\* 182381, solute carrier family 5 (sodium/glucose cotransporter), member 2; SLC5A2), dipeptidyl peptidase 4 inhibitors (DPP4is), sulfonylureas, metformin and insulin [10].

Conflicting data on the association of *GLP1R* agonists with depression, suicidal ideation, and suicide can be explained from a pharmacogenetic perspective. In studies where a link between *GLP1R* agonists and spondylitis was not established, patients randomly assigned to groups who received *GLP1R* agonists apparently did not have polymorphic genes in their genomes. *GLP1R*. This idea is suggested by a genome-wide association study of gene polymorphisms conducted by a group of authors taking into account the dopamine mediator status of patients, who found that the formation of SB in individuals receiving *GLP1R* agonists was associated with dopamine production. The therapeutic benefits of this group of drugs were identified in individuals with hyperdopaminergia, but in patients with hypodopaminergia *GLP1R* agonists resulted in long-term induction of suicidal ideation [11]. In particular, the results of this work suggest that when searching for associations of gene polymorphisms with any diseases, especially those associated with changes in such complex behavior as in humans, it is necessary to take into account not only the presence of polymorphisms and their frequencies, but also the mediator background against which the effect of these polymorphisms is realized, since the production and reception of the mediator may not be impaired, that is, genes associated with the production of enzymes involved in the synthesis of the mediator and those associated with the translation of protein receptors may not be changed, but the production of the mediator may be insufficient or increased due to some external processes. A significant drawback of studies in which the suicidogenic effect of *GLP1R* agonists was

в синтезе медиатора, и ассоциированных с трансляцией рецепторов белков могут быть и не изменены, а вот продукция медиатора может быть недостаточной или увеличенной вследствие каких-то внешних процессов. Существенным недостатком исследований, в которых суицидогенный эффект агонистов *GLP1R* не был доказан даже на очень большом материале, например, мета-анализ электронных медицинских записей из 113 организаций здравоохранения с 135 млн историй болезни пациентов, из которых 8 млн были больны СД2, 83% из США [13] заключается в том, что дизайн всех таких исследований основан на сравнении случай / контроль, при этом показатель непропорциональности ROR авторами, как правило, не вычислялся. Тогда как в работах, основанных на вычислении ROR, суицидогенный эффект этих препаратов, как правило, был установлен. Очевидно, что при исследовании очень больших популяционных групп без деления на группы в зависимости от наличия / отсутствия полиморфных генов и связанной с ними склонности к суицидам, суицидогенный эффект каких-либо лекарственных средств, реализуемый при наличии ассоциированных с СП полиморфных генов, будет «разбавляться» и статистический анализ может привести к ложному выводу об отсутствии суицидогенного действия препарата.

При расчёте ROR существует, по крайней мере, ещё одна причина получения ошибочного результата, связанная с выбором препаратов сравнения – если препараты сравнения вызывают такое же осложнение, как и вызвавший подозрение препарат, будет получен отрицательный результат. Так в процитированной выше работе R.S. McIntyre и соавт. в качестве препаратов сравнения были использованы инсулин и метформин [13]. Между тем, есть основания заподозрить метформин в том, что он также индуцирует суициды, если не сам по себе, то в комбинации с другими препаратами. Так величина ROR при приёме пациентами комбинации гидроксихлорохин + метформин оказалась равной 57,7 (95% ДИ 23,9-139,3), тогда как по сравнению с метформином – 6,0 (95% ДИ 2,6-13,8) [15]. Из чего следует, что приём только метформина сопровождался более высокой частотой суицидов, чем приём только гидроксихлорохина, а комбинированный приём этих препаратов приводил к выраженному аддитивному эффекту увеличения СП.

Следует заметить, что в анализируемых статьях нами не было обнаружено уточнений о том, что авторы при расчёте ROR как-то отличали приём препаратов, сопровождавшихся увеличением числа суицидов в группе больных, принимавших этот препарат, и использование этого препарата для намеренного совершения суицида путём передозировки. Очевидно, что учёт этого различия скажется на величине ROR.

Суицидогенный эффект агонистов *GLP1R*, видимо, обусловлен тем, что вязанные с G-белком рецепторы

not proven even on very large material, for example, a meta-analysis of electronic medical records from 113 healthcare organizations with 135 million patient records, of which 8 million had type 2 diabetes, 83% from the USA [13], is that the design of all such studies is based on a case/control comparison, and the disproportionality index (ROR) was, as a rule, not calculated by the authors. Whereas in studies based on the calculation of ROR, the suicidogenic effect of these drugs was, as a rule, established. Obviously, when studying very large population groups without dividing them into groups depending on the presence/absence of polymorphic genes and the associated suicidal tendency, the suicidogenic effect of any drugs, realized in the presence of polymorphic genes associated with SB, will be “diluted,” and statistical analysis may lead to a false conclusion about the absence of a suicidogenic effect of the drug.

When calculating the ROR, there is at least one more reason for obtaining an erroneous result associated with the choice of comparator drugs: if the comparator drugs cause the same complication as the suspect drug, a negative result will be obtained. Thus, in the above-cited work of R.S. McIntyre et al., insulin and metformin were used as comparator drugs [13]. Meanwhile, there is reason to suspect that metformin also induces suicides, if not by itself, then in combination with other drugs. Thus, the ROR value for patients taking the combination of hydroxychloroquine + metformin was equal to 57.7 (95% CI 23.9-139.3), while compared to metformin it was 6.0 (95% CI 2.6-13.8) [15]. This suggests that metformin alone was associated with a higher suicide rate than hydroxychloroquine alone, and the combined use of these drugs resulted in a significant additive effect of increasing the risk of suicide.

It should be noted that in the articles we analyzed, we found no clarification indicating that the authors, when calculating the ROR, differentiated between the use of drugs associated with an increased suicide rate in the group of patients taking the drug and the use of the drug for intentional suicide by overdose. Obviously, accounting for this difference will affect the ROR value.

The suicidogenic effect of *GLP1R* agonists is apparently due to the fact that G protein-coupled glucagon-like peptide-1 receptors (GLP1R, chromosomal localization 6p21 – OMIM\*138032), in addition to intestinal L-cells, are expressed in neurons of the brain, including the hippocampus. Therefore, in addition to participating in carbohydrate metabolism, this receptor and its natural ago-

глюкагоноподобного пептида-1 (*GLP1R*, хромосомная локализация бр21 – *ОММ* \* 138032), кроме как в L-клетках кишечника, экспрессируются в нейронах головного мозга, в том числе, в гиппокампе. Поэтому кроме участия в обмене углеводов, этот рецептор и его естественный агонист глюкагоноподобный пептид-1 участвуют в процессах формирования памяти и формировании чувства страха у мышей [15]. Поэтому можно предполагать, что полиморфизм *GLP1R* может сопровождаться изменением высших психических функций в ответ на введение его агонистов.

Кроме того, существуют наблюдения, что быстрое снижение массы тела равно, как и быстрое увеличение, приводит к увеличению числа суицидов [17, 17]. Это наблюдается, например, в виде постбариатрического синдрома, под которым понимают увеличение частоты суицидов в группе больных, подвергшихся бариатрическому хирургическому лечению [18]. По данным литературы, частота постбариатрических суицидов составила 2,7 : 1000 пациентов (95% ДИ 0,0019–0,0038), самоповреждения 17 : 1000 пациентов (95% ДИ 0,01–0,03) [20]. В процитированных выше работах ассоциация возможного изменения массы тела, индуцированная приёмом препаратов, с суицидом прослежена не была. Видимо дизайн фармакогенетических исследований в области суицидологии должен учитывать изменения массы тела у больных в процессе лечения препаратами, в отношении которых возникли подозрения, что их приём сопровождается увеличением числа суицидов. В частности, связь увеличения частот суицидов с резкими изменениями массами тела может быть косвенным доказательством роли липидной регуляции. Ранее мы уже обсуждали связь увеличения числа суицидов с низкими плазменными концентрациями липидов, например, таких как докозагексаеновая и эйкозапентаеновая кислоты [4].

*Ингибиторы 5-альфа редуктазы.* В исследовании было зафиксировано 356 сообщений, касающихся суицидальных тенденций, и 2926 сообщений о психологических побочных эффектах, что в общей сложности составило 3282 нежелательных эффекта, представляющих интерес, среди пользователей финастерида. Из 3206 мужчин, составивших выборку, 615 пациентов из 868 (70,9%) [доступные данные о возрасте в диапазоне от 18 до 44 лет] (Таблица 2). При анализе данных был установлен значительный сигнал непропорциональности, связанный с суицидальностью (ROR 1,63) и психологическими побочными эффектами (ROR 4,33) в контексте применения финастерида. В проведённых анализах чувствительности для пациентов моложе 60 лет (ROR 3,47) и пациентов с алопецией (ROR 2,06) были также выявлены значительные сигналы непропорциональности, свидетельствующие о повышенном риске суицида. Данные о психических проявлениях пациентов, получавших 5 $\alpha$ -редуктазу, представлены в таблице 3.

nist, glucagon-like peptide-1, are involved in memory formation and fear in mice [15]. Therefore, it can be assumed that *GLP1R* polymorphism may be accompanied by changes in higher mental functions in response to the administration of its agonists.

In addition, there are observations that rapid weight loss, just like rapid weight gain, leads to an increase in the number of suicides [17, 17]. This is observed, for example, in the form of postbariatric syndrome, which is understood as an increase in the frequency of suicides in the group of patients who have undergone bariatric surgery [18]. According to the literature, the frequency of postbariatric suicides was 2.7: 1000 patients (95% CI 0.0019–0.0038), self-harm 17: 1000 patients (95% CI 0.01–0.03) [20]. In the above-cited studies, an association of possible changes in body weight induced by taking medications with suicide was not observed. Apparently, the design of pharmacogenetic studies in suicidology should take into account changes in body weight in patients treated with drugs suspected of being associated with an increased incidence of suicide. In particular, an association between increased suicide rates and dramatic changes in body weight may provide indirect evidence of the role of lipid regulation. We have previously discussed the association between increased suicide rates and low plasma lipid concentrations, such as docosahexaenoic and eicosapentaenoic acids [4].

*5-alpha reductase inhibitors.* The study identified 356 reports of suicidality and 2926 reports of psychological adverse events, for a total of 3282 adverse events of interest among finasteride users. Of the 3206 men in the sample, 615 (70.9%) were patients [available age data ranged from 18 to 44 years of age] (Table 2). Data analysis revealed a significant signal of disproportionality associated with suicidality (ROR 1.63) and psychological adverse events (ROR 4.33) in the context of finasteride use. Sensitivity analyses for patients younger than 60 years (ROR 3.47) and patients with alopecia (ROR 2.06) also revealed significant disproportionality signals indicating an increased risk of suicide. Data on psychiatric manifestations in patients receiving 5 $\alpha$ -reductase inhibitors are presented in Table 3. However, such signals were weakly detected in elderly patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). Sensitivity analyses further demonstrated a significant increase in reports of the aforementioned adverse events after 2012 (ROR 2.13) [21].

Таблица / Table 2

Демографические данные принимавших финастерид, у которых развилось суицидальное поведение (данные D.D. Nguyen и соавт. в нашей редакции [21])

Demographic data of finasteride users who developed suicidal behavior (data from D. D. Nguyen et al. in our version [21])

Характеристика Characteristic	Суицидальность / Suicidality, %				p*	Психологические нежелательные явления Psychological adverse events (n=2926), n (%)
	Количество Quantity, n=356 (%)	Идеяция Ideation, n=274 (%)	Попытка Attempt, n=37 (%)	Завершено Completes, n=45 (%)		
<i>Пол / Sex</i>						
Мужской Male	340 (95,5 %)	263 (96,0%)	34 (91,9%)	43 (95,6%)	<0,001	2866 (97,9%)
Женский Female	3 (0,8%)	3 (1,1%)	0	0		14 (0,5%)
Пол в статьях не указан Sex not specified in the articles	13 (3,7%)	8 (2,9%)	3 (8,1%)	2 (4,4%)		5 (0,2%)
<i>Возраст, лет / Age, years</i>						
<18	2 (0,6%)	2 (0,7%)	0	0	<0,001	7 (0,2%)
18-44	122 (34,4%)	91 (33,2%)	9 (24,3%)	22 (48,9%)		493 (16,8%)
45-64	9 (2,5%)	4 (1,5%)	0	5 (11,1%)		136 (4,6%)
65-74	3 (0,8 %)	0	0	3 (6,7%)		44 (1,5%)
>74	9 (2,5%)	2 (0,7%)	3 (8,1%)	4 (8,9%)		43 (1,5%)
<i>Цель применения / Aim of application</i>						
Доброкачественная гиперплазия простаты Benign hyperplasia prostate	10 (2,8%)	9 (3,3%)	0	1 (2,2%)	<0,001	141 (4,8%)
Алопеция Alopecia	232 (65,2%)	200 (73%)	18 (48,6%)	14 (31,1%)		2058 (70,3%)
Без показаний Without evidence	114 (32%)	65 (23,7%)	19 (51,4%)	30 (66,7%)		727 (24,8%)

Примечание / Note: \* Рассчитывается как распределение по подгруппам суицидальности / \*Calculated as a distribution across suicidality subgroups.

В то же время, такие сигналы незначительно обнаруживались у пациентов пожилого возраста с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Анализы чувствительности дополнительно продемонстрировали значительный рост сообщений о вышеупомянутых нежелательных явлениях после 2012 года (ROR 2,13) [21]. Проведённый анализ демографических данных пользователей финастерида выявил значительные гендерные и возрастные различия в структуре суицидальных наклонностей и сопутствующих психологических нежелательных явлений. Подавляющее большинство исследуемой выборки составили мужчины (95,5%), что коррелирует с высокой долей психологических осложнений в этой группе (97,9%). Суицидальные идеи и завершённые попытки также преобладали среди мужчин (96,0% и 95,6% соответственно). Однако это может быть связано с общей гендерной диспропорцией в выборке, связанной с тем, финастерид значительно чаще назначается мужчинам по поводу аденомы предстательной железы, тогда как для женщин показаний к назначению ингибиторов 5-альфа редуктазы значительно меньше.

An analysis of demographic data from finasteride users revealed significant gender and age differences in suicidal tendencies and associated psychological adverse events. The overwhelming majority of the study sample were men (95.5%), which correlates with the high proportion of psychological complications in this group (97.9%). Suicidal ideation and completed attempts were also more prevalent among men (96.0% and 95.6%, respectively). However, this may be due to an overall gender imbalance in the sample, as finasteride is significantly more often prescribed to men for prostate adenoma, whereas 5-alpha reductase inhibitors are significantly less commonly prescribed to women. The 18-44 age group demonstrated the highest incidence of suicidal behavior (34.4%), with completed suicides in this group reaching 48.9%, highlighting the need for targeted monitoring of young patients. A statistically significant association (p<0.001) was found for individuals under 18 years of age, necessitating further study of the risks in adolescents.

Таблица / Table 3

Анализ диспропорциональности финастерида (данные D.D. Nguyen и соавт. в нашей редакции [21])  
 Analysis of finasteride disproportionality (data from D. D. Nguyen et al. in our version [21])

Неблагоприятное событие Adverse event	Количество обращений Number of requests	Ожидаемое количество Expected quantity	ЕБЕ (5-й процентиль) EBE (5 <sup>th</sup> percentile)	ROR (95% IC)
Суицидальность Suicidality	356	219	1,48	1,63 (1,47-1,81)
Суицидальные мысли Suicide thoughts	274	62,7	3,90	4,39 (3,90-4,95)
Попытка самоубийства Suicide attempts	37	70,3	0,39	не применим not applicable
Завершённое самоубийство Completed suicide	45	84,5	0,41	не применим not applicable
Психологические события Psychological events	2926	709	3,99	4,33 (4,17-4,49)

Возрастная группа 18–44 лет продемонстрировала наибольшую частоту суицидальных проявлений (34,4%), при этом завершённые суициды в этой категории достигали 48,9%, что подчёркивает необходимость прицельного мониторинга молодых пациентов. Статистически значимая связь ( $p < 0,001$ ) выявлена для лиц младше 18 лет, что требует дальнейшего изучения рисков у подростков. Основной целью применения финастерида в молодёжной группе являлась терапия алопеции (65,2%). Тревожным фактором остаётся высокая доля пациентов, использующих препарат без медицинских показаний (32%), что может ассоциироваться с увеличением частоты нежелательных явлений.

Анализ диспропорциональности применения финастерида выявил статистически значимую ассоциацию препарата с суицидальными и психологическими нежелательными явлениями. Наблюдаемое количество сообщений о суицидальности ( $n=356$ ) превысило ожидаемое ( $n=219$ ) с коэффициентом диспропорциональности  $ROR=1,63$  (95%), что указывает на повышенный риск. Наиболее выраженная связь отмечена для суицидальных мыслей ( $ROR=4,39$ ) и психологических нарушений ( $ROR=4,33$ ), где значения  $ROR$  значительно превышали порог значимости ( $ROR > 1$ ). Попытки и завершённые самоубийства продемонстрировали низкие показатели диспропорциональности ( $EBE=0,39$  и  $0,41$  соответственно), однако ограниченное количество случаев и отсутствие расчётов  $ROR$  не позволяют сделать однозначных выводов для этих категорий.

Приём финастерида в пероральной форме ассоциируется с развитием депрессии и суицидальных мыслей, однако установление причинно-следственной связи между этими явлениями пока остаётся неопределённым. Постфинастеридный синдром (ПФС) представляет собой совокупность побочных эффектов, наблюда-

The primary indication for finasteride use in young adults was the treatment of alopecia (65.2%). The high proportion of patients using the drug without a medical indication (32%) remains a concern, as this may be associated with an increased incidence of adverse events.

A disproportionality analysis of finasteride revealed a statistically significant association of the drug with suicidal and psychological adverse events. The observed number of suicidality reports ( $n=356$ ) exceeded the expected number ( $n=219$ ), with a ratio of proportionality ( $ROR$ ) of 1.63 (95%), indicating an increased risk. The most pronounced associations were observed for suicidal ideation ( $ROR=4.39$ ) and psychological disturbances ( $ROR=4.33$ ), where  $ROR$  values significantly exceeded the significance threshold ( $ROR > 1$ ). Attempted and completed suicides demonstrated low ratios of proportionality ( $EBE=0.39$  and  $0.41$ , respectively); however, the limited number of cases and the lack of  $ROR$  calculations preclude definitive conclusions for these categories.

Oral finasteride use has been associated with depression and suicidal ideation, but a causal relationship remains uncertain. Post-finasteride syndrome (PFS) is a cluster of adverse events observed in some men, particularly cisgender men, following oral finasteride use. Between 2006 and 2011, no serious adverse events or signals were identified with oral finasteride use for the five listed conditions: completed suicide, suicidal depression, suicidal behavior, suicidal ideation, and suicide attempts. However, signals indicating some adverse events were identified between

ющихся у некоторых мужчин, в частности у трансгендерных мужчин, после приёма финастерида в пероральной форме. В период с 2006 по 2011 гг. при пероральном употреблении финастерида не было выявлено серьёзных нежелательных явлений или сигналов относительно пяти перечисленных состояний: завершённого самоубийства, суицидальной депрессии, суицидального поведения, суицидальных мыслей и попыток самоубийства. Однако в интервалах с 2013 по 2018 и с 2019 по 2023 гг. были обнаружены сигналы, указывающие на некоторые нежелательные явления. Например, в период с 2013 по 2018 гг. у пациентов, принимавших финастерид, наблюдалось увеличение случаев возникновения суицидальных мыслей (ROR=2,8, p<0,05), а в период с 2019 по 2023 г. данный показатель возрос ещё больше (ROR=5,0, p<0,05). В отличие от этого, в указанные временные рамки с 2006 по 2011, 2013 по 2018 и 2019 по 2023 г. при пероральном приёме дутастерида никаких побочных эффектов не было зафиксировано [22]. Анализ непропорциональности для дозировок 1 и 5 мг перорального приёма финастерида за шестилетний период, предшествующий «официальному» признанию постфинастеридного синдрома, представлен в таблице 4.

Попытка самоубийства: за все три периода не был зарегистрирован ни один случай попытки суицида. Завершённое самоубийство: до 2011 г., в период, предшествующий появлению постфинастеридного синдрома (PFS) (2006–2011 гг.), не было зафиксировано сигналов, указывающих на завершённое самоубийство. В 2013–2018 гг. после возникновения PFS, был обнаружен сигнал, связанный с приёмом внутрь 1 мг финастерида (ROR = 3,96). В 2019–2023 гг. после PFS сигнал был обнаружен для перорального приёма финастерида в любой дозе (ROR = 1,705).

2013 and 2018 and 2019 and 2023. For example, between 2013 and 2018, In patients taking finasteride, there was an increase in the incidence of suicidal ideation (ROR=2.8, p<0.05), and this rate increased further in the period from 2019 to 2023 (ROR=5.0, p<0.05). In contrast, no adverse events were reported with oral dutasteride during the given time frames of 2006 to 2011, 2013 to 2018, and 2019 to 2023 [22]. The disproportionality analysis for the 1 and 5 mg oral finasteride doses over the six-year period preceding the “official” recognition of post-finasteride syndrome is presented in Table 4.

Attempted suicide: No cases of suicide attempts were registered across all three time periods. Completed suicide: before 2011, in the period preceding the emergence of post-finasteride syndrome (PFS) (2006–2011), no signals indicating completed suicide were recorded. In 2013–2018, after the onset of PFS, a signal associated with oral 1 mg finasteride was detected (ROR=3.96). In 2019–2023, after PFS, a signal was detected for oral finasteride at any dose (ROR=1.705). *Suicidal depression*: during the pre-PFS period of 2006–2011, no cases of suicidal tendencies associated with the use of any dose of oral finasteride were reported. In the first post-PFS period (2013–2018), a statistically significant association was found between the use of oral finasteride at any dose (ROR=4.61) and this adverse event. Similarly, in the second post-PFS period (2019–2023), this adverse event was significantly associated with the use of oral finasteride at any dose (OR=8.81).

Таблица / Table 4

Связь между приемом финастерида перорально и психологическими последствиями (данные А.К. Gupta и соавт. в нашей редакции [22, в столбцах представлены значения ROR]

Association between oral finasteride use and psychological outcomes (data from A. K. Gupta et al. in our version [22columns show ROR values])

Последствия / Consequence	Период / Period	2006-2011 (n=31724432)	2013-2018, (n=64659416)	2019-2023, (n=70221981)
Завершенное самоубийство Completed suicide		0,266	0,96	1,705
Депрессия, склонная к самоубийству Depression prone to suicide		0	4,614	8,806
Суицидальное поведение Suicide behavior		0,423	1,247	3,225
Суицидальные мысли Suicide ideation		1,143	2,827	4,956
Попытки самоубийства Suicide attempt		0,198	0,663	0,709

*Депрессия с суицидальными наклонностями:* в период до возникновения PFS, охватывающий 2006–2011 гг., не было зарегистрировано случаев суицидальных наклонностей, связанных с применением любых доз перорального финастериды. В первом пост-PFS периоде (2013–2018 гг.) была выявлена статистически значимая связь между применением перорального финастериды в любых дозах (ROR=4,61) и данным нежелательным явлением.

Аналогично, во втором пост-PFS периоде (2019–2023 годы), данный нежелательный эффект был достоверно ассоциирован с применением перорального финастериды в любых дозах (OR=8,81). Результаты регрессионного анализа продемонстрировали статистически значимую связь между рассматриваемым нежелательным явлением и применением перорального финастериды в любых дозировках, даже с учётом фактора возраста. Тем не менее, многофакторная модель не выявила значимой ассоциации между данным исходом и приёмом финастериды. *Суицидальное поведение:* в период до возникновения постфинастеридного синдрома (2006–2011 гг.) не был зарегистрирован ни один случай СП, связанный с применением препарата в любых дозах. Значимый сигнал о наличии данного нежелательного явления был выявлен только в 2019–2023 годы; при этом он был установлен для любых доз (ROR=3,23) при пероральном применении финастериды. Результаты регрессионного анализа продемонстрировали, что после корректировки на возрастные факторы побочные эффекты оставались значимо ассоциированными с приёмом препарата. *Суицидальные мысли:* В период до возникновения постфинастеридного синдрома (2006–2011 гг.) не было зарегистрировано случаев возникновения суицидальных мыслей у пациентов, принимающих любые дозы перорального финастериды. В первой пост-PFS эре (2013–2018 годы) был выявлен сигнал, указывающий на наличие суицидальных мыслей у пациентов, получавших финастерид в любой дозе (ROR=2,83). Аналогичным образом, во второй пост-ПФС эпохе (2019–2023 годы) был обнаружен сигнал о суицидальных мыслях при пероральном применении финастериды в любых дозах (ROR=4,96).

В рамках данного исследования, анализ «случай – не случай» выявил статистически значимые показатели ROR для суицидальных мыслей и психиатрических нежелательных явлений, ассоциированных с применением финастериды среди мужчин с 45 до 80 лет, использовавших препарат для терапии алопеции используемые при доброкачественной гиперплазии предстательной железы и андрогенной алопеции. Проведённые анализы чувствительности указывают на то, что выявленные сигналы о непропорциональном риске побочных эффектов могут быть обусловлены предвзятыми сообщениями и/или по-

The results of the regression analysis demonstrated a statistically significant association between this adverse event and the use of oral finasteride at any dose, even after accounting for the age factor. However, the multivariate model did not reveal a significant association between this outcome and finasteride use. *Suicidal behavior:* in the period before the onset of post-finasteride syndrome (2006–2011), no cases of SB associated with the use of the drug at any dose were registered. A significant signal of this adverse event was identified only in 2019–2023, and it was observed across all doses (ROR=3.23) of oral finasteride. Regression analysis showed that after adjusting for age, adverse events remained significantly associated with drug use. *Suicidal ideation:* In the pre-PFS era (2006–2011), no cases of suicidal ideation were reported in patients taking any dose of oral finasteride. In the first post-PFS era (2013–2018), a signal indicating suicidal ideation was identified in patients receiving finasteride at any dose (ROR=2.83). Similarly, in the second post-PFS era (2019–2023), a signal of suicidal ideation was found with oral finasteride at all doses (ROR=4.96).

In this study, a case–noncase analysis identified statistically significant RORs for suicidal ideation and psychiatric adverse events associated with finasteride use among men aged 45 to 80 using the alopecia treatment drug used for benign prostatic hyperplasia and androgenetic alopecia. Sensitivity analyses suggest that the identified disproportionate risk signals for adverse events may be due to biased reporting and/or increased susceptibility to finasteride side effects in patients [21]. In recent decades, there has been increasing concern in clinical practice and public health regarding the potential adverse neurological effects associated with the use of 5 $\alpha$ -reductase inhibitors. The hypothesis that low androgen levels are associated with an increased risk of cognitive dysfunction and dementia has led to studies finding adverse cognitive outcomes in patients receiving 5 $\alpha$ -reductase inhibitors, including difficulty maintaining attention, cognitive confusion, and cognitive impairment. In a cohort study of 2,236,876 men (with median age of 55 at entry [interquartile range 50–65 years of age] and with median age of 73 at treatment initiation [interquartile range 66–80 years of age]), 70,645 (3.2%) initiated finasteride therapy

вышенной восприимчивостью к побочным эффектам финастерид у пациентов [21]. В последние десятилетия в клинической практике и общественном здравоохранении отмечается возрастающая озабоченность относительно потенциальных неблагоприятных неврологических эффектов, ассоциированных с применением ингибиторов 5 $\alpha$ -редуктазы. Гипотеза о взаимосвязи низких уровней андрогенов с повышенным риском когнитивной дисфункции и деменции послужила основанием для исследований, выявивших неблагоприятные когнитивные исходы у пациентов, получающих 5 $\alpha$ -редуктазы, включая затруднения в поддержании внимания, когнитивную спутанность и нарушения когнитивных функций. В рамках когортного исследования, охватившего 2236876 мужчин (средний возраст на момент включения в исследование составил 55 лет [интерквартильный размах 50–65 лет], а средний возраст на момент начала терапии – 73 года [интерквартильный размах 66–80 лет]), было установлено, что 70645 (3,2%) начали терапию финастеридом, а 8774 (0,4%) – дутастеридом. Результаты анализа показали, что у мужчин, получавших финастерид или дутастерид, наблюдался повышенный риск развития деменции и суицидальных наклонностей (финастерид: отношение рисков [OR] 1,22 [ROR 95%]; дутастерид: OR 1,10 [ROR 95%]). Несмотря на то, что в начальные периоды после начала терапии 5 $\alpha$ -редуктазы наблюдалось увеличение риска развития деменции. Уменьшение величины ассоциации с течением времени позволяет предположить, что наблюдаемый эффект может быть частично или полностью обусловлен более активным выявлением деменции у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Как финастерид, так и дутастерид демонстрировали связь с депрессивными расстройствами, характеризующуюся стабильным уровнем риска в течение всего периода наблюдения. А также воздействие  $\alpha$ -адреноблокаторов в комбинации с 5 $\alpha$ -редуктазы, было ассоциировано с повышенным риском суицида ( $\alpha$ -адреноблокаторы в комбинации с 5 $\alpha$ -редуктазой: OR 2,23 [ROR 95%]). Кроме того, результаты различных исследований свидетельствуют о стабильно повышенном риске развития депрессии у пациентов, принимающих агонисты андрогенных рецепторов, по сравнению с лицами, не получающими данные препараты [23].

Постфинастеридный синдром – комплекс неблагоприятных побочных эффектов, развивающихся и сохраняющихся у пациентов в процессе и/или после прекращения лечения финастеридом у мужчин, включает стойкие или необратимые сексуальные, неврологические, физические и психические побочные эффекты [24]. Самым изнуряющим осложнением приёма финастерид, наряду со стойкой сексуальной дисфункцией,

and 8,774 (0.4%) initiated dutasteride therapy. The analysis showed that men receiving finasteride or dutasteride had an increased risk of developing dementia and suicidality (finasteride: odds ratio [OR] 1.22 [95% ROR]; dutasteride: OR 1.10 [95% ROR]). Although an increased risk of dementia was observed in the initial periods after starting 5 $\alpha$ -reductase inhibitor therapy, the magnitude of the association diminished over time, suggesting that the observed effect may be partly or entirely due to increased detection of dementia in patients with benign prostatic hyperplasia. Both finasteride and dutasteride were associated with depressive disorders, with a stable risk level throughout the follow-up period. Also, exposure to  $\alpha$ -blockers in combination with 5 $\alpha$ -reductase inhibitors was associated with an increased risk of suicide ( $\alpha$ -blockers in combination with 5 $\alpha$ -reductase inhibitors: OR 2.23 [ROR 95%]). In addition, the results of various studies indicate a consistently increased risk of developing depression in patients taking androgen receptor agonists compared to individuals not receiving these drugs [23].

Post-finasteride syndrome is a complex of adverse side effects that develop and persist in patients during and/or after cessation of treatment with finasteride in men, including persistent or irreversible sexual, neurological, physical and mental side effects [24]. The most debilitating complication of finasteride use, along with persistent sexual dysfunction, is recognized as insomnia and fatigue [25]. In addition, in patients under 40 years of age taking finasteride, the risk of developing dementia increases by 20–24% and depression by 61% [23]. Using the Beck Anxiety Inventory, it was found that among men taking finasteride who developed depression during treatment, almost 57% had a previous diagnosis of psychiatric illness, and 28% had a first-degree relative with a mental health disorder [26]. A similar result was obtained in another study when stratifying male patients taking finasteride for any indication into those without mood disorders and those with a history of persistent mood disorders, a statistically significant increase in the number of suicides was found in the group with mood disorders, but not in patients without a history of mood disorders [27]. These observations provide indirect evidence that finasteride induces suicide in individuals with an overt or latent history of mental pathology, which may be due to

признаны бессонница и утомляемость [25]. Кроме того, у пациентов до 40 лет, принимающих финастерид, на 20-24% увеличивается риск развития деменции и на 61% – депрессии [23]. При использовании опросника тревожности Бека было установлено, что среди мужчин, принимавших финастерид, у которых в процессе приема развилась депрессия, почти 57% имели предшествующий диагноз психиатрического заболевания, у 28% был родственник первой степени родства с расстройством психического здоровья [26]. Аналогичный результат был получен в другом исследовании при стратификации пациентов мужского пола, принимавших финастерид по любым показаниям, на лиц без нарушений настроения и лиц, имевших стойкие нарушения настроения в анамнезе, статистически значимое увеличение числа суицидов было выявлено в группе с нарушениями настроения, но не у пациентов без нарушений настроения в анамнезе [27]. Эти наблюдения являются косвенными свидетельствами, что финастерид индуцирует суициды у лиц с явной, либо скрытой психической патологией в анамнезе, которая может быть обусловлена хроническим вялотекущим нейровоспалением, ассоциируемым с группой генных полиморфизмов [4]. В эксперименте на крысах линии Wistar шестидневное введение финастерида вызывало поведение, подобное тревоге и поведению, подобное депрессии. Кроме того, финастерид вызывал зависимое от состояния гиппокампа нарушение пространственного обучения и ухудшение памяти, снижал базальную синаптическую пластичность и долгосрочную потенцию в гиппокампе. Повторное введение финастерида этим же крысам сопровождалось тенденцией к увеличению концентрации кортикостерона в плазме [28]. Анализ процитированных источников позволяет сделать заключение, что увеличение числа суицидов в группе молодых (до 40 лет) мужчин, индуцированное приемом финастерида, обусловлено комплексом гормональных и психических нарушений, патогенез которых может быть связан с наличием неустановленных генных полиморфизмов, что требует дальнейшего изучения.

Известно, что плазменные концентрации финастерида зависят от наличия однонуклеотидных полиморфизмов генов неспецифических цитохромксидаз *CYP3A4* (rs2242480; rs4646437; rs4986910) и *CYP3A5* (rs15524; rs776746) [29], а также полиморфных генов, связанных с метаболизмом эстрогенов у мужчин: *CYP11A1*, *CYP19A1*, *UGT1A1* (ген семейства уридиндифосфатгликозилтрансфераз 1, полипептид A1) [30]. Эти сведения дают основание предполагать, что суицидогенный эффект финастерида может быть связан с увеличением его плазменных концентраций выше терапевтического уровня вследствие низкой ферментативной активности группы ферментов, участвующих в его мета-

chronic low-grade neuroinflammation associated with a group of gene polymorphisms [4]. In an experiment on Wistar rats, six-day administration of finasteride induced anxiety-like behavior and depression-like behavior. In addition, finasteride caused hippocampal-dependent impairment of spatial learning and memory impairment, and reduced basal synaptic plasticity and long-term potentiation in the hippocampus. Repeated administration of finasteride to the same rats was accompanied by a tendency to increase plasma corticosterone concentrations [28]. Analysis of the cited sources allows us to conclude that the increase in the number of suicides in a group of young (under 40 years of age) men induced by finasteride administration is due to a complex of hormonal and mental disorders, the pathogenesis of which may be associated with the presence of unidentified gene polymorphisms, which requires further study.

Plasma concentrations of finasteride are known to depend on the presence of single nucleotide polymorphisms of non-specific cytochrome oxidase genes *CYP3A4* (rs2242480; rs4646437; rs4986910) and *CYP3A5* (rs15524; rs776746) [29], as well as polymorphic genes associated with estrogen metabolism in men: *CYP11A1*, *CYP19A1*, *UGT1A1* (uridine diphosphate glycosyltransferase 1 family gene, polypeptide A1) [30]. These data suggest that the suicidogenic effect of finasteride may be associated with an increase in its plasma concentrations above the therapeutic level due to the low enzymatic activity of a group of enzymes involved in its metabolism. In addition, cytochrome P450 oxidases are inducible enzymes, the expression of which often leads to the formation of secondary metabolites of an estrogen nature [30]. It should be noted that changes in the activity of cytochrome P450 oxidases, as a rule, alter the metabolism of all natural steroid hormones, which may be accompanied by changes in plasma concentrations of cortisol and, accordingly, the level of anxiety.

*Hypnotics and psychotropic drugs induce SB.* The use of sedative-hypnotics has been found to be a stronger predictor than insomnia of both suicidal ideation and suicide attempts [32]. Of 5,692 random respondents, 5.8% reported using hypnotics such as zolpidem or zaleplon in the past 12 months. Of these, 2.6% had suicidal idea-

болизме. Кроме того, цитохромоксидазы P450 являются индуцибельными ферментами, экспрессия которых нередко приводит к образованию вторичных метаболитов эстрогеновой природы [30]. Следует заметить, что изменение активности цитохромоксидаз P450, как правило, меняет метаболизм всех естественных стероидных гормонов, что может сопровождаться изменением плазменных концентраций кортизола и, соответственно, уровня тревожности.

*Снотворные и психотропные средства индукторы СП.* Установлено, что использование седативно-снотворных препаратов является более сильным предиктором, чем бессонница, как суицидальных мыслей, так и попыток самоубийства [32]. Из 5692 случайных респондентов 5,8% сообщили об использовании снотворных средств, таких как золпидем или залеплон, в течение последних 12 месяцев. Из них суицидальные мысли наблюдались у 2,6%, одобрили планы самоубийства 0,7% и 0,4% признались в попытке самоубийства [33]. В группе из 25 больных психиатрических клиник, совершившие суицид с большей вероятностью принимали бензодиазепины (72%), чем субъекты сравнения (44%) ( $p < 0,05$ ) [34].

Продолжая тему ассоциации полиморфизмов генов цитохромоксидаз с суицидами, нельзя не упомянуть совместное использование при нарушениях сна рамелтеона с флунизтрапамом, которые, как и другие бензодиазепины, увеличивают активность этих ферментов [35]. Комбинация рамелтеона с флунизтрапамом вызывает состояние расторможенности [36], в то же время предполагается, что седативно-снотворные средства могут увеличивать риск суицида за счёт расторможенности [37]. Кроме того, потенцирование СП гипнотиками объясняют тем, что они нарушают суждения и индуцируют агрессивное и рискованное поведение [38]. Бензодиазепины, такие как флунизтрапам, могут инициировать расторможенность, которая, в свою очередь, связана с проявлениями агрессивности, импульсивности, самоповреждения и потенциальными попытками самоубийства. Напротив, рамелтеон не вызывает расторможенности. Исследования показывают, что у пациентов с первичной бессонницей флунизтрапам сам по себе не провоцирует состояния расторможенности; однако добавление рамелтеона к флунизтрапаму приводит к возникновению расторможенности, агрессивного поведения и в конечном итоге к попыткам самоубийства. Данное состояние расторможенности исчезает сразу после прекращения приёма рамелтеона.

Точкой приложения рамелтеона являются мелатониновые рецепторы MT1 и MT2 ЦНС. Он быстро всасывается, достигая максимальной концентрации в сыворотке крови менее чем через один час после перорального

приёма, 0,7% одобрили суицидальные планы, и 0,4% признались в попытке самоубийства [33]. В группе из 25 психиатрических пациентов, совершивших суицид, те, кто принимал бензодиазепины (72%), чаще, чем сравнительные субъекты (44%) ( $p < 0,05$ ) [34].

Продолжая тему ассоциации полиморфизмов генов цитохромоксидаз с суицидами, нельзя не упомянуть совместное использование при нарушениях сна рамелтеона с флунизтрапамом, которые, как и другие бензодиазепины, увеличивают активность этих ферментов [35]. Комбинация рамелтеона с флунизтрапамом вызывает состояние дисингибции [36], в то же время предполагается, что седативно-снотворные средства могут увеличивать риск суицида за счёт дисингибции [37]. Кроме того, потенцирование СП гипнотиками объясняют тем, что они нарушают суждения и индуцируют агрессивное и рискованное поведение [38]. Бензодиазепины, такие как флунизтрапам, могут инициировать дисингибцию, которая, в свою очередь, связана с проявлениями агрессивности, импульсивности, самоповреждения и потенциальными попытками самоубийства. Напротив, рамелтеон не вызывает дисингибции. Исследования показывают, что флунизтрапам сам по себе не провоцирует состояния дисингибции; однако добавление рамелтеона к флунизтрапаму приводит к возникновению дисингибции, агрессивного поведения и в конечном итоге к попыткам самоубийства. Данное состояние дисингибции исчезает сразу после прекращения приёма рамелтеона.

Рамелтеон метаболизируется в печени в основном с помощью цитохромов CYP1A2, CYP2C19, и CYP3A4, с последними двумя ферментами оказывающими наибольшее влияние. В кишечнике только CYP3A4 изоэнзимы участвуют в метаболизме. Период полураспада рамелтеона составляет от 1 до 2 часов, в то время как период полураспада его основного метаболита составляет от 2 до 4 часов. Побочные эффекты включают головную боль, сонливость, усталость, тошноту, головокружение, и бессонницу, с частотой возникновения, сходной с плацебо. Поэтому, рамелтеон кажется значительно безопаснее, чем бензодиазепины, которые ассоциированы с рядом побочных эффектов, включая снижение самоконтроля, которое может привести к агрессивности, импульсивности, самоповреждению, и суицидальному поведению [39].

приёма, и подвергается значительному метаболизму в печени в процессе первичного прохождения. В печени метаболизм рамелтеона осуществляется с участием изоферментов *CYP1A2*, *CYP2C19* и *CYP3A4*, при этом последние два оказывают наибольшее влияние. В кишечнике, по всей видимости, участие в метаболизме принимают лишь изоферменты *CYP3A4*. Период полувыведения рамелтеона составляет от 1 до 2 часов, в то время как период полувыведения его основного метаболита колеблется от 2 до 4 часов. Со стороны побочных эффектов наблюдаются головная боль, сонливость, усталость, тошнота, головокружение и бессонница, при этом их частота аналогична таковой при применении плацебо. Следовательно, рамелтеон представляется значительно более безопасным по сравнению с бензодиазепинами, которые сопровождаются разнообразными побочными эффектами, в том числе снижением самоконтроля, что может привести к агрессивности, импульсивности, самоповреждению и суицидальному поведению [39].

В исследованиях показано, что добавление рамелтеона к флунизепаму вызвало СП, предположительно, за счёт сходных метаболических механизмов данных препаратов. Предполагается, что взаимодействие флунизепамы и рамелтеона, метаболизируемых ферментом *CYP3A4*, могло спровоцировать повышение концентрации обоих веществ в организме. Это, в свою очередь, потенциально могло стать причиной агрессивного поведения и, как следствие, попытки суицида. Однако, данная взаимосвязь носит спекулятивный характер и случившееся могло быть случайным совпадением. В любом случае, данный инцидент свидетельствует о том, что добавление рамелтеона к флунизепаму может привести к попытке самоубийства. Важно отметить ограничения представленных случаев. В частности, не проводилось измерение уровней флунизепамы и рамелтеона в крови, а также не было выполнено генотипирование полиморфизма ферментов, участвующих в метаболизме данных препаратов, в особенности *CYP3A4*. Это свидетельствует о том, что добавление рамелтеона к флунизепаму может привести к попытке самоубийства. Кроме того, следует уточнить, что для всех средств, используемых при нарушениях засыпания, изменение активности цитохромксидаз является групповым эффектом.

*Внутриматочная спираль с левоноргестрелом и другие гормональные контрацептивы*, Левоноргестрел – прогестаген со слабой андрогенной активностью не имеющий эстрогенной, глюкокортикоидной и антиминералокортикоидной активности [40]. Совокупный анализ данных, полученных в ходе десяти клинических и эпидемиологических исследований, свидетельствует о наличии корреляции между применением левоноргестрел-

Studies have shown that the addition of ramelteon to flunitrazepam caused a suicide attempt, presumably due to similar metabolic mechanisms of these drugs. It is hypothesized that the interaction of flunitrazepam and ramelteon, which are metabolized by the *CYP3A4* enzyme, could have led to increased concentrations of both substances in the body. This, in turn, could potentially lead to aggressive behavior and, consequently, a suicide attempt. However, this relationship is speculative and could have been a coincidence. In any case, this incident suggests that the addition of ramelteon to flunitrazepam may lead to a suicide attempt. It is important to note the limitations of the presented cases. In particular, blood levels of flunitrazepam and ramelteon were not measured, and genotyping of polymorphisms of the enzymes involved in the metabolism of these drugs, particularly *CYP3A4*, was not performed. This suggests that adding ramelteon to flunitrazepam may lead to suicide attempts. Furthermore, it should be clarified that for all medications used for sleep disorders, changes in cytochrome oxidase activity are a group effect.

*Levonorgestrel intrauterine device and other hormonal contraceptives*, Levonorgestrel is a progestogen with weak androgenic activity and lacking estrogenic, glucocorticoid, and antiminerocorticoid activity [40]. A pooled analysis of data from ten clinical and epidemiological studies suggests a correlation between the use of levonorgestrel-releasing intrauterine systems (LNG-IUS) and an increased risk of developing or worsening depressive symptoms. Of the many studies reviewed, only 22 were selected for analysis. Ten studies recorded a worsening of depressive states, while two reported an improvement. In addition, one study found an increase in anxiety, another indicated an increased likelihood of suicide attempts, four found no association with depression, and four more indicated a possible association, noting other psychiatric manifestations. Despite conflicting data, many studies indicate psychiatric symptoms associated with the LNG-IUS, primarily depression [41]. Among them, 34 cases were classified as postpartum depression associated with the LNG-IUS. Despite the relatively low incidence (0.045%), the authors emphasize that hormonal fluctuations caused by levonorgestrel may increase psyche vulnerability during the perinatal period, especially in

выделяющих внутриматочных систем (ЛНГ-ВМС) и повышением риска развития или усугубления депрессивной симптоматики. Из множества изученных работ для анализа отобрали лишь 22. В десяти исследованиях зафиксировано ухудшение депрессивных состояний, а в двух – их облегчение. Кроме того, одно исследование выявило рост тревожности, другое указало на повышенную вероятность суицидальных попыток, четыре не обнаружили связи с депрессией, а ещё четыре указали на возможную связь, отметив другие психические проявления. Несмотря на противоречивые данные, многие исследования указывают на психические симптомы, ассоциирующиеся с ЛНГ-ВМС, в первую очередь, депрессию [41]. Среди них 34 случая были классифицированы как послеродовая депрессия, ассоциированная с ЛНГ-ВМС. Несмотря на относительно низкую частоту (0,045%), авторы подчеркивают, что гормональные колебания, вызванные левоноргестрелом, могут усиливать уязвимость психики в перинатальный период, особенно у женщин с предрасположенностью к аффективным расстройствам. В рамках рандомизированного контролируемого исследования III фазы, проведённого в Великобритании, 678 женщин наблюдались в клинических условиях для оценки эффективности ЛНГ-ВМС. Помимо высокой контрацептивной надёжности (индекс Перля <0,5), авторы зафиксировали 13 случаев (1,9% когорты) развития депрессивных симптомов, потребовавших медицинского вмешательства. Многие авторы сообщают о неблагоприятных психиатрических явлениях, связанных с левоноргестрел-содержащими внутриматочными системами (ЛНГ-ВМС). Риск развития тревожных состояний: ROR 1,18. Это указывает на то, что применение гормональных систем ассоциировано с увеличением вероятности возникновения тревоги на 18% по сравнению с негормональными аналогами. Изучался относительный риск самоубийства и попыток самоубийства у 475802 женщин старше 15 лет, принимавших гормональные контрацептивы в период с 1996 по 2023 гг. [42]. У женщин, участвовавших в этом исследовании, не было психиатрических или медицинских проблем в прошлом. Были выявлены многочисленные сопутствующие факторы. В частности, велось наблюдение в течение 8,3 лет за 500000 женщин (средний возраст на начало исследования 21 год). В процесс наблюдения было выявлено 6999 первичных попыток самоубийства и 71 самоубийство. Относительный риск попытки самоубийства при использовании гормональных контрацептивов составил ROR 2,06 у женщин в возрасте 15-19 лет. В возрастной группе 20-24 года ROR 1,61, а в возрастной группе 25-33 года – ROR 1,64. То есть, относительный риск попытки самоубийства был самым высоким у подростков. Кроме того, относительный риск первых попыток самоубийства зна-

women with a predisposition to affective disorders. As part of a randomized controlled phase III trial conducted in the UK, 678 women were observed in a clinical setting to evaluate the effectiveness of the LNG-IUS. In addition to high contraceptive reliability (Pearl Index <0.5), the authors recorded 13 cases (1.9% of the cohort) of depressive symptoms requiring medical intervention. Many scientists report adverse psychiatric events associated with levonorgestrel-containing intrauterine systems (LNG-IUS). Risk of developing anxiety: ROR 1.18. This indicates that the use of hormonal systems is associated with an 18% increase in the likelihood of anxiety compared to non-hormonal analogues. The relative risk of suicide and suicide attempts was studied in 475,802 women over 15 years of age who took hormonal contraceptives between 1996 and 2023 [42]. The women participating in this study did not have a history of psychiatric or medical problems. Numerous associated factors were identified. In particular, 500,000 women (mean age of 21 at the beginning of the study) were followed for 8.3 years. During the observation process, 6,999 primary suicide attempts and 71 suicides were identified. The relative risk of a suicide attempt with the use of hormonal contraceptives was ROR 2.06 in women aged 15-19. In the 20-24 age group, the relative risk of attempted suicide was 1.61, while in the 25-33 age group, the relative risk of attempted suicide was 1.64. This means that the relative risk of attempted suicide was highest among adolescents. Furthermore, the relative risk of first suicide attempts increased significantly during the first year after starting hormonal contraceptives and subsequently decreased compared to non-users. The results for sleep disturbances were even more pronounced (ROR 1.22), highlighting a 22% increased risk of developing insomnia or other sleep disorders in the LNG-IUS group. The study authors suggested that such effects may be related to the systemic effects of the synthetic progestin (levonorgestrel) on neuroendocrine mechanisms, although the precise pathogenetic pathways require further study. The mechanisms behind this association require clarification – potentially, it involves interactions between levonorgestrel and glucocorticoid receptors, suppression of allopregnanolone synthesis (a neurosteroid with antidepressant properties), or individual genetic susceptibility. Despite their effectiveness, a thorough mental health

чительно возрос в течение первого года после начала приёма гормональных контрацептивов и впоследствии снизился по сравнению с теми, кто их не принимал. В отношении нарушений сна результаты оказались ещё более выраженными (ROR 1,22), что подчеркивает 22% повышение риска развития инсомнии или других расстройств сна в группе ЛНГ-ВМС. Авторы исследования предположили, что подобные эффекты могут быть связаны с системным воздействием синтетического прогестина (левоноргестрела) на нейроэндокринные механизмы, хотя точные патогенетические пути требуют дальнейшего изучения. Механизмы этой связи требуют уточнения – потенциально речь идет о взаимодействии левоноргестрела с рецепторами глюкокортикоидов, подавлении синтеза аллопрегнанолона (нейростероида с антидепрессивным действием) или индивидуальной генетической чувствительности. Несмотря на их эффективность, перед установкой ЛНГ-ВМС необходимо проводить тщательную оценку психического состояния.

Левоноргестрел – являющийся прогестином со слабой андрогенной активностью – метаболит цитохромксидазы P450 CYP3A4 [43]. Считается, что его метаболиты фармакологически неактивны [44]. Тем не менее, изомерные варианты CYP3A4, образующиеся в результате какого-либо генного полиморфизма, могут приводить к образованию патологических метаболитов с увеличенной андрогенной активностью. Кроме того, возможны случаи пониженного метаболизма левоноргестрела у женщин с измененной активностью CYP3A4, что может приводить к увеличению плазменных концентраций этого препарата и андрогенных влияний с увеличением аутоагрессии.

*Природные ретиноиды.* Изотретиноин, назначаемый перорально ретиноид, применяется в терапии акне тяжёлой степени, однако ассоциируется с рядом неблагоприятных психиатрических проявлений. Большая часть научных работ сфокусирована на изучении депрессивных состояний и суицидальных наклонностей, тем не менее, отдельные клинические случаи указывают на возможность развития гиперсомнии и нарушений циркадных ритмов сна после начала терапии изотретиноином [45]. Согласно отчётам, наиболее распространёнными нежелательными явлениями являются депрессия, аффективная лабильность, тревожное расстройство и СП. Несмотря на то, что психиатрические побочные эффекты составляют до 25,16% от общего числа, научные исследования преимущественно концентрируются на депрессии и суициде, тогда как оценка других психиатрических проявлений изучена недостаточно [46]. Невзирая на наличие обширной документации, свидетельствующей о потенциальных неблагоприятных психиатрических исходах, включая депрессивные расстройства, суицидаль-

assessment is necessary before LNG-IUS insertion.

Levonorgestrel is a progestin with weak androgenic activity and a metabolite of cytochrome oxidase P 450 CYP 3 A 4 [43]. Its metabolites are considered to be pharmacologically inactive [44]. However, isomeric variants of CYP 3 A 4 resulting from some gene polymorphism may lead to the formation of pathological metabolites with increased androgenic activity. In addition, cases of decreased metabolism of levonorgestrel are possible in women with altered CYP 3 A 4 activity, which may lead to increased plasma concentrations of this drug and androgenic effects with increased autoaggression.

*Natural retinoids.* Isotretinoin, an orally administered retinoid, is used in the treatment of severe acne, but is associated with a number of adverse psychiatric manifestations. Most scientific studies have focused on the study of depressive states and suicidal tendencies; however, individual clinical cases indicate the possibility of developing hypersomnia and circadian sleep rhythm disturbances after the initiation of isotretinoin therapy [45]. According to reports, the most common adverse events are depression, affective lability, anxiety disorder, and PTSD. Although psychiatric side effects account for up to 25.16% of the total, scientific studies mainly focus on depression and suicide, while the assessment of other psychiatric manifestations has been insufficiently studied [46]. Despite extensive documentation demonstrating potential adverse psychiatric outcomes, including depressive disorders, suicidal tendencies, and psychotic states, this issue remains a subject of debate in the scientific community. This is due to the lack of convincing evidence of a direct causal relationship between this factor and these mental disorders. However, there are precedents in the scientific literature demonstrating a link between excess dietary vitamin A intake and the development of psychotic disorders, which requires further study and analysis [47].

Specifically, the association of isotretinoin with suicide was examined using an analysis of FDA data (the FAERS database). The study included data from 1982 to March 2024. Of the 73,076 cases of isotretinoin use associated with suicide, 2,839 were selected for analysis, with age and gender reported. A total of 349 completed suicides and 690

ные наклонности и психотические состояния, данный вопрос продолжает оставаться предметом дискуссий в научном сообществе. Причиной тому является отсутствие убедительных доказательств прямой причинно-следственной связи между рассматриваемым фактором и указанными психическими нарушениями. Тем не менее, в научной литературе имеются прецеденты, демонстрирующие связь между избыточным потреблением витамина А с пищей и развитием психотических расстройств, что требует дальнейшего изучения и анализа [47].

В частности, связь изотретиноина с суицидами была исследована на основе анализа данных FDA (база данных FAERS). В исследование было включены данные за период с 1982 по март 2024 гг., из 73076 случаев применения изотретиноина, ассоциированных с суицидами, для анализа было отобрано 2839, в которых указывались пол и возраст. Всего было выявлено 349 завершённых суицидов и 690 парасуицидов, из которых 274 случая (78,5%) совершили лица мужского пола. На лиц в возрасте 10-19 лет пришлось 202, а на когорту 20-29 лет – 120, что объяснимо целевой возрастной группой, которой третиноин назначался как средство для лечения юношеской акне. По таким параметрам, как число парасуицидов, развитие СП, появление депрессии с суицидальными мыслями, суицидальными мыслями без депрессии, угроз совершить суицид значимых различий по половому диморфизму не найдено [48]. Эти же авторы сообщили, что суициды, связанные с приёмом изотретиноина, происходили через один-два месяца после начала лечения.

Изотретиноин (*цис-транс-ретиноевая кислота*), как и ретиноевая кислота, является регулятором клеточной пролиферации. Например, в гиппокампе мышей изотретиноин ингибирует пролиферацию клеток-предшественников [49] и микроглии [50]. А 13-*цис-ретиноевая кислота*, в которую в организме быстро превращается изотретиноин, изменяет морфологию культивируемых нейронов крыс [51].

*Антагонист лейкотриеновых рецепторов монтелукаст*

В августе 2009 г. FDA (США) издало предупреждение о рисках, таких как беспокойное поведение, депрессия, бессонница, суицидальные мысли, попытки самоубийства, связанных с приёмом модификаторов лейкотриенов, используемых для лечения астмы: монтелукаста, зафирлукаста и zileutona и продублировало его в 2020 г. [52]. Предупреждение FDA продублировано в сетевом справочнике Видаль [53]. Гипотеза о том, что ингибиторы лейкотриенов (включая монтелукаст) могут быть связаны с СП, основана на анализе спонтанных сообщений из баз данных фармаконадзора, которые подвержены таким предубеждениям, как смешение. Однако

parasuicides were identified, of which 274 cases (78.5%) were committed by males. Of these, 202 were among individuals aged 10-19, and 120 were among those aged 20-29, which is understandable given the target age group to which tretinoin was prescribed as a treatment for juvenile acne. No significant differences in sexual dimorphism were found for parameters such as the number of parasuicides, the development of SB, the occurrence of depression with suicidal thoughts, suicidal thoughts without depression, and threats to commit suicide [48]. The same authors reported that suicides associated with isotretinoin use occurred one to two months after the start of treatment.

Isotretinoin (*cis-trans-retinoic acid*), like retinoic acid, is a regulator of cell proliferation. For example, in the mouse hippocampus, isotretinoin inhibits the proliferation of progenitor cells [49] and microglia [50]. And 13-*cis-retinoic acid*, into which isotretinoin is rapidly converted in the body, alters the morphology of cultured rat neurons [51].

*Leukotriene receptor antagonist montelukast*

In August 2009, the US FDA issued a warning about risks such as restless behavior, depression, insomnia, suicidal ideation, and suicide attempts associated with the use of leukotriene modifiers used to treat asthma: montelukast, zafirlukast, and zileuton, and reissued it in 2020 [52]. FDA warning duplicated in the online reference Vidal [53]. The hypothesis that leukotriene inhibitors (including montelukast) may be associated with SB is based on the analysis of spontaneous reports from pharmacovigilance databases, which are subject to biases such as confounding. However, cohort studies, case-control studies, and clinical trials do not support a causal relationship. Therefore, a systematic analysis of 59 studies was conducted, including 21 pharmacovigilance studies, 4 reviews combining 172 randomized controlled trials, 20 observational studies, 10 case reports, and 4 case series assessing neuropsychiatric disorders in patients with asthma during montelukast therapy. Three observational studies and one review of randomized clinical trials found no association between montelukast and depression. However, four studies that used antidepressant prescriptions as an outcome found a significant association. Nine pharmacovigilance studies and two large observational studies in adults with asthma found

когортные исследования, исследования случай-контроль и клинические испытания не подтверждают причинно-следственную связь. В связи с чем был проведён систематический анализ 59 исследований, включая 21 исследование фармаконадзора, 4 обзора, объединяющих 172 рандомизированных контролируемых испытания, 20 обзорных исследований, 10 отчётов о клинических случаях и 4 серии случаев, посвящённых оценке нейропсихиатрических нарушений у пациентов с астмой на фоне терапии монтелукастом. В трех обзорных исследованиях и одном обзоре рандомизированных клинических испытаний связи монтелукаста с депрессией не выявлено. Однако в четырёх исследованиях, в которых в качестве результата использовались назначения антидепрессантов, была выявлена значимая связь. В девяти исследованиях фармаконадзора и двух крупных обзорных исследованиях у взрослых людей с астмой была выявлена возможная связь монтелукаста с тревогой и нарушениями сна [54].

При анализе структуры психических расстройств ROR для суицидальных мыслей, попыток самоубийства и депрессии составил 21,5. В результате анализа баз данных DGIdb (база данных взаимодействия генов и лекарственных препаратов, <https://www.dgldb.org>), DSigDB (база данных сигнатур лекарственных препаратов, <https://dsigdb.tanlab.org>) и STITCH (<https://stitch.embl.de>) было выявлено 26 генов (ABCC1, AHR, ALOX5, ATAD5, ATG4B, CCL11, CYP2C8, CYSLTR1, CYSLTR2, IL13, IL4, IL5, KDM4A, LTA4H, LTB4R, LTB4R2, LTC4S, PLA2G1B, POLH, POLI, POLK, PPP1CA, S1PR1, S1PR3, S1PR4, SLCO2B), непосредственно взаимодействующих с монтелукастом. Обнаружена повышенная экспрессия генов HCRT (кодирующих предшественник гипокретина – нейропептид гипоталамуса), HTR2A (серотониновый рецептор 5-HT<sub>2a</sub>) и KALRN (киназа калирин-RhoGEF) у пациентов с аффективными расстройствами и большой депрессией. Дисфункция гипокретинов и гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной оси связана с депрессией. HTR2a, кодируемый геном HTR2, также связан с патогенезом депрессии, шизофрении и СП [55].

Несмотря на предупреждения FDA, основанные на мониторинге случаев, сведения об увеличении частот суицидов, ассоциируемых с приёмом монтелукаста, значительно противоречивы. Вплоть до полного отрицания такого эффекта. Например, при исследовании случай-контроль 752230 случаев использования при бронхиальной астме ингаляционных глюкокортикоидов и 724855 случаев приема монтелукаста по тому же поводу авторы не обнаружили различий частот психических событий, в том числе суицидов – ROR=0,96 (95% ДИ 0,85-1,08). Но, глюкокортикоиды, и ингаляционные глюкокортикоиды

a possible association of montelukast with anxiety and sleep disturbances [54].

When analyzing the structure of mental disorders, the ROR for suicidal thoughts, suicide attempts, and depression was 21.5. As a result of the analysis of the DGIdb (Drug-Gene Interaction Database, <https://www.dgldb.org>), DSigDB (Drug Signature Database, <https://dsigdb.tanlab.org>) and STITCH (<https://stitch.embl.de>) databases, 26 genes (ABCC1, AHR, ALOX5, ATAD5, ATG4B, CCL11, CYP2C8, CYSLTR1, CYSLTR2, IL13, IL4, IL5, KDM4A, LTA4H, LTB4R, LTB4R2, LTC4S, PLA2G1B, POLH, POLI, POLK, PPP1CA, S1PR1, S1PR3, S1PR4, SLCO2B) were identified that directly interact with montelukast. Increased expression of the genes HCRT (encoding the precursor of hypocretin, a neuropeptide in the hypothalamus), HTR2A (serotonin 5-HT<sub>2a</sub> receptor), and KALRN (kalirin-RhoGEF kinase) has been found in patients with affective disorders and major depression. Dysfunction of hypocretins and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis is associated with depression. HTR2a, encoded by the HTR2 gene, is also associated with the pathogenesis of depression, schizophrenia, and schizophrenia [55].

Despite FDA warnings based on case monitoring, data on an increase in suicide rates associated with montelukast use are significantly contradictory. This effect has even been completely denied. For example, in a case-control study of 752,230 cases of inhaled glucocorticoid use for bronchial asthma and 724,855 cases of montelukast use for the same reason, the authors found no difference in the rates of psychiatric events, including suicides – ROR = 0.96 (95% CI 0.85-1.08). However, glucocorticoids, including inhaled glucocorticoids, also induce psychomotor agitation, sleep disturbances, anxiety, depression, and aggressive behavior [56]. However, in a retrospective analysis of individual safety event reports (ISARs) registered before January 1, 2015, in the WHO database (VigiBase®), using Bayesian neural network belief network propagation for signal generation, 2,630 of 14,670 ISRs for montelukast corresponded to the occurrence of psychiatric disorders in people under 18 years of age. The main symptoms reported in infants under two years of age were sleep disorders, while in children aged 2-11 and adolescents

том числе, тоже индуцируют психомоторное возбуждение, нарушения сна, беспокойство, депрессию и агрессивное поведение [56]. Но вот при ретроспективном анализе отчётов об индивидуальных случаях безопасности (ОИСБ), зарегистрированных до 1 января 2015 года в базе данных ВОЗ (VigiBase®), с помощью использования байесовского распространения нейронной сети доверия для генерации сигнала, из 14670 ОИСБ для монтелукаста 2630 соответствовали появлению психиатрических расстройств у людей младше 18 лет. Основными симптомами, зарегистрированными у младенцев младше двух лет, были нарушения сна, детей в возрасте 2-11 лет и подростков (12-17 лет) – СП и депрессия / тревога. СП было чрезмерно представлено во всех возрастных группах со значениями информационного компонента (ИК), достигавшими 5,01 у детей и 3,85 у подростков. Неожиданно, завершённые самоубийства были зарегистрированы чаще у детей (ИК=3,15; 95% ДИ 0,25-1,98), чем у подростков (ИК=3,11; 95% ДИ 0,25-2,61) или у всей популяции (ИК=1,95; 95% ДИ 0,25-1,73). Авторы сделали выводы, что нейропсихиатрические расстройства как побочные эффекты монтелукаста чаще сообщались у детей, чем у взрослых. Характер побочных симптомов монтелукаста связан с возрастом: младенцы и дети более склонны к нарушениям сна, у подростков чаще возникали симптомы депрессии / тревожности и психотические реакции. Об СП и завершённых суицидах, по-видимому, сообщалось чаще, чем считалось ранее на практике [57]. Таким образом, на примере ассоциации монтелукаста с СП и суицидами мы можем в полной мере видеть зависимость результата исследования от его организации. По-видимому, в целях объективизации выявления побочных эффектов лекарственных веществ с помощью расчета ROR для каждой группы препаратов и по поводу каждого побочного эффекта должны быть определены «золотые стандарты сравнения» – препараты, в отношении которых доказано, что они этих побочных эффектов не вызывают, либо число интересующих побочных эффектов при приёме препарата, определенного как «золотой стандарт сравнения» не отличается от популяционной частоты возникновения таких побочных эффектов.

#### *Противоэпилептические препараты*

Потенциальная ассоциация между применением противоэпилептических препаратов (ПЭП) и повышением суицидального риска остаётся предметом научных дискуссий. Так, в исследовании проведена оценка факторов, модулирующих возникновение суицидально-релевантных событий (СРС), и временного интервала до их манифестации после начала терапии. Из 22 проанализированных ПЭП у 12 агентов (гидрат перампанела, нитразепам, леветирацетам, клоназепам, клобазам, вальпроат натрия, фенобарбитал, ламотриджин, лакосамид, га-

(12-17 years of age) it was PTSD and depression/anxiety. PTSD was overrepresented in all age groups, with information component (IC) values reaching 5.01 in children and 3.85 in adolescents. Unexpectedly, completed suicides were recorded more frequently in children (IR=3.15; 95% CI 0.25-1.98) than in adolescents (IR=3.11; 95% CI 0.25-2.61) or in the general population (IR=1.95; 95% CI 0.25-1.73). The authors concluded that Neuropsychiatric disorders as adverse effects of montelukast were reported more frequently in children than in adults. The nature of the adverse events of montelukast is associated with age: infants and children are more prone to sleep disorders, while adolescents more often experienced symptoms of depression/anxiety and psychotic reactions. AEs and completed suicides were apparently reported more frequently than previously thought in practice [57]. Thus, using the example of the association of montelukast with AEs and suicides, we can fully see the dependence of the study results on its organization. Apparently, in order to objectify the identification of adverse effects of drugs using the ROR calculation for each group of drugs and for each adverse effect, "gold standards of comparison" should be defined – drugs that have been proven not to cause these adverse effects, or the number of adverse effects of interest when taking the drug defined as the "gold standard of comparison" does not differ from the population frequency of such adverse effects.

#### *Antiepileptic drugs*

The potential association between the use of antiepileptic drugs (AEDs) and increased suicide risk remains a subject of scientific debate. This study assessed factors modulating the occurrence of suicide-relevant events (SREs) and the time interval to their manifestation after initiation of therapy. Of the 22 AEDs analyzed, 12 agents (perampanel hydrate, nitrazepam, levetiracetam, clonazepam, clobazam, sodium valproate, phenobarbital, lamotrigine, lacosamide, gabapentin, zonisamide, and carbamazepine) were found to have significant SRE signals. Independent predictors of SREs included: age cohort of 20-30 years of age (OR=1.8,  $p<0.001$ ), female gender (OR=1.5,  $p=0.02$ ) and polytherapy with AEDs (OR=2.3,  $p<0.001$ ). With the use of six AEDs, the median latency period to the development of SREs was less than 100 days (95% CI 75-120). Pharmacovigilance

бапентин, зонисамид, карбамазепин) идентифицированы значимые сигналы SRE. К независимым предикторам СРС отнесены: возрастная когорта 20-30 лет (ОШ=1,8,  $p<0,001$ ), женский пол (ОШ=1,5,  $p=0,02$ ) и политерапия ПЭП (ОШ=2,3,  $p<0,001$ ). При применении шести ПЭП медиана латентного периода до развития СРС составляла менее 100 дней (95% ДИ 75-120). Данные фармаконадзора подтверждают ассоциацию отдельных ПЭП с суицидальными идеями, что обосновывает необходимость мониторинга пациенток 20-30 лет, получающих два и более ПЭП, а также лиц на ранних этапах терапии (менее или равно 100 дней). Управление FDA включило 11 ПЭП (карбамазепин, дивалпрокс, фелбамат, габапентин, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепин, прегабалин, тиагабин, топирамат, зонисамид) в список препаратов с потенциальным суицидогенным риском. Результаты когортных исследований и исследований «случай-контроль» демонстрируют противоречивость: часть работ указывает на повышение риска при политерапии (ОШ=1,9, 95% ДИ 1,3-2,8), тогда как другие не выявляют значимых корреляций. Анализ показателей ROR и ИК выявил статистически значимые сигналы для 12 ПЭП. Максимальные значения зарегистрированы для гидрата перампанела (ROR 20,59), нитразепама (ROR 12,47) и клоназепама (ROR 8,73). Напротив, для фенитоина (ROR 25,87), фенобарбитала (ROR 2,55) и топирамата (ROR 1,82) не обнаружено значимых сигналов ( $p>0,05$ ). Парадоксально, что в общей популяции суицидальный риск коррелирует с возрастом и мужским полом, тогда как у пациенток с эпилепсией наблюдается обратная зависимость: пик риска приходится на возраст 20-30 лет с последующим снижением (41). Уязвимость молодых женщин особенно значима при полипрагмазии (два и более ПЭП). Примечательно, что в общей когорте комбинированная терапия (vs. монотерапия) не ассоциировалась с достоверным повышением СРС (ОШ=1,1; 95% ДИ 0,8-1,5). Однако погрупповой анализ выявил повышенный риск при комбинациях с гидратом перампанела, ламотриджином и карбамазепином (ОШ=2,4, 95% ДИ 1,6-3,5). Карбамазепин и ламотриджин, несмотря на включение в список FDA, традиционно рассматриваются как агенты с антисуицидальными свойствами за счёт модуляции серотонинергической передачи (опосредованное белком переносчиком SERT ингибирования обратного захвата 5-HT) [58].

#### *Заключение*

Представленный материал позволяет сделать вывод, что фармакогенетика СП, как наука, ещё не зародилась несмотря на то, что сообщений о связи увеличения частот парасуцидов и суцидов с программным приёмом как отдельных препаратов, так и фармакодинамически однородных групп более чем достаточно. На основании

data confirm the association of individual AEDs with suicidal ideation, which justifies the need to monitor female patients aged 20-30 receiving two or more AEDs, as well as individuals in the early stages of therapy (less than or equal to 100 days). The FDA has included 11 AEDs (carbamazepine, divalproex, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, pregabalin, tiagabine, topiramate, and zonisamide) in the list of drugs with potential suicidogenic risk. The results of cohort and case-control studies show inconsistency: some studies indicate an increased risk with polytherapy (OR=1.9, 95% CI 1.3-2.8), while others do not reveal significant correlations. Analysis of the ROR and IC indices revealed statistically significant signals for 12 AEDs. The highest values were recorded for perampanel hydrate (ROR 20.59), nitrazepam (ROR 12.47), and clonazepam (ROR 8.73). In contrast, no significant signals were found for phenytoin (ROR 25.87), phenobarbital (ROR 2.55), and topiramate (ROR 1.82) ( $p>0.05$ ). Paradoxically, in the general population, suicide risk correlates with age and male gender, whereas in female patients with epilepsy, an inverse relationship is observed: the risk peaks at the age of 20-30 years, followed by a decrease (41). The vulnerability of young women is especially significant in the case of polypharmacy (two or more AEDs). It is noteworthy that in the general cohort, combination therapy (vs. monotherapy) was not associated with a significant increase in SRE (OR=1.1; 95% CI 0.8-1.5). However, group analysis revealed an increased risk with combinations with perampanel hydrate, lamotrigine, and carbamazepine (OR=2.4, 95% CI 1.6-3.5). Carbamazepine and lamotrigine, despite being included in the FDA list, are traditionally considered as agents with antisuicidal properties due to modulation of serotonergic transmission (SERT-mediated 5-HT reuptake inhibition) [58].

#### *Conclusion*

The presented material allows us to conclude that the pharmacogenetics of suicidal behavior, as a science, has not yet emerged, despite the fact that there are more than enough reports linking increased rates of parasuicides and suicides with the programmatic use of both individual medications and pharmacodynamically homogeneous groups. Based on the conducted analysis of the literature, it can be concluded that the

проведённого анализа данных литературы, можно заключить, что проблема связи между приёмом лекарственных средств и суицидальным поведением требует более глубокого изучения с акцентом на фармакогенетические факторы. Существующая статистическая связь между приёмом лекарств и суицидами должна быть использована для разработки гипотез о молекулярных механизмах, лежащих в основе этого явления. Изучение полиморфных генов, модулирующих точки приложения лекарственных средств, в контексте генетической и эпигенетической предрасположенности, представляется перспективным направлением исследований для выявления групп риска и разработки стратегий предотвращения суицидальных исходов, индуцированных лекарственными препаратами. Крайне важным является повышение осведомлённости медицинских работников о потенциальных побочных эффектах лекарственных средств и необходимости активного сбора и анализа данных о нежелательных реакциях для повышения безопасности фармакотерапии.

## Литература / Reference:

1. Thomas KH, Martin RM, Potokar J, Pirmohamed M, Gunnell D. Reporting of drug induced depression and fatal and non-fatal suicidal behaviour in the UK from 1998 to 2011. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2014; 15: 54. DOI: 10.1186/2050-6511-15-54
2. Safety of medicines – adverse drug reactions [Digital] [https://www.who.int/docs/default-source/medicines/safety-of-medicines--adverse-drug-reactions-jun18.pdf?sfvrsn=4fc4f40\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/medicines/safety-of-medicines--adverse-drug-reactions-jun18.pdf?sfvrsn=4fc4f40_2) Дата последнего обращения 19.03.2025.
3. Schoretsanitis G, Weiler S, Barbui C, Raschi E, Gastaldon C. Disproportionality analysis from World Health Organization data on semaglutide, liraglutide, and suicidality. *JAMA Netw Open.* 2024; 7 (8): e2423385. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.23385
4. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В. Генетика суицида. Тюмень: изд-во Вектор Бук, 2025. 352 с. [Kozlov VA, Zotov PB, Golenkov AV. Genetics of suicide. Tyumen: "Vektor Book" Publishing House, 2025. 352 p.] (In Russ)
5. Demakas A. ROR: Reporting Odds Ratio How reporting odds ratios (ROR) are calculated [Digital] <https://help.adverahealth.com/en/articles/2789334-ror-reporting-odds-ratio>. Дата последнего обращения: 19.03.2025.
6. Wang W, Volkow ND, Berger NA, Davis PB, Kaelber DC, Xu R. Association of semaglutide with risk of suicidal ideation in a real-world cohort. *Nat Med.* 2024; 30 (1): 168-176. DOI: 10.1038/s41591-023-02672-2
7. Kerem L, Stokar J. Risk of suicidal ideation or attempts in adolescents with obesity treated with GLP1 receptor agonists. *JAMA Pediatr.* 2024; 178 (12): 1307-1315. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.3812
8. Zhao SS, Burgess S, Gill D. Glucagon-Like Peptide-1 receptor agonism and suicide risk: evidence from mendelian randomization. *J Am Heart Assoc.* 2024; 13 (12): e035948. DOI: 10.1161/JAHA.124.035948
9. Tian C, Yang Z, Zhao S, Zhang P, Li R. Adverse event reporting of combining SGLT2 inhibitor and GLP1 receptor agonist: A real-world study from FAERS. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2025; 35 (1): 103758. DOI: 10.1016/j.numecd.2024.09.028
10. McIntyre RS, Mansur RB, Rosenblat JD, Kwan ATH. The association between glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RAs) and suicidality: reports to the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS). *Expert Opin Drug Saf.* 2024; 23 (1): 47-55. DOI: 10.1080/14740338.2023.2295397
11. Nakhla M, Nair A, Balani P, Ujjawal A, Arun Kumar P, Dasari M, Yukselen Z, Bansal K, Ganatra S, Dani SS. Risk of Suicide, hair loss, and aspiration with GLP1-Receptor agonists and other diabetic agents: a real-world pharmacovigilance study. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2024. DOI: 10.1007/s10557-024-07613-w
12. Sharafshah A, Lewandrowski KU, Gold MS, Fuehrlein B, Ashford JW, Thanos PK, Wang GJ, Hanna C, Cadet JL, Gardner EL, Khalsa JH, Braverman ER, Baron D, Elman I, Dennen CA, Bowirrat A, Pinhasov A, Modestino EJ, Carney PR, Cortese R, Fiorelli RKA, Schmidt S, Pollack AR, Badgaiyan RD, Blum K. In silico pharmacogenomic assessment of glucagon-like Peptide-1 (GLP1) Agonists and the Genetic Addiction Risk Score (GARS) related pathways: implications for suicide ideation and substance use disorder. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2025. DOI: 10.2174/011570159X349579241231080602
13. Nassar M, Misra A, Bloomgarden Z. Impact of treatment with GLP-1RAs on suicide attempts in adults persons with type 2 diabetes: A retrospective comparative effectiveness study based on a global TriNetX health research database. *J Diabetes.* 2024; 16 (3): e13547. DOI: 10.1111/1753-0407.13547
14. McIntyre RS, Mansur RB, Rosenblat JD, Kwan ATH. The association between glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RAs) and suicidality: reports to the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS). *Expert Opin Drug Saf.* 2024; 23 (1): 47-55. DOI: 10.1080/14740338.2023.2295397
15. Montastruc JL, Toutain PL. A New Drug-Drug Interaction Between Hydroxychloroquine and Metformin? A Signal Detection Study. *Drug Saf.* 2020; 43 (7): 657-660. DOI: 10.1007/s40264-020-00955-y
16. Doring MJ, Cao L, Zuzga DS, Francis JS, Fitzsimons HL, Jiao X, Bland RJ, Klugmann M, Banks WA, Drucker DJ, Haile CN. Glucagon-like peptide-1 receptor is involved in learning and neuroprotection. *Nat Med.* 2003; 9 (9): 1173-1179. DOI: 10.1038/nm919
17. Courcoulas AP, Daigle CR, Arterburn DE. Long term outcomes of metabolic/bariatric surgery in adults. *BMJ.* 2023; 383: e071027. DOI: 10.1136/bmj-2022-071027
18. Kim K, Jung JH, Um YH, Ahn YB, Ko SH, Han K, Yun JS. The impact of weight change on suicide mortality: a nationwide population-based cohort study of 2 million Koreans. *Diabetol Metab Syndr.* 2025; 17 (1): 20. DOI: 10.1186/s13098-024-01559-7
19. Müller A, Hase C, Pommnitz M, de Zwaan M. Depression and Suicide After Bariatric Surgery. *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 21 (9): 84. DOI: 10.1007/s11920-019-1069-1

20. Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery—a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2019; 29 (1): 322–333. DOI: 10.1007/s11695-018-3493-4
21. Nguyen DD, Marchese M, Cone EB, Paciotti M, Basaria S, Bhojani N, Trinh QD. Investigation of suicidality and psychological adverse events in patients treated with finasteride. *JAMA Dermatol.* 2021; 157 (1): 35–42. DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.3385
22. Gupta AK, Bamimore MA, Williams G, Talukder M. Finasteride use: evaluation of depression and suicide risk. *J Cosmet Dermatol.* 2025; 24 (3): e70102. DOI: 10.1111/jocd.70102
23. Garcia-Argibay M, Hiyoshi A, Fall K, Montgomery S. Association of 5 $\alpha$ -Reductase inhibitors with dementia, depression, and suicide. *JAMA Netw Open.* 2022; 5 (12): e2248135. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.48135
24. Traish AM. Post-finasteride syndrome: a surmountable challenge for clinicians. *Fertil Steril.* 2020; 113 (1): 21–50. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2019.11.030
25. Irwig MS. Finasteride and suicide: a postmarketing case series. *Dermatology.* 2020; 236 (6): 540–545. DOI: 10.1159/000505151
26. Ganzer C.A., Jacobs A.R. Emotional consequences of finasteride: fool's gold. *Am J Mens Health.* 2018; 12 (1): 90–95. DOI: 10.1177/1557988316631624
27. Laanani M, Weill A, Jollant F, Zureik M, Dray-Spira R. Suicidal risk associated with finasteride versus dutasteride among men treated for benign prostatic hyperplasia: nationwide cohort study. *Sci Rep.* 2023; 13 (1): 5308. DOI: 10.1038/s41598-023-32356-3
28. Sasibhushana RB, Shankaranarayana Rao BS, Srikumar BN. Anxiety-, and depression-like behavior following short-term finasteride administration is associated with impaired synaptic plasticity and cognitive behavior in male rats. *J Psychiatr Res.* 2024; 174: 304–318. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2024.04.029
29. Chau CH, Price DK, Till C, Goodman PJ, Chen X, Leach RJ, Johnson-Pais TL, Hsing AW, Hoque A, Tangen CM, Chu L, Parnes HL, Schenk JM, Reichardt JK, Thompson IM, Figg WD. Finasteride concentrations and prostate cancer risk: results from the prostate cancer prevention trial. *PLoS One.* 2015; 10 (5): e0126672. DOI: 10.1371/journal.pone.0126672
30. Tang L, Yao S, Till C, Goodman PJ, Tangen CM, Wu Y, Kristal AR, Platz EA, Neuhauser ML, Stanczyk FZ, Reichardt JK, Santella RM, Hsing A, Hoque A, Lippman SM, Thompson IM, Ambrosone CB. Repeat polymorphisms in estrogen metabolism genes and prostate cancer risk: results from the prostate cancer prevention trial. *Carcinogenesis.* 2011; 32 (10): 1500–1506. DOI: 10.1093/carcin/bgr139
31. Берштейн Л.М. Внегонадная продукция эстрогенов (роль в физиологии и патологии). СПб., Наука, 1998. 176 с. [Berstein LM. Extra-gonadal production of estrogens (role in physiology and pathology). St. Petersburg, Nauka Publ., 1998. 176 p.] (In Russ)
32. Pae CU, Koh JS, Lee SJ, Han C, Patkar AA, Masand PS. Association of sedative-hypnotic medications with suicidality. *Expert Rev Neurother.* 2011; 11 (3): 345–349. DOI: 10.1586/ern.11.9
33. Brower KJ, McCammon RJ, Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, Valenstein M. Prescription sleeping pills, insomnia, and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *J Clin Psychiatry.* 2011; 72 (4): 515–521. DOI: 10.4088/JCP.09m05484gry
34. Taiminen TJ. Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand.* 1993; 87 (1): 45–47. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03328.x
35. Olkkola KT, Ahonen J. Midazolam and other benzodiazepines. *Handb Exp Pharmacol.* 2008; (182): 335–360. DOI: 10.1007/978-3-540-74806-9\_16
36. Terao T. Suicide attempt during ramelteon addition to flunitrazepam: A case report. *PCN Rep.* 2024; 3 (1): e168. DOI: 10.1002/pcn5.168
37. Youssef NA, Rich CL. Does acute treatment with sedatives/hypnotics for anxiety in depressed patients affect suicide risk? A literature review. *Ann Clin Psychiatry.* 2008; 20 (3): 157–169. DOI: 10.1080/10401230802177698
38. Kripke DF. Chronic hypnotic use: deadly risks, doubtful benefit. Review article. *Sleep Med Rev.* 2000; 4 (1): 5–20. DOI: 10.1053/smr.1999.0076
39. Terao T. Suicide attempt during ramelteon addition to flunitrazepam: A case report. *PCN Rep.* 2024; 3 (1): e168. DOI: 10.1002/pcn5.168.
40. Kuhl H. Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration. *Climacteric.* 2005; 8 Suppl 1: 3–63. DOI: 10.1080/13697130500148875
41. Del Rio J.P., Alliende M.L., Molina N., Serrano F.G., Molina S., Vigil P. 2018. Steroid hormones and their action in women's brains: the importance of hormonal balance. *Front Public Health.* 6: 141.
42. Hall KS, Steinberg JR, Cwiak CA, Allen RH, Marcus SM. Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212 (6): 740–746.
43. Le Couvaisier C, Capelle A, France M, Bourguignon L, Tod M, Goutelle S. Drug interactions between emergency contraceptive drugs and cytochrome inducers: literature review and quantitative prediction. *Fundam Clin Pharmacol.* 2021; 35 (2): 208–216. DOI: 10.1111/fcp.12601
44. РЛС Левоноргестрел <https://www.rlsnet.ru/drugs/levonorgestrel-31083?ysclid=ma0slfx3k795221987>
45. Landis MN. Optimizing Isotretinoin Treatment of acne: update on current recommendations for monitoring, dosing, safety, adverse effects, compliance, and outcomes. *Am J Clin Dermatol.* 2020; 21 (3): 411–419. DOI: 10.1007/s40257-020-00508-0
46. Shawky A, Elsheikh M, Elrewiny EM, Adwi M, Rageh MA. Isotretinoin-Induced Hypersomnia: A Cross-sectional Study and Literature Review. *Adv Skin Wound Care.* 2024; 37 (8): 1–3. DOI: 10.1097/ASW.0000000000000187
47. Jensen KV, Abba-Aji A. Isotretinoin-induced Delusional disorder, somatic subtype. *Case Rep Dermatol Med.* 2020; 2020: 8853167. DOI: 10.1155/2020/8853167
48. Ganjikunta RK, Naik RB, Vallepalli CMJ. Isotretinoin and suicide: data mining of the United States food and drug administration adverse event reporting system database. *Cureus.* 2024; 16(9): e70502. DOI: 10.7759/cureus.70502
49. Shankaran M, King C, Lee J, Busch R, Wolff M, Hellerstein MK. Discovery of novel hippocampal neurogenic agents by using an in vivo stable isotope labeling technique. *J Pharmacol Exp Ther.* 2006; 319 (3): 1172–1181. DOI: 10.1124/jpet.106.110510
50. Shankaran M, Marino ME, Busch R, et al. Measurement of brain microglial proliferation rates in vivo in response to neuroinflammatory stimuli: application to drug discovery. *J Neurosci Res.* 2007; 85 (11): 2374–2384. DOI: 10.1002/jnr.21389
51. Ishikawa J, Sutoh C, Ishikawa A, Kagechika H, et al. 13-cis-retinoic acid alters the cellular morphology of slice-cultured serotonergic neurons in the rat. *Eur J Neurosci.* 2008; 27 (9): 2363–2372. DOI: 10.1111/j.1460-9568.2008.06191.x
52. FDA requires Boxed Warning about serious mental health side effects for asthma and allergy drug montelukast (Singulair); advises restricting use for allergic rhinitis <https://www.fda.gov/media/135840/download?attachment>
53. Справочник Видаль <https://www.vidal.ru/novosti/fda-vvodit-strogie-preduprezhdeniya-dlya-montelukasta-v-svyazi-s-riskom-psihonevrologicheskikh-oslozheniy-8772>
54. Lo CWH, Pathadka S, Qin SX, Fung LWY, Yan VKC, Yiu HHE, Bloom CI, Wong ICK, Chan EWY. Neuropsychiatric events associated with montelukast in patients with asthma: a systematic review. *Eur Respir Rev.* 2023; 32 (169): 230079. DOI: 10.1183/16000617.0079-2023
55. Umetsu R, Tanaka M, Nakayama Y, Kato Y, Ueda N, Nishibata Y, Hasegawa S, Matsumoto K, Takeyama N, Iguchi K, Tanaka H, Hinoi E, Inagaki N, Inden M, Muto Y, Nakamura M. Neuropsychiatric adverse events of montelukast: an analysis of real-world datasets and drug-gene interaction network. *Front Pharmacol.* 2021; 12 (7): 64279. DOI: 10.3389/fphar.2021.764279
56. Справочник Видаль <https://www.vidal.ru/novosti/kortikosteroidy-dlya-ingalyatsionnogo-ili-intranazalnogo-primeneniya-risk-razvitiya-psihicheskikh-povedencheskikh-i-drugih-sistemnyh-npr-1532>
57. Aldea Perona A, García-Sáiz M, Sanz Álvarez E. Psychiatric disorders and montelukast in children: a disproportionality analysis of the Vigibase®. *Drug Saf.* 2016; 39 (1): 69–78. DOI: 10.1007/s40264-015-0360-2
58. Koseki T, Horie M, Kumazawa S, Nakabayashi T, Yamada S. A pharmacovigilance approach for assessing the occurrence of suicide-related events induced by antiepileptic drugs using the Japanese adverse drug event report database. *Front Psychiatry.* 2023; 13: 1091386. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1091386

**PHARMACOGENETICS OF SUICIDE**

V.A. Kozlov<sup>1,2</sup>, A.N. Porozov<sup>1</sup>,  
A.A. Khusainova<sup>1</sup>, A.V. Golenkov<sup>1</sup>  
P.B. Zotov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia  
<sup>2</sup>Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary, Russia  
<sup>3</sup>Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

**Abstract:**

This article examines the relationship between medication use and suicidal behavior (SB). It emphasizes that statistically documented associations between medication use and suicide are underutilized to develop hypotheses about the mechanisms underlying SB. Pharmacogenetic factors are proposed as key factors in determining the risk of drug-induced SB. The need to study polymorphic genes that alter the molecular structure of drug sites of action is substantiated. This, combined with genetic and epigenetic predisposition, can lead to suicidal outcomes. The importance of informing healthcare professionals about drug side effects and reporting suspicious adverse reactions to prevent potential harm is emphasized.

**Keywords:** induced suicide drugs, pharmacogenetics, statistics, ROR, semaglutide, loraglutide, finasteride, monetulcast, levonorgestrel, isotretinoin, anticonvulsants

Information about the authors:

Kozlov Vadim A. – MD, PhD, Professor (ResearcherID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Place of work and position: professor of the department of medical biology with a course in microbiology and virology, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov"; Leading Researcher, Postgraduate Doctors' Training Institute Address: 45 Moskovsky pr., Cheboksary, Russia. Phone: +7 (903) 379-56-44, email: pooh12@yandex.ru

Porozov Aleksey N. – 5th year student of the Medical Faculty by Chuvash State University named after I.N. Ulyanov (ORCID iD: 0009-0005-5557-1374). Address: 45 Moskovsky Ave, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (987) 677-61-08, e-mail: porozov0202@mail.ru

Khusainova Aigul A. – 5th year student of the Medical Faculty by Chuvash State University named after I.N. Ulyanov (SPIN code: 8964-4870; Researcher ID: KSL-9479-2024; ORCID iD: 0009-0006-6561-7679). Address: 45 Moskovsky Ave, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (919) 632-44-84, e-mail: husainova.aigiul@yandex.ru

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

Zotov Pavel B. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Email: note72@yandex.ru

Вклад авторов:

V.A. Kozlov: разработка концепции статьи, сбор материала, написание и редактирование текста рукописи;

A.N. Porozov: сбор материала, написание текста рукописи;

A.A. Хусаинова: сбор материала, написание текста рукописи;

A.V. Голеньков: уточнение концепции статьи, сбор материала и редактирование текста рукописи;

П.Б. Зотов: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

V.A. Kozlov: the article concept development, collection of material, writing and editing of the text of the manuscript;

A.N. Porozov: collection of material, writing of the text of the manuscript;

A.A. Khusainova: collection of material, writing of the text of the manuscript;

A.V. Golenkov: the article concept clarification, collection of material and editing of the text of the manuscript;

P.B. Zotov: writing and editing of the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 05.04.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.05.2025.

Для цитирования: Козлов В.А., Порозов А.Н., Хусаинова А.А., Голеньков А.В., Зотов П.Б. Фармакогенетика суицида. *Суицидология*. 2025; 16 (3): 30-56. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-30-56

For citation: Kozlov V.A., Porozov A.N., Khusainova A.A., Golenkov A.V., Zotov P.B. Pharmacogenetics of suicide. *Suicidology*. 2025; 16 (3): 30-56. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-30-56

## ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГОРЯ У РОДСТВЕННИКОВ И ДРУЗЕЙ ПОСЛЕ СУИЦИДА БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

А.Ю. Королева<sup>1</sup>, Е.В. Борисоник<sup>1,2</sup>, А.Б. Холмогорова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Россия, г. Москва, ул. Сретенка, 29.

<sup>2</sup>ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва, Большая Сухаревская площадь, 3, стр. 1.

### PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF GRIEF AMONG RELATIVES AND FRIENDS FOLLOWING THE SUICIDE OF A SIGNIFICANT OTHER

А.Ю. Королева<sup>1</sup>, Е.В. Борисоник<sup>1,2</sup>,  
А.Б. Холмогорова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Moscow State Psychological and Pedagogical University", Moscow, Russia

<sup>2</sup>Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health", Moscow, Russia

Сведения об авторах:

Королева Анна Юрьевна (ORCID iD: 0009-0008-4104-0419). Место учёбы: выпускница ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» факультета «Консультативной и клинической психологии», г. Москва, Россия. Телефон: +7 (999) 716-31-98, электронный адрес: dreamwork98@mail.ru

Борисоник Евгения Владимировна (SPIN-код: 4640-0152; ResearcherID Web of Science: ABS-3333-2022; ORCID iD: 0000-0002-4643-239X). Место работы и должность: старший преподаватель факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия; научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва Россия. Телефон: +7 (919) 761-64-79, электронный адрес: borisonik-ev@mail.ru

Холмогорова Алла Борисовна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 5774-2928; ORCID iD: 0000-0001-5194-0199). Место работы и должность: декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия; ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия. Электронный адрес: kholmogorova-2007@yandex.ru

Качественный анализ открывает новые возможности для изучения переживания горя, связанного с завершённым суицидом близкого человека. Целью данной работы является изучение переживания горя у людей, чьи родственники и друзья совершили завершённый суицид. *Материалы и методы.* Для феноменологического анализа были выделены 20 сообщений горюющих членов семьи и друзей, находящихся в открытом доступе в интернете. *Результаты.* Среди основных конденсированных смысловых значений у родственников и друзей выделены: тяжёлое эмоциональное состояние, отрицание смерти, воспоминания из прошлого. Чувство вины испытывает 90% родственников, чувство эмоциональной боли – 50%, а 30% горюющих описывают ухудшение собственного состояния в процессе горевания. Друзья также испытывают чувство вины (30% группы), потребность в поддержке и помощи от других людей (40% группы), описывают свои воспоминания (60% группы). *Выводы.* Использование форумов помощи позволяют горюющим выражать эмоции и искать эмоциональную поддержку.

*Ключевые слова:* суицид, самоубийство, горе, близкое окружение, горюющие, интернет-форумы

Горе, связанное с потерей близкого человека в результате суицида, переживают до 135 человек, находящихся в его окружении [1]. Это касается как членов семьи, близких друзей, так и знакомых и коллег по работе. Социальные сети и СМИ способствуют быстрому распространению информации и расширению круга людей, знающих о трагедии [2, 3]. По оценкам зарубежных источников, от 1,5 до 22% населения пережили утрату близкого человека вследствие суицида, и от 40 до 85% знают о совершённом суициде человека, которого они лично знали [4, 5, 6, 7].

Grief associated with the loss of a loved one to suicide is experienced by up to 135 people close to the victim [1]. This includes family members, close friends, acquaintances, and work colleagues. Social media and the mass media facilitate the rapid dissemination of information and the expansion of the circle of people aware of the tragedy [2, 3]. According to international estimates, between 1.5% and 22% of the population have experienced the loss of a loved one to suicide, and between 40% and 85% are aware of the suicide of someone they personally knew [4, 5, 6, 7].

Близкое окружение человека, совершившего самоубийство, находится в группе риска по развитию депрессии, осложнённого горя, посттравматического стрессового расстройства и суицидальных мыслей. Близость к умершему увеличивает риск развития депрессии и тревоги, а также почти в четыре раза повышает вероятность развития посттравматического стрессового расстройства [7, 8]. J. Cerel с коллегами подчёркивают, что последствия суицидального поведения различаются в зависимости от степени близости к умершему. Они предлагают рассматривать переживание суицида как континуум, разделённый на три уровня. Первый уровень включает лиц, которых суицид затронул косвенно: дальних знакомых, работников правоохранительных органов и медицинских специалистов, выезжавших на место трагедии. Эти люди переживают психологический дистресс, связанный с событием. Второй уровень – это люди, на которых суицид оказал выраженное, но кратковременное воздействие. Третий уровень – это непосредственно близкое окружение, которое переживает горе, связанное с утратой: члены семьи, близкие друзья, романтические партнёры [9].

В соответствии с этим предлагаются разные формы третичной профилактики. Предполагается, что специализированная психотерапия нужна не всем, кого затронул суицид. В случае отсутствия симптомов посттравматического стресса может быть полезно психообразование. Укрепление неформальной поддержки со стороны сверстников и семьи может быть полезно для тех, кто страдает от лёгкой степени тяжести симптомов эмоционального неблагополучия, в то время как для тех, кто находится в состоянии сильного стресса, входит в группу риска осложнённого горя или имеет симптомы депрессии, может помочь специализированная психотерапия [10]. Таким образом, понимание различий в переживании горя между разными членами окружения человека может помочь улучшить программы профилактики.

Факторы, которые привели близкого человека к суициду, и особенности взаимоотношений с ним влияют на переживание горя и эмоциональное состояние горюющих. Помимо этого, на них оказывает влияние и социальные факторы с точки зрения экономических последствий и стигмы, накладываемой обществом [11]. В этом контексте социальные сети, позволяющие сохранить анонимность и не требующие материальных затрат, могут служить возможным источником поддержки [12]. Анализ сообщений на форумах даёт возможность изучить процесс горевания у родственников и друзей лиц, совершивших суицид. Знания о роли онлайн-коммуникации в процессе горевания ограничены, также как и понимание влияния такого воздействия. Очень мало известно об опыте и потребностях тех, кто использует социальные сети для переживания утраты близкого вследствие самоубийства: кто именно обра-

The immediate environment of a person who has committed suicide is at risk for developing depression, complicated grief, post-traumatic stress disorder, and suicidal ideation. Proximity to the deceased increases the risk of developing depression and anxiety, and nearly quadruples the likelihood of developing post-traumatic stress disorder [7, 8]. J. Cerel and colleagues emphasize that the consequences of suicidal behavior vary depending on the degree of closeness to the deceased. They propose considering the experience of suicide as a continuum divided into three levels. The first level includes people indirectly affected by the suicide: distant acquaintances, law enforcement officers, and medical professionals who responded to the scene of the tragedy. These people experience psychological distress associated with the event. The second level includes people who were significantly but short-livedly impacted by the suicide. The third level is the immediate environment that experiences grief associated with the loss: family members, close friends, romantic partners [9].

Accordingly, various forms of tertiary prevention are proposed. It is suggested that not everyone affected by suicide requires specialized psychotherapy. In the absence of post-traumatic stress symptoms, psychoeducation may be helpful. Strengthening informal peer and family support may be beneficial for those suffering from mild symptoms of emotional distress, while specialized psychotherapy may be helpful for those experiencing severe stress, at risk for complicated grief, or with depressive symptoms [10]. Thus, understanding the differences in grief experiences among different members of a person's social circle can help improve prevention programs.

The factors that led a loved one to suicide and the characteristics of the relationship with them influence the grief experience and the emotional state of those grieving. Furthermore, social factors influence grief in terms of economic consequences and stigma imposed by society [11]. In this context, social media, which allow for anonymity and do not require material costs, can serve as a possible source of support [12]. Analysis of forum posts provides an opportunity to study the grieving process of relatives and friends of individuals who have committed suicide. Knowledge about the role of online communication in the grieving process is limited, as is understanding of the impact of this influence. Very little is known about the experiences and needs of those who use social media to grieve the loss of a loved one due to suicide: who exactly accesses these resources, when, what

щается к этим ресурсам, в какой момент, каково влияние на ближайшее и более широкое сообщество пользователей, а также о последствиях и возможностях их использования для профилактики [2].

*Целью* данной работы является изучение переживания горя у людей, чьи родственники и друзья совершили завершённый суицид.

#### *Материалы и методы*

Данное исследование проводилось на отобранных на сайтах «Победишь.ру», «Memoriam.ru», Яндекс.Кью и др., письмах и сообщениях, горюющих из близкого окружения человека, совершившего суицид, находящихся в открытом доступе в сети. Сообщения горюющих выбирались на форумах помощи по метке "суицид", где пользователи могут опубликовать свою историю. Среди множества опубликованных на форуме сообщений, были отобраны только первые сообщения авторов, без последующих ответов на них, опубликованные в период с 2010 по 2020 года. Выбирались только те сообщения, которые содержали не менее 5 предложений, поскольку меньший объём сообщения не даёт достаточно информации для феноменологического анализа. Всего было просмотрено 50 различных тем. В ходе работы проводился феноменологический анализ методом конденсированных смысловых значений А. Джорджи [13] 10 сообщений родственников погибших в результате суицида людей и 10 сообщений друзей и знакомых погибших в результате самоубийства людей, включающий в себя выделение основных нарративов, сопровождающих процесс горевания.

#### *Исследовательские вопросы:*

1. Какие основные нарративы встречаются в сообщениях горюющих родственников и друзей лиц, совершивших суицид?

2. Какие качественные различия существуют в нарративах у групп горюющих друзей и родственников лиц, совершивших суицид?

Особенностью феноменологического анализа конденсирования смысловых значений по А. Джорджи [13] является его описательный характер. Феноменологический анализ методом конденсированных смысловых значений Джорджи содержит в себе несколько этапов работы: чтение текста, построение возможных гипотез; выделение смысловых единиц; определение темы высказываний без предубеждений с точки зрения респондента; определение тем и их обобщение [14].

Этапы проведения феноменологического анализа методом конденсированных смысловых значений Джорджи:

1. Сбор / выделение / подбор сообщений на форумах горюющих.

2. Выделение в сообщениях горюющих в связи суицидом родственника, друга / знакомого смысловых единиц (слов и словосочетаний с наибольшей смысловой нагрузкой).

the impact is on the immediate and wider community of users, and the consequences and potential of their use for prevention [2].

*The aim* of this work is to study the experience of grief in people whose relatives and friends committed completed suicide.

#### *Materials and methods*

This study was conducted using letters and messages from mourners close to a person who committed suicide, publicly available online, collected from websites such as Pobedish.ru, Memoriam.ru, Yandex.Q, and others. Messages from mourners were collected from support forums tagged "suicide," where users can post their stories. From the many messages published on the forum, only the authors' first messages, without subsequent replies, were selected, published between 2010 and 2020. Only messages containing at least five sentences were selected, as shorter messages do not provide sufficient information for phenomenological analysis. A total of 50 different threads were reviewed. In the course of the work, a phenomenological analysis was carried out using the method of condensed semantic meanings of A. Giorgi [13] of 10 messages from relatives of people who died as a result of suicide and 10 messages from friends and acquaintances of people who died as a result of suicide, including the identification of the main narratives accompanying the grieving process.

#### *Research questions:*

1. What are the main narratives found in the messages of grieving relatives and friends of people who committed suicide?

2. What qualitative differences exist in the narratives of groups of grieving friends and relatives of individuals who committed suicide?

A feature of the phenomenological analysis of the condensation of semantic meanings according to A. Giorgi [13] is its descriptive nature. Phenomenological analysis using the method of condensed semantic meanings of Giorgi contains several stages of work: reading the text, constructing possible hypotheses; identifying semantic units; determining the theme of statements without prejudice from the point of view of the respondent; determining themes and their generalization [14].

Stages of conducting a phenomenological analysis using Giorgi's method of condensed semantic meanings:

1. Collection/selection/selection of messages on grief forums.

2. Identification of semantic units (words and phrases with the greatest semantic load) in messages from those grieving over the suicide of a relative, friend / acquaintance.

Таблица / Table 1

Биографические данные об участниках феноменологического анализа  
Biographical data on the participants of the phenomenological analysis

Горюющие в связи с суицидом родственника Grieving in connection with suicide relative	Степень родства / Degree of kinship				
	Мать / Mother	Дочь / Daughter	Жена / Wife	Сестра / Sister	Брат / Brother
	n=2	n=1	n=5	n=1	n=1
	Способ суицида / Method of suicide				
	Повешенье / Hanging	Отравление лекарственными препаратами / Drug poisoning		Не известен / Unknown	
n=1	n=4		n=5		
Горюющие в связи с суицидом друга Grieving in connection with suicide friend	Степень близости / Degree of closeness				
	Друг / подруга		Близкий друг / подруга		
	n=5		n=5		
	Способ суицида / Method of suicide				
	Повешенье Hanging	Отравление лекарственными препаратами Drug poisoning	Не известен Unknown	Прыжок с высоты Gall from a height	Прыжок под поезд Jumping under a train
n=2	n=2	n=3	n=2	n=1	

3. Конденсация смысла выделенных смысловых единиц (выделение основного смысла).

4. Обозначение всех тем сообщений и выделение основных;

5. Интерпретация полученных данных.

Для феноменологического анализа были взяты две группы горюющих – родственники (10 человек) и друзья (10 человек) погибших в период до года после смерти близкого. В силу анонимного характера написания сообщений мало известно о социодемографических данных группы. Степень родства и способ совершения суицида представлены в таблице 1.

Феноменологический анализ процесса горевания у родственников лиц, совершивших завершённый суицид

*Значение эмоций и чувств в процессе горевания*

*Чувство вины*

Одной из самых распространённых тем сообщений горюющих родственников является тема чувства вины, которая отслеживается в 90% сообщений. Данная тема ярко отражена в следующих репликах горюющих:

“Такой же поступок, как и муж, я совершать не буду, несмотря на страшную боль и чувство вины”.

“Самое гадкое что умер он по моей вине! Я довела его до петли”.

“Я оставила дочь без отца, родителей без сына!”

“Но я же мать, я должна была почувствовать”.

“Чувство вины терзает нестерпимо...”.

Кроме того, в указанных репликах прослеживается тенденция горюющих полностью брать ответственность за смерть близкого на себя, убеждённости, что они должны и могли предвидеть приближающейся суицид. Можно сказать, что чувство вины горюющих

3. Condensation of the meaning of the identified semantic units (highlighting the main meaning).

4. Designation of all message topics and highlighting the main ones;

5. Interpretation of the obtained data.

For the phenomenological analysis, two groups of mourners were selected: relatives (10 people) and friends (10 people) of those who died within a year of the death of a loved one. Due to the anonymous nature of the messages, little is known about the sociodemographic data of the group. The degree of relationship and the method of suicide are presented in Table 1.

A phenomenological analysis of the grieving process in relatives of persons who committed completed suicide

*The Importance of Emotions and Feelings in the Grieving Process*

*Geelong guilt*

One of the most common themes in messages from grieving relatives is guilt, which appears in 90% of messages. This idea is vividly reflected in the following comments from grieving relatives:

“I will not commit the same act as my husband, despite the terrible pain and feelings of guilt.”

“The worst thing is that he died because of me! I drove him to the noose.”

“I left my daughter without a father, my parents without a son!”

“But I’m a mother, I should have felt it.”

“The feeling of guilt torments me unbearably...”

Furthermore, these comments reveal a tendency for the grieving to take full respon-

является генерализованным, поскольку оно берёт начало в ситуации смерти близкого и распространяется на другие сферы (например, на детей).

#### *Чувство боли*

Помимо чувства вины, 50% горящих в связи с суицидом родственника описывали чувство эмоциональной боли:

*“Прежний Мир словно в самом деле погиб для меня и превратился в суицид ад, а жизнь стала нестерпимой мукой...”*

*“Одна мысль о том, что дальше придётся жить без Него причиняет страшную боль”.*

*“Это просто боль...”*

Для некоторых горящих чувство боли связано с невозможностью продолжать жизнь без их близкого человека. Жизнь в описании горящих уже становится ни чем-то желаемым, а скорее вынужденным, обретая мрачные краски. Такие переживания связаны с риском возникновения суицидальных мыслей.

#### *Тяжёлое эмоциональное состояние*

Некоторые из горящих не давали точное название тому чувству, которое они испытывают, но при этом они описывали это состояние, что позволило выделить тему “тяжёлое эмоциональное состояние”:

*“У меня двадцать эмоций за час: то ненависть к мужу, то грусть и тоска по нему, то сожаление, то любовь, то снова гнев и обида. Очень тяжело”.*

*“Я ХОЧУ сделать так же, хочу ответить за то, что я с ним сделала, на его месте должна быть я!”*

*“Братик мой дорогой только приходит ко мне во сне... Всё это нестерпимо и невыносимо...”*

#### *Ухудшение состояния*

30% горящих описывали ухудшение собственного состояния в процессе горевания, что отражается в следующих фразах: *“Но с каждым днём становится все тяжелее”*, *“Три месяца была на нейролептиках (психиатр прописал), решила прекратить и вот опять всё по новой...”*, *“Пропал всякий интерес к жизни. Часто хочется умереть...”*. Можно предположить, что это связано с осложнённым гореванием.

#### *Обращение к специалистам*

Поскольку горящие родственники описывали своё тяжёлое состояние и говорили про обращение к психологам, психиатрам или иным специалистам психологического и медицинского профиля, была также выделена тема в 20% сообщений “Обращение к специалисту”. Отражение данной темы можно увидеть в следующих утверждениях горящих: *“Три месяца была на нейролептиках (психиатр прописал)”*, *“...всё лето как в тумане – нейролептики, клиника, санаторий”*. Кто-то из горящих обращался к специалистам психологического и медицинского профиля, а кто-то прибегал за помощью к вере и посещал церковь.

Каждая из указанных выше тем сообщений характеризует эмоциональное состояние горящих – какие

sibility for the death of a loved one, a conviction that they should and could have foreseen the approaching suicide. It can be said that the grieving person's sense of guilt is generalized, as it originates in the situation of the loved one's death and extends to other areas (for example, to children).

#### *Feeling pain*

In addition to feelings of guilt, 50% of those grieving over a relative's suicide described feelings of emotional pain:

*“It was as if the Old World had truly perished for me and turned into a living hell, and life had become unbearable torment...”*

*“The mere thought of having to live without Him causes terrible pain.”*

*“It's just pain...”*

For some grieving people, the pain stems from the impossibility of continuing life without their loved one. As described by the grieving, life no longer becomes something desired, but rather something forced, taking on dark overtones. Such experiences are associated with the risk of suicidal thoughts.

#### *Severe emotional state*

Some of the grieving people did not give a precise name to the feeling they were experiencing, but they did describe this state, which allowed us to identify the theme of “severe emotional state”:

*“I have twenty emotions in an hour: hatred for my husband, sadness and longing for him, regret, love, and then anger and resentment again. It's very difficult.”*

*“I WANT to do the same, I want to answer for what I did to him, I should be in his place!”*

*“My dear brother only comes to me in my dreams... All this is unbearable and intolerable...”*

#### *Deterioration of condition*

Thirty percent of mourners described a worsening of their condition during the grieving process, reflected in the following phrases: *“But it gets harder every day,”* *“I was on anti-psychotics for three months (prescribed by a psychiatrist), decided to stop, and now it's all over again...”* *“I've lost all interest in life. I often feel like I want to die...”* It can be assumed that this is related to complicated grief.

#### *Contacting specialists*

Because grieving relatives described their difficult situation and spoke of seeking help from psychologists, psychiatrists, or other psychological and medical professionals, the theme “Contacting a specialist” was also highlighted in 20% of the messages. This theme can be seen in the following statements from grieving relatives: *“I was on antipsychotics for three months (prescribed by a psychiatrist)”* and *“...the whole summer was a blur – antipsychotics, a clinic, a sanatorium.”* Some of the grieving relatives sought help from psychological and medical professionals,

чувства они испытывают в процессе горевания, как меняется их состояние и к каким специалистам они прибегают, чтобы справиться с горем. В связи с этим данные темы были сгруппированы в блок тем “Значение эмоций и чувств в процессе горевания”.

#### *Отношение к смерти близкого*

##### *Время с момента смерти*

Ещё одной популярной темой сообщений была фиксация времени с момента смерти. Данная тема встречается в 70% сообщений и отражает то, на какой стадии горевания находится человек, потерявший близкого, и как меняется его отношение к случившемуся со временем:

*“Неделю назад у меня умер муж, мой любимый единственный муж”.*

*“Скоро будет полгода... а кажется 10 лет прошло, так невыносимо долго тянется время...”*

*“Чуть больше двух месяцев назад я пережил такое же горе...”*

*“Три с половиной месяца назад ушла моя старшая дочь. 23 года”.*

С помощью дат смерти, которые горюющие указывают в своих сообщениях, можно зафиксировать, сколько времени прошло с момента смерти. Некоторые даты показывают, что с момента смерти прошло несколько лет, но человек при этом описывает спектр чувств и эмоций, который отражает ранние стадии процесса горевания, что дает нам возможность предположить осложнённое горе.

##### *Отрицание смерти*

Среди горюющих 70% находятся на стадии отрицание смерти, не могут принять это событие. В своих сообщениях они пишут об этом следующим образом: *“Моё сознание ещё сопротивляется, не хочет принимать, что папы больше нет”*, *“Я до сих пор не могу поверить”*, *“А мозг отказывается верить в случившееся”*, *“Моя сестра утонула в ванне на фоне острого отравления лекарственными препаратами..., но у меня сомнения... не верю...”*.

##### *Поиск причин смерти*

Другие горюющие (30%) не отрицают смерть близкого, но пытаются найти причины, по которым он или она совершили самоубийство: *“Одни вопросы, вопросы, и все без ответов”*, *“Очень много “почему” в голове. Почему она не кричала о помощи, почему скрывала это от всех нас”*, *“Но почему??? Почему Бог ей не помог!!!!????”*, *“Хочу докопаться до истины, только какой и зачем, не знаю”*. Поиск причин смерти говорит нам о том, что человеку важно знать, почему его близкий так поступил, это попытка понять, можно ли было что-то изменить. Данный поиск – это своеобразный незакрытый вопрос, который может приводить к постоянным руминациям и затруднять процесс горевания.

while others turned to faith and attended church.

Each of the above message themes characterizes the emotional state of those grieving – what feelings they experience during the grieving process, how their condition changes, and what specialists they turn to to cope with their grief. For this reason, these themes have been grouped into a block of themes titled “The Importance of Emotions and Feelings in the Grieving Process.”

#### *Attitude to the death of a loved one*

##### *Time after death*

Another popular theme in the messages was recording the time after death. This idea appeared in 70% of the messages and reflects the stage of grief the person who lost a loved one is in and how their attitude toward the event changes over time:

*“A week ago my husband died, my beloved and only husband.”*

*“Soon it will be six months... but it seems like 10 years have passed, time drags on so unbearably slowly...”*

*“A little over two months ago I experienced the same grief...”*

*“Three and a half months ago, my eldest daughter passed away. She was 23 years old.”*

The death dates that mourners provide in their messages can help us determine how much time has passed since the death. While some dates indicate that several years have passed, the person still describes a range of feelings and emotions that reflect the early stages of the grieving process, suggesting complicated grief.

##### *Denial of death*

Among those grieving, 70% are in denial, unable to accept the event. In their messages, they describe it as follows: *“My mind is still resisting, refusing to accept that Dad is gone,”* *“I still can't believe it,”* *“And my brain refuses to believe what happened,”* *“My sister drowned in the bathtub due to acute drug poisoning..., but I have doubts... I don't believe it...”*

##### *Search for causes of death*

Other grieving individuals (30%) don't deny the death of their loved one but try to find reasons why they committed suicide: *“Questions, questions, and all unanswered,”* *“There are so many 'whys' running through my head. Why didn't she cry out for help? Why did she hide it from all of us?”* *“But why??? Why didn't God help her!!!!????”* *“I want to get to the bottom of the truth, but I don't know what it is or why.”* This search for the cause of death tells us that it's important for people to know why their loved one did what they did; it's an attempt to understand whether something could have been changed. This search is a kind of unresolved question that can lead to constant rumination and complicate the grieving process.

#### *Обвинения горюющими умерших близких*

Нередко (30%) горюющие указывали, что смерть их близких имела негативные последствия. Чаще всего они стремились обвинить умерших в том, что те не подумали о своих детях и семье в целом, когда совершали суицид, то есть эти обвинения касались тех негативных чувств, с которыми пришлось впоследствии столкнуться горюющим, или негативных чувств, которые происходили в межличностном взаимодействии ещё при жизни: *“Пусть простят тебе этот грех, как прощаем мы”, “ребёнок почему-то должен теперь страдать...”, “В последнюю ссору он снова поднял на меня руку, я не выдержала и ушла к маме”.*

#### *Фиксация способа суицида*

40% горюющих в своих сообщениях указали способ смерти, к которому прибег их близкий. Каждый из способов смерти может оказать влияние на процесс горевания, так как, во-первых, он показывает, насколько тяжёлой и болезненной была смерть, а, во-вторых, если горюющий увидел тело близкого после самоубийства и то, в каком состоянии оно находилось – это может травмировать горюющего. Так, горюющие указали следующие способы суицида их близких:

*“... звонила рыдающая мама, говорила, что наглотался каких-то таблеток, что рвота...”.*

*“Вколол себе высокую дозу инсулина. Несколько дней комы и смерть”, “он повесился у себя в квартире, в прихожей”.*

*“Моя сестра (по версии суд. мед. экспертизы) утонула в ванне на фоне острого отравления лекарственными препаратами...”.*

#### *Воспоминания из прошлого*

Тема воспоминаний – одна из ключевых тем всех сообщений, поскольку описанные воспоминания говорят нам о том, каким был человек при жизни, как взаимодействовал со своими близкими и что происходило незадолго до его смерти. 50% горюющих описывали следующие воспоминания:

*“Вспоминаю его радостно почти каждый день”.*

*“Спустя десять лет судьба подарила нам шанс быть вместе, ..., мы начали общаться, встречаться и в итоге решили пожениться, у нас родилась дочь, он её безумно любил”.*

*“Он учился за границей, уже больше четырех лет. Уже и работал”.*

#### *Описание дня смерти*

О событиях дня смерти в своих сообщениях написали 20% горюющих родственников. Эти события также играют важную роль, поскольку в них описывается то, как родственники узнали о смерти близкого, видели ли они смерть своими глазами и при каких обстоятельствах это все происходило:

*“Я приехала через 15 минут, скорая чуть позже. Только уже было поздно. Я даже не застала тебя в живых, папа. Врачи, упаковки лекарства, милиция, предсмертная записка, куча людей в квартире до утра”.*

#### *Blame from grieving deceased loved ones*

Frequently (30%), mourners indicated that the death of their loved ones had negative consequences. Most often, they sought to blame the deceased for failing to consider their children and family as a whole when committing suicide. These accusations focused on the negative feelings the mourners subsequently experienced or on negative feelings that occurred in interpersonal interactions during their lifetime: *“Let them forgive you for this sin, as we forgive you,” “For some reason, the child must now suffer...,” “During our last argument, he hit me again, and I couldn't take it anymore and went to my mother.”*

#### *Recording the method of suicide*

Forty percent of mourners indicated their loved one's method of death in their messages. Each method of death can impact the grieving process, as, firstly, it reflects how difficult and painful the death was, and secondly, seeing the loved one's body after the suicide and its condition can be traumatic. Thus, mourners indicated the following methods of suicide for their loved ones:

*“...my mother called, crying, and said that I had swallowed some pills and was vomiting...”.*

*“He injected himself with a high dose of insulin. Several days of coma and death,” “he hanged himself in his apartment, in the hallway,”*

*“My sister (according to the forensic medical examination) drowned in the bathtub due to acute drug poisoning...”.*

#### *Memories from the past*

The theme of memories is a key theme in all the messages, as the memories described tell us what the person was like in life, how they interacted with their loved ones, and what happened shortly before their death. 50% of the mourners described the following memories:

*“I remember him with joy almost every day.”*

*“Ten years later, destiny gave us a chance to be together, ..., we started communicating, dating, and eventually decided to get married. We had a daughter, and he loved her madly.”*

*“He studied abroad for more than four years already. And he was already working.”*

#### *Description of the day of death*

Twenty percent of grieving relatives wrote about the events of the day of death in their messages. These events also play a significant role, as they describe how relatives learned of their loved one's death, whether they witnessed the death with their own eyes, and the circumstances under which it occurred:

Таблица / Table 2

Темы сообщений у родственников лиц, совершивших суицид  
Topics of messages from relatives of people who committed suicide

Основные темы сообщений Main topics of messages	Конденсированные смысловые значения Condensed semantic meanings
Значение эмоций в процессе горевания и состояние горюющего The importance of emotions in the process of grief and the state of the grieving person	Чувство боли, чувство вины, тяжелое эмоциональное состояние, ухудшение состояния, обращение к специалисту Feeling of pain, guilt, severe emotional state, worsening of condition, contacting a specialist
Фиксация способа суицида Recording the method of suicide	Фиксация способа суицида Recording the method of suicide
Отношение к смерти Attitude towards death	Время с момента смерти, поиск причин смерти, отрицание смерти Time after death, search for causes of death, denial of death
Воспоминания из прошлого Memories from the past	Воспоминания из прошлого, описание дня смерти Memories from the past, description of the day of death
Отношение горюющих к умершим The attitude of the grieving towards the deceased	Обвинения умершего Accusations of the deceased

“Звонок и крик: Н. умерла, умерла...”

Через эти описания можно делать предположения об отношениях. Так, некоторые родственники не общались с умершим незадолго до смерти, они чувствуют, что не смогли попрощаться, что не поняли, почему человек так поступил. Другие рассказывают о взаимодействии с умершим перед смертью, выражают отвержение смерти и, возможно, считают, что могли бы изменить события.

Фиксация способа суицида и описание того, как они узнали о трагедии, могут отражаться потребность справиться с тяжёлыми воспоминаниями, которые могут быть симптомам посттравматического стрессового расстройства.

Таким образом, на основании проведенного анализа были выявлены основные темы сообщений горюющих родственников (Табл. 2).

Феноменологический анализ процесса горевания у друзей лиц, совершивших завершённый суицид

*Психологическое состояние*

Часть горюющих друзей (30%) выражают чувство вины по поводу смерти своего близкого и столько же выражают тенденции к переживанию чувства вины, что отражается в следующих репликах:

«... я редко стал общаться с ним, за что не могу себя простить, не могу себя простить за то, что не усмотрел за ним».

«... я убила своего единственного близкого человека, половинку своей души».

«Я могла его спасти, но я просто промолчала».

«Я виню себя, я мог хоть как-то предотвратить это».

«... я не смогла ей помочь, чувствую вину и большое чувство утраты...».

Чувство вины часто сопровождает процесс горевания

“I arrived in 15 minutes, the ambulance a little later. But it was already too late. I didn't even find you alive, Dad. Doctors, medicine boxes, the police, a suicide note, a bunch of people in the apartment until the morning.”

“A call and a cry: N. is dead, dead...”

These descriptions allow us to make assumptions about the relationship. For example, some relatives did not communicate with the deceased shortly before death; they feel they were unable to say goodbye, or that they did not understand why the person acted as they did. Others describe interactions with the deceased before death, expressing a rejection of death and perhaps believing they could have changed the events.

Recording the method of suicide and describing how they learned of the tragedy may reflect the need to cope with difficult memories, which can be symptoms of post-traumatic stress disorder.

Thus, based on the analysis conducted, the main themes of messages from grieving relatives were identified (Table 2).

A phenomenological analysis of the grieving process in friends of individuals who committed completed suicide

*Psychological state*

Some of the grieving friends (30%) express feelings of guilt about the death of their loved one, and the same number express a tendency to experience feelings of guilt, which is reflected in the following comments:

“... I rarely communicated with him, for which I cannot forgive myself, I cannot forgive myself for not keeping an eye on him.”

“... I killed my only close person, the other half of my soul.”

“I could have saved him, but I just kept quiet.”

ния и является его частью. Многие горюющие считают, что они могли бы повлиять на ситуацию и предотвратить смерть близкого человека, даже несмотря на то, что не всегда поддерживали контакт с погибшими. Наличие чувства вины, зачастую, влияет на эмоциональное состояние человека во время горевания, делает процесс более тяжёлым.

Так, тяжёлое эмоциональное состояние испытывают 40% горюющих. Они описывают его следующим образом:

*«Мне очень тяжело, я не смогла ей помочь, чувствую вину и большое чувство утраты».*

*«Мне плохо... я не могу до сих пор поверить в это...».*

*«Для меня сейчас это всё, как страшный сон, из которого я не могу выкарабкаться, как будто падаю в глубокую бездну, все ниже и ниже».*

*«Четвёртый день я рыдаю и не нахожу себе места».*

В тяжёлом эмоциональном состоянии люди говорят о том, что им плохо, прибегают к описаниям в виде метафор («страшный сон»). Некоторые описания собственного состояния идут совместно с невозможностью принять случившееся, отрицанием смерти, а также с чувством безысходности по отношению к ситуации.

40% горюющих друзей призывают читателей форума помочь им, чувствуют, что не могут самостоятельно справиться и нуждаются в советах других людей. Призыв о помощи горюющих наблюдается в следующих формулировках:

*«Как пережить?»*

*«Помогите пережить это!»*

*«Молю о помощи».*

*«... пожалуйста, помогите мне».*

Призыв о помощи – это не только просьба совета у людей, но и попытка поделиться своим горем с другими, разделить свои переживания и получить поддержку от того, кто находился в подобной ситуации и знает о тех чувствах, которые испытывает горюющий.

Как уже упоминалось, горюющие друзья, находящиеся в тяжёлом эмоциональном состоянии, иногда отрицают смерть близкого. Так, 40% горюющих пишут, что не могут поверить в смерть друга:

*«Дальше всё как в тумане, первые 3-4 дня я не верил, что это правда...».*

*«Сегодня его похороны. Я там не присутствую, поскольку хочу помнить его живым».*

*«Я не могу до сих пор поверить в это...».*

*«Не могу смириться с мыслью, что она это сделала».*

Некоторым горюющим важно запомнить близкого таким, каким он был при жизни, поэтому они говорят об отсутствии на похоронах. Другие же говорят о некотором «помутнении реальности», которое возникло вместе с отрицанием и описывалось следующим обра-

*“I blame myself, I could have at least somehow prevented this.”*

*“...I couldn't help her, I feel guilty and a great sense of loss...”*

Guilt often accompanies and is a part of the grieving process. Many grieving individuals believe they could have influenced the situation and prevented the death of a loved one, even though they did not always maintain contact with the deceased. Feelings of guilt often impact a person's emotional state during grief, making the process more difficult.

Thus, 40% of grieving people experience a severe emotional state. They describe it as follows:

*“It's really hard for me, I couldn't help her, I feel guilty and a great sense of loss.”*

*“I feel bad... I still can't believe it...”*

*“For me now, this is all like a terrible dream from which I can't get out, as if I'm falling into a deep abyss, lower and lower.”*

*“I've been crying for four days now and can't find a place for myself.”*

In a severe emotional state, people talk about feeling bad, resorting to metaphorical descriptions (“bad dream”). Some descriptions of their own state are accompanied by an inability to accept what has happened, a denial of death, and a feeling of hopelessness about the situation.

40% of grieving friends call on forum readers to help them, feeling they can't cope on their own and need advice from others. The following phrases are used to describe the grieving community's cry for help:

*“How to survive?”*

*“Help me get through this!”*

*“I ask for help.”*

*“... Please help me”.*

A cry for help is not only a request for advice from people, but also an attempt to share one's grief with others, to share one's experiences and to receive support from someone who has been in a similar situation and knows about the feelings that the grieving person is experiencing.

As mentioned earlier, grieving friends in difficult emotional states sometimes deny the death of a loved one. For example, 40% of grieving friends write that they cannot believe their friend has died:

*“Then everything was a blur. For the first 3-4 days I didn't believe it was true...”*

*“Today is his funeral. I will not be there because I want to remember him alive.”*

*“I still can't believe it...”*

*“I can't come to terms with the thought that she did this.”*

Some mourners want to remember their loved one as they were in life, so they report

зом: «... всё как в тумане».

Кроме того, отрицание смерти может быть ещё связано и с тем, насколько близки были умерший и горюющий. Некоторые близкие друзья тяжелее переносят смерть. В связи с этим, была выделены и тема «описание степени близости» (в 90% писем), в которой горюющие отмечают, насколько были близки отношения с умершим:

*«В университете мы дружили очень с девочкой».*

*«Я её знала с детства и общалась близко в последнее время».*

*«Был парень, мы были не лучшими друзьями, но общались часто по интернету...».*

*«Летом 2011 года мой очень близкий и хороший друг повесился...».*

*«Я ценила и любила его, как друга».*

*«Мой близкий друг покончил с собой совсем недавно...».*

Вместе с описанием степени близости горюющие также указывают время смерти и даже формат общения с погибшими. Так, один из горюющих отмечает, что общался с погибшим с помощью интернета, а другой – в университете.

*Воспоминания об умершем*

Воспоминания из прошлого встречаются у 60% горюющих и касаются абсолютно разных вещей:

*«Мы жили в разных городах, но не так далеко друг от друга. Димка должен был приехать в мой город в командировку, и я с нетерпением его ждала».*

*«Познакомились около года назад. Общались постоянно в компании друзей, жили все в общежитии».*

*«Весной, когда у него началась сессия он приехал в город чтобы учиться. Мы собирались встретиться и посидеть в баре, попить пива... поговорить... но у меня было очень работы, и никак не получалось».*

*«Она хотела вернуться домой, но у родителей что-то пошло не так и ей пришлось остаться здесь».*

В большей части воспоминаний горюющие описывают последнюю запланированную встречу с погибшим, что может быть связано с тем, что, по их мнению, эта встреча могла бы изменить ситуацию и предотвратить смерть близкого человека. Помимо этого, некоторые воспоминания описывают контекст общения с погибшим и то, сколько времени составляет знакомство.

Часть воспоминаний горюющих (40%) касается описания дня смерти близкого, поскольку этот день считается «роковым» и наиболее травматичным для друзей. Горюющие описывают день смерти следующим образом:

*«... что-то мне подсказало, что что-то не так, я позвонил ещё одному другу, и он мне сообщил что Д. повесился».*

*«И вот в ночь на 1 сентября он позвонил мне, сказал, что всё готово. Я сначала не поняла, потом он прислал ММСкой фотографию петли и позвонил мне».*

missing their loved one at the funeral. Others report a "clouding of reality" that arose with denial, described as "... everything is like in a fog."

Furthermore, death denial may also be linked to the closeness of the deceased and the mourner. Some close friends experience death more severely. Therefore, the theme of "description of the degree of closeness" was highlighted (in 90% of letters), in which mourners note the closeness of their relationship with the deceased:

*"At university, I was very close with this girl."*

*"I knew her since childhood and have been in close contact with her recently."*

*"There was a guy, we weren't best friends, but we often communicated on the Internet..."*

*"In the summer of 2011, a very close and good friend of mine hanged himself..."*

*"I valued and loved him as a friend."*

*"My close friend committed suicide just recently..."*

Along with describing the degree of closeness, mourners also indicate the time of death and even the format of communication with the deceased. For example, one mourner notes that he communicated with the deceased online, while another did so at the university.

*Memories of the deceased*

Memories from the past are encountered by 60% of grieving people and concern completely different things:

*"We lived in different cities, but not that far from each other. Dimka was supposed to come to my city on a business trip, and I was eagerly awaiting him."*

*"We met about a year ago. We hung out regularly with friends and all lived in the same dorm."*

*"In the spring, when his exam period started, he came to the city to study. We were planning to meet and sit at a bar, drink beer... talk... but I was so busy with work, it just didn't work out."*

*"She wanted to go home, but something went wrong with her parents and she had to stay here."*

In most of their memoirs, mourners describe their final planned meeting with the deceased, which may be because they believe this meeting could have changed the situation and prevented their loved one's death. Furthermore, some memoirs describe the context of their interactions with the deceased and the length of their acquaintance.

Some of the grieving individuals' recollections (40%) focus on describing the day of their loved one's death, as this day is consid-

Некоторые горюющие описывают события перед смертью – какой деятельностью занимались они сами, а другие – рассказывают об обстоятельствах, предшествующих смерти друга. Один из горюющих при этом указывает, что у него возникло странное ощущение, которое и привело его к новости о смерти близкого.

Зачастую (в 60% писем), горюющие указывают то, каким способом их близкий совершил самоубийство:

«Подруга, с которой учились вместе 3 года, общалась... легла под поезд».

«... я позвонил еще одному другу, и он мне сообщил что Д. повесился.»;

«Просто нарочно отравился».

«В ночь с .. на ... он совершил суицид, спрыгнул с ... этажа».

*Данные о смерти друга*

Способ суицида может говорить о том, насколько тяжёлой была смерть человека, поэтому сильные физические увечья друга, осознание того, насколько мучительной могла быть его смерть, могут повлиять на переживания горюющего. Кроме того, обстоятельства, при которых горюющий узнал о смерти близкого играют важную роль. Так, ситуация, в которой горюющий узнает о намерениях совершить суицид лично от друга и не может на это повлиять, очень травматична и приводит к возникновению чувства вины у человека.

Кроме способа самоубийства, 80% горюющих фиксировали и время с момента смерти близкого:

«Вчера узнала о том, что она покончила с собой».

«Боже, кто бы знал... в понедельник (дата) мне сообщили, что он покончил жизнь самоубийством...».

«Позавчера, (дата) уже другой, очень близко общавшийся со мной К., очень близкий для меня, практически как брат повторил ужасную судьбу Д...».

«Хочу поделиться горем, которое произошло несколько дней назад».

Прошедшее с момента смерти время говорит нам о том, на какой стадии переживания горя находится человек, как он переживает смерть на этом этапе.

ered "fateful" and the most traumatic for friends. Grieving individuals describe the day of death as follows:

"... something told me that something was wrong, I called another friend, and he told me that D. hanged himself."

"And then on the night of September 1st, he called me and said everything was ready. At first, I didn't understand, but then he sent MMS a photo of the noose and called me."

Some mourners describe events leading up to the death, such as their own activities, while others recount the circumstances surrounding a friend's death. One mourner notes that he experienced a strange sensation that led him to the news of his loved one's death.

Often (in 60% of letters), the grieving indicate the method by which their loved one committed suicide:

"A friend with whom I studied together for three years, we talked often ... fell under a train."

"... I called another friend, and he told me that D. hanged himself.";

"He just poisoned himself on purpose."

"On the night from ... to ... he committed suicide, jumping from the ... floor."

*Death details of a friend*

The method of suicide can indicate how difficult the person's death was. Therefore, severe physical injuries to a friend and the awareness of how painful their death may have been can influence the grieving process. Furthermore, the circumstances under which the grieving person learned of their loved one's death play a significant role. For example, a situation in which a grieving person learns of their suicidal intentions directly from a friend and is unable to influence it is very traumatic and leads to feelings of guilt.

In addition to the method of suicide, 80% of grieving people also recorded the time since the death of a loved one:

"Yesterday I found out that she committed suicide."

Таблица / Table 3

Темы сообщений у друзей лиц, совершивших завершённый суицид  
Message topics from friends of people who have committed completed suicide

Основные темы сообщений Main topics of messages	Конденсированные смысловые значения Condensed semantic meanings
Психологическое состояние Psychological state	Чувство вины, тяжёлое эмоциональное состояние, призыв о помощи, отрицание смерти, описание степени близости Feelings of guilt, severe emotional state, a call for help, denial of death, description of the degree of closeness
Воспоминания Memories	Воспоминания из прошлого, описание дня смерти Memories from the past, description of the day of death
Данные о смерти Data on death	Фиксация способа суицида, время с момента смерти Recording the method of suicide, time after death

Большая часть друзей пишет о том, что событие произошло совсем недавно, а это значит, что они находятся на начальных этапах горевания, для которых характерны шок, отчаяние, отрицание.

Таким образом, большая часть горюющих друзей фиксирует степень близости с погибшим и время, прошедшее с момента смерти. Чуть больше половины горюющих делятся воспоминаниями из прошлого, а также фиксируют способ самоубийства близкого. Половина горюющих друзей испытывает чувство вины и 40% находятся в тяжёлом эмоциональном состоянии, отрицают смерть близкого, описывают день смерти и просят помощи у пользователей форума (Табл. 3).

*Сравнение процесса горевания у родственников и друзей лиц, совершивших завершённый суицид*

По результатам феноменологического анализа были выявлены общие и различающиеся конденсированные смысловые значения сообщений у горюющих родственников и друзей лиц, совершивших завершённый суицид. Общими для двух групп стали конденсированные смысловые значения: тяжёлое эмоциональное состояние, отрицание смерти, фиксация способа самоубийства, время, прошедшее с момента смерти, описание дня смерти и воспоминания из прошлого. Актуальное эмоциональное состояние горюющих оказалось схожим и характеризовалось как тяжёлое с присутствием чувства вины и невозможности поверить в случившееся. При этом переживание вины является более распространённой темой для родственников и реже встречается у друзей.

Наличие темы воспоминаний, может говорить о важной потребности в памятовании, которое необходимо для горевания. Поскольку воспоминания горюющих из прошлого – это достаточно обширная тема, которая включает в себя воспоминания о различных событиях, совместной деятельности с умершим в прошлом и так далее, то следует указать, что родственники чаще упоминали какие-либо факты, например, количество детей у погибшего, то, как они познакомились, либо сферу деятельности погибшего. Тем временем, горюющие друзья описывали последнюю встречу с умершим, последний разговор, описывали похороны и события, предшествующие смерти.

Фиксация способа суицида – характерная подтема двух подгрупп, поскольку самоубийство – травмирующее событие, которое может повлиять на психологические составляющие процесса горевания.

Между темами сообщений горюющих родственников и друзей были найдены и различия. Горюющие родственники рассказывали о том, что испытывают эмоциональную боль, чувство вины, со временем их состояние ухудшается, и они прибегают к помощи специалистов.

*“God, who would have known... on Monday (date) I was informed that he committed suicide...”*

*“The day before yesterday, (date), K., who was very close to me, very close to me, practically like a brother, repeated the terrible fate of D...”*

*“I want to share the grief that happened a few days ago.”*

The time that passed after death tells us what stage of grief a person is in and how they are processing the death at this stage. Most friends write that the event happened very recently, meaning they are in the initial stages of grief, characterized by shock, despair, and denial.

Thus, the majority of grieving friends record their closeness to the deceased and the time that passed after their death. Slightly more than half of the grieving friends share memories from the past and also record the method of their loved one's suicide. Half of the grieving friends experience feelings of guilt, and 40% are in a difficult emotional state, denying the death of their loved one, describing the day of death, and asking for help from forum users (Table 3).

*Comparison of the grief process in relatives and friends of individuals who committed completed suicide*

A phenomenological analysis revealed common and distinct condensed meanings in the messages of grieving relatives and friends of individuals who committed suicide. The following condensed meanings were common to both groups: a severe emotional state, denial of death, recording of the method of suicide, time elapsed since death, description of the day of death, and memories from the past. The actual emotional state of the grieving individuals was similar and characterized as severe, with feelings of guilt and an inability to believe what happened. Guilt was a more common theme among relatives and less common among friends.

The presence of a theme of memories may indicate an important need for remembrance, which is essential for grieving. Since the grieving person's memories of the past are quite broad, encompassing recollections of various events, past activities with the deceased, and so on, it should be noted that relatives more often mentioned specific facts, such as the number of children the deceased had, how they met, or the deceased's occupation. Meanwhile, grieving friends described their last meeting with the deceased, their last conversation, the funeral, and the events preceding death.

Таблица / Table 4

Сопоставление основных конденсированных смысловых значений сообщений родственников и друзей / знакомых лиц, совершивших завершённый суицид  
 Comparison of the main condensed semantic meanings of messages from relatives and friends / acquaintances of persons who committed completed suicide

Общие смысловые значения сообщений для родственников и друзей (встречаемость у родственников / друзей) Identical semantic meanings of messages from relatives and friends (frequency among relatives/friends)	
Фиксация способа суицида / Recording the method of suicide (4/6)	
Время с момента смерти / Time after death (7/8)	
Воспоминания из прошлого / Memories from the Past (5/6)	
Тяжёлое эмоциональное состояние / Severe emotional state (7/4)	
Отрицание смерти / Denial of Death (7/4)	
Различия в конденсированных смысловых значениях сообщений для родственников и друзей / знакомых Differences in the condensed semantic meanings of messages from relatives and friends / acquaintances	
<i>Смысловые значения сообщений родственников</i> <i>The meaning of messages from relatives</i>	<i>Смысловые значения сообщений друзей</i> <i>The meaning of friends' messages</i>
Чувство боли / Feeling pain	–
Чувство вины / Feeling guilt	–
Поиск причин смерти / Search for causes of death	–
Ухудшение состояния / Deterioration of condition	–
Обращение к специалистам / Contacting specialists	Призыв о помощи / A cry for help
Обвинения умершего / Accusations of the deceased	–
–	Описание степени близости Description of the degree of closeness

Горюющие друзья при этом не обращаются к специалистам, но просят помощи у пользователей форума – ищут поддержку и советы. Отличаются и ресурсы, которыми пользуются друзья и родственники, члены семьи выбирают специализированные сайты для помощи горюющих, могут непосредственно написать в раздел «вопрос психологу». В то время, как друзья чаще используют неспециализированные сайты, где можно задать вопрос или написать сообщение на любую тему. Описание ухудшения состояния с течением времени и поиск профессиональное поддержки в темах родственников, свидетельствует о том, что у них выше риск развития осложнённого горя. Интернет используется с надеждой найти способ справиться с состоянием

В то время как у друзей чаще прослеживается написание сообщений на ранних стадиях горевания, как способа отреагирования тяжёлых переживаний.

Родственники чаще находились в поиске причин смерти и не могли найти ей объяснений, в то время как друзья больше рассуждали о прощении за поступок. У родственников при наличии интенсивного переживания чувства вины, также присутствовала тема обвинения умершего в последствиях его действий для семьи, в то время как у друзей эта тема не возникала.

Fixation of the method of suicide is a characteristic subtheme of the two subgroups, since suicide is a traumatic event that can affect the psychological components of the grieving process.

Differences were also found between the themes of messages from grieving relatives and friends. Grieving relatives described experiencing emotional pain and guilt, their condition worsening over time, and they sought professional help. Grieving friends, however, do not seek professional help but turn to forum users for support and advice. The resources used by friends and relatives also differ: family members choose specialized websites for grief support and may directly post in the "Ask a Psychologist" section. Meanwhile, friends more often use general websites where they can ask a question or write a message on any topic. Describing a deterioration in their condition over time and seeking professional support in relatives' messages indicates a higher risk of complicated grief. They use the internet in the hope of finding a way to cope, while friends are more likely to write messages in the early stages of grief as a way to respond to difficult experiences.

У горюющих друзей отличительной темой стало “описание степени близости” с погибшим, что важно, поскольку друзья, в отличие от родственников могут находиться в более дистантных отношениях с умершими, что в свою очередь отражается на процессе горевания (Табл. 4).

Основными конденсированными смысловыми значениями у родственников погибших от самоубийства, были: чувство вины, отрицание смерти, тяжёлое эмоциональное состояние, время с момента смерти, воспоминания из прошлого, чувство боли, фиксация способа суицида, а также суицидальные тенденции. В группе горюющих друзей выявились следующие конденсированные смысловые значения: описание степени близости, время с момента смерти, воспоминания из прошлого, фиксация способа суицида, призыв о помощи, отрицание смерти, тяжёлое эмоциональное состояние и описание дня смерти (Табл. 4).

#### *Обсуждение результатов*

Чувство боли, описанное горюющими, можно сопоставить с определением боли А. Моховикова, который рассматривает её как чувство, возникающее при столкновении с ситуациями изоляции, одиночества, свободы или смерти, и являющееся выражением утраты смысла жизни [15]. Концепция «психической боли» Э. Шнейдмана утверждает, что из-за сильной душевной боли человек стремится к совершению суицида, ища таким образом освобождение от неё. Соответственно, переживание психологической боли у родственников лиц, совершивших завершённый суицид, может быть связано с формированием суицидального риска.

Также для процесса горевания характерно чувство вины. А. Демі в своём исследовании сравнила горюющих в результате суицида и горюющих по другим причинам смерти, и оказалось, что близкие погибших в результате самоубийства испытывают более сильное чувство вины по сравнению со второй группой [16]. В большей части анализируемых сообщений встречается тема поиска причин смерти, в которой горюющие склонны объяснять смерть близкого либо собственной виной, либо внешними обстоятельствами или болезнью. Горюющие люди, не понимая причин смерти, пытаются найти внутренние (психологические и биологические) и внешние объяснения самоубийству [17].

Феноменологический анализ переживаний горя у родственников лиц, совершивших суицид, проведённый в зарубежных исследованиях, пересекается с выделенными темами в данном исследовании. Психологи описывают чувство ответственности за смерть, потребность в объяснении смерти близкого и её осмыслении, чувство отвержения, заброшенности и гнева по отношению к умершему, а также стыд за способ смерти.

Relatives were more likely to search for the cause of death and were unable to find an explanation, while friends were more likely to talk about forgiveness for the act. Relatives, while experiencing intense feelings of guilt, also tended to blame the deceased for the consequences of their actions on the family, while this theme did not arise among friends.

Among grieving friends, a distinctive theme was “describing the degree of closeness” with the deceased, which is important because friends, unlike relatives, may be in a more distant relationship with the deceased, which in turn affects the grieving process (Table 4).

The main condensed semantic meanings among relatives of those who died by suicide were: guilt, denial of death, severe emotional state, time since death, memories from the past, feelings of pain, recording of the method of suicide, and suicidal tendencies. In the group of grieving friends, the following condensed semantic meanings emerged: description of the degree of closeness, time since death, memories from the past, recording of the method of suicide, a cry for help, denial of death, severe emotional state, and description of the day of death (Table 4).

#### *Discussion of results*

The feeling of pain described by the grieving can be compared with A. Mokhovikov's definition of pain, which he views as a feeling arising when faced with situations of isolation, loneliness, freedom, or death, and as an expression of the loss of meaning in life [15]. E. Shneidman's concept of "psychic pain" asserts that severe mental anguish drives people to commit suicide, thereby seeking relief from it. Accordingly, the experience of psychological pain in relatives of individuals who have committed completed suicide may be associated with the development of suicidal risk.

Feelings of guilt are also characteristic of the grieving process. A. Demi, in her study, compared those grieving as a result of suicide with those grieving for other causes of death, and found that the relatives of those who died by suicide experienced stronger feelings of guilt compared to the latter group [16]. Most of the analyzed messages featured the theme of searching for causes of death, in which grieving individuals tend to attribute the death of a loved one either to their own guilt or to external circumstances or illness. Grieving individuals, unable to understand the causes of death, attempt to find internal (psychological and biological) and external explanations for suicide [17].

Phenomenological analyses of grief experiences among relatives of individuals who committed suicide, conducted in international studies, overlap with the themes identified in this study. Psychologists describe a sense of

Большинство горюющих после суицида людей переоценивают свою роль в причинах произошедшего или в неспособности предотвратить его. Они часто не осознают или сводят к минимуму те факторы, которые могли способствовать самоубийству [18].

Вероятно, сам процесс написания сообщений на форуме помощи может оказывать психотерапевтический эффект. S.H. Kovac с соавторами попросил студентов, потерявших близкого в результате суицида, в течение полутора месяцев писать эссе – первая группа студентов писала эссе на бытовые темы (например, о вчерашнем ужине), вторая группа – на «глубокие» темы о переживании потери (события и эмоции, связанные со смертью). Исследование выраженности горя до и после показало, что студенты, открыто писавшие о своих переживаниях, сообщают меньше о горе, связанном с суицидом, при этом общий процесс горевания сохраняется [19].

Таким образом, можно отметить, что форумы психологической помощи могут оказывать буферное влияние на суицидальный риск. В исследовании часть сообщений была взята с форумов, на которых присутствуют как близкие погибших в результате суицида, так и люди сами переживающие суицидальный кризис. Согласно межличностной теории суицида Т. Джойнера, человек, намеревающийся совершить суицид, испытывает чувство брошенности и воспринимает себя как "обузу" [20]. Благодаря форумам помощи, человек думающий о суициде, может посмотреть на ситуацию с другой стороны, возможно, вспомнить о дорогих ему людях, задуматься о влиянии, которое его решение может оказать на других, в противовес мыслям "без меня им было бы лучше".

#### *Выводы*

1. Для родственников лиц, совершивших завершённый суицид, характерны чувство вины, отрицание смерти, чувство боли и тяжёлое эмоциональное состояние. В темах сообщений родственников не только содержится описание эмоциональной дезадаптации, но и наблюдаются антивитальные переживания, описание в ряде случаев ухудшения состояния. Родственники более подвержены риску развития осложнённого горя, по сравнению с друзьями.

2. Для группы горюющих друзей также характерны тяжёлое эмоциональное состояние и отрицание смерти. Горюющие друзья часто описывают степень близости с погибшим, время, прошедшее с момента смерти, и способ суицида. Как и родственники, они делятся воспоминаниями в своих сообщениях, часто описывая события дня смерти друга. Их сообщения чаще написаны сразу после трагедии.

3. Родственники в своих сообщениях чаще, чем друзья, пишут о чувстве эмоциональной боли, вине и ищут причины смерти. Вопрос «почему?», которым

responsibility for the death, a need to explain and make sense of the loved one's death, feelings of rejection, abandonment, and anger toward the deceased, as well as shame over the manner of death. Most people grieving after suicide overestimate their role in the causes of the event or their inability to prevent it. They often fail to recognize or minimize factors that may have contributed to the suicide [18].

The very act of writing messages on a support forum may have a psychotherapeutic effect. S. H. Kovac and co-authors asked students who had lost a loved one to suicide to write essays over the course of six weeks. One group of students wrote essays on mundane topics (e.g., about last night's dinner), while the second group wrote essays on "deep" themes about the experience of loss (event and emotions associated with the death). A study of grief expression before and after showed that students who wrote openly about their experiences reported less grief related to the suicide, while maintaining the overall grieving process [19].

Thus, it can be noted that psychological support forums may have a buffering effect on suicidal risk. Some of the messages in the study were taken from forums attended by both relatives of those who died by suicide and people experiencing suicidal crises themselves. According to T. Joyner's interpersonal theory of suicide, a person contemplating suicide experiences a feeling of abandonment and perceives themselves as a "burden" [20]. Thanks to support forums, a person considering suicide can look at the situation from a different perspective, perhaps remembering loved ones and considering the impact their decision might have on others, as opposed to thinking, "They would be better off without me."

#### *Conclusions*

1. Relatives of individuals who have committed completed suicide are characterized by feelings of guilt, denial of death, pain, and severe emotional distress. The topics of relatives' messages not only describe emotional maladjustment but also anti-vital experiences, and in some cases, descriptions of deterioration in their condition. Relatives are at higher risk of developing complicated grief compared to friends.

2. The grieving group is also characterized by a severe emotional state and denial of death. Grieving friends often describe the degree of closeness they had with the deceased, the time elapsed since death, and the method of suicide. Like relatives, they share memories in their messages, often describing the events of the day of their friend's death. Their messages are often written immediately after the tragedy.

3. In their messages, relatives more often than friends write about feelings of emotional

наполнены сообщения родственников, отражает потребность в психообразовании, обсуждении факторов, приведших к суицидальному поведению. Это также важно для работы с чувством вины.

4. В части сообщений родственники описывают обращение к специализированной помощи. Друзья, напротив, чаще просят о помощи других пользователей форума. Можно предположить, что родственники больше нуждаются в специализированной психологической помощи и, в некоторых случаях, медикаментозной терапии. В то время как друзья в большей степени нуждаются в укреплении неформальных связей и эмоциональной поддержке.

5. Написание сообщений на форуме может служить для отреагирования тяжёлых эмоций и травматических воспоминаний, памятования, поиска неформальной социальной поддержки и получения ответов на вопрос, почему случилась трагедия. Открытое описание произошедшего может стать шагом к переходу от стадии отрицания к другим стадиям горевания.

pain, guilt, and searching for the cause of death. The question "why?" that permeates relatives' messages reflects the need for psychoeducation and discussion of the factors that led to suicidal behavior. This is also important for addressing feelings of guilt.

4. In some messages, relatives describe seeking specialized help. Friends, on the other hand, more often ask other forum users for help. It can be assumed that relatives are more in need of specialized psychological help and, in some cases, medication. Meanwhile, friends are more in need of strengthening informal ties and emotional support.

5. Writing messages on a forum can serve as a way to process difficult emotions and traumatic memories, to remember, to seek informal social support, and to find answers to the question of why the tragedy occurred. Openly describing what happened can be a step toward moving from denial to the other stages of grief.

#### Литература / References:

- Levi-Belz Y, Blank C. The longitudinal contribution of prolonged grief to depression and suicide risk in the aftermath of suicide loss: The moderating role of self-criticism Author links open overlay panel. *J Affect Disord.* 2023; 340: 658-666. DOI: 10.1016/j.jad.2023.08.023
- Bell J, Westoby C. The aftermath of a suicide: social media exposure and implications for postvention. In: Pompili M. (ed.) *Suicide risk assessment and prevention.* Springer Cham, 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-41319-4\_32-1
- Антонова Н.Д., Голенков А.В. Освещение случаев убийств и самоубийств в региональных средствах массовой информации. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 3-7. [Antonova N.D., Golenkov A.V. Coverage of homicides and suicides in the regional media. *Academic Journal of West Siberia.* 2022; 18 (1): 3-7.] (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-3-7
- Gibbons R. Someone is to blame: the impact of suicide on the mind of the bereaved (including clinicians). *BJPsych Bull.* 2024; 49 (1): 1-5. DOI: 10.1192/bjb.2024.37
- Pitman A, Stevenson F, Osborn D. Investigating whether bereavement by suicide and other unnatural causes has a deterrent effect on alcohol or drug. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19 (20): 13245. DOI: 10.3390/ijerph192013245
- Young TI, Iglewicz A, Glorioso D, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012; 14 (2): 177-186. DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung
- Cerel J, Maple M, van de Venne J, et al. Exposure to suicide in the community: prevalence and correlates in one U.S. State. *Public Health Rep.* 2016; 13 (1): 100-107. DOI: 10.1177/003335491613100116
- McDonnell S, Flynn S, Shaw J, et al. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. *Suicide Life Threat Behav.* 2022; 52 (5): 887-897. DOI: 10.1111/sltb.12874
- Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, et al. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2014; 44 (6): 591-600. DOI: 10.1111/sltb.12093
- Andriessen K, Krysinska K, Kölves K, et al. Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: a systematic review. *Front Psychol.* 2019; 10: 2677. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02677
- Spillane A, Larkin C, Corcoran P, et al. Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health.* 2017; 17 (1): 939. DOI: 10.1186/s12889-017-4930-3
- Любов Е.Б., Куликов А.Н. Участники интернет-форума психиатрических пациентов о депрессии, интимной жизни и самоповреждениях. *Девиянтология.* 2024; 8 (2): 35-37. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. Participants in an online forum for psychiatric patients about depression, sex and self-harm. *Deviant Behavior (Russia).* 2024; 8 (2): 35-37.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-02(15)-35-37
- Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenological Psychology.* 1997; 28 (2): 235-260. DOI: 10.1163/156916297X00103
- Бусыгина Н.П. Качественные и количественные методы исследований в психологии: учебник для бакалавриата и магистратуры. Москва: Юрайт, 2018; 423. [Busygina N.P. Qualitative and quantitative research methods in psychology: textbook for undergraduate and graduate studies. Moscow: Yurait, 2018; 423.] (In Russ)
- Моховиков А. Психическая боль: природа, диагностика и принципы гештальттерапии. Московский психотерапевтический журнал. 2003; 4:104-127. [Mokhovikov A. Mental pain: the nature, diagnosis, and principles of Gestalt therapy. *Moscow Psychotherapeutic Journal.* 2003; 4:104-127.] (In Russ)
- Demi AS. Social adjustment of widows after a sudden death: Suicide and non-suicide survivors compared. *Death education.* 1984; 8 (Suppl): 91-111. DOI: 10.1080/07481188408252491
- Andriessen K, Krysinska K, Grad O. Postvention in Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support. Boston: Hogrefe Publishing, 2017; 423.
- Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR. The Impact of Suicide on the Family. *Crisis.* 2008; 29 (1): 38-44. DOI: 10.1027/0227-5910.29.1.38
- Kovac SH, Range LM. Writing projects: lessening undergraduates' unique suicidal bereavement. *Suicide Life Threat Behav.* 2000; 30 (1): 50-60.
- Меньшикова А.А., Герсамя А.Г., Канаева Л.С. и др. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: адаптация Опросника межличностных потребностей. *Российский психиатрический журнал.* 2016; 2: 51-60. [Menshikova A.A., Gersamiya A.G., Kanaeva L.S. and others. T. Joyner's theory of suicidal behavior: Adaptation of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Russian Psychiatric Journal.* 2016; 2: 51-60.] (In Russ)

## PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF GRIEF AMONG RELATIVES AND FRIENDS FOLLOWING THE SUICIDE OF A SIGNIFICANT OTHER

A.Yu. Koroleva<sup>1</sup>, E.V. Borisonik<sup>1,2</sup>,  
A.B. Kholmogorova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Moscow State Psychological and Pedagogical University", Moscow, Russia

<sup>2</sup>Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health", Moscow, Russia

### Abstract:

Qualitative analysis opens up new possibilities for studying the experience of grief associated with the completed suicide of a loved one. *The aim* is to study the grief experience of people whose relatives and friends have committed a completed suicide. *Materials and methods.* Twenty messages from grieving family members and friends, publicly available online, were identified for phenomenological analysis. *Results.* The main condensed semantic meanings identified by relatives and friends included: severe emotional state, denial of death, and memories of the past. Guilt was experienced by 90% of relatives, emotional pain by 50%, and 30% of grieving individuals described a worsening of their own condition during the grieving process. Friends also experienced guilt (30% of the group), a need for support and assistance from others (40% of the group), and described their memories (60% of the group). *Conclusions.* The use of support forums allows grieving individuals to express emotions and seek emotional support.

*Keywords:* suicide, grief, close circle, grieving, Internet forums

Information about the authors:

Koroleva Anna Yu. (ORCID iD: 0009-0008-4104-0419). Place of study: graduate of "Moscow state psychological and pedagogical university", faculty of "Counseling and Clinical Psychology". Address: 29 Sretenka St., Moscow, Russia. Phone: +7 (999) 716-31-98, email: dreamwork98@mail.ru

Borisonik Evgeniya V. (SPIN-code: 4640-0152; ResearcherID Web of Science: ABS-3333-2022; ORCID iD: 0000-0002-4643-239X). Place of work and position: senior lecturer of faculty of "Counseling and clinical psychology" of "Moscow state psychological and pedagogical university". Address: 29 Sretenka St., Moscow, Russia; research fellow in the Department of acute poisoning and somatopsychiatric disorders of "Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health". Address: 3/1 Bolshaya Sukharevskaya Sq., Moscow, Russia. Phone: +7 (919) 761-64-79, email: borisonik-ev@mail.ru

Kholmogorova Alla B. – Doctor of Psychology, Professor (SPIN-code: 5774-2928; ORCID iD: 0000-0001-5194-0199). Place of work and position: dean of faculty of "Counseling and clinical psychology" of "Moscow state psychological and pedagogical university". Address: 29 Sretenka St., Moscow, Russia; leading research fellow of the Department of acute poisoning and somatopsychiatric disorders of "Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health"; Address: 3/1 Bolshaya Sukharevskaya Sq., Moscow, Russia. Email: kholmogorova-2007@yandex.ru

Вклад авторов:

A.Ю. Королева: разработка дизайна исследования, сбор данных, написание и редактирование текста рукописи;

E.В. Борисоник: разработка дизайна исследования, сбор данных, написание и редактирование текста рукописи;

A.Б. Холмогорова: разработка дизайна исследования, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

A.Yu. Koroleva: study design development, data set, writing and editing the text of the manuscript;

E.V. Borisonik: study design development, data set, writing and editing the text of the manuscript;

A.B. Kholmogorova: study design development, editing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 29.08.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.10.2025.

Для цитирования: Королева А.Ю., Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б. Феноменологический анализ переживания горя у родственников и друзей после суицида близкого человека. *Суицидология*. 2025; 16 (3): 57-73. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-57-73

For citation: Koroleva A.Yu., Borisonik E.V., Kholmogorova A.B. Phenomenological analysis of grief among relatives and friends following the suicide of a significant other. *Suicidology*. 2025; 16 (3): 57-73. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-57-73

## ОДИНОЧЕСТВО И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ЧАСТЬ II: ФОРМЫ И ТИПОЛОГИЯ ЗАВОДЕЙ И ОМУТОВ ОДИНОЧЕСТВ

Е.Б. Любов, А.Н. Куликов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Россия, г. Москва, ул. Потешная, 3, корп. 10.

### LONELINESS AND SUICIDAL BEHAVIOR. PART II: FORMS AND TYPOLOGY OF POOLS AND WHIRLPOOLS OF LONELINESS

Е.Б. Lyubov, А.Н. Kulikov

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

Сведения об авторах:

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

Куликов Алексей Николаевич (SPIN-код: 7472-5036; Author ID: 192586; ResearcherID: N-5302-2018; ORCID iD: 0000-0001-7963-7001). Место работы и должность: научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: aleks144@hotmail.com

Одиночество (далее – О.) в моделях суицидального поведения (СП) непосредственно не входит в обширный (расширяющийся) набор факторов риска, но представляет растущую клинко-социальную проблему общественного здравоохранения во всём мире. Во второй главе настоящего Обзора уточнены определения, формы и типология О., полезные для его понимания и научно-практических целей с привлечением иллюстративного материала большей частью художественной литературы и самоописаний в рамках качественного анализа. О. представлено как часть континуума социально-психологических (формирующих «нормального» субъекта), экзистенциальных и потенциально суицидогенных клинических в их развитии состояний.

*Ключевые слова:* одиночество, формы, типы, континуум, суицидальное поведение

Следует внимательно прислушиваться  
к этим шумам и шёпотам мира  
и пытаться заметить в них множество картин...

*Мишель Фуко*

Несчастливая странница – одинокая душа –  
чего же ты ищешь?!

*Е. Дьяконова «Дневник русской женщины»*

Одиночество (далее О.) фрактально – «незамысленный взгляд» на многообразии жизни указывает спектр градиентов «оттенков серого», как в депрессии.

О. невидимости (терзания героев Достоевского) и неюта, как озноб городского смога («а ты не смог»). О. от того, что шагаешь не в ногу с развязавшимися обмотками или манящее и недостижимое, как радуга. О. публичного унижения, алая буква ожога (для кого-то плевок – божья роса). О. неудачи, мрачное и застывшее, как жерло задремавшего вулкана. О. успеха, блестящее и колючее, как обманка. О.

разлюбленного, чёрно-белое, как рентгенограмма грудной клетки.

Широкое понимание О. представляют устоявшиеся определения и модели с выделением форм и типов.

Неоднороден опыт в взаимосвязанных аспектах: частоте, длительности и интенсивности переживаний.

Формы О. (особенности поведения и общения): временные параметры.

*(Кратко)временное, острое О.* связано с новыми условиями или ситуациями жизни; относится к преходящим неприятным ощущениям.

О. на семейном рауте, в разгаре вечеринки, за общим столом с «пропастью» между близкими при неспособности вписаться в мейнстрим («Я-иной»).

Скоро Буланин остался один. Он продолжал плакать. Кроме боли и незаслуженной обиды, какое-то странное, сложное чувство терзало его маленькое сердце, – чувство, похожее на то, как будто бы он

сам только что совершил какой-то нехороший, непоправимый, глупый поступок ... Страшно медленно, скучно и тяжело, точно длинный сон, тянулся для Буланина этот первый день гимназической жизни ... *А. Куприн «На переломе»*

«Горькое дневное О.» осиротевшего подростка в чужом доме. *Трумен Капоте «Другие голоса, другие комнаты»*

Неофициально, но вполне отчётливо она снова дала мне понять, что я тут чужой, лишний, и в эту минуту без всякой особой причины я вдруг испытал такое одиночество, такую оторванность от всех, какой ещё не чувствовал за весь день. *Дж. Д. Сэлинджер «Сага о Глассах»*

Немного личного.

Изгнанный поделом из школьной сборной по волейболу автор Обзора скитался пять вечеров под маяющими окнами спортивного зала со смутным намерением кирпичиной напомнить о себе. Затем отправился предлагать себя на стадион поодаль. Или нет.

*О. выходных* (отдыхающих) – болезненный опыт тихих пустых дней без привычного дела при нереалистичных / неисполненных ожиданиях: «должны» общаться, стоит повеселиться, покинув (или лечь с кем-то) постель. Болезненное чувство на Рождество, канун Нового года или в тёплый летний отпуск. Социальное давление вызовет острое О.

Пьянице невыносим уик-энд в опустевшем городе и без контроля близких. «Потерянные выходные», к/ф США, 1945.

Фермер может весь день проработать один в поле или в лесу мотыгой или топором и не почувствовать одиночества, потому что занят делом, а вечером дома не может оставаться наедине со своими мыслями, и ему хочется побыть «на людях». Он же не понимает учёного, «способного усидеть один дома, не боясь скуки и хандры» ... когда человек думает или работает, он наедине с собой. *Г.Д. Торо*

... Погода на четыре с минусом... А главное, тут абсолютно нету мужиков... Многие девушки уезжают, так и не отдохнув... *С. Довлатов «Заповедник»*

Большинство справляется с памятным опытом О. самостоятельно и /или при изменении обстоятельств.

Что ж, прощай! Как-нибудь до весны / Проживу и один – без жены... *И. Бунин «Одиночество»*

Неудовлетворённость социальными и личными потребностями затягивает О. [1].

Одиночество из чисто внешнего обстоятельства очень быстро превращается в состояние души, при котором ни ирония, ни скептицизм невозможны. Оно сковывает разум и загоняет мысли в тупик глубокого неверия. *Дж. Конрад «Ностромо»*

Человек сталкивается с О. и как с длительным «привычным» (как горб) состоянием.

*Хроническое О.* – «примечательно настойчивое» [2] (не менее двух лет?) состояние, обу-

словленное сохраняющимися психологическими и личностными обстоятельствами.

Он не выбирал одиночество ... чтобы справиться со страданием ... сразу после смерти матери, но давно прошло. Не пребывал и в поисках великой истины, обычно обретаемой ценой одиночества. ... его одиночество было непрекращающимся бегством от мира, который его обидел и ранил. Впрочем, ничуть не больше, чем других... *Я. Вишневский «Повторение судьбы»*

... полное и постоянное исключение из всякого общения представляет огромное безусловное неудовольствие ... жизнь в одиночестве противоречит целям существования, даже смерть внушает больший ужас. *Э. Бёрк*

Типы (виды) О. отражают и развивают теоретические представления о многообразном феномене [2-4].

Три широкие концепции О. в основе большинства теоретических подходов (см. Часть I настоящего Обзора). Существенно отличающихся и отчасти пересекающихся описания отражает концептуальное разнообразие О.

Социальное, или межличностное О. [2] – при отсутствии или недостатке сопричастности (принадлежности, общности), привлекательных близких связей; психологическая дистанция, разрыв социальной сети. Неутолённая потребность (фрустрация) в удовлетворяющих отношениях.

Дискурсивная репрезентация О. в оппозиции личность – коллектив.

Ну, а как ты относишься к коллективу? – вдруг спросил дьявол. – Плохо. Коллектив не краснеет. Человек краснеет один. Всякий краснеет один... *Ф. Искандер «Сон о Боге и Дьяволе»*

Интерперсональная теория Т. Joiner обращена к переживанию отдалённости от других. Желание умереть определено воспринимаемой обременительностью для окружающих (субъект воспринимает себя как бремя, особо для близких) и утраченным чувством принадлежности к группе.

Полубезумный поэт-художник у очередного приютившего на ночь благодетеля: «Ужасная вывеска у подъезда: Вдумайтесь, люди: «Отделение связи».

Люди одиноки потому, что вместо мостов строят стены. *Ст. Ежи Лец*

*О. среди людей*

Дружба – такая же редкость, как и любовь. А знакомых... мне не надо. *М. Цветаева*

Твой жизненный путь пролегает так, что ты лишь внешне и случайно соприкасаешься с другими людьми, причём – без взаимного проникновения душ. Это самое мучительное состояние человека. *А.А. Зиновьев «Путь на Голгофу»*

О. не связано с объективным отсутствием общения.

О. есть некое состояние беспомощного. Если кто-то – один, это не значит, что он одинок, если кто-то – в толпе, это не значит, что он не одинок. *Беседы Эпиктета*

... чувствовал себя таким же далёким от людей, как одинокая вечерняя звезда в безнадежно ясном небе. *Дм. Мережковский «Воскресшие боги. Леонардо да Винчи»*

Отчуждены от общества, не способны вписаться в мейнстрим с обидным чувством непонимания и нежелания понять окружающих. Последние их за это не жалуют.

Глупый жалуется, что люди не знают его, умный – он не знает людей. *Таджикская пословица*

...он не мог понять, и это вызывало в нём обиду и даже ощущение одиночества... окружающие жили как будто и ещё чем-то другим, кроме новостей с фронта. *А.И. Солженицын*

«Капиталистическое» О. в ощущении (иногда удобной безответственности) винтика гигантского механизма.

*Роботизированный рабочий как часть конвейера. «Новые времена», к/ф США, 1936.*

Карл Маркс назвал О. отчуждением (*alienation*) пролетария (лат. «производящего потомство»), но не радость осмысленной жизни).

Внутренняя пустота, чудовищная смесь пронизательности в частностях и равнодушия в целом, невероятное одиночество человека в пустыне мелочей, его беспокойство, злость, беспримерная бессердечность, корыстолюбие, холод и жестокость, характерны для нашего времени, представляют ... следствие потерь, наносимых душе логически острыми мышлением! *Р. Музиль «Человек без свойств»*

Сегодня имеем дело с индивидуумом, ведущим себя подобно автомату, который не знает и не понимает самого себя. ... язык общения заменил бессмысленным лепетом, живой смех – синтетической улыбкой, чья истинная боль сменилась чувством тупого отчаяния. ... страдает от утраты индивидуальности и духа, и это может оказаться неизлечимой болезнью. Второе – мало отличается от нас и от миллионов тех, кто ходит по этой земле. *Э. Фромм*

*Ситуационное* (новых обстоятельств, перемена участи) О. из-за стрессогенных жизненных перипетий.

Аномия как индивидуальный опыт – ощущение антигравитации между людьми в социологической концепции Э. Дюркгейма. Если социальная солидарность – состояние коллективной идеологической интеграции, то аномия – беспорядка и незаконности, обесмысливания и обесценивания, бессилия и отчуждения, сопутствующими скорым социально-экономическим сдвигам, разрушающим порядок общественного устройства, переориентацией обще-

ства на новые ценности (в связи с революциями, естественном эксперименте как «перестройка»).

И становятся люди – почерком / в редких письмах / табельный день. *Борис Слуцкий «Отъезд»*

Ремонтники обнаружили мумифицированную старуху в замкнутой годами квартире. Рядом с постелью дневник, единственный собеседник с одинаковыми записями: «Ничего не произошло».

Примыкает культурное О. с поры индивидуализма Просвещения – идеалы, представления о должном, впитанных родной культурной средой, не находят понимания окружающих. Новые культурные ценности неприемлемы для внутреннего мира [5, 6]. Ощущение изоляции и отчужденности от общества из-за культурных различий. Похоже на социальное О. («в толпе»), но с дополнительными барьерами, как язык, традиции. Ветхозаветный конфликт отцов и детей в различии мировоззрений:

За стол садились не по старшинству. Глупая старость жалка не менее, чем трусливая юность. *И. Бабель «Король»*

*Мигранты* [7] испытывают О. из-за тоски по родной культуре. Эффект силён для студентов с коллективистской культурой, когда они отправляются учиться в университеты в более индивидуалистических странах.

*Зарубежное О.* Бедолага – «чужак» в сплочённой иноязычной толпе. Вплоть до острых идей отношения.

... пассажиры обращали внимание на огромного человека... застенчивого и беспомощного, как ребёнка. *В.Г. Короленко «Без языка»*

Или Парижского синдрома.

*Тоска по дому* [8] с потерей привычного круга общения.

Я так мало имею сношений с русскими, что решительно ничего не знаю, что у них делается ... среди парижского веселья, шума расслышала один звук, проникший прямо в сердце – голос с родины, отзвук её жизни. *Е. Дьяконова «Дневник. 4 января 1902, суббота»*

Хоть я с вами почти незнаком / И далёко отсюда мой дом, / Я как будто бы снова / Возле дома родного. / В этом зале пустом ... *Е. Долматовский «Случайный вальс»*

*О. изгоя*

«Заклёванный» обитателями птичника Гадкий Утёнок бежит на болото (метафора депрессии), где его ждёт прозрение в прояснении самоотражения и самовосприятия.

Наедине с самим собой перестаёшь быть один ... слишком много бездонных глубин для отшельников! *Ф. Ницше «О друге (Так говорил Заратустра)»*

Он лежал во тьме и знал, что он отщепенец. *У. Голдинг «Победитель мух»*

Травля делает уязвимым и беззащитным.

... непримиримая вражда между этим худым, нежным мальчиком и всем вторым классом. И в этой-то самой припадочной, безумной дерзости, с которой Сысоев восставал против «всех», и заключалось ... загадочное, страшное и притягивающее ... А. Куприн «На переломе»

Очередь дошла до левофлангового солдата Хлебникова, который служил в роте общим посмешищем ... как могли взять на военную службу этого жалкого, замороженного человека, почти карлика, с грязным безусым лицом в кулачок. И когда подпоручик встречался с его бессмысленными глазами, в которых, как будто раз навсегда, с самого дня рождения, застыл гупой, покорный ужас, то в его сердце шевелилось что-то странное, похожее на скуку и на угрызение совести ... А. Куприн «Поединок»

**Цифровое О.** Двухнаправленная причинно-следственная связь между О. и Сетью. Общение сопровождается парадоксальным послевкусием: всё в высоком разрешении, но перед экраном лишь силуэт цифрового следа. Чрезмерное пассивное потребление усилит О, но умеренное – обогатит социальные связи и уменьшит чувство О. [9, 10], как в дискриминируемых группах риска суицида. Гипотеза вытеснения (displacement hypothesis) утверждает, что некоторые предпочитают избегать социального взаимодействия в реальном мире ради интернета, но риск нивелирован облегчением взаимодействия. Связь «интернет-зависимости» и О., по крайней мере, молодежи и пожилых, показана до и во время пандемии COVID [8]. Кибербуллинг – ещё более жесток, чем «обычная» травля, своей всепроникаемостью и суицидоопасен.

**Изоляционное (Lockdown) О.** – в результате социальной разобщённости во время пандемии и сходных чрезвычайных ситуаций.

Снятие карантина (от фр. и итал. «сорок дней») нивелирует О.

Концепция «социального дистанцирования» введена для поддержания безопасного пространства вне дома, но речь о физической дистанции. Люди чувствовали себя социально изолированными [8, 12, 13] при растущем напряжении в семье в условиях домашнего ареста.

Примыкает **физическое О**, добровольное (зверолова, старателя) и насильственное – узника (см. Часть III настоящего Обзора).

**Эмоциональное**, негативное внутреннее (субъективное, внутриличностное) [2, 14] О. в результате недостатка эмпатических поддерживающих связей с беспокойством «покинутого ребенка», неудовлетворённой потребностью признания; утраты не подлежащей (скорой) замене фигуры привязанности; по причинам

сливается с **социальным (микросоциальным) О.** При физическом и психическом (О. инобытия) расстройствах (см. следующие части Обзора).

Внутриличностный конфликт – негативное переживание, отражающее противоречивые связи внутреннего мира с социальной средой.

(Само)Отчуждающее О. [15] – длительное обособление от близких, ценностей мира ... закрыв врата и окна очей. *Иероним*  
И приходит молчание.

Человек ... единственное животное, для продолжения рода нуждающееся в разговорах. *Р. Музиль «Человек без свойств»*

Окружающие формально благожелательны, но слишком заняты своей жизнью и не заинтересованы в глубоких отношениях с тобой.

В мире ограниченное количество душ и неограниченное количество тел. *М. Цветаева*

У антигероя Сартра всплывают отрывочные мертвеющие картинки воспоминаний или вымысла.

Мои воспоминания – словно золотые в кошельке, подаренном дьяволом: откроешь его, а там сухие листья. *Ж.-П. Сартр «Тошнота»*

Одинокий не доверяет себе, отрицает собственные чувства и стремления [16].

Эмоциональная изоляция приводит к неопределённости *Я. К. Хорни*

Он не доверял её любви; одиночество более одиноко, чем недоверие. *Джордж Элиот*

Переживанию «реальности одинокого существования» способствуют столкновение один на один с жизненными катаклизмами.

У «человека из подполья» Достоевского О. «безгранично в пустыне человеческой» на фоне житейских драм, органично вплетенных в философскую концепцию и эго-тексты автора.

Основные эмоциональные потребности не удовлетворены [17] при недостатке тепла, внимания, близости, нежности; сочувствия: непонимание, слушание, доверие и разделение своих чувств; защиты: отсутствие внешней поддержки.

Как мало прожито – как много пережито! / Надежды светлые, и юность, и любовь... / И всё оплакано... осмеяно... забыто, / Погребено – и не воскреснет вновь! *С. Надсон*

**Умственное превосходство**, возможно, мнимое, препятствует единению с близкими (пьесы Ибсена, Чехова) и сверстниками.

«Подпольный» человек Ф. Достоевского мнителен и обидчив, как горбун или карлик

И при этом ... постоянно считал себя умнее всех, которые меня окружают.

Студенты-агрономы такие ограниченные малые, только и умеют говорить о своих репетициях да

экзаменах. Так как я с ними не кокетничаю, то на меня они нуль внимания. *Е. Дьяконова «Дневник русской женщины. 25 декабря 1900»*

Генка Шестопап («Доживём до понедельника», к/ф СССР, 1968) – в фамилии своеобычность, «инакость» – в самодельной максиме цитирует Конфуция вне школьной программы (возможно, всегда новая мудрость пришла из ноосферы, потому зачеркивает «по-моему») без выстраданного продолжения:

... большое счастье – когда тебя любят, настоящее счастье – когда любишь ты.

Созвучно у «второстепенного» поэта:

Какое счастье быть несчастным... *А. Кушнер*

Возраст и опыт О. не лечит.

... мне ничего не надо ... кроме понимания. Вернее, желания понять. Понять, послушать, и представьте, посочувствовать. Но понимание и сочувствие – дефицит. У меня такое впечатление, что они вообще просто отсутствуют, их просто нет в природе... *«Одинокая женщина желает познакомиться», к/ф СССР, 1986.*

*О. нелюбви* (романтическое, семейное) без интимной привязанности [14, 18, 19].

*И ближнии мои отдалече мене стааа.* Пс. 37: 13.

...чужих людей соединённость и разобщённость близких душ! *Е. Евтушенко*

Пытка скованных одной цепью привычки и обстоятельств.

Головы «Влюблённых» Р. Магритта укутаны тканью, сходную с тюремной маской, с намёком на взаимную обречённую слепоту.

«Любовь живёт три года» (роман Ф. Бегбедера) – популяризированный миф, что «гормональная буря» страсти уступает права скуке и разочарованию.

Пары похожи на «TwiX» в отдельных обёртках.

Если боитесь одиночества, то не женитесь. *А.П. Чехов*

Часовой механизм брака был запущен с уже ношенными, но непритёршимися частями. Да и собраны они были руками халтурщика. ... Просыпаясь иногда среди ночи, я всей правой половиной своего тела чувствовал, что рядом со мной почему-то лежит посторонний человек. *И. Меттер «Пятый угол»*

Тоска ... и выпить нечего. Лежу тут на диване в одиночестве, с женой... *С. Довлатов «Чемодан»*

Идиотизм семейной жизни.

... прозябали в оступелом полусне, от нетерпения женились с бухты-баракты, наудачу мастерили детей. В кафе, на свадьбах, на похоронах встречались с другими людьми. Время от времени, попав в какой-нибудь водоворот, барахтались и отбивались, не понимая, что с ними происходит. Всё, что совершалось вокруг, начиналось и кончалось вне поля их зрения ... *Ж-П. Сартр «Тошнота»*

... в ночной слепоте, / вываляясь мясами в пухе и вате, / сползутся друг на друга потеть. / Города содрогая скрипом кроватей. *В. Маяковский*

Брак-разочарование холоден и пуст, разрушителен.

И вот через три месяца святое сокровище ходит в затрёпанном капоте, туфли на босу ногу, волосёнки жиденькие, нечёсанные, в папилютках, с денщиками собачится, как кухарка, с молодыми офицерами ломается, сюсюкает, взвизгивает, закатывает глаза ... Мотовка, актриса, неряха, жадная. И глаза всегда лживые-лживые... Теперь всё прошло, улеглось, утряслось. Я даже этому актеришке в душе благодарен... Слава богу, что детей не было. *А. Куприн «Гранатовый браслет»*

– Несчастливая я! – зарыдала дьячиха. – Коли б не ты, я, может, за купца бы вышла или за благородного какого! Коли б не ты, я бы теперь мужа любила! Не замело тебя снегом, не замерз ты там на большой дороге, ирод! *А. Чехов «Ведьма»*

... и у дьячка «пытка продолжалась».

Сам замолчи... Хватит... Двадцать три года я живу по выражению твоего лица... Сволочь! *Ф. Горенштейн «Бердичев»*

О. коренится в поиске / оживлении любви: обращено к прошлому в тоске, что было и никогда не будет; к будущему от тоски по тому, что могло бы быть, но не сбылось [21].

Ничто так не озлобляет женщину, как одиночество, особенно если она замужем, потому что в этом случае ей невозможно принять ухаживания мужчин... *К. Мэнсфилд «Фрау Фишер»*

Я стою у ресторана – замуж поздно – сдохнуть рано. *Э. Радзинский*

Маленькая женщина стоит у окна / Маленькая женщина – одна, одна / Там – белая зима, там – черные дома / Кого она ждёт – не знает сама / Никто не спешит к ней – никто, никто. *Булат Окуджава*

Позволь мне стать / Тенью твоей тени, / Тенью твоей руки, / Тенью твоей собаки, / Не покидай меня, / Не покидай меня! *Жак Брель «Не покидай меня»*

Назначь мне свиданье, хотя б на мгновенье, / На площади людной, под бурей осенней, / Мне трудно дышать, я молю о спасенье... *М. Петровых*

Неисполнимая идея андрогинов Платона превратилась в романтический идеал и обрекает на вечный поиск жестоко отделенной половины, чтобы познать истинное счастье, отмычки от штрафного изолятора.

И не видно лиц – / Все шаги одни. / Все шаги, шаги, / Все обман, обман. / Не моря легли, / А слепые дни, / Не белы снега, / А седой туман. *М. Анчаров «Белый туман»*

Объяснимо традиционное внимание исследований О. к выборкам пожилых.

Не говори: «отчего это прежние дни были лучше нынешних?», потому что не от мудрости ты спрашиваешь об этом. *Екклесиаст, 7, 10*

Время жизни в ухе каждого / С разной скоростью звучит. *И. Губерман*

... Ни на что не хочу откликаться. Никогда ещё не было у меня такого стремления к одиноче-

ству. Удирая надолго из города в посёлок, выключаюсь из штепсельной розетки – живу обесточенный ... среди неотысканных могил. *И. Меттер «Пятый угол»*

Постепенно, когда человек входит в возраст, обнаруживает, что даже в собственной стране он как бы за границей ... И чем дальше с годами, тем больше каждый из нас вынужден чувствовать себя одиноким, в незнакомой обстановке. *О. Иосилиани*

Дух кладбища начинает сопровождать стареющую жизнь, особенно одинокую, достаточно рано, и домашние предметы вокруг неё, приобретая неподвижность, несменяемость и постоянство, гораздо раньше подсказывают постороннему свежему взгляду, чем самому человеку, что свою жизнь ныне он должен ощущать как прощание. *Ф. Горенштейн «Место»*

*Доверительное О.* – не с кем разделить боль и страх, успех и поражение.

Разрешите излить душу – ни в коем случае: я только прибралась. *Из Сети*

Неразделённая радость – беда, пережитая в О. – невыразимая боль.

Ему хотелось брата или сестру. Ему хотелось умереть. *Трумен Капоте «Другие голоса, другие комнаты»*

Тема «родственной души» мучительна, устанавливая планку гетеросексуальной близости и обещающая страстное разрушение. *Фэй Банд Альберти «Биография одиночества»*

Они шагали рядом – два мира чувств и понятий, неспособные сообщаться. *У. Голдинг «Победитель мух»*

Когда мы глядим друг на друга, два разных мира отражаются в зрачках наших глаз. *М. Бахтин «Автор и герой»*

Эпиграф к чеховской «Тоске»:

Кому повем печаль мою / Кому призову к рыданию? *Плач Иосифа Прекрасного*

... Нету Кузьмы Ионыча... Приказал долго жить... Взял и помер зря... Лошаденка жует, слушает и дышит на руки своего хозяина... Иона увлекается и рассказывает ей всё...

... без постороннего внимания и волнения тоска эта была вялой, скучной и не приносила сладости, ибо один из признаков детства – это возможность кого-нибудь мучить и волновать. *Ф. Горенштейн «Искушение»*

*Переживание (горе) утраты* [21].

Когда теряем брата или сына, друга, говорим, что остались одинокими, хотя ... столько народу нам встречается .... «одинокий» ... беспомощный и предоставленный всякому желающему причинять вред. *Беседы Эпиктета*

Без тебя я – без племени и без роду / Существо, подобное недобитку. / Без тебя за окном помертвела природа, / И похоже сейчас окно на открытку. *Инна Лисянская*

Замужняя эгоцентричная женщина не забывает погибшего возлюбленного: ведь он её смешил. Жизнь в омуте немом отчаяния, бездельной безрадостности, безнадёжности нелюбви: вяло мечтает о собаке: «пусть хоть кто-нибудь в семье будет похож на меня». Неприкаянная, отданная няньке, дочурка сочиняет приятелей и ютится на краю постели, чтобы очередного не стеснить. *Дж. Сэлинджер «Лапа-растяпа»*

Вдовец Элвоар:

Я думал, что сумею разорвать пространство / Своей печалью голой одинокой / Я распростёрся на полу своей тюрьмы / Как здравомыслящий и опытный покойник / Увенчанный своим небытием / Я распростёрся на волнах абсурда / На зыби яда на влечение к праху / И одиночество казалось мне сильнее / И горячей, чем кровь. *Поль Элюар*

Горе ведёт к потере интереса к внешнему миру со сосредоточением на страданиях.

Сальвадор Дали после смерти Галы более двух лет провёл в комнате с закрытыми ставнями, общаясь с медсёстрами; госпитализирован в весе легче пера.

Острое О. становится хроническим, переходя в безнадёжность.

Знал соль слез, / Нежилые стены. / Ночь без сна, – / Сердце без тепла. / Газ, как газ, / Город опустелый. / Взгляд без глаз / Окна без стекла... *С. Кирсанов «Жил-был я»*

Мёртвые дни убивали. Она постарела, опустилась, стала неопрятна, забывала причесаться. Выходила раз в неделю, чтобы отнести работу и купить хлеба, сыра, яиц. Работала плохо, просчитывала петли, распарывала, приносила вязанье затрёпанное и грязное ... Пошли дни живые и мёртвые. Иногда так ясно чувствовалось, что мальчик сегодня придёт. И тогда она причёсывалась и наряжалась. *Тэффи «Мать»*

*Утрата любви / дружбы*

Любовь – это тоже ребёнок – её закопать это грех. *Е. Евтушенко*

Любовь убивает, точит сердце, / Любовь убивает, оставляет глубокие шрамы, / Она кажется безобидной забавой, / Сокращает линию жизни, / Приносит мучения, не позволит забыть, / Потому что любовь, любовь, любовь не отпустит. *Фредди Меркьюри*

Недопитый ею чай ещё хранил тепло, над ним ещё поднимался пар, и муха наслаждалась каплей сладкого чая, которую бывшая жена уронила с чайной ложечки. Это были последние физические деяния бывшей жены в его жизни. Её уже не было и никогда не будет, а её деяния ещё можно было созерцать. Она увезла с собой восемь лет его жизни, а оставила, как точку, как итог, эту крошечную чайную лужицу и муху, которую она поила. *Ф. Горенштейн «Муха у капли чая»*

Сериалы («Друзья», «Теория большого взрыва», бандитская отечественная «Бригада») о завидно сплочённой компании.

Жалобы на О., если отношения не отвечают ожиданиям:

... ко мне мой старый друг не ходит, / а ходят в мелкой суете / разнообразные не те. *Е. Евтушенко*

Спустя годы слово «как бы» найдено.

*Адронитис* – ироничный неологизм – сложная эмоция из «Словаря неясных скорбей» (The Dictionary of Obscure Sorrows) вовсе не психолога Джона Кёнига: чувство досады или нетерпения после знакомства с интересным человеком с осознанием, что для того, чтобы узнать человека и завязать близкие отношения, уйдёт непозволительно много времени.

Так тоскует в последней любви герой «Продлись, продлись очарованье», к/ф СССР, 1984.

Без обесценивания значимости темы:

*О. потери домашнего питомца*

Сиротка, пышно похоронив единственного друга-рыжую кошку, возненавидела отца, не умевшего сострадать; умирала в отчаянии от пневмонии (спойлер: кошка ожила, девочка обрела добрую мамочку). «Три жизни Томазины», к/ф США - Великобритания, 1964.

Смерть золотой рыбки, единственного собеседника «аутичного дефектного больного», привела его к «импульсивной» суицидальной попытке (*наблюдение автора Обзора*).

И не только:

... так устал от безделья, что несколько недель назад начал разговаривать с нагревателем ... В сущности, он был самым старым его товарищем. *М. Уэльбек «Карта и территория»*

Экзистенциальное (глобальное, космическое, «истинное», исходное, сущностное) О. [16, 23, 24] изначально присуще всем («всехнее» О.) как универсальный аспект, неотъемлемое свойство, фундаментальное состояние.

Густав Флобер, великий несчастный мира сего из числа немногих великих провидцев, другой женщине отчаянные слова: «Мы все в пустыне; никто никого не понимает». *Мопассан «Одиночество»*

Всё человечество давно / Хронически больно. / Со дня творения оно / Болеть обречено. *В. Высоцкий «История болезни»*

Мы одиноки, и нет нам извинений. *Ж-П. Сартр «Экзистенциализм – это гуманизм»*

*О. устойчиво, «бытийно» Ж.П. Сартр*

Но русскому сердцу везде одиноко... / И поле широко, и небо высоко. *Юрий Кузнецов*

Неиспользованный последний кадр «Ивана Грозного» Эйзенштейна – чахлая фигурка у безбрежного моря.

Человек «вброшен» в мир и обречён на пожизненное О.

Всё сущее рождается беспричинно, продолжается по недостатку сил и умирает случайно. *Ж-П. Сартр «Тошнота»*

Входим в мир со сжатыми кулачками, намереваясь завоевать мир (О. властелина). Уходим с бес-

сильно разжатыми ладонями, ничего не взяв с собой: «Я вернулся и весь твой, Создатель».

Никому никогда не дано узнать никого. Все мы приговорены к пожизненному одиночному заключению в собственной шкуре! *Теннесси Уильямс «Орфей спускается в ад»*

Конечная метафизическая предпосылка О. в понимании человека как единственного в живом царстве самосознающего существа (*Дж. Ховард «Клетка телесного цвета», 1975*). О. в оболочке крайней (солиптической) субъективности.

Я живу – не придумаешь лучше, / сам себя подпирая плечом, / сам себе одинокий попутчик, / сам с собой не согласный ни в чём. *И. Губерман*

Вопросы смысла жизни и смерти связаны с неодолимой пропастью общения. Обособленность бытия в аспектах изначального и неотвратимого коренится в «О. – неслиянности» (*Хосе Ортега-и-Гассет*) – изначальной и неодолимой обособленности «Я». «О. – бездомность» – неопределённость роли и смысла пребывания в мире; неприкаянность без гармонии с миром и «обречённость» на выбор действия при невозможности переложить ответственность на кого-либо (*Ж-П. Сартр*).

«О. близости к Богу» [20]: брэнное Я в пересечении времени, случая и вселенской любви. Человек стремится сохранить уникальное личное в аморфном «небытие» (Его как недифференцированное желание Гегеля); боится и ждёт растворения «Я» в беспредельном «океаническом чувстве» (*Р. Роллан*) при паскалевом «созерцании безмолвной вселенной». Близко к дионисийскому состоянию сознания (*Ф. Ницше*). Пример изменённого состояния сознания, содержание эпилептической ауры, при приёме психоделических веществ.

Лермонтовское О. – вселенское.

Живу – как неба властелин – / В прекрасном мире – но один.

Поэзия человека, отчужденного не только от любого данного социального контекста, но и мира как такового. *И. Бродский «Из заметок о поэтах XIX века»*

Передача столь притягательной миссии:

... он не был советским человеком. Любопытно, что и антисоветским не был. Он был где-то вне... *Довлатов о Бродском*

Человек беспомощен перед силами природы, покорно (?) принимая свою конечность.

Эллипсизм – печаль недостижимости близкого-далекого будущего, где заневестятся твои внуки.

Близкие не одарят бесконечной любовью, вызывая ощущение приближающейся беды.

Космически одинок бессмертный Хозяин. *Е.Шварц «Обыкновенное чудо»*

Как Агасфер.

Возможно,

Изолированность индивидуума есть непатологическая данность существования. *И. Ялом*

Но некто страдает от неприкаянности клинического уровня.

Отчуждение – не следствие внешних обстоятельств, но чувство пропасти меж собой и другими и отделенности мира [25].

Настоящее одиночество, когда всю ночь говорите сами с собой – и вас не понимают. *М. Жванецкий*

Рокантен Сартра в полубезумии погружается в О., не способный сосуществовать с абсурдом псевдодействительности:

В мире нет ничего закономерного. Все случайно. Существование не является необходимостью – быть здесь, только и всего. *Ж.-П. Сартр «Тошнота»*

Мир

... игра безразличных сил и хаос мучительных выражей», отдельные его элементы друг с другом никак не стыкуются, в нем избыток шума, гама и трескотни, его глас – лишь оповещение о мучениях ... «собратья по бытию», заброшенные в этот неотопливаемый, продуваемый сквозняками барак – никак не желая смиряться с отторгнутостью от предполагаемого неземного блаженства, – вечно пылают в лихорадочном ожидании ... *Ласло Краснахоркаи «Меланхолия сопротивления»*

Парафраз Шекспира о жизни человеческой как полубезумным рассказанной повести, полной «шума и ярости».

Маски О.

Праздная с виду живость сестры потрескивала в его одиночестве, как огонёк в холодной печи. *Р. Музиль «Человек без свойств»*

Не перенося грубости мира, раненный этой грубостью, Найт скрывал за маской боль, но маска превратилась в чудовищную реальность. *В. Набоков «Подлинная жизнь Себастьяна Найта»*

Надпись на груди Найта «Я одинокий художник» изменена «невидимыми перстами» на «Я слеп».

Большинство, едва заглянув в глубины «Я», спешат отвернуться, ибо при взгляде в себя теряется опора, фундамент даёт трещину, земля разверзается, а в провале – бездна. *Б. Паскаль «Мысли»*

«Одинокая толпа» (D. Risman, 1950) в переизбытке обезличенного общения, растворении в обществе при поиске интимности и приватности, потребности в единении с другим и невозможности этого.

Что может быть ужаснее этого постоянного соприкосновения существ при невозможности слиться с ними? Мы любим так, как будто мы прикованы близко друг к другу, и, простирая руки, мы не можем соединиться. Мучительная потребность единения гложет нас; но все наши усилия тщетны, порывы бесплодны, изливания бесполезны, объятия бесильны, ласки пусты. *Мопассан «Одиночество»*

Морды, прожелкшие, обиженные, обойденные судьбой, ходят по опустелым улицам, дают друг другу советы, смотрят в окна магазинов на выгоревшую дешёвку, празднуют свой сезон. *Тэффи «Мёртвый сезон»*

Постоянное чувство, что нужно стать лучшей («экспортной») версией себя, чтобы нравиться в зависимости от социальной ситуации защищает от отвержения, но блокирует подлинные связи:

... предлагают облегчение от воздействия, от бремени быть замеченным ... Отказаться от проверки – значит уклониться от возможности отторжения, хотя и от возможности принятия, бальзама любви. *Оливия Лэйнг «Одинокий город»*

Вердикт «убежденное О.» не означает герметизации: возможны партнёры. Но мнение, ощущение, действия, нейтрализуют попытки общения. Мотивация человека: «не готов», «не могу», «не должен» задерживает принятие разумного решения измениться с привлечением внутренних и внешних ресурсов. Состояние становится чертой характера.

Утешение:

Будешь хорошим и будешь одинок. *Марк Твен «По экватору: Путешествие вокруг света»*

«Суэта одиночества» (С.Е. Moustakas, 1972) – защитные механизмы человека в страхе истинного О., отдаляющие от решения экзистенциальных и житейских вопросов путем «активности ради активности» с людьми, поверхностного общения с отрывом от подлинного бытия.

Все проблемы человечества проистекают из неспособности спокойно посидеть в одиночестве. *Блез Паскаль*

Переизбыток социального взаимодействия приводит к О. [22]. Тяга к случайной компании – фрагмент портрета Дориана Грея.

Сплю с актрисой-травести: / не с кем время провести!

... орет на жену, что щи не в наваре / ... Живёт с другой – киоск в ширину, / бельём – шантанная дива / ... Пять баб переменит в течение суток. *В. Маяковский*

Предварительные итоги

Вавилонская башня О. в единстве противоречивости сходных понятий «уединение» («solitude»), «О.» («loneliness»), «изоляция» («isolation»), «приватность» («privacy»), «отчуждение» («alienation») с вольным переходом от «alone» («один») к «lonely» («одинокий») или от «solitude» («уединение») к «loneliness» («О.») [26] с позитивным и негативным содержанием [23, 27].

Где недостаток знаний – слову встать и суждено. *Гёте*

Показательно и хаотическое наполнение суицидологического словаря [26].

Понятия связаны, сопутствуют друг другу, почти синонимичны, но не взаимозаменяемы и не равнозначны, концептуально различны (см. Часть I Обзора).

Поиск «действительного» значения О. возможен на «стыках» терминов (римский бог межи).

Кустистая поросль О. отнесена к малой части континуума родственных понятий от мучительного отчуждения до благостного добровольного уединения.

Обычно в отрицательном с точки зрения человека варианте заключён нераспознанный положительный ... Решающее значение имеет не то, что ты делаешь, а только то, что ты делаешь затем! *Р. Музиль «Человек без свойств»*

О. вряд ли однородное, статичное и/или линейное переживание, не поддаётся количественному измерению; отражает разлад, опустошенность внутреннего мира, воспринимаемый как неполноценность отношений с миром, «кризис ожидания», потенциально суицидоген-

ные безнадёжность и разочарование (Часть I Обзора).

Основу субъективного О. составляют особенности негативного восприятия, предпосылок О. (личностный выбор и / или внешние обстоятельства). Сколь ни различны формы и типы О., его корни в социально-психологическом отчуждении. О. аккумулирует кризис внутри- и межличностного понимания.

Но знаете, доктор, что-то важное возникает обычно как раз тогда, когда чему-то придаёшь важность! *Р. Музиль «Человек без свойств»*

Типы О. отчасти пересекаясь, относительно независимы и свидетельствуют о разрыве (недостатке) отношений и связей, составляющих мир и условие развития личности. Уровни, непатологические и в развитии болезненные (требующие лечения) переживаний определяют группы риска О.

В ответ на запутанность терминологии разумны попытки описать О. в взаимосвязи с родственными понятиями в рамках единого подхода [28], чему посвящена Часть III настоящего Обзора.

## LONELINESS AND SUICIDAL BEHAVIOR. PART II: FORMS AND TYPOLOGY OF POOLS AND WHIRLPOOLS OF LONELINESS

*E.B. Lyubov, A.N. Kulikov*

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

### Abstract:

Loneliness (hereinafter referred to as L) is not directly included in the extensive (expanding) set of risk factors in models of suicidal behavior (SB), but represents a growing clinical and social public health problem worldwide. The second chapter of this Review clarifies the definitions, forms, and typology of L, useful for understanding it and for scientific and practical purposes, drawing on illustrative material, primarily from fiction and self-descriptions, within the framework of a qualitative analysis. Loneliness is presented as part of a continuum of socio-psychological (shaping the "normal" subject), existential, and potentially suicidogenic clinical conditions in their development.

*Keywords:* loneliness, forms, types, continuum, suicidal behavior

You should listen carefully  
to these noises and whispers of the world  
and try to notice a multitude of pictures in them...

*Michel Foucault*

The unfortunate wanderer is a lonely soul –  
What are you looking for?!

*E. Dyakonova "Diary of a Russian Woman "*

Loneliness (hereinafter L.) is fractal – a “clear view” of the diversity of life indicates a spectrum of gradients of “shades of gray”, as in depression.

L. of invisibility (the torment of Dostoevsky's characters) and discomfort, like the chill of urban smog ("but you couldn't"). L. of walking out of step with untied footcloths, or something alluring and unattainable, like a rainbow. The fear of public humiliation, a scarlet letter of a burn (for some, spit is God's dew). L. of failure, dark and frozen, like the mouth of a dormant volcano. L. of success, shiny and prickly, like a trick. L. of

someone who has fallen out of love, black and white, like a chest X-ray.

Broad understanding of L. represent established definitions and models with the allocation of forms and types. The experience of interconnected aspects is heterogeneous: frequency, duration and intensity of experiences.

Forms of L. (behavioral and communication features): time parameters.

(Brief) temporary, acute L. is associated with new conditions or situations in life; refers to to transient unpleasant sensations.

L. at a family reception, in full swing of a party, at a common table with a “gap” between loved ones and an inability to fit into the mainstream (“I am different”).

Soon Bulanin was left alone. He continued to cry. Besides the pain and undeserved resentment, some strange, complex feeling tormented his small heart – a feeling akin to having just committed some bad, irreparable, stupid act... This first day of school life dragged

on for Bulanin terribly slowly, tediously, and heavily, like a long dream... *A. Kuprin, "At the Turning Point"*

"The Bitter Daytime L." of an orphaned teenager in a strange home. *Truman Capote's "Other Voices, Other Rooms"*

Unofficially, but quite clearly, she again made it clear to me that I was a stranger here, a superfluous one, and at that moment, without any particular reason, I suddenly experienced such loneliness, such isolation from everyone, as I had not felt all day. *J. D. Salinger, "The Glass Saga"*

A little bit personal.

Justifiably kicked off the school volleyball team, the author of the current Review spent five evenings wandering beneath the inviting windows of the gymnasium, vaguely intending to make a mark with a brick. Then he went to a nearby stadium to offer his services. Or not.

Weekend (vacation) L. – the painful experience of quiet, empty days without routine, with unrealistic/unfulfilled expectations: we "should" socialize, we should have fun, leaving (or joining someone in) bed. A painful feeling at Christmas, New Year's Eve, or on a warm summer vacation. Social pressure will trigger acute stress.

A drunkard can't bear a weekend in a deserted city without the supervision of his loved ones. *"The Lost Weekend," a 1945 American movie.*

A farmer can work alone all day in the field or forest with a hoe or an axe and not feel lonely because he's busy, but in the evening, when he gets home, he can't stay alone with his thoughts and wants to be "with people." He doesn't understand the scientist, "who can sit alone at home without fear of boredom or melancholy"... when a person thinks or works, he is alone with himself. *Henry David Thoreau*

...The weather is a four with a minus... And most importantly, there are absolutely no men here... Many girls leave without having a rest... *S. Dovlatov "The Reserve"*

Majority people cope with memorable experience of L. independently and/or when circumstances change.

Well, farewell! Somehow, until spring, I'll live alone – without a wife... *I. Bunin "Loneliness"*

Dissatisfaction with social and personal needs draws into L. [1].

Loneliness, from a purely external circumstance, very quickly transforms into a state of mind in which neither irony nor skepticism is possible. It paralyzes the mind and drives thoughts into the impasse of profound disbelief. *J. Conrad "Nostromo"*

A person encounters L. as a long-term "habitual" (like a hump) condition.

*Chronic L.* – "remarkably persistent" [2] (at least two years?) a condition caused by persistent psychological and personal circumstances.

He didn't choose loneliness... to cope with suffering... immediately after his mother's death, but that had passed long time ago. Nor did he seek the great truth

usually found at the price of solitude. ... His solitude was a constant escape from a world that had offended and wounded him. However, no more so than others... *Ya. Vishnevsky "Repetition of Fate"*

... A complete and permanent exclusion from all communication is a profound and unconditional displeasure... a life of solitude is contrary to the ends of existence, even death inspires greater horror. *E. Burke*

Types (kinds) of L. reflect and develop theoretical performances about a diverse phenomenon [2-4].

There are three wide concepts of L. at the core majority theoretical approaches (see Part I of this Review). Significantly different and partly overlapping descriptions reflects conceptual diversity of L.

Social, or interpersonal L. [2] – at absence or lack of involvement (belonging, community), attractive close relationships; psychological distance, gap social networks. Unsatisfied need (frustration) for satisfying relationships.

Discursive representation of L. in the opposition of individual and collective.

"Well, how do you feel about the collective?" the devil suddenly asked. "Badly. When people are in a group they don't blush. The individual blushes alone. Each individual blushes alone... *F. Iskander "A Dream of God and the Devil"*

T. Joiner's interpersonal theory addresses the experience of separation from others. The desire to die is determined by the perceived burdensomeness of others (the subject perceives themselves as a burden, especially for loved ones) and the lost sense of belonging to a group.

A half-mad poet-artist at the latest benefactor who has given him shelter for the night: "A terrible sign at the entrance: Think about it, people: "Post Office."

People are lonely because they build walls instead of bridges. *Art. Jerzy Lec*

*L. among people*

Friendship is as rare as love. And acquaintances... I don't need them. *M. Tsvetaeva*

Your life's path unfolds in such a way that you only interact with others superficially and accidentally, without any soul-to-soul connection. This is the most painful human condition. *A.A. Zinoviev "The Path to Calvary"*

L. is not associated with an objective lack of communication.

L. is a certain state of helplessness. If someone is alone, it does not mean that he is lonely, if someone is in a crowd, it doesn't mean that he is not alone. *Conversations of Epictetus*

...I felt as distant from people as a lonely evening star in a hopelessly clear sky. *D. Merezhkovsky "The Resurrection of the Gods. Leonardo da Vinci"*

Alienated from society, unable to fit into the mainstream, with a resentful sense of being misunderstood and unwilling to understand others. For this, others dislike them.

A fool complains that people don't know him, but a smart person complains that he doesn't know people. *(Tajik proverb)*

...he couldn't understand, and this left him feeling hurt and even lonely...those around him seemed to be living with something other than news from the front. *A.I. Solzhenitsyn*

"Capitalist" L. in the feeling (sometimes convenient irresponsibility) of being a cog in a giant mechanism.

A robotic worker as part of a conveyor belt. *"Modern Times" a 1936 American movie*

Karl Marx called L. the alienation of the proletariat (Latin for "producing offspring," but not the joy of a meaningful life).

The inner emptiness, the monstrous mixture of insight into details and indifference in general, the incredible loneliness of man in the desert of trivialities, his anxiety, anger, unparalleled heartlessness, greed, coldness, and cruelty are characteristic of our time and represent... the consequence of the losses inflicted on the soul by logically acute thinking! *R. Musil "The Man Without Qualities"*

*Situational L.* (new circumstances, change of fate) due to stressful life events.

Anomie as an individual experience is a sense of antigravity between people in the sociological concept of E. Durkheim. If social solidarity is a state of collective ideological integration, then anomie is a state of disorder and illegality, meaninglessness and devaluation, powerlessness and alienation, accompanying rapid socioeconomic shifts that destroy the order of society and the reorientation of society toward new values (as in the case of revolutions and natural experiments such as perestroika).

And people become – a handwriting / in rare letters / a timesheet. *Boris Slutsky "Departure"*

Repairmen discovered a mummified old woman in an apartment that had been sealed off for years. Next to her bed was a diary, the only companion, with identical entries: "Nothing happened."

Close is *cultural L.* since the individualism of the Enlightenment – ideals and notions of what is right, absorbed by the native cultural environment, do not find understanding among others. New cultural values are unacceptable for the inner world [5, 6]. A feeling of isolation and alienation from society due to cultural differences. Similar to social L. ("in the crowd"), but with additional barriers, such as language and traditions. The Old Testament conflict between fathers and children in the difference of worldviews:

People were not sitting at the table according to seniority. Foolish old age is no less pitiful than cowardly youth. *I. Babel "The King"*

*Migrants* [7] experience L. because they are homesick for their native culture. The effect is strongest for students from collectivist cultures when they go to study at universities in more individualistic countries.

*L. abroad.* The poor fellow is an "outsider" in a close-knit foreign-language crowd. They even start to have sharp ideas about starting relationship there.

...passengers noticed the enormous man... shy and helpless, like a child. *V.G. Korolenko "Without Language"*

Or Paris syndrome.

*Homesickness* [8] with loss of familiar social circle.

I have so little contact with Russians that I know absolutely nothing about what is going on there... amidst the Parisian gaiety and noise, I heard one sound that penetrated straight to my heart – a voice from my homeland, an echo of its life. *E. Dyakonova Diary*. January 4, 1902, *Saturday*

Even though I hardly know you / And my home is far from here, / It's as if I'm again / Near my home. / In this empty hall ... *E. Dolmatovsky "Random Waltz"*

*L. of an outcast*

"Pecked" by the inhabitants of the poultry house, the Ugly Duckling runs to the swamp (a metaphor for depression), where an epiphany awaits him in clarifying his self-reflection and self-perception.

When you are alone with yourself, you cease to be alone... too many bottomless depths for hermits! *F. Nietzsche "About the Friend (Thus Spoke Zarathustra)"*

He lay in the darkness and knew he was an outcast. *W. Golding "Lord of the Flies"*

*Bullying* makes you vulnerable and defenseless.

...the irreconcilable enmity between this thin, gentle boy and the entire second grade. And it was in this very frenzied, insane audacity with which Sysoev rebelled against "everyone" that lay... something mysterious, terrifying, and alluring ... *A. Kuprin "At the Turning Point"*

It was the turn of the left-flank soldier, Khlebnikov, who had served in the company as a laughingstock...how could they have recruited this pathetic, emaciated man, almost a dwarf, with his dirty, beardless face like a fist? And when the second lieutenant met his blank eyes, in which, as if forever, from the day of his birth, a dull, submissive horror had been frozen, something strange stirred in his heart, akin to boredom and remorse ... *A. Kuprin "The Duel"*

*Digital L.* A bidirectional causal relationship between L. and the Internet. Communication is accompanied by a paradoxical aftertaste: everything is in high definition, but in front of the screen there is only the silhouette of a digital trace. Excessive passive consumption will increase L., but moderate consumption will enrich social connections and reduce the feeling of L. [9, 10], as in discriminated groups at risk of suicide. The displacement hypothesis posits that some people prefer to avoid real-world social interactions for the sake of the internet, but the risk is offset by the ease of

interaction. Connection between "internet addiction" and L., at least among young people and the elderly, has been demonstrated before and during the COVID-19 pandemic [8]. Cyberbullying is even more brutal than "regular" bullying, being pervasive and suicidal.

*Lockdown L.* – as a result of social disunity during the pandemic and similar emergency situations.

Lifting of quarantine (from *French and Italian* "forty days") levels out L.

The concept of "social distancing" was introduced to maintain a safe space outside the home, but it refers to physical distancing. People felt socially isolated [8, 12, 13] amid growing family tensions under house arrest.

Similar is *physical L.*, either voluntary (hunter, prospector) or forced – prisoner (see Part III of this Review).

*Emotional*, negative internal (subjective, intrapersonal) [2, 14] L. as a result of a lack of empathic support connections with the anxiety of an "abandoned child", unsatisfied need recognition; loss not subject to (quick) replacement figures attachments; for reasons merges with *the social (microsocial) L.* For physical and mental disorders see the following parts of the Review.

Intrapersonal conflict is a negative experience that reflects contradictory connections between the inner world and the social environment.

(Self)Alienating L. [15] – long-term isolation from loved ones, *the values of the world*

...closing the gates and windows of the eyes. *Jerome*

*And silence comes.*

Man is the only animal that needs conversation to reproduce. *R. Musil "The Man Without Qualities"*

The people around you are formally friendly, but they are too busy with their own lives and are not interested in deep relationship with you.

There is a limited number of souls and an unlimited number of bodies in the world. *M. Tsvetaeva*

Sartre's antihero has fragmentary, dying images of memories or fiction.

My memories *are* like gold in a purse given to me by the devil: you open it and find dry leaves inside. *Jean-Pierre Sartre "Nausea"*

A lonely person does not trust himself, denies his own feelings and aspirations [16].

Emotional isolation leads to uncertainty *J.K. Horney*

He did not trust her love; loneliness is lonelier than mistrust. *George Eliot*

The experience of the "reality of lonely existence" is facilitated by a one-on-one encounter with life's cataclysms.

In Dostoevsky's "The Underground Man", L. is "boundless in the human desert" against the backdrop of everyday dramas, organically woven into the author's philosophical concept and ego-texts.

Basic emotional needs are not met [17] due to lack of warmth, attention, closeness, tenderness; empathy: lack of understanding, listening, trust and sharing of one's feelings; protection: lack of external support.

How little has been lived – how much has been experienced! / Bright hopes, and youth, and love... / And all mourned... ridiculed... forgotten, / Buried – and will not rise again! *S. Nadson*

*Intellectual superiority*, perhaps imaginary, hinders unity with loved ones (plays by Ibsen, Chekhov) and peers.

F. Dostoevsky's "The Underground Man" suspicious and touchy, like a hunchback or a dwarf

And at the same time  
...I constantly considered myself smarter than everyone around me.

Agronomy students are such narrow-minded little fellows; all they can talk about is their rehearsals and exams. Since I don't flirt with them, they pay zero attention to me. *E. Dyakonova "Diary of a Russian Woman. December 25, 1900 "*

Genka Shestopal ("Let's Live Till Monday," USSR film, 1968) – with his surname, which is full of originality and "otherness" – quotes Confucius outside the school curriculum in a self-made maxim (perhaps new wisdom always comes from the noosphere, which is why he crosses out "in my opinion") without a hard-won continuation:

... Great happiness is when you are loved, real happiness is when you love.

Consonant with the "minor" poet:

What happiness it is to be unhappy... *A. Kushner*

Age and experience do not cure L.

... I don't need anything... except understanding. Or rather, the desire to understand. To understand, to listen, and – just think of it – to empathize. But understanding and empathy are in short supply. I have the impression that they are simply absent, that they simply don't exist... *"A Lonely Woman Wants to Meet Someone," USSR movie, 1986.*

*L. of no love* (romantic, family) without intimate attachment [14, 18, 19].

And my neighbors are farther away from me. *Ps. 37:13.*

...the unity of strangers and the disunity of kindred souls! *E. Yevtushenko*

*The torture of being chained by habit and circumstances.*

The heads of R. Magritte's "Lovers" are wrapped in a cloth resembling a prison mask, hinting at mutual doomed blindness.

"Love lasts three years" (a novel by F. Beigbeder) is a popularized myth that the "hormonal storm" of passion gives way to boredom and disappointment.

*The pairs are similar to Twix but in separate wrappers.*

If you're afraid of loneliness, don't get married. A.P. Chekhov

The clockwork mechanism of the marriage was started with already worn but unbroken parts. And they were assembled by the hands of a slob. ... Sometimes, waking up in the middle of the night, I felt with my entire right side that for some reason a stranger was lying next to me. I. Metter "The Fifth Corner"

I'm sad... and have nothing to drink. I'm lying here on the couch alone, with my wife... S. Dovlatov "The Suitcase"

The idiocy of family life.

... they vegetated in a daze, impatiently marrying on the spur of the moment, making children at random. They met other people at cafes, weddings, and funerals. From time to time, caught in some whirlpool, they floundered and fought back, not understanding what was happening to them. Everything that happened around them began and ended beyond their field of vision... Jean-Paul Sartre "Nausea"

... In the blindness of the night, / spilling out like meat in fluff and cotton wool, / they will crawl on top of each other to sweat. / Cities shaking with the creaking of beds. V. Mayakovsky

A marriage of disappointment is cold and empty, destructive.

And so, three months later, the holy treasure walks around in a shabby dressing gown, shoes on bare feet, her hair is thin and unkempt, in curlers, bickering with the orderlies like a cook, acting up to the young officers, cooing, squealing, rolling her eyes... A spendthrift, an actress, a greedy slob. And her eyes are always so deceitful... Now it's all passed, settled down, settled down. I'm even grateful to this actor in my heart... Thank God there were no children. A. Kuprin "The Garnet Bracelet"

"Unhappy me!" the deacon's wife sobbed. "If it weren't for you, I might have married a merchant or some nobleman! If it weren't for you, I'd still be loving my husband! Why hadn't you been covered in snow or frozen to death on the highway, you bastard!" A. Chekhov "The Witch"

... and the deacon's "torture continued."

Shut up yourself... Enough... For twenty-three years I've been living by the expression on your face... You bastard! F. Gorenstein "Berdichev"

L. is rooted in the search/expectation of love: turned to the past in longing for what used to be and will never be; to the future from longing for what could have been but did not come true [21].

Nothing embitters a woman more than loneliness, especially if she is married, because in this case it is impossible for her to accept the advances of men... K. Mansfield "Frau Fischer"

I'm standing outside a restaurant – too late to marry, too early to die. E. Radzinsky.

A little woman stands by the window / A little woman – alone, alone / There is white winter, there are black houses / Whom she is waiting for – she herself does not know / No one is in a hurry to see her – no one, no one. Bulat Okudzhava

Let me become / The shadow of your shadow, / The shadow of your hand, / The shadow of your dog, / Don't leave me, / Don't leave me! Jacques Brel "Don't Leave Me"

Make a date with me, even if only for a moment, / In a crowded square, under an autumn storm, / I can hardly breathe, I pray for salvation... M. Petrovykh

Plato's impossible idea of androgynes has become a romantic ideal and condemns one to an eternal search for the cruelly separated half, to know true happiness, to find the master key to the punishment cell.

The traditional focus of L. studies on samples of the elderly is understandable.

Do not say, "Why were the former days better than current ones?" For you do not ask this question wisely. Ecclesiastes 7:10

...I don't want to respond to anything. Never before have I felt such a longing for solitude. When I flee the city for a long time to the countryside, I unplug myself from the power outlet – I live without power ... among undiscovered graves. I. Metter "The Fifth Corner"

The spirit of the cemetery begins to accompany aging life, especially lonely ones, quite early, and the household objects around it, acquiring immobility, immutability, and permanence, suggest much sooner to an outsider's fresh gaze than to the person themselves that they should now experience their life as a farewell. F. Gorenstein, "Place"

L. of trust – there is no one to share pain and fear, success and defeat with.

Let me pour my heart out – no way: I just cleaned up. From the Internet

Unrequited joy is a misfortune experienced in L. – inexpressible pain.

He wanted a brother or sister. He wanted to die. Truman Capote "Other Voices, Other Rooms"

The "soulmate" theme is tantalizing, setting the bar for heterosexual intimacy and promising passionate destruction. Faye Band Alberti "Biography loneliness"

They walked side by side – two worlds of feelings and concepts, incapable of communicating. W. Golding "Lord of Flies".

When we look at each other, two different worlds are reflected in the pupils of our eyes. M. Bakhtin's "Author and Hero"

Epigraph to Chekhov's "Anguish":

To whom shall I tell my sorrow / To whom shall I call for weeping? The Lamentations of Joseph the Beautiful

... Kuzma Ionych is gone... He passed away... He died in vain... The little horse chews, listens and breathes on his master's hands... Iona gets carried away and tells her everything...

...without outside attention and excitement, this anguish was languid, boring, and brought no sweetness, for one of the hallmarks of childhood is the opportunity to torment and excite someone. *F. Gorenstein "Atonement" Experiencing (grief) of loss* [21].

When we lose a brother or a son, a friend, we say that we are left alone, although... so many people meet us... "lonely"... helpless and abandoned to anyone who wants to do harm. *Conversations of Epictetus*.

Without you, I am without a tribe and without a family / A survivor *by chance*. / Without you, nature outside the window has become dead, / And now the window looks like a postcard. *Inna Lisianskaya*

A self-centered married woman never forgets her dead lover: after all, he made her laugh. Life is a whirlpool of silent despair, idle joylessness, the hopelessness of lovelessness: she languidly dreams of a dog: "Let at least someone in the family be like me." A restless daughter, given over to a nanny, invents friends and huddles on the edge of the bed so as not to inconvenience someone else. *J. D. Salinger "The Unclear"*

Widower Eluard:

I thought I could tear apart space / With my naked, lonely sadness / I lay prostrate on the floor of my prison / Like a sane and experienced corpse / Crowned by my nothingness / I lay prostrate on the waves of the absurd / On the swells of poison, on the attraction to dust / And loneliness seemed stronger / And hotter than blood. *Paul Eluard*

Grief leads to a loss of interest in the outside world with a focus on suffering.

After Gala's death, Salvador Dalí spent more than two years in a shuttered room, communicating with nurses; he was hospitalized weighing less than a feather.

Acute L. becomes chronic, turning into hopelessness.

I knew the salt of tears, / Uninhabited walls. / A sleepless night, – / A heart without warmth. / Fading like gas, / A deserted city. / A look without eyes / Windows without glass... *S. Kirsanov "Once Upon a Time I Lived"*

The dead days were killing her. She grew old, degraded, unkempt, and forgot to comb her hair. She went out once a week to take her work home and buy bread, cheese, and eggs. She worked poorly, counting stitches, unpicking, and bringing back frayed and dirty knitting... The living and dead days passed. Sometimes it was so clear she felt the boy would come today. And then she would comb her hair and dress up. *Teffi "Mother"*

*Loss of Love / friendship*

Love is also a child – to bury it is a sin. *E. Yevtushenko*

Love kills, drills you through your heart/ Love kills, scars you from the start/ It's just a living pastime/ Ruining your heartline/ Stays for a lifetime won't let you go / 'Cause love (love) love won't leave you alone. *Freddie Mercury*

The unfinished tea still retained its warmth, steam still rose from it, and a fly savored the drop of sweet tea his ex-wife had dropped from her teaspoon. These were

the last physical acts of his ex-wife in his life. She was gone and would never be again, but her actions could still be contemplated. She had taken eight years of his life with her, and left behind, as a period, as a conclusion, this tiny puddle of tea and the fly she had watered. *F. Gorenstein "A Fly at a Drop of Tea"*

TV series ("Friends", "The Big Bang Theory", the *national gangster drama "Brigada"*) demonstrate an enviably close-knit company.

Complaints about L. if the relationship does not meet expectations:

...my old friend doesn't come to me, / but various wrong ones come in the petty bustle. *E. Yevtushenko*  
Years later, the word "as if" was found.

*Adronitis* is an ironic neologism, a complex emotion from The Dictionary of Obscure Sorrows, not by psychologist John Koenig: a feeling of annoyance or impatience after meeting an interesting person, with the knowledge that it will take an inordinate amount of time to get to know the person and develop a close relationship.

This is how the character of "Let the Charm Last" (USSR film, 1984) yearns for his last love.

Without devaluing the importance of the topic:

*L. of the loss of a pet*

The orphan, having given a magnificent burial to her only friend, a ginger cat, came to hate her father, who lacked compassion; she died in despair from pneumonia (spoiler: the cat came back to life, and the girl found a kind stepmother). *"The Three Lives of Thomasina", a film produced by the USA and Great Britain, 1964.*

The death of a goldfish, the only companion of an "autistic defective patient", led him to an "impulsive" suicide attempt (an *observation by the author of the Review*).

And not only:

...so tired of idleness that a few weeks ago he began talking to the heater... In fact, it was his oldest companion. *M. Houellebecq "Map and Territory"*

Existential (global, cosmic, "true", original, essential) L. [16, 23, 24] initially inherent to everyone ("everyone's" L.) as universal aspect, inherent property, fundamental state.

All of humanity has long been / Chronically ill. / From the day of creation, it is / Doomed to be ill. *V. Vysotsky "Case History"*

We are alone and there are no excuses for us. *Jean-Pierre Sartre "Existentialism is humanism"*

L. is stable, "existential" *J.P. Sartre*

But the Russian heart is lonely everywhere... / And the field is too wide, and the sky is too high. *Y. Kuznetsov*

The unused final shot of Eisenstein's Ivan the Terrible: a frail figure by the boundless sea.

A person is "thrown" into the world and is doomed to lifelong L.

Everything that exists is born without a cause, continues through lack of strength, and dies by chance. *Jean-Pierre Sartre "Nausea"*

We enter the world with clenched fists, intent on conquering the world (L. of the ruler). We leave with helplessly unclenched palms, taking nothing with us: "I have returned and am all yours, Creator."

No one is ever given the opportunity to know anyone. We are all sentenced to lifelong solitary confinement in our own skin! *Tennessee Williams "Orpheus Descending"*

The ultimate metaphysical premise of L. is the understanding of man as the only self-conscious being in the living realm (*James Howard. The Flesh-Colored Cell, 1975*). O. is in the shell of extreme (soliptic) subjectivity.

I live – you couldn't imagine a better way, / supporting myself with my shoulder, / my own lonely companion, / not agreeing with myself on anything. *I. Guberman*

Questions of the meaning of life and death are linked to the insurmountable gulf of communication. The isolation of being in its primordial and inevitable aspects is rooted in "*L. of inconsistency*" (*José Ortega y Gasset*) – the primordial and insurmountable isolation of the "Self." "L. – homelessness" – the uncertainty of one's role and meaning in the world; a restlessness without harmony with the world and a "doom" to choose an action without the ability to shift responsibility to someone else (*J.-P. Sartre*).

"L. of the closeness to God" [20]: the mortal Self at the intersection of time, chance and universal love. Man strives to preserve the unique personal in an amorphous "non-being" (Ego as Hegel's undifferentiated desire); he fears and awaits the dissolution of the "Self" in the boundless "oceanic feeling" (*R. Rolland*) with Pascal's "contemplation of the silent universe". Close to the Dionysian state of consciousness (*F. Nietzsche*). An example of an altered state of consciousness, the content of an epileptic aura, when taking psychedelic substances.

Lermontov's L. is universal.

I live – like the master of the sky – / In a beautiful world – but alone.

The poetry of a person alienated not only from any given social context, but also from the world itself. *I. Brodsky, "From Notes on the Poets of the 10th and 9th Centuries"*

The transfer of such an attractive mission:

... He wasn't a Soviet person. Curiously, he wasn't anti-Soviet either. He was somewhere outside... *Dovlatov on Brodsky*

Man is helpless before the forces of nature, submissively (?) accepting his finitude.

Ellipsism is the sadness of the unattainability of the near-distant future, where your granddaughters will get married.

Loved ones will not bestow endless love, causing a feeling of approaching disaster.

The immortal Master is cosmically alone. *E. Schwartz "An Ordinary Miracle"*

Like Ahasuerus.

Maybe,

The isolation of the individual is a non-pathological given of existence. *I. Yalom*

But someone suffers from clinical-level homelessness.

Alienation is not a consequence of external circumstances, but a feeling gaps between oneself and others and the separation of the world [25].

True loneliness is when you talk to yourself all night and no one understands you. *M. Zhvanetsky*

Sartre's Roquentin, in a state of semi-madness, plunges into L., unable to coexist with the absurdity of pseudo-reality:

There is nothing lawful in the world. Everything is random. Existence is not a necessity – just being here, that's all. *Jean-Paul Sartre, "Nausea"*

The world

... a play of indifferent forces and the chaos of agonizing turns", its individual elements do not fit together at all, there is an excess of noise, din and chatter in it, its voice is only a notification of torment ... "brothers in being", abandoned in this unheated, drafty barracks - in no way wanting to come to terms with the rejection of the supposed unearthly bliss - eternally burn in feverish anticipation ... *L. Krasznahorkai "The Melancholy of Resistance"*

A paraphrase of Shakespeare about human life as a story told by a half-mad man, full of "sound and fury."

Masks of L.

His sister's seemingly idle vivacity crackled in his solitude like a flame in a cold stove. *R. Musil, "A Man Without Qualities"*

Unable to bear the rudeness of the world, wounded by this rudeness, Knight hid his pain behind a mask, but the mask turned into a monstrous reality. *V. Nabokov's "The Real Life of Sebastian Knight"*

The inscription on Knight's chest, "I am a lonely artist," is changed by "invisible fingers" to "I am blind."

Most people, having barely peered into the depths of the self, quickly turn away, for when they look within themselves, their support is lost, the foundation cracks, the earth opens up, and in the gap lies an abyss. *B. Pascal "Thoughts"*

"The lonely crowd" (D. Risman, 1950) in the excess of impersonal communication, dissolution in society in the search for intimacy and privacy, the need for unity with another and the impossibility of this.

Faces, bitter, offended, passed over by fate, walk along the deserted streets, give each other advice, look in the windows of shops at the faded cheap stuff, celebrate their season. *Teffi "Dead Season"*

The constant feeling that you need to become the best ("export") version of yourself in order to be liked depending on the social situation protects against rejection, but blocks genuine connections:

...offer relief from exposure, from the burden of being noticed... To refuse verification is to evade the possi-

bility of rejection, though also the possibility of acceptance, of the balm of love. *O. Laing "The Lonely City"*

The "convinced L." verdict doesn't mean a sealed relationship: partners are possible. But opinions, feelings, and actions neutralize attempts at communication. A person's motivation – "not ready," "can't," "shouldn't" – delays making a rational decision to change by engaging internal and external resources. The state becomes a character trait.

Comfort:

Be good and you'll be lonely. *Mark Twain, "Along the Equator: A Voyage Around the World"*

"The vanity of loneliness" (C.E. Moustakas, 1972) – the defense mechanisms of a person in fear of true L., distancing themselves from solving existential and everyday issues through "activity for the sake of activity" with people, superficial communication with separation from genuine being.

All of humanity's problems stem from the inability to sit quietly alone. *Blaise Pascal*

Excess social interactions leads to L. [22]. The craving for casual company is a fragment from the Portrait of Dorian Gray.

I'm sleeping with a drag queen: / I have no one to spend time with!

... shouts at his wife that the cabbage soup isn't in good shape / ...Lives with another woman – a kiosk as wide as a kiosk, / a chantant diva in lingerie / ...Changes five women in the course of a day. *V. Mayakovsky*

Preliminary results

The Tower of Babel of L. is in the unity of the contradictory similar concepts of "solitude", "loneliness", "isolation", "privacy", "alienation" with a free transition from "alone" ("one") to "lonely" ("lonely") or from "solitude" to "loneliness" [26] with both positive and negative contents [23, 27].

Where there is a lack of knowledge, the word is destined to rise. *Goethe*

The chaotic content of the suicidological dictionary is also indicative [26].

The concepts are related, accompany each other, are almost synonymous, but not interchangeable and not equivalent, and are conceptually different (see Part I of the Review).

The search for the "real" meaning of L. is possible at the "junctions" of terms (the Roman god of boundaries).

Bushy growth of L. is classified as small parts continuum of related concepts from painful alienation to blissful voluntary solitude.

Usually, a negative option, from a human perspective, contains an unrecognized positive one... It's not what you do that matters, but only what you do next! *R. Musil "The Man Without Qualities"*

L. is hardly homogeneous, static and/or linear an experience that cannot be quantified; it reflects discord, emptiness of the inner world, perceived as an inadequacy of relations with the world, a "crisis of expectation", potentially suicidal hopelessness and disappointment (Part I of the Review).

Subjective L. is based on the characteristics of negative perception and the preconditions for L. (personal choice and/or external circumstances). No matter how varied the forms and types of L. are, its roots lie in socio-psychological alienation. L. accumulates a crisis of intra- and interpersonal understanding.

But you know, doctor, something important usually arises precisely when you attach importance to something! *R. Musil "The Man Without Qualities"*

L. types, while partially overlapping, are relatively independent and indicate a breakdown (deficiency) in the relationships and connections that constitute the world and the basis for personality development. Levels of non-pathological and developmentally painful (requiring treatment) experiences determine L. risk groups.

In answer on confusion terminology reasonable attempts describe L. in its connection to relatives concepts within the framework of a unified approach [28], which is the subject of Part III of this Review.

Литература / References:

1. Van Dulmen MHM, Goossens L. Loneliness trajectories. *J Adolesc.* 2013; 36: 1247–1249. DOI: 10.1016/j.adolescence.2013.08.001
2. Weiss RS. Issues in the study of loneliness / LA Peplau, D Perlman, eds. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. NY: Wiley, 1982: 71–80.
3. de Jong Gierveld J, Havens B. Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Can J Aging.* 2004; 23 (2): 109–113.
4. Hsu HC. Typologies of loneliness, isolation and living alone are associated with psychological well-being among older adults in taipei: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17 (24): 9181. DOI: 10.3390/ijerph17249181. PMID: 33302603; PMCID: PMC7764280.
5. McGraw JG. Intimacy and Isolation. *Rodopi.* 2010: 107-149, 417-420. ISBN 978-90-420-3139-5.
6. Ten Kate RL, Bilecen B, Steverink N. A closer look at loneliness: why do first-generation migrants feel more lonely than their native Dutch counterparts? *Gerontologist.* 2020; 60 (2): 291–301. DOI:10.1093/geront/gnz192. PMC 7039375. PMID 31944240.
7. Delaruelle K. Migration-related inequalities in loneliness across age groups: a cross-national comparative study in Europe. *Eur J Ageing.* 2023; 20 (1): 35. DOI: 10.1007/s10433-023-00782-x. PMID: 37612470; PMCID: PMC10447780.
8. Murthy VH. Together: the healing power of human connection in a sometimes lonely world. Harper Collins: NY., 2020. ISBN: 9780062913296
9. Moretta T, Buodo G. Problematic internet use and loneliness: how complex is the relationship? A short literature review. *Cur Addict Rep.* 2020; 7 (2): 125–136. DOI: 10.1007/s40429-020-00305-z. S2CID 212620349
10. Nowland R, Necka EA, Cacioppo JT. loneliness and social internet use: pathways to reconnection in a digital world? *Perspect*

- Psychol Sci.* 2018; 13 (1): 70–87. DOI: 10.1177/1745691617713052. PMID 28937910
11. Smith AP, Alheneidi H. The Internet and Loneliness. *AMA J Ethics.* 2023; 25 (11): E833–8. DOI: 10.1001/amajethics.2023.833. PMID: 38085586.
  12. Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около. *Девантология.* 2020; 4 (1): 55-91. [Lyubov EB. Citizens under the crown, or how it is done in Israel and nearby. *Deviant Behavior (Russia).* 2020; 4 (1): 55-91.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-55-91
  13. Loades ME, Chatbun E, Higson-Sweeney N, et al. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 59 (11): 1218–39. e3. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.05.009. PMID: 32504808; PMID: PMC7267797.
  14. Addressing Loneliness: Coping, Prevention and Clinical Interventions. Sha'ked A, Rokach A, eds. *Psychology Press.* 2015. ISBN 978-1-138-02621-6
  15. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008; 228. [Korchagina SG. The psychology of loneliness: textbook. Moscow: Moscow Psychological and Social Institute, 2008; 228.] (In Russ)
  16. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 1999. [Yalom I. Existential psychotherapy. Moscow: Klass Publ., 1999.] (In Russ)
  17. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy. N.Y, London, 2003.
  18. Lesch E, Casper R, van der Watt AS. Romantic relationships and loneliness in a group of South African postgraduate students. *South Afr Rev Sociology.* 2016; 47 (4): 22–39. DOI: 10.1080/21528586.2016.1182442. ISSN 2152-8586. S2CID 152149835.
  19. Moustakas CE. Loneliness and love. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1972; 146.
  20. Джонсон Р.А. Внутреннее золото: понимание психологической проекции. Пер. англ. Институт общегуманитарных исследований, 2015. [Johnson RA. Inner Gold: Understanding Psychological Projection. Institute of General Humanitarian Research, 2015.] (In Russ) ISBN 978-5-88230-260-2
  21. Freak-Poli R, Htun HL, Teshale AB, Kung C. Understanding loneliness after widowhood: The role of social isolation, social support, self-efficacy, and health-related factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2025; 129: 105692. DOI: 10.1016/j.archger.2024.105692. PMID: 39608049.
  22. Suedfeld P. Past the reflection and through the looking-glass: Extending loneliness research Hojat M, Crandall R eds. Loneliness: Theory, research and applications. Newbury Park, California: Sage Publications, 1989: 51–56.
  23. Mijuskovic BL Loneliness in Philosophy, Psychology, and Literature. *iUniverse.* 2012: 60–9. ISBN 978-1-4697-8934-7.
  24. Moustakas C. Loneliness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1961.
  25. Younger J. The Alienation of the Sufferer. Theory and Knowledge Development. *Adv Nurs Sci.* 1995; 17 (4): 3–72. DOI: 10.1097/00012272-199506000-00006
  26. Koch P. Solitude: a philosophical encounter. Chicago; La Salle, Illinois: Open Court, 1994: 29–30.
  27. Karnick PM. Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nurs Sci Q.* 2005; 18 (1): 7–12. DOI: 10.1177/0894318404272483
  28. Killeen C. Loneliness: An epidemic in modern society. *J Advanc Nursing.* 1998; 28 (4): 762-770. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x

Information about the authors:

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

Kulikov Alexey N. (SPIN-code: 7472-5036; Author ID: 192586; Researcher ID: N-5302-2018; ORCID iD: 0000-0001-7963-7001). Place of work: research fellow at 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: 3/10 Poteshnaya str. Moscow, 107076, Russia. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: aleks144@hotmail.com

Вклад авторов:

Е.Б. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи; А.Н. Куликов: обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

Е.Б. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing; А.Н. Kulikov: reviewing of publications of the article's theme; article writing.

Финансирование: Работа выполнена в рамках госзадания «Разработка клинических инструментов и алгоритмов для поддержки принятия решений при диагностике, терапии и реабилитации пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами». Регистрационный номер 124020800064-9.

Financing: The work was carried out within the framework of the state task "Development of clinical tools and algorithms to support decision-making in the diagnosis, therapy and rehabilitation of patients with non-psychotic depressive disorders." Registration number 124020800064-9.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 30.09.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.11.2025.

Для цитирования: Любов Е.Б., Куликов А.Н. Одиночество и суицидальное поведение. Часть II: формы и типология заводей и омутов одиночеств. *Suicidologia.* 2025; 16 (3): 74-90. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-74-90

For citation: Lyubov E.B., Kulikov A.N. Loneliness and suicidal behavior: historical aspect and definitions. Part II: Forms and typology of pools and whirlpools of loneliness. *Suicidology.* 2025; 16 (3): 74-90. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-74-90

## СОЧЕТАННОЕ НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ: ТРАНСНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА

А.А. Кибитов<sup>1,2,3</sup>, А.П. Горбунова<sup>3</sup>, Я.В. Яковлева<sup>3</sup>, Е.Д. Касьянов<sup>3</sup>,  
Г.В. Рукавишников<sup>3</sup>, А.О. Кибитов<sup>3,4</sup>, Г.Э. Мазо<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Россия, г. Москва, Каширское шоссе, 34.

<sup>2</sup>ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Россия, г. Москва, Загородное шоссе, 2.

<sup>3</sup>ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3.

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8.

### COMBINED NONSUICIDIAL AND SUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR: TRANSNOSOLOGICAL ROLE OF FAMILY HISTORY AND ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES

А.А. Kibitov<sup>1,2,3</sup>, А.П. Gorbunova<sup>3</sup>,  
Y. V. Yakovleva<sup>3</sup>, E. D. Kasyanov<sup>3</sup>,  
G. V. Rukavishnikov<sup>3</sup>,  
А.О. Kibitov<sup>3,4</sup>, G. E. Mazo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Research Center, Moscow, Russia

<sup>2</sup>N.A. Alexeev Psychiatric Hospital № 1 of the Department of Health of Moscow», Moscow, Russia

<sup>3</sup>Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

<sup>4</sup>First St.-Petersburg Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia

#### Сведения об авторах:

Кибитов Андрей Александрович (SPIN-код: 5502-2307; ResearcherID: ACG-0527-2022; ORCID iD: 0000-0001-7766-9675). Место работы и должность: младший научный сотрудник Отдела терапии психических заболеваний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия; младший научный сотрудник Отдела внешних научных связей, Научно-клинический исследовательский центр нейropsychиатрии ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ», г. Москва, Россия; младший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия. Электронный адрес: andreykibitov18@gmail.com

Горбунова Александра Петровна (SPIN-код: 7523-0527; ORCID iD: 0009-0005-0351-7157). Место работы и должность: младший научный сотрудник Отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: gorbunovasashaa@gmail.com

Яковлева Яна Викторовна (SPIN-код: 9892-1833; ORCID iD: 0000-0003-2526-0530). Место работы и должность: младший научный сотрудник Отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: yanakov97@yandex.ru

Касьянов Евгений Дмитриевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 4818-2523; ORCID iD: 0000-0002-4658-2195). Место работы и должность: старший научный сотрудник Отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: i@kasyan.ru

Рукавишников Григорий Викторович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6859-8787; ResearcherID: AAI-5164-2020; ORCID iD: 0000-0002-5282-2036). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник, руководитель Отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия. Электронный адрес: grigory\_v\_r@mail.ru

Кибитов Александр Олегович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 3718-6729; ResearcherID: R-5872-2016; ORCID iD: 0000-0002-8771-625X). Место работы и должность: руководитель отделения геномики психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия; заведующий лабораторией клинической фармакологии аддиктивных состояний Института фармакологии им. А.В. Вальдмана ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия. Электронный адрес: druggen@mail.ru

Мазо Галина Элевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 1361-6333; ResearcherID: F-9403-2015; ORCID iD: 0000-0001-7036-5927). Место работы и должность: заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России г. Санкт-Петербург, Россия. Электронный адрес: galina-mazo@yandex.ru

Сочетание несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) и суицидальных попыток (СП) представляет собой наиболее выраженный вариант самоповреждающего поведения и ассоциировано со значительным увеличением суицидального риска. Вместе с тем, недостаточно известно о комплексном транснозологическом влиянии неблагоприятного детского опыта (НДО) и семейной отягощённости (СО) психическими, соматическими и наркологическими расстройствами и самоповреждающим поведением на риск развития сочетания НССП и СП. *Цель исследования.* Оценка транснозологической ассоциации СО и НДО с сочетанием НССП и СП у пациентов с аффективными расстройствами и расстройствами шизофренического спектра. *Пациенты и методы.* Выборку составили 465 пациентов (63,9% – женщины), медиана (Q1-Q3) возраста – 28 (23-38) лет с аффективными расстройствами (75,3%) и расстройствами шизофренического спектра. О сочетании НССП и СП сообщили 21,5% (n=100) пациентов. Социодемографические характеристики и сведения о СО были собраны в ходе клинического интервью. НДО оценивали при помощи Международного опросника неблагоприятного детского опыта (АСЕ-IQ). Были проведены межгрупповые сравнения, а также был применен регрессионный анализ для комплексной оценки ассоциации СО, НДО, пола, возраста и диагностической группы с сочетанием НССП и СП. *Результаты.* Пациенты с сочетанием НССП и СП чаще сообщали о СО суицидальными попытками (25,0% vs. 6,8%,  $p < 0,001$ ), а также о таких видах НДО, как физическое насилие (33,8% vs. 11,4%,  $p < 0,001$ ), эмоциональное насилие (59,0% vs. 32,8%,  $p < 0,001$ ), домашнее насилие (74,4% vs. 59,2%,  $p = 0,015$ ), эмоциональное пренебрежение (67,9% vs. 35,5%,  $p < 0,001$ ), буллинг (39,7% vs. 20,3%,  $p < 0,001$ ), лишение (развод или смерть) родителей (60,3% vs. 43,6%,  $p = 0,01$ ). Логистическая регрессия выявила значимые ассоциации СО суицидальными попытками (ОШ=3,212,  $p = 0,003$ ), физического насилия (ОШ=2,515,  $p = 0,01$ ), эмоционального пренебрежения (ОШ=2,122,  $p = 0,016$ ), возраста (за каждый год, ОШ=0,905,  $p < 0,001$ ) с сочетанием СП и НССП. *Выводы.* Полученные результаты демонстрируют наличие комплексного транснозологического взаимодействия наследственных и средовых факторов в развитии сочетания НССП и СП, что свидетельствует о необходимости их учёта при исследовании самоповреждающего поведения. Итоги работы могут послужить основой для дальнейших исследований транснозологических биологических механизмов развития НССП и суицидального поведения. В перспективе это позволит создать более точные предиктивные модели высокого суицидального риска и разработать таргетные профилактические меры для уязвимых групп пациентов.

*Ключевые слова:* неблагоприятный детский опыт, детская травма, семейная отягощенность, НССП, селфхарм, суицид, суицидальная попытка

Самоповреждающее поведение, определяемое как умышленное повреждение тканей тела и разделяемое в зависимости от наличия суицидального намерения на суицидальные попытки (СП) и несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП), или селфхарм [1] – широко распространённая транснозологическая группа феноменов, встречающаяся при широком круге психических расстройств, в том числе, при аффективных расстройствах и расстройствах шизофренического спектра [1, 2]. Результаты метааналитических исследований демонстрируют, что около трети пациентов с депрессией [3] и биполярным аффективным расстройством (БАР) [4] совершают СП. Согласно результатам наблюдательных исследований более 25% пациентов с депрессией [5] и более 40% лиц с БАР [6] сообщают о НССП в течение жизни. Высокие показатели распространённости СП и НССП выявлены также у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Так, данные метаанализов показывают, что 20,3% пациентов с шизофренией и 46,8% лиц с шизоаффективным расстройством (ШАР) в течение жизни совершают СП [7], НССП отмечается у 32,6% больных с расстройствами шизофренического спектра [8].

Оба вида самоповреждающего поведения (СП и НССП) тесно ассоциированы и нередко встречаются в сочетании: до 26% пациентов с психическими расстройствами сообщают как о СП, так и о НССП [9]. Известно, что, несмотря на отсутствие суицидального

Self-harm, defined as intentional damage to body tissue and divided depending on the presence of suicidal intent into suicidal attempts (SA) and non-suicidal self-injury behavior (NSSI), or self-harm [1], is a widespread transnosological group of phenomena occurring in a wide range of mental disorders, including affective disorders and schizophrenia spectrum disorders [1, 2]. The results of meta-analytic studies demonstrate that about a third of patients with depression [3] and bipolar affective disorder (BD) [4] commit SA. According to the results of observational studies, more than 25% of patients with depression [5] and more than 40% of individuals with bipolar disorder [6] report NSSI during their lifetime. High prevalence rates of SA and NSSI have also been identified in patients with schizophrenia spectrum disorders. Thus, meta-analysis data show that 20.3% of patients with schizophrenia and 46.8% of individuals with schizoaffective disorder (SAD) commit violent acts during their lifetime [7], and NSSI is observed in 32.6% of patients with schizophrenia spectrum disorders [8].

Both types of self-harming behavior (SA and NSSI) are closely associated and often occur together: up to 26% of patients with mental disorders report both SA and NSSI [9]. It is known that, despite the absence of suicid-

намерения, НССП является наиболее выраженным и реплицируемым фактором риска совершения СП. Крупный метаанализ факторов риска суицидального поведения, включавший данные 365 исследований, опубликованных с 1960-х гг., продемонстрировал, что наличие НССП в 4,15 раз увеличивает риск СП [10]. Примечательно, что вторым по выраженности влияния фактором риска является предшествующая СП [10]. Таким образом, сочетание НССП и СП (НССП+СП) представляет собой комбинацию двух наиболее выраженных факторов риска суицидального поведения, и это позволяет расценивать пациентов с НССП+СП в качестве группы особо высокого суицидального риска, превышающего таковой при наличии НССП или СП по-отдельности. В связи с этим чрезвычайно актуальной задачей становится поиск валидных трансоэологических клинических и биологических маркеров сочетания НССП+СП, на основе которых станет возможным построение общих предиктивных моделей для раннего выявления и профилактики суицида в данной группе пациентов.

Психические расстройства, а также ассоциированные с ними трансоэологические феномены, такие как НССП и СП, имеют сложную и многофакторную природу. Они возникают в результате комплексного взаимодействия биологических и средовых факторов [11].

В последнее время всё больше внимания уделяется исследованиям взаимодействия «ген-среда» (*англ.* gene-environment interaction). В рамках данной парадигмы изучается двустороннее влияние генетических и средовых факторов риска, что отражает мультикаузальность и комплексное взаимодействие этиопатогенетических факторов в развитии психических расстройств [12]. Такой подход может позволить создать более точные и практически применимые модели суицидального риска, чем изолированное изучение генетических или средовых факторов.

Полученные в последние годы результаты сложных по своей методологии и реализации полногеномных и других «-омиксных» исследований значительно продвинули понимание генетических и эпигенетических механизмов развития психической патологии. Однако, несмотря на активное развитие молекулярно-генетических исследований, важное значение в современной науке и практике, несмотря на свою «простоту», сохраняет такой интегральный показатель генетического риска, как семейная отягощённость (СО) [13, 14]. Для большинства психических расстройств установлены генетический риск и тот или иной показатель наследуемости [15]. Более того, генетические факторы могут играть роль в клинической гетерогенности психической патологии, в том числе аффективных расстройств и расстройств шизофренического спектра [16]. Результаты молекулярно-генетических исследований также продемонстрировали пересекающуюся гене-

al intent, NSSI is the most pronounced and replicated risk factor for SA. A large meta-analysis of risk factors for suicidal behavior, which included data from 365 studies published since the 1960s, demonstrated that the presence of NSSI increases the risk of SA by 4.15 times [10]. It is noteworthy that the second most influential risk factor is previous SA [10]. Thus, the combination of NSSI and SA (NSSI+SA) represents a combination of the two most pronounced risk factors for suicidal behavior, and this allows us to regard patients with NSSI+SA as a group at particularly high suicide risk, exceeding that in the presence of NSSI or SA separately. In this regard, the search for valid transnosological clinical and biological markers of the combination of NSSI+SA, on the basis of which it will be possible to construct general predictive models for the early detection and prevention of suicide in this group of patients, is becoming an extremely urgent task.

Mental disorders, as well as associated transnosological phenomena such as NSSI and SA, have a complex and multifactorial nature. They arise as a result of the complex interaction of biological and environmental factors [11].

Recently, increasing attention has been paid to studies of gene-environment interactions. This paradigm examines the bidirectional influence of genetic and environmental risk factors, reflecting the multicausal nature and complex interaction of etiopathogenetic factors in the development of mental disorders [12]. This approach may allow for the creation of more accurate and practically applicable models of suicide risk than the isolated study of genetic or environmental factors.

The results of genome-wide and other "omics" studies, complex in their methodology and implementation, obtained in recent years have significantly advanced the understanding of the genetic and epigenetic mechanisms of the development of mental pathology. However, despite the active development of molecular genetic research, such an integral indicator of genetic risk as family history (FH) retains an important significance in modern science and practice, despite its "simplicity" [13, 14]. For the majority of mental disorders, a genetic risk and one or another indicator of heritability have been established [15]. Moreover, genetic factors may play a role in the clinical heterogeneity of mental pathology, including affective disorders and schizophrenia spectrum disorders [16]. The results of molecular genetic studies have also demonstrated the intersecting genetic basis of mental, drug-related, and somatic diseases [17]. Thus, it can be assumed that such "noson-specific" indicators as FH mental disorders,

тическую основу психических, наркологических и соматических заболеваний [17]. Таким образом, можно предположить, что такие «нозонеспецифические» показатели как СО психическими расстройствами, СО наркологическими расстройствами и СО хроническими соматическими заболеваниями могут быть транснозологически ассоциированы с риском сочетания НССП и СП, однако нами не было обнаружено опубликованных исследований по данному вопросу.

Рассматривая другую составляющую взаимодействия «ген-среда», в качестве наиболее значимого средового фактора риска психической патологии следует выделить неблагоприятный детский опыт (НДО) [18]. Под этим термином понимают потенциально травматичные и стрессогенные события, условия, с которыми человек сталкивался до достижения 18 лет. НДО включает в себя различные виды насилия (физическое, эмоциональное, сексуальное), пренебрежения эмоциональными и физическими потребностями, дисфункциональные внутрисемейные факторы [19]. Перенесённый НДО значимо увеличивает риск развития психических расстройств, а также риск суицида и НССП [20, 21]. За последние годы накапливается всё больше данных о возможных биологических механизмах, обуславливающих ассоциацию НДО и психической патологии. Ассоциированный с НДО хронический стресс в детском и подростковом возрасте приводит к дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, потенцирует нейровоспалительные процессы, приводит к выраженным изменениям эпигенетической модуляции, изменяя таким образом экспрессию генов, критически важных для нейронального развития, функционирования и синаптической передачи [22]. Исследования взаимодействия «ген-среда» демонстрируют двустороннее взаимодействие генетических факторов и НДО: как эффекты некоторых генетических факторов реализуются только при наличии НДО, так и ряд генетических факторов модерирует эффекты НДО [23, 24].

Стоит отметить, что вопрос взаимодействия СО и НДО не был изучен достаточно. К. Jansen и соавт. продемонстрировали, что детская травма (более узкое, чем НДО, понятие, не включающее дисфункциональные семейные факторы) может частично опосредовать влияние СО аффективными расстройствами на риск их развития [25]. Нами также было ранее обнаружено, что наличие НДО может уменьшать влияние СО расстройствами настроения на суицидальные мысли и поведение у пациентов с депрессией [26]. Нами не было обнаружено опубликованных работ, посвященных транснозологической роли НДО и СО в развитии сочетания НССП и СП.

Цель исследования – оценка транснозологической ассоциации СО и НДО с сочетанием НССП и СП у пациентов с аффективными расстройствами и расстройствами шизофренического спектра.

FH drug-related disorders and FH chronic somatic diseases can be transnosologically associated with the risk of a combination of NSSI and SA, however, we did not find any published studies on this issue.

Considering another component of the gene-environment interaction, adverse childhood experiences (ACE) should be highlighted as the most significant environmental risk factor for mental pathology [18]. This term refers to potentially traumatic and stressful events and conditions that a person encountered before reaching the age of 18. ACE includes various types of violence (physical, emotional, sexual), neglect of emotional and physical needs, and dysfunctional intra-family factors [19]. Having suffered ACE significantly increases the risk of developing mental disorders, as well as the risk of suicide and NSSI [20, 21]. In recent years, more and more data has accumulated on the possible biological mechanisms underlying the association between ACE and mental pathology. Chronic stress associated with ACE in childhood and adolescence leads to dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, potentiates neuroinflammatory processes, and leads to pronounced changes in epigenetic modulation, thereby altering the expression of genes critical for neuronal development, function, and synaptic transmission [22]. Studies of gene-environment interactions demonstrate a two-way interaction between genetic factors and ACE: just as the effects of some genetic factors are realized only in the presence of ACE, a number of genetic factors also moderate the effects of ACE [23, 24].

It is worth noting that the interaction between FH and ACE has not been sufficiently studied. K. Jansen et al. demonstrated that childhood trauma (a narrower concept than ACE, which does not include dysfunctional family factors) can partially mediate the influence of FH with affective disorders on the risk of their development [25]. We also previously found that the presence of ACE can reduce the influence of FH with mood disorders on suicidal thoughts and behavior in patients with depression [26]. We did not find any published studies devoted to the transnosological role of ACE and FH in the development of a combination of NSSI and SA.

The aim of the study was to evaluate the transnosological association of FH and ACE with a combination of NSSI and SA in patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders.

#### Materials and methods

##### *Study design and sample*

A cross-sectional, multicenter study was conducted as part of the project "Models for predicting high suicide risk in patients with

Материалы и методы  
*Дизайн исследования и выборка*

Проведено кросс-секционное мультицентровое исследование в рамках проекта «Модели прогноза высокого риска суицида у пациентов с психическими расстройствами на основе комплексного анализа взаимодействия генома и неблагоприятного детского опыта», проводимого в рамках работы Российского национального консорциума по психиатрической генетике (РНКПГ, <http://rncpg.org>). В рамках исследования проводился набор амбулаторных и стационарных пациентов в шести центрах: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург), ФГБОУ ВО «Ростовский ГМУ» МЗ РФ (Ростов-на-Дону), ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» (Липецк), ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ (Нижний Новгород), ГБУЗ «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» (Новосибирск), ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 ДЗМ» (Москва).

Исследование было одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Протокол №7 от 21.09.2023), все процедуры исследования проводились в соответствии с Хельсинской декларацией. Критерии включения: возраст от 18 лет, соответствие диагностическим критериям МКБ-10 для биполярного аффективного расстройства (F31), депрессивного эпизода (F32), рекуррентного депрессивного расстройства (F33), шизофрении (F20), шизоаффективного расстройства (F25). Критерии невключения: соответствие диагностическим критериям МКБ-10 для органических расстройств (F00-F09), расстройств шизофренического спектра и бредовых расстройств (F20-F29), ВИЧ-положительный статус, судорожный синдром в анамнезе, тяжёлые соматические заболевания в стадии обострения. Критерий исключения: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании на любом из его этапов.

*Сбор данных*

Сведения о социодемографических (пол, возраст, занятость, семейное положение, этническая принадлежность) и клинических (возраст начала заболевания, количество госпитализаций в психиатрический стационар, наличие в анамнезе НССП и суицидальных попыток) характеристиках, были получены в ходе клинического интервью и анализа медицинской документации.

Данные о СО были собраны в ходе клинического интервью. СО оценивалась как наличие у кровных родственников пациента первой и второй линии (мать, отец, брат / сестра, бабушка, дедушка, дядя / тётя, двоюродные брат / сестра) диагностированных заболеваний из следующих групп: для СО психическими расстройствами – деменция, шизофрения, аффективные расстройства, тревожные расстройства, расстройства приёма пищи, обсессивно-компульсивное расстрой-

mental disorders based on a comprehensive analysis of the interaction of the genome and adverse childhood experiences," conducted as part of the Russian National Consortium on Psychiatric Genetics (RNCPG, <http://rncpg.org>). The study recruited outpatients and inpatients in six centers: the Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Pedagogical Sciences" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg), the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Rostov-on-Don), the State Healthcare Institution of Higher Education "Lipetsk Regional Narcological Dispensary" (Lipetsk), the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Volga Region Research Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Nizhny Novgorod), the State Budgetary Healthcare Institution "Novosibirsk State Clinical Psychiatric Hospital No. 3" (Novosibirsk), and the State Budgetary Healthcare Institution "Psychiatric Clinical Hospital No. 13 of the Moscow Department of Health (Moscow).

The study was approved by the Independent Ethics Committee of the Bekhterev National Medical Research Center of Pedagogical Sciences of the Russian Ministry of Health (Protocol No. 7 dated September 21, 2023), and all study procedures were conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. Inclusion criteria: age of 18 years and older, compliance with ICD-10 diagnostic criteria for bipolar affective disorder (F31), depressive episode (F32), recurrent depressive disorder (F33), schizophrenia (F20), and schizoaffective disorder (F25). Exclusion criteria: compliance with ICD-10 diagnostic criteria for organic disorders (F00-F09), schizophrenia spectrum disorders, and delusional disorders (F20-F29), HIV-positive status, history of seizure disorder, and severe somatic diseases in the acute stage. Exclusion criterion: patient's refusal to participate further in the study at any stage.

*Data collection*

Information on sociodemographic (gender, age, employment, marital status, ethnicity) and clinical (age of onset of illness, number of psychiatric hospitalizations, history of NSSI and suicide attempts) characteristics were obtained through clinical interviews and analysis of medical records.

Data on FH were collected during a clinical interview. FH was assessed as the presence of diseases from the following groups diag-

ство, аутизм, эпилепсия и судорожные припадки; для СО наркологическими расстройствами – зависимость от алкоголя, зависимость от других психоактивных веществ, зависимость от азартных игр; для СО хроническими соматическими заболеваниями – острое нарушение мозгового кровообращения, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет I и II типов, заболевания опорно-двигательного аппарата и аутоиммунные заболевания, заболевания щитовидной железы, заболевания желудочно-кишечного тракта, ожирение, заболевания крови, новообразования. Дополнительно были собраны сведения о СО суицидами, суицидальными попытками и НССП.

Наличие и характеристика различных видов НДО оценивались с помощью русскоязычной версии Международного опросника неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire, ACE-IQ) [27]. В ACE-IQ оцениваются 13 видов НДО: «Физическое насилие», «Эмоциональное насилие», «Сексуальное насилие», «Насилие по отношению к домочадцам (Домашнее насилие)», «Эмоциональное пренебрежение», «Физическое пренебрежение», «Буллинг», «Насилие в окружении», «Коллективное насилие», «Проживание с людьми, злоупотребляющими психоактивными веществами», «Проживание с людьми, побывавшими в местах лишения свободы», «Проживание с людьми, имевшими психические расстройства», «Лишение (развод или смерть) родителей». Согласно руководству Всемирной организации здравоохранения, разработавшей ACE-IQ, наличие того или иного вида неблагоприятного детского опыта может оцениваться двумя способами, в зависимости от частоты того или иного вида НДО [28]. В ходе анализа мы использовали предложенный авторами ACE-IQ более жёсткий «частотный» («frequency») подход, то есть, учитывали только тот неблагоприятный опыт, с которым испытуемыми сталкивался много раз, за исключением ряда показателей НДО («Сексуальное насилие», «Коллективное насилие», «Проживание с людьми, злоупотребляющими психоактивными веществами», «Проживание с людьми, побывавшими в местах лишения свободы», «Проживание с людьми, имеющими психические расстройства», «Лишение (развод или смерть) родителей»), которые, согласно руководству, во всех подходах оцениваются одинаково.

#### *Анализ данных*

В связи с несоответствием распределения количественных переменных нормальному при оценке с помощью критерия Шапиро-Уилка для их анализа применялись непараметрические статистические критерии. Для межгрупповых сравнений по количественным переменным использовался U-критерий Манна-Уитни, по категориальным –  $\chi^2$  Пирсона. Учитывая предполагавшиеся различия между пациентами с расстройствами шизофренического спектра (подвыборка F2) и пациен-

nosed in the patient's first- and second-degree blood relatives (mother, father, brother/sister, grandmother, grandfather, uncle/aunt, cousins): for FH with mental disorders – dementia, schizophrenia, affective disorders, anxiety disorders, eating disorders, obsessive-compulsive disorder, autism, epilepsy and seizures; for FH with substance abuse disorders – alcohol addiction, addiction on other psychoactive substances, gambling addiction; for FH with chronic somatic diseases – acute cerebrovascular accident, cardiovascular diseases, diabetes mellitus types I and II, diseases of the musculoskeletal system and autoimmune diseases, thyroid diseases, gastrointestinal diseases, obesity, blood diseases, neoplasms. Additionally, data on the incidence of suicide, suicide attempts, and NSSI were collected.

The presence and characteristics of various types of ACE were assessed using the Russian version of the Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) [27]. The ACE-IQ assesses 13 types of ADEs: Physical Abuse, Emotional Abuse, Sexual Abuse, Violence against Household Members (Domestic Violence), Emotional Neglect, Physical Neglect, Bullying, Violence in the Environment, Collective Violence, Living with Substance Abusers, Living with People Who Have Been in Prisons, Living with People Who Have Had Mental Disorders, and Deprivation (Divorce or Death) of Parents. According to the guidelines of the World Health Organization, which developed the ACE-IQ, the presence of a particular type of adverse childhood experience can be assessed in two ways, depending on the frequency of a particular type of ACE [28]. In our analysis, we used the more rigorous "frequency" approach proposed by the ACE-IQ authors; that is, we took into account only those adverse experiences that the subjects encountered many times, with the exception of a number of ACE indicators ("Sexual violence", "Collective violence", "Living with people who abuse psychoactive substances", "Living with people who have been in prison", "Living with people with mental disorders", "Deprivation (divorce or death) of parents"), which, according to the guidelines, are assessed equally in all approaches.

#### *Data analysis*

Due to the non-normal distribution of quantitative variables as assessed using the Shapiro-Wilk test, nonparametric statistical tests were used for their analysis. The Mann-Whitney U test was used for intergroup comparisons of quantitative variables, and the Pearson  $\chi^2$  test was used for categorical ones. Given the anticipated differences between patients with schizophrenia spectrum disorders (subsample F2) and patients with affec-

тамии с аффективными расстройствами (подвыборка F3), был проведён дополнительный анализ межгрупповых различий внутри каждой из подвыборок. Для совместной оценки влияния различных видов НДО и СО на наличие НССП и суицидальных попыток с учётом фактора пола, возраста и диагностической группы использовалась бинарная логистическая регрессия.

tive disorders (subsample F3), an additional analysis of intergroup differences was conducted within each subsample. Binary logistic regression was used to jointly assess the impact of different types of ACE and FH on the presence of NSSI and suicide attempts, taking into account factors such as gender, age, and diagnostic group.

Таблица / Table 1

Характеристики выборки и диагностических групп  
Sample and diagnostic group characteristics

Показатель / Indicator	Общая выборка Total sample, n=465	Группа F3 Group F3, n=350	Группа F2 Group F2, n=115	p
Женский пол / Female	63,9% (n=297)	70,6% (n=247)	43,5% (n=50)	<0,001
<i>Самоповреждающее поведение / Non-suicidal self injury (NSSI)</i>				
Только СП / SA only	8,2% (n=38)	8,0% (n=28)	8,7% (n=10)	0,813
Только НССП / NSSI only	23,2% (n=108)	26,0% (n=91)	14,8% (n=17)	0,013
НССП + СП / NSSI+SA	21,5% (n=100)	23,7% (n=83)	14,8% (n=17)	0,043
<i>Семейная отягощённость (СО) / Family history (FH)</i>				
СО психическими расстройствами FH of mental disorders	46,7% (n=217)	48,9% (n=171)	40,0% (n=46)	0,099
СО наркологических расстройствами FH of abuse disorders	61,5% (n=286)	64,6% (n=226)	52,2% (n=60)	0,018
СО соматическими расстройствами FH of somatic disorders	87,3% (n=406)	89,4% (n=313)	80,9% (n=93)	0,017
СО НССП / FH of NSSI	4,1% (n=19)	4,6% (n=16)	2,6% (n=3)	0,356
СО суицидальными попытками / FH of SA	10,8% (n=50)	12,3% (n=43)	6,1% (n=7)	0,063
СО суицидами / FH of suicide	10,1% (n=47)	11,4% (n=40)	6,1% (n=7)	0,099
<i>Неблагоприятный детский опыт (по ACE-IQ) / Adverse childhood experience (acc.to ACE-IQ)*</i>				
Заполнившие ACE-IQ Those who filled in ACE-IQ	74,0% (n=344)	72,0% (n=252)	80,0% (n=92)	0,090
Физическое насилие / Physical violence	16,4% (n=56)	20,2% (n=51)	5,6% (n=5)	0,001
Эмоциональное насилие / Emotional violence	38,8% (n=133)	45,2% (n=114)	20,9% (n=19)	<0,001
Сексуальное насилие / Sexual violence	26,3% (n=90)	28,2% (n=71)	21,1% (n=19)	0,191
Насилие по отношению к домочадцам (Домашнее насилие) / Violence against family members (Domestic violence)	62,7% (n=215)	66,9% (n=168)	51,1% (n=47)	0,007
Эмоциональное пренебрежение Emotional neglect	42,9% (n=147)	46,6% (n=117)	32,6% (n=30)	0,020
Физическое пренебрежение / Physical neglect	12,4% (n=42)	14,0% (n=35)	7,8% (n=7)	0,124
Буллинг / Bullying	24,7% (n=85)	25,8% (n=65)	21,7% (n=20)	0,440
Насилие в окружении Violence in the environment	13,7% (n=47)	14,0% (n=35)	13,0% (n=12)	0,820
Коллективное насилие / Collective violence	14,0% (n=48)	12,3% (n=31)	18,5% (n=17)	0,143
Проживание с людьми, злоупотреблявшими ПАВ / Living with people who abused psycho- active substances	42,0% (n=144)	41,8% (n=105)	42,4% (n=39)	0,926
Проживание с людьми, побывавшими в местах лишения свободы / Living with people who have been in prison	13,7% (n=47)	14,3% (n=36)	12,0% (n=11)	0,578
Проживание с людьми, имевшими психические расстройства / Living with people who had mental disorders	30,5% (n=104)	33,3% (n=83)	22,8% (n=21)	0,061
Лишение (развод или смерть) родителей Deprivation (divorce or death) of parents	47,4% (n=159)	49,2% (n=124)	42,4% (n=39)	0,263

Примечание / Note: \* – в данном разделе указаны проценты от количества участников, заполнивших ACE-IQ (n=344)  
\* – this section shows the percentage of participants who completed the ACE-IQ (n=344).

В ходе регрессионного анализа были построены первоначальные модели с включением всех вышеперечисленных переменных, затем пошагово исключались статистически незначимые факторы для достижения модели с включением только значимых факторов и наибольшими показателями качества модели ( $R^2$  Найджелкерка). Порогом статистической значимости считалось значение  $p=0,05$ .

#### Результаты

##### *Характеристика выборки*

Всего в исследование вошли 465 пациентов (63,9%;  $n=297$  – женщины), медиана возраста – 28 (23-38) лет). Данные об НДО по ACE-IQ были собраны у 74,0% человек ( $n=344$ ). Участники, заполнившие ACE-IQ, не отличались от незаполнивших по всем переменным исследования, за исключением частоты СО НССП, значимо большей среди заполнивших ACE-IQ участников: 5,5% vs. 0%,  $p=0,008$ .

Пациенты с аффективными расстройствами (75,3%;  $n=350$ ) составили большую часть выборки. Пациенты из группы F3 были младше (26 (22-37) vs. 33 (24-41),  $p=0,006$ ), а также отличались от группы F2 по половому соотношению, частотам ряда видов СО и НДО (Табл. 1).

##### *Различия по социодемографическим характеристикам*

Были выявлены значимые различия между пациентами с НССП+СП и остальными участниками по полу и возрасту. Так, пациенты из группы НССП+СП были младше (Табл. 2). Аналогичная ассоциация была получена и при анализе отдельно по подвыборкам F3 и F2 (Приложение 1, 2). В группе НССП+СП было больше женщин, что также было выявлено в ходе дополнительного анализа в подвыборке F3, но не F2 (Приложение 1, 2).

##### *Различия по частотам СО*

Пациенты из группы НССП+СП значимо чаще сообщали о СО суицидальными попытками, при этом данная ассоциация сохранялась при анализе отдельно по подвыборкам F3 и F2. Кроме того, пациенты с НССП+СП в подвыборке F2 значимо чаще сообщали о СО суицидами ( $p=0,001$ ).

##### *Различия по частотам НДО*

Количество видов НДО было значимо выше у пациентов с НССП+СП, однако при анализе по подвыборкам данная ассоциация сохранялась в подвыборке F3, но не в F2. При анализе в общей выборке пациенты с НССП+СП значимо чаще сообщали о таких видах НДО, как физическое насилие, эмоциональное насилие, насилие по отношению к домочадцам, насилие в окружении, буллинг, эмоциональное пренебрежение, проживание с людьми, имеющими психические расстройства, лишение родителей. Данные ассоциации, за исключением проживания с людьми, имеющими психические расстройства, также были подтверждены в ходе

During the regression analysis, initial models were constructed including all the above-mentioned variables. Then, statistically insignificant factors were removed stepwise to achieve a model including only significant factors and achieving the highest model quality indicators (Nigelkirk  $R^2$ ). The threshold for statistical significance was  $p = 0.05$ .

#### Results

##### *Sample characteristics*

A total of 465 patients (63.9%;  $n=297$  – women), median age – 28 (23-38) years) were included in the study. Data on ACE-IQ ACE were collected from 74.0% of people ( $n=344$ ). Participants who completed the ACE-IQ did not differ from those who did not complete it on all study variables, except for the frequency of ADE, which was significantly higher among participants who completed the ACE-IQ: 5.5% vs. 0%,  $p=0.008$ .

Patients with affective disorders (75.3%;  $n=350$ ) constituted the majority of the sample. Patients from group F3 were younger (26 (22-37) vs. 33 (24-41),  $p=0.006$ ) and also differed from group F2 in gender ratio, frequencies of several types of FH and ACE (Table 1).

##### *Differences in sociodemographic characteristics*

Significant differences in gender and age were found between patients with NSSI+SA and the other participants. Patients in the NSSI+SA group were younger (Table 2). A similar association was also found in separate analyses for subsamples F3 and F2 (Appendix 1, 2). There were more women in the NSSI+SA group, which was also revealed in additional analyses for subsample F3, but not F2 (Appendix 1, 2).

##### *Differences in FH frequencies*

Patients from the NSSI+SA group were significantly more likely to report a history of suicide attempts, and this association was maintained when analyzed separately for the F3 and F2 subsamples. In addition, patients with NSSI+SA in the F2 subsample were significantly more likely to report a history of suicide attempts ( $p = 0.001$ ).

##### *Differences in the frequencies of ACE*

The number of types of ACE was significantly higher in patients with NSSI+SA; however, when analyzed by subsamples, this association persisted in subsample F3, but not in F2. When analyzed in the overall sample, patients with NSSI+SA were significantly more likely to report the following types of ACE: physical abuse, emotional abuse, violence against family members, violence in the environment, bullying, emotional neglect, living with people with mental disorders, and parental deprivation. These associations, with the exception of living with people with men-

анализа отдельно в подвыборке F3, однако в подвыборке F2 значимая ассоциация была выявлена только с физическим насилием.

*Результаты регрессионного анализа*

В ходе применения бинарной логистической регрессии с использованием сочетания НССП и СП в качестве зависимой переменной, наиболее оптимальная модель была получена с включением факторов возраста, СО суицидальными попытками, физического насилия и эмоционального пренебрежения (Табл. 3, Рис. 1).

tal disorders, were also confirmed during a separate analysis in subsample F3; however, in subsample F2, a significant association was found only with physical abuse.

*Results of regression analysis*

Using binary logistic regression with the combination of NSSI and SA as the dependent variable, the best-fit model was obtained by including the factors of age, history of suicide attempts, physical abuse, and emotional neglect (Table 3, Fig. 1).

Таблица / Table 2

Различия между пациентами с НССП+СП в общей выборке  
Differences between patients with NSSI+SA in the overall sample

Показатель / Indicator	НССП + СП NSSI+SA, n=100	Остальные участники Other participants, n=365	P
<i>Количественные переменные</i> <i>Quantitative variables</i>	<i>Me (Q1-Q3)</i>	<i>Me (Q1-Q3)</i>	
Возраст, лет / Age, years	23 (21-27)	31 (24-41)	<0,001
Количество видов НДО по ACE-IQ Number of types of ACE according to ACE-IQ	3 (1-4)	2 (1-3)	<0,001
<i>Категориальные переменные</i> <i>Categorical variables</i>	<i>% (n)</i>	<i>% (n)</i>	
Женский пол / Female gender	77,0% (n=77)	60,3% (n=220)	0,002
СО психическими расстройствами FH of mental disorders	53% (n=53)	44,9% (n=164)	0,152
СО наркологических расстройствами FH of abuse disorders	67,0% (n=67)	60,0% (n=219)	0,261
СО соматическими расстройствами FH of somatic disorders	84,0% (n=84)	88,2% (n=322)	0,202
СО НССП / FH of NSSI	7,0% (n=7)	3,3% (n=12)	0,097
СО суицидальными попытками / FH of SA	25,0% (n=25)	6,8% (n=25)	<0,001
СО суицидами / FH of suicide	12,0% (n=12)	9,6% (n=35)	0,479
Заполнившие ACE-IQ / Those who filled in ACE-IQ	78,0% (n=78)	72,9% (n=266)	0,301
Физическое насилие / Physical violence	33,8% (n=26)	11,4% (n=30)	<0,001
Эмоциональное насилие / Emotional violence	59,0% (n=46)	32,8% (n=87)	<0,001
Сексуальное насилие / Sexual violence	34,6% (n=27)	23,9% (n=63)	0,058
Насилие по отношению к домочадцам (Домашнее насилие) / Violence against family members (Domestic violence)	74,4% (n=58)	59,2% (n=157)	0,015
Эмоциональное пренебрежение / Emotional neglect	67,9% (n=53)	35,5% (n=94)	<0,001
Физическое пренебрежение / Physical neglect	16,7% (n=13)	11,1% (n=29)	0,187
Буллинг / Bullying	39,7% (n=31)	20,3% (n=54)	<0,001
Насилие в окружении / Violence in the environment	20,5% (n=16)	11,7% (n=31)	0,048
Коллективное насилие / Collective violence	16,7% (n=13)	13,2% (n=35)	0,432
Проживание с людьми, злоупотреблявшими психоактивными веществами / Living with people who have a history of substance abuse	47,4% (n=37)	40,4% (n=107)	0,267
Проживание с людьми, побывавшими в местах лишения свободы Living with people who have been in prison	17,9% (n=14)	12,4% (n=33)	0,210
Проживание с людьми, имевшими психически расстройства Living with people who had mental disorders	41,0% (n=32)	27,4% (n=72)	0,021
Лишение (развод или смерть) родителей Deprivation (divorce or death) of parents	60,3% (n=47)	43,6% (n=116)	0,010

Таблица / Table 3

Логистическая регрессия для сочетания НССП и СП в качестве зависимой переменной  
 Logistic regression for the combination of NSSI and SA as the dependent variable

Фактор/Factor	ОШ (ДИ 95%) OR (95% CI)	p
Возраст (за каждый год) / Age (every year)	0,905 (0,868-0,944)	<0,001
НДО – Физическое насилие / ACE – physical violence	2,515 (1,241-5,097)	0,010
НДО – Эмоциональное пренебрежение / ACE – emotional violence	2,122 (1,149-3,921)	0,016
СО суицидальными попытками / FH of SA	3,212 (1,494-6,906)	0,003

Примечание / Note: R<sup>2</sup> Найджелкерка = 0,311, ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал, НДО – неблагоприятный детский опыт, СО – семейная отягощенность / Nigelkerk R<sup>2</sup> = 0.311, OR – odds ratio, CI – confidence interval, ACE – adverse childhood experience, FH – family history.

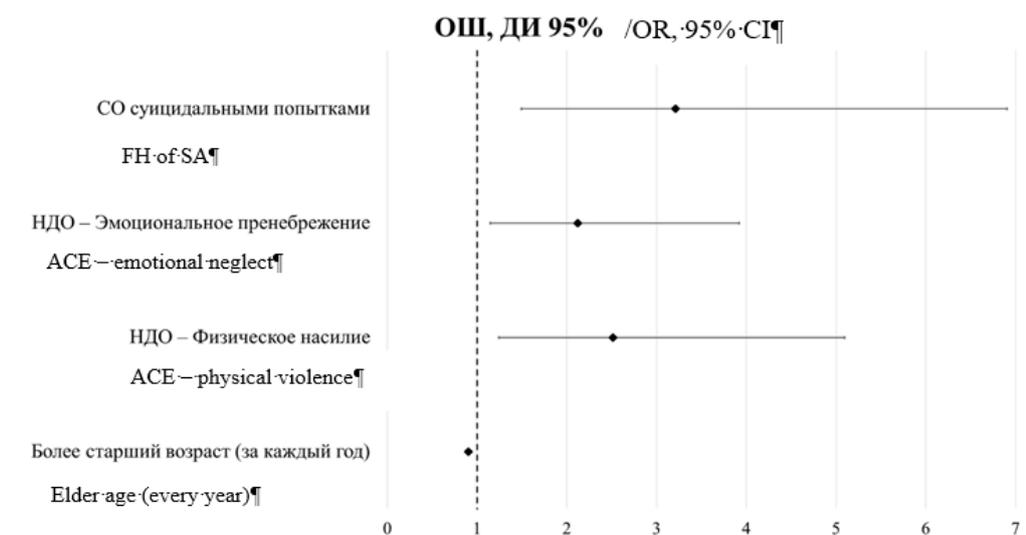


Рис. / Fig. 1. Результаты логистической регрессии для сочетания НССП и СП в качестве зависимой переменной / Results of logistic regression for the combination of NSSI and SA as the dependent variable.

Перенесённое физическое насилие и эмоциональное пренебрежение, а также СО суицидальными попытками значимо увеличивали вероятность развития сочетания НССП и СП, однако более старший возраст оказался, наоборот, ассоциирован со снижением данной вероятности. Примечательно, что пол и диагностическая группа, наряду с другими видами СО и НДО, не показали значимой ассоциации с развитием сочетания НССП и СП.

Обсуждение

Мы провели первое, по нашим данным, исследование транснозологической ассоциации СО и НДО с сочетанием НССП и СП у пациентов с аффективными расстройствами и расстройствами шизофренического спектра. Полученные результаты продемонстрировали значимое влияние ряда видов СО и НДО на вероятность развития сочетания НССП и СП вне зависимости от диагностической группы, при этом наиболее достоверные ассоциации были выявлены для таких видов НДО, как физическое насилие и эмоциональное пренебрежение, и для СО суицидальными попытками. Кроме того, была выявлена ассоциация более старшего возраста с более низкой вероятностью развития сочетания НССП и СП.

A history of physical abuse and emotional neglect, as well as history of suicide attempts, significantly increased the likelihood of developing a combination of NSSI and SA, but older age, conversely, was associated with a decreased likelihood. Notably, gender and diagnostic group, along with other types of SA and ACE, did not show a significant association with the development of a combination of NSSI and SA.

Discussion

We conducted the first study, to our knowledge, of the transnosological association of FH and ACE with a combination of NSSI and SA in patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. The results demonstrated a significant influence of several types of FH and ACE on the likelihood of developing a combination of NSSI and SA, regardless of diagnostic group. The most significant associations were found for such types of ACE as physical abuse and emotional neglect, and for FH with suicide attempts. Furthermore, an association was found between older age and a lower likelihood of developing a combination of NSSI and SA.

При анализе межгрупповых различий в общей выборке нами был обнаружен более высокий процент женщин среди участников, сообщивших о сочетании НССП и СП. Примечательно, что, хотя и имеются многочисленные данные о более высокой частоте как НССП, так и СП, среди женщин [29, 30], в нашей выборке данная ассоциация отмечалась только среди участников с аффективными расстройствами, но не с расстройствами шизофренического спектра. Кроме того, фактор пола не показал свою значимость в ходе построения регрессионных моделей, что может также свидетельствовать о специфичной для аффективных расстройств, но не расстройств шизофренического спектра, ассоциации женского пола с частотой НССП и СП. Это предположение соответствует результатам метаанализов распространённости НССП и СП среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, не продемонстрировавшими значимые половые различия [4, 8].

Как в ходе межгрупповых сравнений, так и в ходе применения регрессионного анализа, была выявлена значимая ассоциация возраста и сочетания НССП и СП, причём более старший возраст был ассоциирован со снижением вероятности наличия НССП и СП. Большая частота НССП и СП у людей более молодого возраста была показана в некоторых эпидемиологических исследованиях [5, 31]. Данная ассоциация может объясняться, с одной стороны, более высоким ростом частоты НССП и СП среди подростков и молодых людей в последние годы по сравнению с другими возрастными группами, с другой стороны – большей подверженностью стигме людей более старшего возраста и, соответственно, меньшей вероятностью сообщения о НССП и СП [5, 32, 33].

Среди всех видов НДО наиболее достоверная транснозологическая связь с сочетанием НССП и СП была выявлена для физического насилия. Частота данного вида НДО была значимо чаще у пациентов с сочетанием НССП и СП как при оценке в общей выборке, так и отдельно в подвыборках пациентов с аффективными расстройствами и расстройствами шизофренического спектра. Кроме того, физическое насилие оказалось значимым фактором, влияющим на вероятность развития сочетания НССП и СП, в ходе регрессионного анализа. Недавно опубликованный обзор метааналитических исследований показал, что перенесённое физическое насилие более, чем в 2,5 раза увеличивает риск как НССП, так и СП [34]. По всей видимости, именно физическое насилие также обладает наиболее выраженным влиянием на развитие сочетания НССП и СП вне зависимости от диагностической группы, однако конкретные биологические механизмы, обуславливающие данное влияние требуют дальнейшего изучения.

Два других вида насилия – эмоциональное и сексуальное – также, согласно данным метаанализов, повы-

In our analysis of between-group differences in the overall sample, we found a higher percentage of women among participants who reported a combination of NSSI and SA. It is noteworthy that, although there is ample evidence of a higher frequency of both NSSI and SA among women [29, 30], in our sample this association was observed only among participants with affective disorders, but not with schizophrenia spectrum disorders. Furthermore, the gender factor was not significant in constructing regression models, which may also indicate an association of female gender with the frequency of NSSI and SA that is specific to affective disorders, but not schizophrenia spectrum disorders. This assumption is consistent with the results of meta-analyses of the prevalence of NSSI and SA among patients with schizophrenia spectrum disorders, which did not demonstrate significant gender differences [4, 8].

Both between-group comparisons and regression analyses revealed a significant association between age and the combination of NSSI and SA, with older age being associated with a reduced likelihood of having NSSI and SA. A higher frequency of NSSI and SA in younger people has been shown in some epidemiological studies [5, 31]. This association can be explained, on the one hand, by a higher increase in the frequency of NSSI and SA among adolescents and young adults in recent years compared to other age groups, and on the other hand, by a greater susceptibility to stigma in older people and, accordingly, a lower likelihood of reporting NSSI and SA [5, 32, 33].

Among all types of ACE, the most reliable transnosological association with the combination of NSSI and SA was found for physical abuse. The frequency of this type of ACE was significantly higher in patients with a combination of NSSI and SA both when assessed in the overall sample and separately in the subsamples of patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. Moreover, physical abuse turned out to be a significant factor influencing the likelihood of developing a combination of NSSI and SA during regression analysis. A recently published review of meta-analytic studies showed that a history of physical abuse increases the risk of both NSSI and SA by more than 2.5 times [34]. Apparently, physical abuse also has the most pronounced influence on the development of a combination of NSSI and SA, regardless of the diagnostic group; however, the specific biological mechanisms underlying this influence require further study.

Two other types of abuse – emotional and sexual – have also been shown in meta-

шают риск как НССП, так и СП [34]. Однако в ходе нашего анализа значимая ассоциация с эмоциональным насилием выявлялась лишь в подвыборке пациентов с аффективными расстройствами, но не среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Кроме того, ни эмоциональное, ни сексуальное насилие не показали свою значимость в ходе регрессионного анализа. Таким образом, эмоциональное насилие может являться фактором, ассоциированным с сочетанием НССП и СП, и параметром, отличающим данную группу пациентов от сообщивших только об НССП или СП или не сообщивших о самоповреждающем поведении вообще, но эти ассоциации могут быть более выражены при аффективных расстройствах, чем при расстройствах шизофренического спектра.

Хотя данные метаанализов демонстрируют наиболее выраженное среди различных видов НДО влияние именно перенесённого сексуального насилия на риск развития НССП и СП как при аффективных расстройствах [35], так и при расстройствах шизофренического спектра [36], выявленные нами различия в частоте сексуального насилия между пациентами с сочетанием НССП и СП и остальными пациентами не достигли уровня статистической значимости, хотя и приближались к пороговому значению. По всей видимости, перенесённое сексуальное насилие может существенно влиять на риск развития НССП и СП по отдельности, но не нести за собой дополнительное повышение риска развития сочетания НССП и СП, но это предположение требует проверки на больших выборках.

В ходе настоящего исследования мы также обнаружили значимую ассоциацию перенесённого эмоционального пренебрежения с сочетанием НССП и СП. Данный фактор показал свою значимость при построении регрессионных моделей и при межгрупповых сравнениях в общей выборке, и подвыборке пациентов с аффективными расстройствами, но не среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Предыдущие исследования продемонстрировали значимое влияние эмоционального пренебрежения на риск развития самоповреждающего поведения [34], в том числе и при расстройствах шизофренического спектра [36]. Тем не менее, наличие ассоциации эмоционального пренебрежения с сочетанием НССП и СП у пациентов с расстройствами шизофренического спектра также требует подтверждения на больших выборках.

Из всех видов СО, наиболее значимая ассоциация с сочетанием НССП и СП была выявлена для СО суицидальными попытками как по результатам межгрупповых сравнений, так и в ходе регрессионного анализа. В предыдущих исследованиях была продемонстрирована значимая ассоциация СО суицидальными попытками как с СП [37], так и с НССП [38]. Полученные нами данные позволяют предположить, что совокупность генетических факторов, составляющих СО суицидальными

analyses to increase the risk of both NSSI and SA [34]. However, in our analysis, a significant association with emotional abuse was found only in the subsample of patients with affective disorders, but not among patients with schizophrenia spectrum disorders. Furthermore, neither emotional nor sexual abuse was significant in the regression analysis. Thus, emotional abuse may be a factor associated with the combination of NSSI and SA and a parameter that distinguishes this group of patients from those who reported only NSSI or SA or who did not report any self-harming behavior, but these associations may be more pronounced in affective disorders than in schizophrenia spectrum disorders.

Although meta-analysis data demonstrate the most pronounced effect of sexual abuse on the risk of developing NSSI and SA among various types of ACE in both affective disorders [35] and schizophrenia spectrum disorders [36], the differences we identified in the frequency of sexual abuse between patients with a combination of NSSI and SA and other patients did not reach the level of statistical significance, although they approached the threshold value. Apparently, sexual abuse can significantly influence the risk of developing NSSI and SA separately, but not carry an additional increase in the risk of developing a combination of NSSI and SA, but this assumption requires verification on larger samples.

In the present study, we also found a significant association between emotional neglect and a combination of NSSI and SA. This factor was significant in regression models and in intergroup comparisons in the overall sample and a subsample of patients with affective disorders, but not among patients with schizophrenia spectrum disorders. Previous studies have demonstrated a significant impact of emotional neglect on the risk of developing self-harming behavior [34], including in schizophrenia spectrum disorders [36]. However, the presence of an association between emotional neglect and a combination of NSSI and SA in patients with schizophrenia spectrum disorders also requires confirmation in larger samples.

Of all the types of FH, the most significant association with the combination of NSSI and SA was found for FH of suicide attempts, both based on the results of between-group comparisons and in the regression analysis. Previous studies have demonstrated a significant association of FH of suicide attempts with both SA [37] and NSSI [38]. Our data suggest that the combination of genetic factors that make up FH of suicide attempts increases

попытками, увеличивает риск развития сочетания НССП и СП посредством транснозологических механизмов.

*Данное исследование имеет ряд ограничений.* Во-первых, размер выборки был недостаточен для проведения анализа межгрупповых различий отдельно по группам пациентов с сочетанием НССП и СП, только с НССП или СП и пациентов без самоповреждающего поведения. Кроме того, небольшое число пациентов с расстройствами шизофренического спектра относительно пациентов с аффективными расстройствами также могло ухудшить чувствительность анализа межгрупповых различий в подвыборке F2. Во-вторых, у четверти участников не были получены данные ACE-IQ, однако с целью сохранения размера выборки они не были исключены из исследования. Нами были выявлены значимые различия в частоте СО НССП между участниками, не заполнившими ACE-IQ, и остальными, что также могло повлиять на результаты анализа. В-третьих, кросс-секционный дизайн исследования не позволяет однозначно расценивать выявленные ассоциации как причинно-следственные связи. В-четвёртых, в силу отсутствия соответствующей медицинской документации, данные о СО были получены, главным образом, от самих участников исследования, что могло повлиять на достоверность собранных сведений.

К преимуществам исследования можно отнести проведение анализа на выборке из пациентов двух диагностических групп и проведение регрессионного анализа с учётом диагностической группы, что позволило выявить транснозологические ассоциации. Мультицентровый характер исследования, позволивший расширить географию набора и получить более репрезентативную в географическом отношении выборку; использование валидированного на русском языке опросника ACE-IQ для стандартизированной оценки НДО.

#### *Выводы*

Полученные нами результаты продемонстрировали сочетанную транснозологическую ассоциацию СО суицидальными попытками, перенесённого в детстве физического насилия и эмоционального пренебрежения, а также более молодого возраста, с более высокой вероятностью развития сочетания НССП и СП – потенциально наиболее тяжёлого варианта самоповреждающего поведения с наиболее выраженным суицидальным риском. Эти данные свидетельствуют о необходимости учёта комплексного взаимодействия наследственных и средовых факторов при исследовании самоповреждающего поведения.

Итоги работы могут послужить основой для дальнейших исследований транснозологических биологических механизмов развития НССП и суицидального поведения, что в перспективе позволит создать более точные предиктивные модели высокого суицидального риска и разработать таргетные профилактические меры для уязвимых групп пациентов.

the risk of developing a combination of NSSI and SA through transnosological mechanisms.

*This study has several limitations.* First, the sample size was insufficient to conduct an analysis of between-group differences separately for patients with a combination of NSSI and SA, only with NSSI or SA, and patients without self-harming behavior. Furthermore, the small number of patients with schizophrenia spectrum disorders relative to patients with affective disorders may have also reduced the sensitivity of the analysis of between-group differences in the F2 subsample. Second, a quarter of the participants did not have ACE-IQ data; however, to maintain the sample size, they were not excluded from the study. We found significant differences in the frequency of NSSI between participants who did not complete the ACE-IQ and the rest, which may also have affected the analysis results. Third, the cross-sectional design of the study does not allow us to unambiguously assess the identified associations as causal relationships. Fourth, due to the lack of relevant medical documentation, data on FH were obtained mainly from the study participants themselves, which could affect the reliability of the collected information.

The study's advantages include the inclusion of a sample of patients from two diagnostic groups and a regression analysis tailored to each diagnostic group, which allowed for the identification of transnosological associations. The multicenter nature of the study allowed for a broader geographical range of recruitment and a more geographically representative sample; and the use of the ACE-IQ questionnaire, validated in Russian, for standardized assessment of ACE.

#### *Conclusions*

Our results demonstrated a combined transnosological association between suicide attempts, childhood physical abuse and emotional neglect, and younger age, with a higher likelihood of developing a combination of NSSI and SA – potentially the most severe form of self-harming behavior with the most pronounced suicidal risk. These data highlight the need to consider the complex interaction of hereditary and environmental factors when studying self-harming behavior.

The results of this study may serve as a basis for further research into the transnosological biological mechanisms of the development of NSSI and suicidal behavior, which in the future will allow for the creation of more accurate predictive models of high suicidal risk and the development of targeted preventive measures for vulnerable patient groups.

## Литература / References:

- Ose SO, Tveit T, Mehlum L. Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients - A nationwide study. *J Psychiatr Res.* 2021; 133: 1-9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.11.031
- Xu YE, Barron DA, Sudol K, Zisook S, Oquendo MA. Suicidal behavior across a broad range of psychiatric disorders. *Mol Psychiatry.* 2023; 28 (7): 2764-2810. DOI: 10.1038/s41380-022-01935-7
- Dong M, Lu L, Zhang L, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019; 29: e63. DOI: 10.1017/S2045796019000593
- Dong M, Lu L, Zhang L, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019; 29: e63. DOI: 10.1017/S2045796019000593
- Liu RT. The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychol Med.* 2023; 53 (1): 274-282. DOI: 10.1017/S003329172100146X
- Cui L, Zhu Y, Li Y, et al. A national survey of suicidality and non-suicidal self-injury in bipolar disorder: insights from network analysis. *BMC Psychiatry.* 2025; 25 (1): 297. DOI: 10.1186/s12888-025-06750-2
- Álvarez A, Guàrdia A, González-Rodríguez A, et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022; 143: 104964. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104964
- Lorentzen EA, Mors O, Kjør JN. The prevalence of self-injurious behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull Open.* 2022; 3 (1): sgac069. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgac069
- Ye Z, Xiong F, Li W. A meta-analysis of co-occurrence of non-suicidal self-injury and suicide attempt: Implications for clinical intervention and future diagnosis. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 976217. DOI: 10.3389/fpsy.2022.976217
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017; 143 (2): 187-232. DOI: 10.1037/bul0000084
- Uher R, Zwickler A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry.* 2017; 16 (2): 121-129. DOI: 10.1002/wps.20436
- Herrera-Luis E, Benke K, Volk H, Ladd-Acosta C, Wojcik GL. Gene-environment interactions in human health. *Nat Rev Genet.* 2024; 25 (11): 768-784. DOI: 10.1038/s41576-024-00731-z
- Bylstra Y, Lim WK, Kam S, et al. Family history assessment significantly enhances delivery of precision medicine in the genomics era. *Genome Med.* 2021; 13 (1): 3. DOI: 10.1186/s13073-020-00819-1
- Ali F, Sreeraj VS, Nadella RK, et al. Estimating the familial risk of psychiatric illnesses: A review of family history scores. *Asian J Psychiatr.* 2021; 56: 102551. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102551
- Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet.* 2012; 13 (8): 537-551. DOI: 10.1038/nrg3240
- Wendt FR, Pathak GA, Tylee DS, Goswami A, Polimanti R. Heterogeneity and polygenicity in psychiatric disorders: a genome-wide perspective. *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2020; 4: 2470547020924844. DOI: 10.1177/2470547020924844
- Andreassen OA, Hindley GFL, Frei O, Smeland OB. New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. *World Psychiatry.* 2023; 22 (1): 4-24. DOI: 10.1002/wps.21034
- Madigan S, Deneault AA, Racine N, et al. Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry.* 2023; 22 (3): 463-471. DOI: 10.1002/wps.21122
- WHO Violence Prevention Team. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) 2020. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
- Sahle BW, Reavley NJ, Li W, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022; 31 (10): 1489-1499. DOI: 10.1007/s00787-021-01745-2
- Suhail Usmani S, Mehendale M, Yousif Shaikh M, et al. Understanding the impact of adverse childhood experiences on non-suicidal self-injury in youth: a systematic review. *Alpha Psychiatry.* 2024; 25 (2): 150-164. DOI: 10.5152/alphapsychiatry.2024.231139
- Dosanjh LH, Lauby S, Fuentes J, et al. Five hypothesized biological mechanisms linking adverse childhood experiences with anxiety, depression, and PTSD: A scoping review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2025; 171: 106062. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2025.106062
- Kranzler HR, Davis CN, Feinn R, et al. Gene × environment effects and mediation involving adverse childhood events, mood and anxiety disorders, and substance dependence. *Nat Hum Behav.* 2024; 8 (8): 1616-1627. DOI: 10.1038/s41562-024-01885-w
- Warrier V, Kwong ASF, Luo M, et al. Gene-environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8 (5): 373-386. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30569-1
- Jansen K, Cardoso TA, Fries GR, et al. Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood. *Acta Psychiatr Scand.* 2016; 134 (4): 281-286. DOI: 10.1111/acps.12551
- Kibitov AA, Kasyanov ED, Nikolishin AE, et al. Svyaz' semeinoy otyagoshchennosti rasstroistvami nastroeniya s neblagopriyatnym detским opytom i suitsidal'nost'yu u patsientov s depressiei [Family history of mood disorders may weaken the link between adverse childhood experience and suicidality in patients with depression]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2022; 122 (6-2): 56-63. DOI: 10.17116/jnevro202212206256
- Kibitov AA, Trusova AV, Vyshinsky KV, et al. Development and analysis of psychometric properties of a new russian version of the adverse childhood experience – International Questionnaire (ACE-IQ). *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2024; 32: 29–57. DOI: 10.17759/cpp.2024320102
- Violence Prevention WHO Team. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). 2020. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
- Cheng H, Wang D, Wang L, et al. Global prevalence of self-harm during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol.* 2023; 11 (1): 149. DOI: 10.1186/s40359-023-01181-8
- Bommersbach TJ, Rosenheck RA, et al. Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *J Affect Disord.* 2022; 311: 157-164. DOI: 10.1016/j.jad.2022.05.096
- Cabello M, Miret M, Ayuso-Mateos JL, et al. Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging Ment Health.* 2020; 24 (9): 1533-1542. DOI: 10.1080/13607863.2019.1603284
- Lewis SP, Lucchese-Lavecchia GA, Heath NL, et al. They just don't get it: a qualitative study on perceptions of anticipated self-injury stigma across generations. *BMC Psychiatry.* 2025; 25 (1): 318. DOI: 10.1186/s12888-025-06718-2
- Zamorano S, González-Sanguino C, Muñoz M. Implications of stigma towards mental health problems on suicide risk in people with mental health problems: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2022; 50 (5): 216-225.
- Chia AYY, Hartanto A, Wan TS, et al. The impact of childhood sexual, physical and emotional abuse and neglect on suicidal behavior and non-suicidal self-injury: A systematic review of meta-analyses. *Psychiatry Research Communications.* 2025; 5: 100202. DOI: 10.1016/j.psycom.2025.100202
- Baldini V, Gottardi C, Di Stefano R, et al. Association between adverse childhood experiences and suicidal behavior in affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2025; 68 (1): e58. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2025.2452
- Baldini V, Stefano RD, Rindi LV, et al. Association between adverse childhood experiences and suicidal behavior in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2023; 329: 115488. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115488

37. Barzilay R, Visoki E, Schultz LM, Warriar V, Daskalakis NP, Almasy L. Genetic risk, parental history, and suicide attempts in a diverse sample of US adolescents. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 941772. DOI: 10.3389/fpsy.2022.941772
38. Stein MB, Jain S, Papini S, et al. Polygenic risk for suicide attempt is associated with lifetime suicide attempt in US soldiers independent of parental risk. *J Affect Disord*. 2024; 351: 671-682. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.254

Приложение / Appendix 1. Различия между пациентами с НССП+СП в подвыборке F3 / Differences between patients with NSSI+SA in the subsample F3

Показатель / Indicator	НССП + СП NSSI+SA, n=83	Остальные участники Other participants, n=267	p
<i>Количественные переменные / Quantitative variables</i>			
Возраст, лет / Age, years	Me (Q1-Q3) 23 (21-26)	Me (Q1-Q3) 30 (23-40)	<0,001
Количество видов НДО по ACE-IQ Number of ACE types according to ACE-IQ	3 (2-4)	1,5 (1-3)	<0,001
<i>Категориальные переменные / Categorical variables</i>			
Женский пол / Female gender	80,7% (n=67)	67,4% (n=180)	0,013
СО психическими расстройствами / FH of mental disorders	51,8% (n=43)	47,9% (n=128)	0,538
СО наркологическими расстройствами / FH of abuse disorders	69,9% (n=58)	62,9% (n=168)	0,247
СО соматическими расстройствами / FH of somatic disorders	86,7% (n=72)	90,3% (n=241)	0,363
СО НССП / FH of NSSI	7,2% (n=6)	3,7% (n=10)	0,184
СО суицидальными попытками / FH of SA	25,3% (n=21)	8,2% (n=22)	<0,001
СО суицидами / FH of suicide	9,6% (n=8)	12,0% (n=32)	0,557
Заполнившие ACE-IQ / Those who completed the ACE-IQ	77,1% (n=64)	70,4% (n=188)	0,235
Физическое насилие / Physical violence	35,9% (n=23)	14,9% (n=28)	<0,001
Эмоциональное насилие / Emotional violence	64,1% (n=41)	38,8% (n=73)	<0,001
Сексуальное насилие / Sexual violence	37,5% (n=24)	25,0% (n=47)	0,055
Насилие по отношению к домочадцам (Домашнее насилие) Violence against family members (Domestic violence)	78,1% (n=50)	63,1% (n=118)	0,027
Эмоциональное пренебрежение / Emotional neglect	73,4% (n=47)	37,4% (n=70)	<0,001
Физическое пренебрежение / Physical neglect	18,8% (n=12)	12,4% (n=23)	0,204
Буллинг / Bullying	40,6% (n=26)	20,7% (n=39)	0,002
Насилие в окружении / Violence in the environment	23,4% (n=15)	10,8% (n=20)	0,012
Коллективное насилие / Collective violence	15,6% (n=10)	11,2% (n=21)	0,349
Проживание с людьми, злоупотреблявшими ПАВ Living with people who have a history of substance abuse	46,9% (n=30)	40,1% (n=75)	0,343
Проживание с людьми, побывавшими в местах лишения свободы / Living with people who have been in prison	18,8% (n=12)	12,8% (n=24)	0,237
Проживание с людьми, имевшими психические расстройства Living with people who had mental disorders	40,6% (n=26)	30,8% (n=57)	0,151
Лишение (развод или смерть) родителей Deprivation (divorce or death) of parents	62,5% (n=40)	44,7% (n=84)	0,014

Приложение / Appendix 2. Различия между пациентами с НССП+СП в подвыборке F2 / Differences between patients with NSSI+SP in the subsample F2.

Показатель / Indicator	НССП + СП NSSI+SA, n=17	Остальные участники Other participants, n=98	p
<i>Количественные переменные / Quantitative variables</i>			
Возраст, лет / Age, years	Me (Q1-Q3) 24 (20-32,5)	Me (Q1-Q3) 35 (25-43)	0,001
Количество видов НДО по ACE-IQ Number of ACE types according to ACE-IQ	1 (1-4)	2 (0-3)	0,391
<i>Категориальные переменные / Categorical variables</i>			
Женский пол / Female gender	58,8% (n=10)	40,8% (n=40)	0,132
СО психическими расстройствами / FH of mental disorders	58,8% (n=10)	36,7% (n=36)	0,086
СО наркологическими расстройствами / FH of abuse disorders	52,9% (n=9)	52,0% (n=51)	0,945
СО соматическими расстройствами / FH of somatic disorders	70,6% (n=12)	82,7% (n=81)	0,243
СО НССП / FH of NSSI	5,9% (n=1)	2,0% (n=2)	0,359
СО суицидальными попытками / FH of suicide attempts	23,5% (n=4)	3,1% (n=3)	0,001

СО суицидами / FH of suicide	23,5% (n=4)	3,1% (n=3)	0,001
Заполнившие ACE-IQ / Those who completed the ACE-IQ	82,4% (n=14)	79,6% (n=78)	0,793
Физическое насилие / Physical violence	23,1% (n=3)	2,6% (n=2)	0,003
Эмоциональное насилие / Emotional violence	35,7% (n=5)	18,2% (n=14)	0,138
Сексуальное насилие / Sexual violence	21,4% (n=3)	21,1% (n=16)	0,975
Насилие по отношению к домочадцам (Домашнее насилие) Violence against family members (Domestic violence)	57,1% (n=8)	50,0% (n=39)	0,623
Эмоциональное пренебрежение / Emotional neglect	42,9% (n=6)	30,8% (n=24)	0,374
Физическое пренебрежение / Physical neglect	7,1% (n=1)	7,9% (n=6)	0,923
Буллинг / Bullying	35,7% (n=5)	19,2% (n=15)	0,169
Насилие в окружении / Violence in the environment	7,1% (n=1)	14,1% (n=11)	0,476
Коллективное насилие / Collective violence	21,4% (n=3)	17,9% (n=14)	0,757
Проживание с людьми, злоупотреблявшими ПАВ Living with people who have a history of substance abuse	50,0% (n=7)	41,0% (n=32)	0,532
Проживание с людьми, побывавшими в местах лишения свободы Living with people who have been in prison	14,3% (n=2)	11,5% (n=9)	0,771
Проживание с людьми, имевшими психические расстройства Living with people who had mental disorders	42,9% (n=6)	19,2% (n=15)	0,052
Лишение (развод или смерть) родителей Deprivation (divorce or death) of parents	50,0% (n=7)	41,0% (n=32)	0,532

### COMBINED NONSUICIDIAL AND SUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR: TRANSNOSOLOGICAL ROLE OF FAMILY HISTORY AND ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES

A.A. Kibitov<sup>1,2,3</sup>, A.P. Gorbunova<sup>3</sup>,  
Y.V. Yakovleva<sup>3</sup>, E.D. Kasyanov<sup>3</sup>,  
G.V. Rukavishnikov<sup>3</sup>,  
A.O. Kibitov<sup>3,4</sup>, G.E. Mazo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Research Center, Moscow, Russia; andreykibitov18@gmail.com

<sup>2</sup>N.A. Alexeev Psychiatric Hospital № 1 of the Department of Health of Moscow, Moscow, Russia

<sup>3</sup>Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

<sup>4</sup>First St.-Petersburg Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia

#### Abstract:

The combination of non-suicidal self-injurious behavior (NSSI) and suicide attempts (SA) is the most pronounced variant of self-harming behavior and is associated with a significant increase in the risk of suicide. However, insufficient information is available on the complex transnosological influence of adverse childhood experiences (ACE) and family history (FH) of mental, somatic and substance abuse disorders and self-injurious behavior on the risk of developing a combination of NSSI and SA. *Aim of the study.* To evaluate the transnosological association of ACE and FH with a combination of NSSI and SA in patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. *Patients and methods.* The sample consisted of 465 patients (63.9% women), median (Q1-Q3) age 28 (23-38) years, with affective disorders (75.3%) and schizophrenia spectrum disorders. A combination of NSSI and SA was reported by 21.5% (n=100) of patients. Sociodemographic characteristics and information on FH were collected during a clinical interview. ACE was assessed using the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Between-group comparisons were conducted, and regression analysis was used to comprehensively assess the association of FH, ACE, gender, age, and diagnostic group with the combination of NSSI and SA. *Results.* Patients with a combination of NSSI and SA more often reported FH with suicide attempts (25.0% vs. 6.8%, p<0.001), as well as such types of ACE as physical abuse (33.8% vs. 11.4%, p<0.001), emotional abuse (59.0% vs. 32.8%, p<0.001), domestic violence (74.4% vs. 59.2%, p=0.015), emotional neglect (67.9% vs. 35.5%, p<0.001), bullying (39.7% vs. 20.3%, p<0.001), deprivation (divorce or death) of parents (60.3% vs. 43.6%, p=0.01). Logistic regression revealed significant associations with suicide attempts (OR=3.212, p=0.003), physical abuse (OR=2.515, p=0.01), emotional neglect (OR=2.122, p=0.016), age (for each year, OR=0.905, p<0.001) with a combination of SA and NSSI. *Conclusions.* The obtained results demonstrate the presence of a complex transnosological interaction of hereditary and environmental factors in the development of a combination of NSSI and SA, which indicates the need to consider them when studying self-harming behavior. The results of this study can serve as a basis for further research into the transnosological biological mechanisms of the development of NSSI and suicidal behavior. This will potentially allow for the creation of more accurate predictive models of high suicide risk and the development of targeted preventive measures for vulnerable patient groups.

*Keywords:* adverse childhood experiences, childhood trauma, family history, NSSI, self-harm, suicide, suicide attempt

Information about the authors:

**Kibitov Andrey A.** – MD; PhD student (SPIN-code: 5502-2307; ResearcherID: ACG-0527-2022; ORCID iD: 0000-0001-7766-9675). Place of work and position: Junior researcher of Department of Therapy of Mental Disorders; Mental Health Research Center, Moscow, Russia; Junior researcher of Scientific and Clinical Research Center for Neuropsychiatry of «N.A. Alexeev Psychiatric Hospital № 1 of the Department of Health of Moscow», Moscow, Russia; Junior researcher of Implementation of Grant Agreements Department of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology», Saint-Petersburg, Russia. Email: andreykibitov18@gmail.com

**Gorbunova Alexandra P.** – MD (SPIN-code: 7523-0527; ORCID iD: 0009-0005-0351-7157). Place of work and position: Junior researcher of Social Neuropsychiatry Department of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology», Saint Petersburg, Russia. Email: gorbunovasashaa@gmail.com

**Yakovleva Yana V.** – MD (SPIN-code: 9892-1833; ORCID iD: 0000-0003-2526-0530). Place of work and position: Junior researcher of Social Neuropsychiatry Department of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology», Saint Petersburg, Russia. Email: yanakov97@yandex.ru

**Kasyanov Evgeny D.** – MD, PhD (SPIN-code: 4818-2523; ORCID iD: 0000-0002-4658-2195). Place of work and position: Senior researcher of Social Neuropsychiatry Department of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology», Saint Petersburg, Russia. Email: i@kasyan.ru

**Rukavishnikov Grigory V.** – MD, PhD (SPIN-code: 6859-8787; ResearcherID: AAI-5164-2020; ORCID iD: 0000-0002-5282-2036). Place of work and position: Lead researcher, Head of Social Neuropsychiatry Department of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology», Saint Petersburg, Russia. Email: grigory\_v\_r@mail.ru

**Kibitov Alexander O.** – MD, PhD (SPIN-code: 3718-6729; ResearcherID: R-5872-2016; ORCID iD: 0000-0002-8771-625X). Place of work and position: Head of the Genomics of Psychiatric Disorders Department of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of Ministry», Saint Petersburg, Russia; Head of the Laboratory of Clinical Pharmacology of Addictions, Valdman Institute of Pharmacology of «First St.-Petersburg Pavlov State Medical University», Saint Petersburg, Russia. Email: druggen@mail.ru

**Mazo Galina E.** – MD, PhD (SPIN-код: 1361-6333; ResearcherID: F-9403-2015; ORCID iD: 0000-0001-7036-5927), Deputy Director for Innovative Scientific Development of «Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology», Saint Petersburg, Russia. Email: galina-mazo@yandex.ru

Вклад авторов:

*А.А. Кибитов:* концептуализация и методология, анализ данных, написание текста рукописи;

*А.П. Горбунова:* сбор данных, написание – обзор и редактирование;

*Я.В. Яковлева:* сбор данных, написание – обзор и редактирование;

*Е.Д. Касьянов:* концептуализация и методология, сбор данных, написание – обзор и редактирование;

*Г.В. Рукавишников:* сбор данных, написание – обзор и редактирование;

*А.О. Кибитов:* концептуализация и методология, написание – обзор и редактирование;

*Г.Э. Мазо:* концептуализация и методология, написание – обзор и редактирование.

Authors' contributions:

*A.A. Kibitov:* conceptualization and methodology, data analysis, writing – original draft;

*A.P. Gorbunova:* data acquisition, writing – review and editing;

*Y.V. Yakovleva:* data acquisition, writing – review and editing;

*E.D. Kasyanov:* conceptualization and methodology, data acquisition, writing – review and editing;

*G.V. Rukavishnikov:* data acquisition, writing – review and editing;

*A.O. Kibitov:* conceptualization and methodology, writing – review and editing;

*G.E. Mazo:* conceptualization and methodology, writing – review and editing.

Финансирование: Исследование поддержано грантом РФФ № 23-15-00347

Financing: This study was supported by the RSF Grant № 23-15-00347

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Благодарности: авторы благодарят коллег, принимавших участие в наборе пациентов в рамках мультицентрового исследования: Солдаткин В.А., Сидоров А.А., Яковлев А.Н., Жилаева Т.В., Патрикеева О.Н., Соловьева Н.В., Сараев И.Д.

Acknowledgements: authors are thankful to colleagues who helped in multicenter recruiting: Soldatkin V.A., Sidorov A.A., Yakovlev A.N., Zhilyaeva T.V., Patrikeeva O.N., Solovyeva N.V., Saraev I.D.

Статья поступила / Article received: 11.07.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.08.2025.

Для цитирования: Кибитов А.А., Горбунова А.П., Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Сочетанное несуйцидальное и суйцидальное самоповреждающее поведение: трансоэологическая роль семейной отягощенности и неблагоприятного детского опыта. *Суицидология*. 2025; 16 (3): 91-107. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-91-107

For citation: Kibitov A.A., Gorbunova A.P., Yakovleva Y.V., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Kibitov A.O., Mazo G.E. Combined nonsuicidal and suicidal self-injurious behavior: transnosological role of family history and adverse childhood experiences. *Suicidology*. 2025; 16 (3): 91-107. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-91-107

## УБИЙСТВО, СПРОВОЦИРОВАННОЕ ЖЕРТВОЙ, ИЛИ «СИНЕЕ САМОУБИЙСТВО» (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

А.В. Голенков<sup>1</sup>, В.А. Козлов<sup>1, 2</sup>, И.Е. Булыгина<sup>1</sup>, А.Г. Кириллов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6

<sup>2</sup>ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» МЗ ЧР, Россия, г. Чебоксары, ул. Михаила Сеселя, 27.

### VICTIM-INVOLVED MURDER OR "BLUE SUICIDE" (A REVIEW OF INTERNATIONAL RESEARCH)

A.V. Golenkov<sup>1</sup>, V.A. Kozlov<sup>1,2</sup>,  
I.E. Bulygina<sup>1</sup>, A.G. Kirillov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

<sup>2</sup>Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary, Russia

#### Сведения об авторах:

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

Козлов Вадим Авенирович – доктор биологических наук, кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1915-5416; ResearcherID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Место работы и должность: профессор кафедры медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия; ведущий научный сотрудник ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: [rooh12@yandex.ru](mailto:rooh12@yandex.ru)

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

Кириллов Александр Григорьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 5109-2525; ORCID iD: 0009-0004-2211-6992). Место работы и должность: главный научный сотрудник ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия. Телефон: +7 (8352) 70-92-42 (доб. 224), электронный адрес: [giduv-muz@med.cap.ru](mailto:giduv-muz@med.cap.ru)

Самоубийство с помощью полицейского (СПП) редкий и необычный способ преднамеренного ухода из жизни путём провокации убийства (применения огнестрельного оружия). Цель – обобщение современных сведений по СПП преимущественно по данным зарубежной литературы. Научный интерес к СПП появился в 80-90-х годах прошлого века и освещался в основном в англоязычной литературе. СПП колеблется от 10,0 до 76,0%, и его частота сильно зависит от особенностей инцидента (выше в случаях с потенциальной угрозой жизни полицейским и захвате заложников). СПП мужчины совершают в 83,0-98,0% случаев, в основном молодого возраста (средний – 35,0-38,0 года), европеоидной расы с различными проявлениями суицидального поведения (26,0-66,2%) и психических расстройств (25,5-67,0%), находящиеся в состоянии опьянения (17,3-94,7%). Были убиты в ходе инцидентов от 1,0 до 85,3% инициаторов СПП, ранены – 3,0-67,0%, сами совершили самоубийство (до 8,3%). Причины СПП очень вариабельны, чаще всего это различные стрессовые ситуации (конфликты), а также проблемы, связанные с семьей, работой (занятостью), проживанием (наличием / потерей жилья), финансами, совершением преступлений и наказаниями за противоправную деятельность. В американских художественных фильмах СПП встречаются в 10 раз чаще, чем в реальной жизни (1,28% против 0,12% среди населения США). В России статистика о СПП отсутствует, публикаций чрезвычайно мало, но в последние годы в региональных электронных средствах массовой информации стали появляться репортажи о таких случаях. Учёт информации о СПП подготовленной командой из сотрудников правоохранительных органов и специалистов различных специальностей способен существенно сократить летальные исходы (ранения и травмы) среди участников таких инцидентов.

**Ключевые слова:** самоубийство с помощью полицейского, “suicide by cop”, редкие и необычные методы суицида, профилактика самоубийства, убийство, спровоцированное жертвой

В научной литературе обсуждаются различные проблемы, связанные с так называемым «самоубийством с помощью полицейского» (СПП) (англ. – “suicide by cop”) [1]. Это является разговорным выра-

The scientific literature discusses various problems associated with the so-called “suicide by cop” (SbC) [1]. This is a colloquial expression that is widely used to describe

жением, которое широко используется для описания инцидентов сотрудниками правоохранительных органов (силовых структур, военных), средств массовой информации (СМИ) и науки [2-10]. Среди других многочисленных терминов используются «самоубийство с помощью полиции (правоохранительных органов)», «убийство, спровоцированное (вызванное) жертвой», «смерть в результате юридического вмешательства», «гетеро-суицид», «нападение с намерением покончить с собой», «синее самоубийство», «убийство-самоубийство» [11-16] и др. Последняя дефиниция возможна, но нужно иметь в виду, что в литературе описываются и изучаются самоубийства после убийства (постгомицидные самоубийства), которые принципиально отличаются от СпП [17]. В русскоязычной литературе для описания СпП нам встретились выражения «полицейское самоубийство» [18] и «синий суицид» [19].

Н. Hutson и соавт. одними из первых сформулировали четыре критерия СпП: 1) доказательства суицидальных намерений человека; 2) доказательства того, что он специально хотел, чтобы сотрудники полиции застрелили его; 3) доказательства того, что у него было смертоносное оружие или то, что выглядело как смертоносное оружие; 4) доказательства того, что он намеренно обострял ситуацию и спровоцировал сотрудников полиции на стрельбу [2].

Схожие признаки СпП, практические и методические подходы их верификации обсуждаются и в более поздних работах [13, 14, 15, 16].

На сегодняшний день немногочисленные исследования СпП проведены в Австралии, Англии, Уэльсе, Канаде и США [2-5, 7-9], обзорные (теоретические) статьи [10, 11, 13-16] и описания отдельных клинических случаев с комментариями специалистов [6, 10, 12]. В России СпП в основном изучались юристами и сотрудниками внутренних дел в рамках криминологических аспектов провокационной деятельности (провоцирующего поведения), криминальной аутоагрессии, связи криминологии и суицидологии [18-22]. Однако обозначенная тема достойна более расширенного обсуждения в первую очередь в среде суицидологов и психиатров, так как одними из важных факторов совершения СпП являются суицидальное поведение (СП) и психические расстройства (ПР) [2-5, 7-9, 13]. Как свидетельствует анализ К.Ж. Weiss, учёт информации о СП и ПР подготовленной командой из сотрудников правоохранительных органов и специалистов различных специальностей способно существенно сократить летальные исходы (ранения и травмы) среди участников таких инцидентов [8, 15, 16].

*Цель* – обобщение современных сведений по СпП преимущественно по данным зарубежной литературы.

*Краткая история СпП.* Первые косвенные сведения о СпП (события по достижению цели, соответствующие СпП) относятся к IV в., когда члены секты

incidents by law enforcement (security forces, military), the media, and academia [2-10]. Among numerous other terms used are “police-assisted suicide,” “victim-instigated homicide,” “death by legal intervention,” “hetero-suicide,” “assault with intent to kill oneself,” “blue suicide,” “murder-suicide.” [11-16] and others. The latter definition is possible, but it must be kept in mind that the literature describes and studies suicides after murder (posthomicidal suicides), which are fundamentally different from posthomicidal suicides [17]. In Russian-language literature, we encountered the expressions “police suicide” [18] and “blue suicide” [19] to describe SbC.

H. Hutson et al. were among the first to formulate four criteria of the SbC: 1) evidence of a person’s suicidal intent; 2) evidence that they specifically wanted the police to shoot them; 3) evidence that they had a deadly weapon or something that looked like a deadly weapon; 4) evidence that they intentionally escalated the situation and provoked the police to shoot [2].

Similar features of the SbC, practical and methodological approaches to their verification are also discussed in later works [13, 14, 15, 16].

To date, a few studies of SbC have been conducted in Australia, England, Wales, Canada and the USA [2-5, 7-9], review (theoretical) articles [10, 11, 13-16] and descriptions of individual clinical cases with comments from specialists [6, 10, 12]. In Russia, SbC has been mainly studied by lawyers and internal affairs officers within the framework of criminological aspects of provocative activity (provocative behavior), criminal autoaggression, and the relationship between criminology and suicidology [18-22]. However, the identified topic deserves more extensive discussion, primarily among suicidologists and psychiatrists, since some of the important factors in the commission of SbC are suicidal behavior (SB) and mental disorders (MD) [2-5, 7-9, 13]. As the analysis of K.J. Weiss shows, keeping records on SB incidents and MD by a trained team of law enforcement officers and specialists of various specialties can significantly reduce fatal outcomes (injuries and trauma) among participants in such incidents [8, 15, 16].

*The aim* is to generalize modern information on SbC, primarily based on data from foreign literature.

*A brief history of the SbC.* The first indirect evidence of the SbC (goal-achieving events corresponding to the SbC) dates back to the 4th century, when members of the Donatist sect attacked Roman legionaries or other

донатистов нападали на римских легионеров или других вооружённых людей, чтобы спровоцировать их на смертельное применение оружия. Другой возможностью умереть от рук других людей была явная демонстрация неуважения к судье (суду), чтобы он потребовал немедленной казни нарушителя [1].

СпП как феномен также упоминается в XVII-XVIII вв. в Скандинавии (Дании и Норвегии), когда люди с депрессией и стойкими суицидальными тенденциями уйти из жизни не могли совершить по религиозным мотивам самоубийство, провоцировали окружающих на смертельную агрессию, либо сами решались на тяжкие преступления (убийства), чтобы быть приговорёнными за них к смертной казни [15].

В Англии (1800 г.) описывается случай, когда Джеймс Хэдфилд – больной с бредом («его смерть должна была принести 1000 лет мира») предстал перед судом за стрельбу в британского короля Георга III в лондонском театре в надежде, что толпа (зрители) его за это убьют на месте преступления. Но суд в итоге признал его невменяемым и отправил на длительное принудительное лечение в психиатрической больнице.

Научный интерес к СпП возобновился в 80-90-е годы XX в. на фоне появления репортажей таких событий в СМИ [11], которые вызывали живое обсуждение в обществе по многим аспектам, включая правомерность применения полицией огнестрельного оружия на поражение [9, 13, 16], использование психологической аутопсии их расследовании при СпП [14]. Прецедентом в английском праве стал случай СпП, по которому в 2003 г. было вынесено решение (заключение) о смерти (самоубийстве с помощью полицейского) [1].

*Распространённость СпП*

Как видно из табл. 1, распространённость СпП колеблется в широких пределах от 10,0 до 76,0% и сильно зависит от особенностей инцидента.

armed men to provoke them into lethal use of weapons. Another possibility of dying at the hands of others was a clear demonstration of disrespect for a judge (court), so that he or she would demand the immediate execution of the offender [1].

The phenomenon of SbC was also mentioned in the 17th and 18th centuries in Scandinavia (Denmark and Norway), when people with depression and persistent suicidal tendencies could not commit suicide for religious reasons, provoked those around them to deadly aggression, or decided to commit serious crimes (murders) in order to be sentenced to death for them [15].

In England (1800), a case is described in which James Hadfield, a delusional man ("his death would bring 1,000 years of peace"), stood trial for shooting the British King George III in a London theater, hoping the crowd (spectators) would kill him at the scene. But the court ultimately found him insane and sentenced him to long-term compulsory treatment in a psychiatric hospital.

Scientific interest in police-assisted suicide was renewed in the 1980s and 1990s, following the appearance of media reports of such events [11], which sparked lively public debate on many aspects, including the legality of the police's use of lethal force [9, 13, 16] and the use of psychological autopsy in their investigations of police-assisted suicide [14]. A precedent in English law was the case of SbC, in which a verdict (conclusion) of death (suicide by police officer) was issued in 2003 [1].

*Prevalence of SbC*

As Table 1 shows, the prevalence of SbC varies widely from 10.0 to 76.0% and is highly dependent on the characteristics of the incident.

Таблица / Table 1

Распространённость СпП в странах мира, 1980-2014 [13]  
Prevalence of SbC in countries worldwide, 1980–2014 [13]

Страна Country	Годы Years	СпП, % SbC, %	Особенности инцидента Incident Features
США USA	1998	10-13,0	Случаи с участием применения огнестрельного оружия офицерами полиции Cases involving the use of firearms by police officers
США, Канада (Северная Америка) USA, Canada (North America)	1998-2014	16-46,0	
Австралия (Виктория) Australia (Victoria)	1980-2007	33,3	Стрельба со смертельным исходом Fatal shooting
Англия, Уэльс GB, Wales	1998-2001	36,4	
Канада Canada	1980-1994	48,2	Случаи с потенциальной угрозой жизни сотрудникам правоохранительных органов Cases involving potential threats to law enforcement officers' lives
США USA	2010	76,0	В случаях захвата заложников и возведения баррикад In cases of hostage-taking and building barricades

В реальном мире часто цитируемая оценка встречаемости СпП составляет 10% убийств, совершённых полицией, из которых в США ежегодно происходит около 300-400 [23].

При этом V. Lord, M. Sloop обнаружили только 47 случаев (0,93%) СпП из общей базы данных (5035 случаев) всех инцидентов, требующих вмешательства специальных групп реагирования [5].

В течение 10 лет (1987-1997) было зарегистрировано 437 случаев стрельбы с участием офицеров полиции по расследованию убийств Департамента шерифа округа Лос-Анджелес (США). Из 200 случаев применения огнестрельного оружия сотрудниками правоохранительных органов и приведших к смерти, 25 (12,5%) считались СпП, что в среднем составило 4,2 случая в год. Наибольшее количество таких случаев (28,3%) произошло в 1997 г. [2].

*Социально-демографические характеристики СпП*

Как видно из табл. 2, мужчины совершают СпП в 83,0-98,0% случаев. Они преимущественно молодого возраста (средний возраст в диапазоне 35,0-38,0 года) и белой (европеоидной) расы (37,0-76,1%); испаноговорящие («латинос», имеющие латиноамериканские корни) преобладали только в работе [8].

In the real world, a frequently cited estimate of the incidence of SbC is 10% of police-involved homicides, of which approximately 300-400 occur annually in the United States [23].

At the same time, V. Lord and M. Sloop found only 47 cases (0.93%) of SbC from the total database (5035 cases) of all incidents requiring the intervention of special response teams [5].

Over a 10-year period (1987–1997), 437 officer-involved shootings were recorded in the Los Angeles County Sheriff's Department (USA). Of the 200 officer-involved shootings resulting in death, 25 (12.5%) were considered fatal, averaging 4.2 shootings per year. The highest number of such shootings (28.3%) occurred in 1997 [2].

*Socio-demographic characteristics of the SbC*

As can be seen from Table 2, men commit violent crimes in 83.0-98.0% of cases. They are predominantly young (mean age in the range is 35.0-38.0 years) and white (Caucasian) race (37.0-76.1%); Hispanics ("Latino", with Latin American roots) predominated only in the study [8].

Таблица / Table 2

Характеристики СпП в половозрастных и расовых группах  
Gender, age and race characteristics of SbC

Авторы Authors	n	Пол Gender	Возраст Age, years	Раса, % Race, %
Hutson H.R., et al. [2]	46	98,0% мужчин / M	18-54 (35,0)	Белые / White – 52,2, Черные / Black – 10,9, «Латинос» / «Latino» ~ 37,0
Lord V., 2000 [3]	64	95,3% мужчин / M	< 25 – 14,1% 25-39 – 56,3% 40-59 – 28,1%	Белые / White – 75,0, Черные / Black – 21,9, «Латинос» / «Latino» – 1,6, Неизвестно / Unknown – 1,6
Mohandie K., et al. [4]	707	95,0% мужчин / M	16-76 (35,0)	Белые / White – 41,0, Черные / Black – 16,0, «Латинос» / «Latino» – 26,0, Прочие / Others – 16,0
Lord V., Sloop M. [5]	47	91,5% мужчин / M	< 25 – 9,1% 25-39 – 47,7% 40-59 – 36,4% 60 > – 6,8%	Белые / White – 76,1, Черные / Black – 15,2, Прочие / Others – 8,7
Jordan A., et al. [8]	419	83,0% мужчин / M	14-76 (38,01)	Белые / White – 31,0, Черные / Black – 23,0, «Латинос» / «Latino» – 37,0, Прочие / Others – 9,0
Dewey L., et al. [9]	68	91,2% мужчин / M	15-84 (35,9)	Белые / White – 64,7, Черные / Black – 14,7, «Латинос» / «Latino» – 17,6, «Азиаты» / Asian – 1,5, Прочие / Others – 1,5

У этих авторов встречалось и значительно бóльшая по сравнению с другими исследователями доля женщин, что связано с отбором дел для анализа из внутренней базы данных полиции по сравнению с предыдущими исследованиями, где информация бралась исключительно из архивов применения правоохранителями оружия или из общедоступных источников в СМИ.

Некоторые учёные выдвинули гипотезу, что более молодой возраст может быть связан с большей жестокостью и / или преступным поведением во время совершения инцидента. Выводы о семейном положении неоднозначны, а для оценки образовательного статуса – недостаточно информации [13].

*Приём психоактивных веществ, СП и ПР при СнП*

Как видно из табл. 3, различные проявления СП наблюдались у 26-66,2% (попытки – 11-61,8%, одна – 14-61,8%, несколько – 12-29,4%), предсмертные записки оставили – 3-17,6%. Многие находились в состоянии опьянения (36-94,7%), в основном алкогольного (17,3-36,0); «тяжёлые наркотики» по частоте использования находились на втором месте [5, 13].

These authors also encountered a significantly higher proportion of women compared to other researchers, which is due to the selection of cases for analysis from an internal police database compared to previous studies, where information was taken exclusively from archives of law enforcement use of weapons or from publicly available media sources.

Some researchers have hypothesized that younger age may be associated with greater violence and/or criminal behavior at the time of the incident. Findings regarding marital status are mixed, and there is insufficient information to assess educational status [13].

*Use of psychoactive substances (PAS), SB and MD in SbC*

As can be seen from Table 3, various manifestations of SB were observed in 26-66.2% (attempts – 11-61.8%, single attempt – 14-61.8%, multiple attempts – 12-29.4%), suicide notes were left by 3-17.6%. Many were in a state of intoxication (36-94.7%), mainly alcohol (17.3-36.0); "hard drugs" were in second place in terms of frequency of use [5, 13].

Таблица / Table 3

СП, ПР и потребление ПАВ лиц с СнП, %  
SB, MD and PAS consumption in individuals with SbC, %

Авторы Authors	СП SB	ПАВ PAS	ПР MD
Hutson H.R., et al. [2]	65,2 – СП / SB 4,3 – записки / notes	65,2 – да / yes 19,6 – нет / no 15,2 – неизвестно / unknown	63,0 – да / yes 6,5 – нет / no 30,4 – неизвестно / unknown
Lord V., 2000 [3]	26,0 – СП / SB 14,0 – одна попытка / single attempt 12,0 – несколько / multiple attempts	53,8 – да / yes 17,3 – алкоголь / alcohol 46,2 – нет / no	54,0 – ПР, чаще всего шизофрения или БАП / MD most often schizophrenia or BPD**
Mohandie K., et al. [4]	16,0 – попытки / attempts 14,0 – записки / notes	36,0 – алкоголь / alcohol 16,0 – ПАВ / PAS	21,0 – госпитализация / hospital admission 62,0 – ПР / MD (20,0 Психозы / psychosis) 29,0 – ПФТ / PPT*
Lord V., Sloop M. [5]	61,8 – одна попытка / single attempt 29,4 – несколько / several attempts 8,8 – нет / no	94,7 – да / yes 5,3 – нет / no	25,5 – ПР / MD 21,3 – консультация / consultation 25,5 – нет / no
Mohandie K., Meloy J.R. [7] Женщины / female	58,0 – СП / SB 17,6 – записки / notes	29,4 – алкоголь / alcohol 41,2 – ПАВ / PAS	67,0 – аффективные ПР / affective MD 42,0 – психозы / psychosis 58,0 – ПФТ / PPT*
Jordan A., et al. [8]	11,0 – попытки / attempts 3,0 – записки / notes	18,0 – алкоголь / alcohol 10,0 – ПАВ / PAS	40,0 – госпитализация / hospital admission 67,0 – ПР / MD (25,0 – психозы / psychosis: 19 – шизофрения / schizophrenia, 14 – БАП / BPD; 16 – депрессия / depression) 38,0 – ПФТ / PPT*
Dewey L., et al. [9]	66,2 – мысли / ideation 23,5 – попытки / attempts	66,2 – да / yes	16,2 – госпитализация / hospital admission 42,6 – ПР / MD 66,2 – депрессия / depression 29,4 – ПФТ / PPT*

Примечание / Note: ПФТ\* – психофармакотерапия; БАП\*\* – биполярное аффективное расстройство / PPT\* – psychopharmacotherapy; BPD\*\* – bipolar affective disorder

Субъекты с СпП часто страдали теми или иными ПР (25,5-67,0%), обычно – аффективной патологией (до 67,0%) или проявлениями шизофрении [3]. Многие в прошлом имели судимость, которая, по-видимому, обратно коррелирует с ПР (если субъекты менее «психически больны», то они «более криминально активны») [13].

*Сравнение СпП с самоубийствами*

V. Lord, M. Sloop сравнили случаи самоубийств («только самоубийство») с субъектами, провоцирующими СпП по ряду переменных на всех уровнях суицидальных намерений, используя данные из Системы данных о заложниках и баррикадах Федерального бюро расследований в США. Лица с СпП чаще совершали преступное деяние непосредственно перед инцидентом, чаще имели огнестрельное оружие и реже сдавались полиции, чем субъекты, совершившие самоубийство самостоятельно. Примерно у трети самоубийц не было оружия вообще. Также наблюдалась значительная разница в исходе инцидента. Большинство случаев можно было определить как «незавершённые попытки самоубийства», поскольку они не привели к смерти.

Subjects with SbC often suffered from some kind of MD (25.5-67.0%), usually affective pathology (up to 67.0%) or manifestations of schizophrenia [3]. Many had a criminal record in the past, which apparently inversely correlates with MD (if subjects are less “mentally ill”, then they are “more criminally active”) [13].

*Comparison of SbC with suicide*

V. Lord and M. Sloop compared suicide cases (“suicide only”) with subjects who provoked SbC on a number of variables at all levels of suicidal intent, using data from the Federal Bureau of Investigation's Hostage and Barricade Data System in the United States. Individuals with SbC were more likely to have committed a criminal act immediately before the incident, as well as to have firearms. They were less likely to surrender to police than individuals who committed suicide on their own. About a third of the suicide attempters did not have firearms at all. A significant difference in the outcome of the incident was also observed.

Таблица / Table 4

Сравнение СпП в гендерных группах [по 7, с сокращениями]  
Comparison of SbC in gender groups [by 7, with abbreviations]

Показатель Indicator	СпП мужчины SbC male, n=625	СпП женщины SbC femals, n=21
Общие данные / General data, %		
СпП, доля / SbC, share	36,0	57,0
Суицидальные намерения / Suicide ideation <sup>P&lt;0,001</sup>	40,0	81,0
Смертность от СпП / SbC mortality	59,0	25,0
Повреждение СпП / SbC injury	38,0	67,0
Общее количество жертв / Number of victims, total	97,0	92,0
Среднее количество выстрелов полицейских Average number of shots by policemen	16 (0–614)	4 (1–16)
Средний возраст / Mean age	34,0 (16–76)	40,0 (19–54)
Наличие детей / Have children	33,0	50,0
Спонтанное событие / A spontaneous event	82,0	58,0
Преднамеренное событие / A preplanned event <sup>P&lt;0,05</sup>	16,0	42,0
Тип СпП / SbC type, %		
Прямое столкновение / Straightforward confrontation	16,0	17,0
Уголовный / Criminal	48,0	8,0
Расстройство психики / Mental disorder	19,0	33,0
Бытовой / Domestic	16,0	42,0
Длительность инцидента / Incident duration		
Среднее значение / Average	3,2 ч / h	1 ч / h
Режим / Regime	10 мин / min	2 мин / min
Диапазон / Range	1 мин / min – 9 дней / days	2 мин / min – 5 ч / h
Поведение во время СпП / Behavior during SbC, %		
Суицидальное поведение / Suicide behavior	31,0	58,0
Хранение оружия / Storing weapons	79,0	100,0
Хранение огнестрельного оружия / Storing firearms	48,0	50,0
Использование имитационного оружия / Using imitation weapons	11,0	–
Выстрелы в полицию / Shooting at policemen	49,0	33,0
Насилие в отношении гражданских лиц / Violence against civilians	49,0	50,0
Нападение на полицейских / Attacking policemen	63,0	50,0

С другой стороны, исход для субъектов СпП был бимодальным, с примерно равным процентным соотношением между отсутствием травм и смертью. Субъекты, совершившие только самоубийство (n=206), существенно не отличались от субъектов с СпП (n=47) в отношении потребления ПАВ [5].

*Сравнение СпП у мужчин и СпП у женщин*

В табл. 4 показаны различия между мужчинами и женщинами с СпП, но достоверной значимости они достигают только по двум переменным. Женщины чаще, чем мужчины, имели суицидальные намерения и СпП у них было квалифицировано как преднамеренное событие. Отличаются гендерные группы, судя по всему, и по длительности инцидента.

Видно, что подавляющее большинство инцидентов завершались по времени в течение одного часа и менее. Поскольку в исследование была включена всего 21 женщина, многие закономерности не удалось подтвердить статическими расчётами. Случаи СпП часто происходили в помещениях и домашних условиях суицидентов [13].

*Гибель (убийства), ранения и самоубийства СпП*

Как видно из табл. 5, были убиты полицейскими в ходе инцидента от 1 до 85,3% инициаторов СпП, ранены – от 3 до 67,0%, сами совершили самоубийства – от 0 – до 8,3%. В работе [9] оставшиеся в живых лица, провоцирующие убийство, отнесены авторами к суицидентам с незавершёнными попытками самоубийства.

Чрезвычайно низкие показатели убитых и раненых полицией в выборке А. Jordan и соавт. [8] обусловлены тем обстоятельством, что большинство вызовов полицейских (специальных групп быстрого реагирования) маркировались категориями «психически больной человек» или «суицидент». 89% субъектов устно заявили о своих суицидальных намерениях во время инцидентов. В результате многие случаи были разрешены без применения силы (81%), и большинство участников были госпитализированы (82%), а не арестованы.

Most cases could be defined as "incomplete suicide attempts" since they did not result in death. On the other hand, the outcome for subjects with SbC was bimodal, with approximately equal percentages between no injury and death. Subjects who committed suicide only (n=206) did not differ significantly from subjects with SbC (n=47) in terms of substance use [5].

*Comparison of SbC in men and SbC in women*

Table 4 shows differences between men and women with SbC, but only two variables reached significance. Women were more likely than men to have suicidal intent and to have their SbC classified as intentional. Gender groups also appear to differ in the duration of the incident.

It is clear that the overwhelming majority of incidents concluded within one hour or less. Because the study included only 21 women, many patterns could not be confirmed by statistical calculations. Cases of SbC often occurred in the premises and homes of the suicide attempters [13].

*Deaths (murders), injuries and suicides of the SbC*

As can be seen from Table 5, from 1 to 85.3% of the initiators of the SbC were killed by police officers during the incident, from 3 to 67.0% were wounded, and from 0 to 8.3% committed suicide themselves. In the work [9], the surviving persons who provoked the murder were classified by the authors as suicidal individuals with incomplete suicide attempts.

Extremely low rates killed and injured by police in A. Jordan's et al. sample [8] are due to the fact that the majority of calls to police (special rapid response teams) were labeled as "mentally ill person" or "suicidal." Eighty-nine percent of subjects verbally stated their suicidal intent during the incidents.

Таблица / Table 5

Исходы СпП (по данным зарубежных авторов), %  
SbC outcomes (according to foreign authors), %

Авторы Authors	Убиты Killed	Ранены Injured	Суицид Suicide	Без повреждений No injuries
Hutson H.R., et al. [2]	54,3	45,7	–	–
Lord V., 2000 [3]	25,0	14,1	7,8	53,1
Mohandie K., et al. [4]	51,0	40,0	7,0	~3,0
Lord V., Sloop M. [5]	40,4	12,8	1,6	44,7
Mohandie K., Meloy J.R. [7] Женщины / female	16,7	67,0	8,3	8,3
Jordan A., et al. [8]	1,0	3,0	0,24	~95,0
Dewey L., et al. [9]	85,3	Попытка самоубийства с помощью полицейского Attempted suicide by police officer		

Специально созданное подразделение для оказания помощи сотрудникам полиции Лос-Анжелеса в случаях субъектов с СП, имеющих проблемы с психическим здоровьем, вероятно, применяла к ним и другие приёмы (поддержку и использование ресурсов психического здоровья), кроме рутинной полицейской тактики с различными уровнями применения силы.

*Причины (мотивы) СПП*

Как видно из табл. 6, вероятные причины (мотивы) СПП очень вариабельны. Это в первую очередь различные стрессовые ситуации (конфликты), а также проблемы, связанные с семьей, работой (занятостью), проживанием (наличием / потерей жилья), финансами, совершением преступлений и наказаниями за противоправную деятельность. Неизвестные причины составили от 7 до 28,3%.

*СПП в фильмах (кинематографе)*

Обсуждаемый тип суицида довольно часто по сравнению с реальной жизнью демонстрируется в американских художественных фильмах. Так, с 1900 по 2008 гг. было снято 16 фильмов с эпизодом, в котором полицейский убивает человека, спровоцировавшего инцидент СПП, из 1249 картин с самоубийствами, что составило 1,28% СПП в кино против 0,12% среди населения США в год [23].

As a result, many cases were resolved without the use of force (81%), and most participants were hospitalized (82%) rather than arrested. The specially created unit to assist LAPD officers with cases of SB subjects with mental health problems likely used other techniques (support and use of mental health resources) with them, in addition to routine police tactics with varying levels of use of force.

*Reasons (motives) for SbC*

As Table 6 shows, the probable causes (motives) of SbC are highly variable. These primarily include various stressful situations (conflicts), as well as problems related to family, work (employment), housing (ownership/loss of housing), finances, crimes, and punishments for illegal activity. Unknown causes accounted for between 7% and 28.3%.

*SbC in movies (cinema)*

The type of suicide discussed is depicted quite frequently in American feature films compared to real life. Thus, from 1900 to 2008, 16 films out of 1,249 films featuring suicide featured a police officer killing the person who provoked SbC incident, accounting for 1.28% of SbC in films versus 0.12% in the US population per year [23].

Таблица / Table 6

Мотивы СПП по данным литературы  
SbC motives according to the literature

Авторы / Authors	Причины (мотивы) / Reasons (motives)	%
Hutson H.R., et al. [2]	Домашнее насилие / Domestic violence	39,1
	Уныние из-за разрыва отношений / Despair after breakup	19,6
	Угроза тюремного заключения / Threat of imprisonment	8,7
	Потеря работы / Job loss	4,3
	Неизвестные причины / Unknown reasons	28,3
Lord V., 2000 [3]	Не работали / Didn't work	62,2
	Серьёзные семейные проблемы / Serious family problems	49,2
	Стресс / Stress	15,9
	включая бытовые, финансовые и/или последствия преступной деятельности / including domestic, financial and/or criminal consequences	9,5
Mohandie K., et al. [4]	Проблемы в отношениях / Relationship problems	72,0
	Конфликты / Conflicts	65,0
	Развод, расставание / Divorce, breakup	43,0
	Находились на условно-досрочном освобождении или испытательном сроке / Were on parole or probation	38,0
	Имели нарушения условий условно-досрочного освобождения или испытательного срока / Violated the terms of parole or probation	35,0
	Были вовлечены в проблемы опеки над детьми / Were involved in child custody issues	22,0
	Гражданские проблемы / Civil problems	8,0
	Не работали / Didn't work	54,0
Не имели жилья / Didn't have housing	29,0	
	Неизвестно / Unknown	7,0
Jordan A., et al. [8]	Одинокие / Single	26,0
	Разведены (проживают отдельно) / Divorced (separated)	3,0
	Дети (иждивенцы) / Children (dependents)	12,0
	Бездомные / Homeless	24,0
	Перед СПП потеряли работу / Job loss before SbC	4,0

В то время как демографические характеристики СпП в реальном мире в значительной степени отражены в кино (пол суицидента, раса, семейное и социально-экономическое положение), существуют основные различия в мотивациях и характеристиках инцидентов. Причины кинематографического СпП были непохожи на СпП в реальной жизни, где, соответственно, 0% против 35% пытались покончить жизнь самоубийством в прошлом, 6% против 47% были в хронической депрессии (единицы потребителей ПАВ против более половины) и 77% против 7% недавно убили кого-то. Кинематографические события СпП непропорционально часто включают убийц, опасных преступников, которые не находятся в депрессии, и их смерть зачастую отражает победу справедливости.

Ни одно из изображений СпП в фильмах не было отмечено моделью неуравновешенного человека, когда субъект совершает действия, не мотивированные на то, чтобы заставить других вызвать полицию на место происшествия, и не являющиеся частью преступного вмешательства. Однако, это часто встречается в большинстве случаев СпП в реальном мире. Вместо этого типичный субъект СпП имеет черты «психопата» или клиента с антисоциальным расстройством личности, включая крайние акты агрессии, обычно убийство, за которым следует отсутствие раскаяния. В некотором смысле, киноизображения содержат элемент демонизации субъекта СпП. Смерть «злодея» согласуется с метаисторией, заканчивающейся чувством справедливости, счастливым концом. Хотя такие искажения в кинематографе могут быть прибыльными и развлекать аудиторию, они также способствуют общественному непониманию природы девиации и препятствуют разработке эффективных программ профилактики самоубийств и насилия [23].

#### *СпП в России*

Статистика о СпП в России отсутствует, как и данные по использованию оружия полицейскими, включая случаи, закончившиеся летальным исходом, ранением и/самоубийствами участников инцидента. Однако в электронных СМИ такие эпизоды встречаются во многих регионах нашей страны. Некоторые случаи публикуются с результатами расследований обстоятельств произошедшего и правомерности применения сотрудниками огнестрельного оружия.

СпП нам встретились в СМИ ([www.gazeta.ru](http://www.gazeta.ru)) Санкт-Петербурга (26.04.2024), когда полицейские застрелили 43-летнего мужчину, который планировал совершить суицид. После незавершенной попытки самоубийства он находился в «неадекватном (буйном) состоянии», при конвоировании вытащил пистолет и выстрелил в одного из полицейских. Был убит ответ-

While the demographic characteristics of SbC in the real world are largely reflected in films (gender of the suicidal person, race, family and socioeconomic status), there are key differences in the motivations and characteristics of the incidents. The causes of cinematic SbC were dissimilar to SbC in real life, where, respectively, 0% versus 35% had attempted suicide in the past, 6% versus 47% were chronically depressed (few versus more than half were substance users), and 77% versus 7% had recently killed someone. Cinematic events in the SbC series disproportionately involve murderers, dangerous criminals who are not depressed, and their deaths often reflect the victory of justice.

None of the film depictions of SbC were marked by the model of a disturbed person, in which the subject commits acts not motivated by causing others to call the police to the scene of an incident and not as part of a criminal intervention. However, this is often the case in most SbC cases in the real world. Instead, the typical SbC subject exhibits traits of a "psychopath" or a client with antisocial personality disorder, including extreme acts of aggression, usually murder, followed by a lack of remorse. In a sense, film depictions contain an element of demonization of the SbC subject. The death of the "villain" is consistent with a meta-story that ends with a sense of justice and a happy ending. While such distortions in cinema may be profitable and entertain audiences, they also contribute to public misunderstanding of the nature of deviance and hinder the development of effective suicide and violence prevention programs [23].

#### *SbC in Russia*

There is no statistics on SbC in Russia, nor is there data on the use of weapons by police officers, including cases that resulted in fatalities, injuries, and/or suicides among the participants in the incident. However, online media reports on such incidents emerge in many regions of the country. Some cases are published with the results of investigations into the circumstances of the incident and the legality of the officers' use of firearms.

We encountered a SbC case in St. Petersburg media ([www.gazeta.ru](http://www.gazeta.ru), April 26, 2024), when police officers shot and killed a 43-year-old man who was planning to commit suicide. After an unsuccessful suicide attempt, he was in an "inadequate (violent) state". While being escorted, he pulled out a gun and shot one of the officers. He was killed by return fire from the wounded officer colleagues.

Earlier (March 22, 2021; [regnum.ru](http://regnum.ru)), a police officer in the Moscow region shot and killed a 32-year-old worker armed with a

ным огнём сослуживцев раненого коллеги.

Ранее (22.03.2021; regnum.ru) в Подмоскowie полицейский застрелили 32-летнего вооружённого лопатой разнорабочего на одном из складов Раменского района. Известно, что он пытался покончить с собой (с суицидальной целью «нанёс себе порез шеи»). При попытке доставить его в больницу он внезапно напал на водителя машины скорой помощи, а позднее вооружился штыковой лопатой и пытался нанести ею полицейскому и представителям охраны удар. Полицейский, видя явную угрозу жизни и здоровью себе и окружающим, применил табельное оружие, от полученных ранений подозреваемый скончался на месте (до смертельного выстрела был предупреждён о намерении применить против него огнестрельное оружие).

Самый первый случай СпП в России, по видимому, был зафиксирован в Псковской области (ноябрь, 2016 г.). Когда два подростка (парень с девушкой, 15 лет), забаррикадировавшись в одном из домов, обстреляли полицейских и прохожих. На уговоры, в том числе родителей, не поддавались, в итоге совершили вдвоём самоубийство с помощью огнестрельного оружия (это подтвердили многочисленные экспертизы; сотрудники СОБР оружие, за исключением светошумовых гранат, не применяли) [24].

#### *Заключение*

СпП – редкий способ (0,12% среди всех самоубийств), имеющий свою специфику (отсутствует «самостоятельное участие» в добровольном прекращении своей жизни).

Явные доказательства намерения (то есть словесное выражение желания умереть от СпП) отсутствуют для многих субъектов, вовлечённых в инциденты СпП. Когда представлены доказательства намерения СпП, они чаще всего имеют форму нарушенного поведения или агрессивных жестов, включая опьянение, проблемы с психическим здоровьем (СП), поведение, вызванное домашними спорами, или провоцирование полиции на стрельбу, отказом следовать инструкциям, либо наступлением на полицию со смертоносным оружием. Исследователи ещё не пришли к единому мнению о стандартном способе концептуализации намерения СпП, но подходы, явно фокусирующиеся на поведенческих индикаторах, а не на словесном выражении намерения, что, по-видимому, имеют наибольшую ценность.

Не до конца пока реализованы возможности психологической аутопсии для подтверждения факта СпП и его мотива. Учёт информации о ПР и СП, привлечение полицией подготовленных специалистов психолого-психиатрического профиля, специализирующихся в суицидологии, способно уменьшить число жертв при

shovel at a warehouse in the Ramenskoye district. He had allegedly attempted suicide (by "cutting his own neck" with suicidal intent). During an attempt to transport him to the hospital, he suddenly attacked the ambulance driver, and later armed himself with a bayonet shovel and attempted to stab the police officer and security guards with it. The police officer, seeing a clear threat to his life and health and that of those around him, used his service weapon. The suspect died at the scene from his wounds (before the fatal shot, he had been warned of the intention to use a firearm against him).

The very first case of SbC in Russia was apparently recorded in the Pskov region (November 2016). Two teenagers (a boy and a girl, both 15 years of age) barricaded themselves in a house and opened fire on police officers and passersby. They refused to yield to persuasion, including from their parents, and ultimately committed suicide with firearms (this was confirmed by numerous forensic examinations; the SOBR officers did not use weapons other than stun grenades) [24].

#### *Conclusion*

SbC is a rare method (0.12% of all suicides) that has its own specifics (there is no "independent participation" in the voluntary end of one's life).

Explicit evidence of intent (i.e., verbal expression of a desire to die from SbC) is absent for many subjects involved in SbC incidents. When evidence of SbC intent is provided, it most often takes the form of disruptive behavior or aggressive gestures, including intoxication, mental health issues (SB), behavior stemming from domestic disputes, or provoking police to shoot, refusing to follow instructions, or attacking police with a deadly weapon. Researchers have not yet reached a consensus on a standard way to conceptualize SbC intent, but approaches that explicitly focus on behavioral indicators rather than verbal expressions of intent appear to have the most value.

The potential of psychological autopsies to confirm the occurrence of septic shock and its motive has not yet been fully realized. Taking into account information on septic shock and septic shock, and engaging police with trained psychological and psychiatric specialists specializing in suicidology, could reduce the number of casualties when resolving incidents involving the use of weapons in septic shock.

The possibilities of psychological autopsy for confirming the fact of SbC and its motive have not yet been fully realized. Keeping records on MD and SB, as well as involving

разрешении инцидентов с использованием оружия при СпП.

trained specialists in psychology and psychiatry with specialization in suicidology, can reduce the number of victims in resolving incidents involving the use of weapons in SbC.

Литература / References:

1. Самоубийство с помощью полицейского. [Suicide by cop] <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (In Russ)
2. Hutson HR, Anglin D, Yarbrough J, Hardaway K, Russell M, Strote J, Canter M, Blum B. Suicide by cop. *Ann Emerg Med.* 1998 Dec; 32: 665-669. DOI: 10.1016/s0196-0644(98)70064-2
3. Lord VB. Law enforcement – assistant suicide. *J Crim Justice. Behav.* 2000; Jun; 27 (3): 401-409.
4. Mohandie K, Meloy JR, Collins PI. Suicide by cop among officer-involved shooting cases. *J Forensic Sci.* 2009 Mar; 54 (2): 456-462. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00981.x
5. Lord VB, Sloop MW. Suicide by Cop: Police shooting as a method of self-harming. *J Crim Justice.* 2010; 38: 889–895. DOI: 10.1016/j.jcrimjus.2010.06.004
6. Falk J, Riepert T, Rothschild MA. A case of suicide-by-cop. *Leg Med (Tokyo).* 2004 Jul; 6 (3): 194-196. DOI: 10.1016/j.legalmed.2004.04.001
7. Mohandie K, Meloy JR. Suicide by cop among female subjects in officer-involved shooting cases. *J Forensic Sci.* 2011 May; 56 (3): 664-668. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01686.x
8. Jordan A, Panza NR, Dempsey Ch. Suicide by cop: a new perspective on an old phenomenon. *Police Quarterly.* 2019; 23, 1: 1–24. DOI: 10.1177/1098611119873332
9. Dewey L, Allwood M, Fava J, Arias E, Pinizzotto A, Schlesinger L. Suicide by cop: clinical risks and subtypes. *Arch Suicide Res.* 2013; 17 (4): 448-461. DOI: 10.1080/13811118.2013.801810
10. Pridmore W, Pridmore S. Suicide by cop – a case and commentary. *Australas Psychiatry.* 2021 Apr; 29 (2): 239. DOI: 10.1177/1039856220946600
11. Pinizzotto AJ, Davis EF, Miller ChE. Suicide by cop: defining a devastating dilemma. *FBI Law Enf Bull* 2005 Feb; 1-15.
12. Arias EA, Schlesinger LB, Pinizzotto AJ, Davis EF, Fava JL, Dewey LM. Police officers who commit suicide by cop: a clinical study with analysis. *J Forensic Sci.* 2008 Nov; 53 (6): 1455-1457. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00861.x
13. Patton CL, Fremouw WJ. Examining “suicide by cop”: A critical review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2016; 27: 107–120. DOI: 10.1016/j.avb.2016.03.003
14. Hough RM. Using police as mechanism of self-harm: suicide by cop and psychological autopsy. *J Ment Health Soc Behav.* 2022; 4 (2): 167. DOI: 10.33790/jmhsb1100167
15. Weiss KJ. Suicide by Cop and Civil Liability for Police. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2023 Jun; 51 (2): 204-214. DOI: 10.29158/JAAPL.220062-22
16. Weiss KJ. Criminal justice outcomes of suicide by cop survivors. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2023 Sep; 51 (3): 390-400. DOI: 10.29158/JAAPL.220116-22
17. Голенков А.В., Зотов П.Б. Постгомицидные самоубийства: монография. Тюмень: Вектор-Бук, 2022. 424 с. ISBN 978-5-91409-563-2 [Golenkov AV, Zotov PB. Post-homicidal suicides: a monograph. Tyumen: Vector Books, 2022. 424 p.] (In Russ)
18. Жмуров Д.В. Криминальная аутоагрессия. *Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права.* 2010; 1: 45-49. [Zhmuurov DV. Criminal autoaggression. *Criminological journal of the Baikal State University of Economics and Law.* 2010; 1: 45-49.] (In Russ)
19. Еремеев С.Г. «Синий суицид», современное состояние и тенденции. *Вестник Сибирского юридического института МВД России,* 2024; 1 (54): 151-155. [Eremeev SG. "Blue Suicide", Current Status and Trends. *Bulletin of the Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia,* 2024; №1 (54): 151-155]. (In Russ)
20. Мастерков А.А. Уголовно-правовые и криминологические аспекты провокационной деятельности: Автореф. ... канд. юрид. наук. Владивосток, 2000; 18 с. [Masterkov AA. Criminal-legal and criminological aspects of provocative activity: Abstract of a PhD thesis. Vladivostok, 2000; 18 p.] (In Russ)
21. Черепакхин В.А. Провоцирующее поведение потерпевшего и его отличия от провокации преступления. *Актуальные проблемы экономики и права.* 2015; 1 (33): 272-277. [Cherepakhin VA. Provocative behavior of the victim and its differences from provocation of a crime. *Current problems of economics and law.* 2015; 1 (33): 272-277] (In Russ)
22. Лисовецкий А.Л., Бертовский Л.В., Поздняков В.М. Суицидология и криминалистика: пути взаимодействия. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 81-86. [Lisovetskii AL, Bertovskii LV, Pozdnyakov VM. Suicidology and forensics: paths of interaction. *Suicidology.* 2018; 9 (1): 81-86.] (In Russ)
23. Stack S, Bowman B, Lester D. Suicide by cop in film and society: dangerousness, depression, and justice. *Suicide Life Threat Behav.* 2012 Aug; 42 (4): 359-376. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00096.x
24. [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Денис\\_Муравьев\\_и\\_Катерина\\_Власова](https://ru.wikipedia.org/wiki/Денис_Муравьев_и_Катерина_Власова) [Denis Muravyov\_and\_Katerina Vlasova] (In Russ)

**VICTIM-INVOLVED MURDER OR "BLUE SUICIDE" (A REVIEW OF INTERNATIONAL RESEARCH)**

A.V. Golenkov<sup>1</sup>, V.A. Kozlov<sup>1,2</sup>,  
I.E. Bulygina<sup>1</sup>, A.G. Kirillov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia  
<sup>2</sup>Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary, Russia

**Abstract:**

“Suicide by cop” (SbC) is a rare and unusual method of intentional suicide by provoking murder (using a firearm). The aim is to summarize current data on SbC, primarily based on foreign literature. Scientific interest in SbC emerged in the 1980s and 1990s and was primarily covered in English-language literature. SbC incidence ranges from 10.0 to 76.0%, and its frequency greatly depends on the incident characteristics (higher in cases involving potential life threat to police officers and hostage-taking). SbC is committed by men in 83.0-98.0% of cases, primarily by young people (mean age 35.0-38.0 years of age), Caucasians with various manifestations of suicidal behavior (26.0-66.2%) and mental disorders (25.5-67.0%), typically in a state of intoxication (17.3-94.7%). From 1.0 to 85.3% of the initiators of the incidents were killed, 3.0-67.0% were injured, and up to 8.3% committed suicide themselves. The causes of the incidents vary significantly, most often these are manifold stressful situations (conflicts), as well as problems related to family, work (employment), housing (availability, loss of housing), finances, committing crimes and punishment

for illegal activity. In American feature films, SbC occur 10 times more often than in real life (1.28% versus 0.12% among US population). In Russia, there is no statistical data on the incidents, the number of publications are extremely limited, but in recent years, reports on such cases started to emerge in regional electronic media. Keeping records on the SbC incidents by a trained team of law enforcement officers and specialists in various fields can significantly reduce fatal outcomes (injuries and trauma) among participants in such incidents.

**Keywords:** suicide, "suicide by cop", rare and unusual suicide methods, VICTIM-provoked MURDER, suicide prevention

Information about the authors:

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

**Kozlov Vadim A.** – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1915-5416; ResearcherID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Place of work and position: professor of the department of medical biology with a course in microbiology and virology, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov"; Leading Researcher, Postgraduate Doctors' Training Institute. Address: 45 Moskovsky pr., Cheboksary, Russia. Phone: +7 (903) 379-56-44, email: [pooh12@yandex.ru](mailto:pooh12@yandex.ru)

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

**Kirillov Alexander G.** – MD, PhD (SPIN-code: 5109-2525; ORCID iD: 0009-0004-2211-6992). Place of work and position: Chief Researcher, Postgraduate Doctors' Training Institute. Address: 27 Mikhail Sespel Str., Cheboksary, Russia. Phone: +7 (8352) 70-92-42 (ext. 224), email: [giduv-muz@med.cap.ru](mailto:giduv-muz@med.cap.ru)

Вклад авторов:

**А.В. Голенков:** разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

**В.А. Козлов:** написание и редактирование текста рукописи;

**И.Е. Булыгина:** написание и редактирование текста рукописи;

**А.Г. Кириллов:** написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

**A.V. Golenkov:** study design development, writing and editing the text of the manuscript;

**V.A. Kozlov:** writing and editing the text of the manuscript;

**I.E. Bulygina:** writing and editing the text of the manuscript;

**A.G. Kirillov:** writing and editing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 11.07.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.08.2025.

Для цитирования: Голенков А.В., Козлов В.А., Булыгина И.Е., Кириллов А.Г. Убийство, спровоцированное жертвой, или «синее самоубийство» (обзор зарубежных исследований). *Суицидология*. 2025; 16 (3): 108-119. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-108-119

For citation: Golenkov A.V., Kozlov V.A., Bulygina I.E., Kirillov A.G. Victim-involved murder or "blue suicide" (a review of international research). *Suicidology*. 2025; 16 (3): 108-119. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-108-119

## СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ МУЖЧИН С НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

Е.Р. Гурулёва<sup>1</sup>, А.В. Меринов<sup>1</sup>, В.А. Гурулёв<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

<sup>2</sup>Филиал №6 ФГКУ «1586 военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, Россия, г. Рязань, Проспект Первомайский, 25.

### SUICIDAL BEHAVIOR OF YOUNG MEN WITH NERVOUS BULIMIA

Е.Р. Gurulyova<sup>1</sup>, А.В. Merinov<sup>1</sup>,  
V.A. Gurulyov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

<sup>2</sup>Branch No. 6 of the 1586 Military Clinical Hospital of the Russian Ministry of Defense, Ryazan, Russia

Сведения об авторах:

Гурулёва Елена Романовна – аспирант (SPIN-код: 7564-5262; ResearcherID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия. Телефон: +7 (929)-067-01-60, электронный адрес: [er46280@gmail.com](mailto:er46280@gmail.com)

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; ResearcherID: AAT-8010-2020; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: [merinovalex@gmail.com](mailto:merinovalex@gmail.com)

Гурулёв Виктор Андреевич – врач (ResearcherID: OFO-3380-2025; ORCID iD: 0009-0001-0041-935X). Место работы: филиал №6 ФГКУ «1586 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Рязань, Россия. Телефон: +7 (4912) 25-40-40, электронный адрес: [skaolegur@yandex.ru](mailto:skaolegur@yandex.ru)

На сегодняшний день расстройства пищевого поведения (РПП) представляют спектр заболеваний, имеющий один из наиболее высоких коэффициентов смертности (в том числе суицидальной) среди лиц с психической патологией. Имеется устойчивое предубеждение, что РПП в большей степени подвержены лица женского пола, однако в последние годы ситуация коренным образом изменилась: диагноз РПП (в частности, нервной булимии (НБ)) всё чаще выставляется лицам мужского пола. *Цель исследования* – изучение суицидологических характеристик молодых мужчин, страдающих нервной булимией. *Материалы и методы.* Исследованы 106 молодых мужчин в возрасте от 20 до 24 лет, обучающихся в ВУЗе. Из них 30 имели диагноз НБ и вошли в исследуемую группу. Контрольную группу составили 76 молодых мужчин без данного диагноза. В качестве диагностических инструментов использованы: клиничко-анамнестический опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем; коэффициент просуицидальной напряжённости (КПСН); тест ОСР (опросник суицидального риска) в модификации Т.Н. Разумовской. Математическая обработка данных осуществлена с помощью программы SPSS. *Результаты и обсуждение.* При исследовании не выявлена статистически значимая разница в отношении классических аутоагрессивных паттернов, однако количество мужчин, размышлявших о возможности совершения самоубийства за последние два года в исследуемой группе в два раза больше, чем в группе контроля. Похожая ситуация наблюдается в отношении аффективного профиля респондентов: у мужчин с НБ в последние два года статистически значимо чаще отмечаются: навязчивое чувство вины (27% и 11% в контрольной группе, соответственно), стыда (30% и 11%, соответственно), чувство безысходности (40% и 9%, соответственно), ощущение собственной неполноценности (37% и 7%, соответственно). Обращает на себя внимание частота табакокурения в группе мужчин (40% и 7%), склонность в последние два года к неоправданному риску (20% против 5%, соответственно). Высокий просуицидальный потенциал молодых мужчин с НБ подтверждается высокими значениями шкал ОСР, показателями КПНС, широко представленными предикторами аутоагрессивного поведения. *Выводы.* Несмотря на отсутствие статистически значимых отличий в отношении представленности классических паттернов суицидального поведения, исследуемая группа молодых мужчин с НБ является весьма неблагоприятной с точки зрения суицидологической оценки; при обнаружении паттернов аутоагрессивного поведения у молодых мужчин следует рассматривать вероятность присутствия в качестве их причины НБ (и наоборот). Целесообразна разработка скрининг-листов для диагностики НБ у лиц, обращающихся к смежным специалистам по поводу «не связанных с питанием» проблем. В суицидологической практике при работе с молодыми мужчинами (при

осуществлении профилактических и скрининговых мероприятий) следует больше внимания уделять выяснению особенностей пищевого поведения.

*Ключевые слова:* расстройство пищевого поведения, нервная булимия, молодые мужчины с нервной булимией, несуицидальное поведение, аутоагрессия, суицидология

В настоящее время до 70 миллионов человек страдают расстройством пищевого поведения (РПП) [1]. В России РПП выявляются в среднем у 4% населения, при этом соотношение нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) приблизительно паритетно (по данным разных источников первая обнаруживается у 2,5-3,7% пациентов, вторая – у 1,1-4,2% [2-4]). Достаточно широкий разброс значений (до четырёх раз при НБ) объясняется сложностями диагностики: многие пациенты не обращаются за специализированной психиатрической помощью, «оседая» у врачей соматического профиля (терапевтов, гастроэнтерологов, диетологов, нутрициологов) [5]. Трудности диагностики связаны, в частности, с убеждённой в обязательности присутствия неких внешних изменений при НБ, поскольку, при куда более всем знакомой НА, действительно, имеется ряд объективных индикаторов, способных привлечь внимание близких людей или специалистов (прежде всего, бросающийся в глаза дефицит веса). Однако заметные изменения внешности для НБ совершенно не характерны, пациенты долгое время держат в секрете существующие проблемы с питанием, и даже самые близкие люди даже не догадываются о развивающемся РПП. Пациенты с НБ являются гостями диетологов, терапевтов, нутрициологов с «безопасными» жалобами на невозможность похудеть при якобы сбалансированном питании, на проблемы с пищеварительной системой, астению и неустойчивое настроение. И часто булимическая природа (психиатрическая составляющая) предъявляемых жалоб остаётся «за скобками» оказываемой помощи: вне поля диагностического поиска остаются часто присутствующие при НБ периоды разочарования и безысходности, присутствующий перманентный интрапсихический конфликт [3, 6-8]. В этой связи напомним, что смертность при РПП является одной из самых высоких среди всех психических заболеваний: при НА она достигает порядка 5-18%. При этом каждая пятая смерть возникает в результате самоубийства, при НБ таковая составляет около 3,9%, и, как минимум четверть смертей, приходится на суициды [9-14]. Очень вероятно, что именно вышеупомянутые периоды отчаяния и безнадёжности (так редко выявляемые специалистами смежных с психиатрией специальностей) определяют высокую (и, вероятно, серьёзно недооцененную) суицидальную активность пациентов с РПП [15, 16].

Бытует убеждение, что НБ – прерогатива исключительно девушек молодого возраста, стремящихся любыми путями достигнуть идеалов красоты [17-20], но подобное предположение далеко от истины: мужчи-

Currently, up to 70 million people suffer from an eating disorder (ED) [1]. In Russia, EDs are diagnosed in an average of 4% of the population, while the ratio of anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) is approximately equal (according to various sources, the former is found in 2.5-3.7% of patients, the latter – in 1.1-4.2% [2-4]). A fairly wide range of values (up to four times for BN) is explained by the difficulties of diagnosis: many patients do not seek specialized psychiatric help, "settling" with somatic doctors (therapists, gastroenterologists, dieticians, nutritionists) [5]. Difficulties in diagnosis are associated, in particular, with the belief that certain external changes are mandatory for BN, since, with the much more familiar AN, there are indeed a number of objective indicators that can attract the attention of loved ones or specialists (primarily, a noticeable weight deficit). However, noticeable changes in appearance are completely uncharacteristic for EDs; patients keep existing eating problems a secret for a long time, and even their closest relatives are unaware of their developing eating disorder. Patients with BN often visit dietitians, therapists, and nutritionists with "harmless" complaints about the inability to lose weight despite a supposedly balanced diet, digestive problems, asthenia, and mood swings. And often, the bulimic nature (psychiatric component) of the presented complaints remains "outside the brackets" of the care provided: periods of disappointment and hopelessness, often present in BN, and the permanent intrapsychic conflict [3, 6-8] remain outside the scope of diagnostic search. In this regard, it is worth recalling that the mortality rate for eating disorders is one of the highest among all mental illnesses: in AN, it reaches approximately 5-18%. Moreover, every fifth death is a result of suicide; in BN, this figure is approximately 3.9%, and at least a quarter of deaths are due to suicide [9-14]. It is very likely that it is precisely the aforementioned periods of despair and hopelessness (so rarely identified by specialists in specialties related to psychiatry) that determine the high (and, probably, seriously underestimated) suicidal activity of patients with eating disorders [15, 16].

There is a belief that BN is the exclusive domain of young women striving to achieve beauty ideals by any means necessary [17-20],

ны в современном мире давно включились в бесконечную гонку за идеальными пропорциями [21, 22]. Совершенно естественные физиологические потребности, касающиеся разнообразного энергетически богатого питания, уходят на второй план, уступая место белковым диетам, протеиновым коктейлям, различным химическим веществам [23, 24], помогающим поддерживать требуемую фигуру [25-28]. Существующий тренд уже привёл к заметному росту числа мужчин, страдающих РПП (до четверти всех выявляемых в настоящее время случаев) [29, 30].

Таким образом, учитывая распространённость пациентов НБ в современном обществе (при крайне невысокой их спонтанной выявляемости) и предположительно высоким суицидальным потенциалом [2-4, 31], с позиции суицидальной настороженности, имеется существенная «слепая зона», требующая всестороннего изучения и поиска эффективных решений.

*Целью данного исследования* является изучение суицидологических характеристик молодых мужчин, страдающих нервной булимией.

#### *Материалы и методы*

В исследовании приняли участие 106 респондентов: из них в исследуемую группу вошли 30 молодых мужчин, имеющих НБ, в контрольную – 76 молодых мужчин, данного диагноза не имеющих. *Средний возраст* респондентов в исследуемой группе составил  $21,3 \pm 2,2$  года, в контрольной группе –  $22,1 \pm 0,8$  года.

В качестве диагностических инструментов использованы: клиничко-анамнестический опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем [32]; тест ОСР (опросник суицидального риска) в модификации Т.Н. Разуваевой [33]; расчёт КПСН (коэффициент просуицидальной напряжённости) [34].

Критерии включения в исследуемую группу: установленный диагноз НБ согласно МКБ-10; согласие на участие в исследовании, возраст от 20 до 27 лет, факт обучения в ВУЗе на момент проведения исследования. Критерии исключения: наличие иных психических расстройств, способных оказывать значимое влияние на оцениваемые переменные; отказ от участия в исследовании на любом этапе его осуществления; присутствие соматических заболеваний, симптомами которых могли являться вторичные нарушения пищевого поведения.

Группу контроля составили молодые мужчины того же возраста с сопоставимыми социально - демографическими характеристиками, не имеющие диагноза НБ, не принимающие препаратов, влияющих на аппетит.

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством непараметрических методов математической статистики: для сравнения качественных показателей в независимых выборках использовался критерий Пирсона ( $\chi^2$ ); для количественных показате-

but this assumption is far from the truth: men in the modern world have long been engaged in an endless race for ideal proportions [21, 22]. Completely natural physiological needs related to a varied, energy-rich diet are fading into the background, giving way to protein diets, protein shakes, and various chemical substances [23, 24] that help maintain the desired figure [25-28]. The existing trend has already led to a noticeable increase in the number of men suffering from eating disorders (up to a quarter of all cases currently identified) [29, 30].

Thus, given the prevalence of patients with NB in modern society (with an extremely low spontaneous detection rate) and the presumably high suicidal potential [2-4, 31], from the standpoint of suicidal alertness, there is a significant “blind spot” that requires comprehensive study and the search for effective solutions.

*The aim of this study* is to study suicidal characteristics of young men suffering from nervous bulimia.

#### *Materials and methods*

The study involved 106 respondents: 30 young men with BN were included in the study group, and 76 young men without the diagnosis were included in the control group. *The mean age* of respondents in the study group was  $21.3 \pm 2.2$  years of age, while in the control group it was  $22.1 \pm 0.8$  years of age.

The following diagnostic tools were used: a clinical and anamnestic questionnaire aimed at identifying autoaggressive patterns in the past and present [32]; the SRQ test (suicide risk questionnaire) as modified by T.N. Razuvaeva [33]; calculation of the coefficient of pro-suicidal tension (CPST) [34].

Study group inclusion criteria: established diagnosis of BN according to ICD-10; consent to participate in the study, aged from 20 to 27, fact of studying at a university at the time of the study. Exclusion criteria: presence of other mental disorders that can have a significant impact on the assessed variables; refusal to participate in the study at any stage of its implementation; the presence of somatic diseases, the symptoms of which could be secondary eating disorders.

The control group consisted of young men of the same age with comparable socio-demographic characteristics, not diagnosed with BN, and not taking medications that affect appetite.

Statistical analysis and data processing were carried out using nonparametric methods of mathematical statistics: the Pearson criterion ( $\chi^2$ ) was used to compare qualitative indicators in independent samples; for quanti-

лей с ненормальным распределением – критерий Манна-Уитни (U эксп.). Выборочные дескриптивные статистики представлены в виде М (m) (средняя (стандартное квадратичное отклонение)). Для непараметрических критериев описание данных представлено в виде n (%) (абсолютное количество признаков группы и его процентное отношение к общему количеству участников группы). Границы доверительного интервала (ДИ) для отношения шансов указаны в виде нижней (НГДИ) и верхней границы (ВГДИ). Результаты определялись как статистически значимые при уровне значимости  $p < 0,05$ . Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS.

*Результаты и их обсуждение*

В отношении представленности паттернов классического аутоагрессивного поведения (суицидальных попыток и мыслей) не обнаружено статистически значимых отличий. И если число суицидальных попыток в обеих группах было существенно ниже одного процента, то значение представленности суицидальных мыслей у лиц с НБ заслуживает того, чтобы обсудить таковое подробнее (табл. 1).

Сразу обратим внимание на в два раза более частое присутствие суицидальных мыслей у мужчин с НБ в период последних 2 лет (при совершенно паритетных значениях за весь период анамнеза). Даже при отсутствии статистически значимых отличий, увеличение рассматриваемого показателя в последние годы жизни (совпадающим с периодом формирования НБ), как минимум, должен настораживать. Напомним, что при аналогичном сравнении женских групп [35] был обнаружен ряд статистически значимых отличий в отношении рассматриваемых переменных. Вероятным объяснением обнаруженных особенностей, является гендерный аспект верификации наиболее одиозных вариантов аутоагрессивного поведения: мужчины традиционно более скрытны (дизайн же исследования на данном этапе подразумевал прямые вопросы врача-исследователя).

tative indicators with a non-normal distribution, the Mann-Whitney criterion (U exp.). Sample descriptive statistics are presented as M (m) (mean (standard deviation)). For nonparametric tests, data are presented as n (%) (the absolute number of group characteristics and its percentage of the total number of group participants). Confidence interval (CI) boundaries for the odds ratio are shown as the lower (LLCI) and upper (ULCI). Results were defined as statistically significant at a significance level of  $p < 0.05$ . Mathematical data processing was performed using SPSS.

*Results and discussion*

No statistically significant differences were found in the prevalence of classic auto-aggressive behavior patterns (suicidal attempts and thoughts). While the incidence of suicide attempts in both groups was significantly less than one percent, the prevalence of suicidal thoughts in individuals with BN warrants further discussion (Table 1).

We immediately note the twice-higher incidence of suicidal ideation in men with BN in the last two years (with completely equal values for the entire anamnesis period). Even in the absence of statistically significant differences, an increase in this indicator in the last years of life (coinciding with the period of BN development) should be, at a minimum, alarming. Let's recall that a similar comparison of female groups [35] revealed a number of statistically significant differences in the variables under consideration. A likely explanation for these observed differences is the gender aspect of verifying the most odious types of autoaggressive behavior: men are traditionally more secretive (the study design at this stage involved direct questions from the research physician).

Таблица / Table 1

Представленность суицидальных мыслей у молодых мужчин с нервной булимией  
Prevalence of suicidal ideation in young men with bulimia nervosa

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=30		Контрольная группа Control group, n=76		$\chi^2$	P	ОШ OR	ДИ/CI	
	n	%	n	%				НГДИ LLCI	ВГДИ ULCI
Мысли о самоубийстве вообще в анамнезе History of suicidal ideation in general	5	16,67	12	15,79	0,01	0,91	1,07	0,34	3,34
Мысли о самоубийстве в последние 2 года Thoughts of suicide in the last 2 years	4	13,33	5	6,58	1,26	0,26	2,18	0,54	8,77

Проанализируем теперь представленность в группах наиболее значимых для суицидологической практики предикторов аутоагрессивного поведения и про-суицидальных эмоциональных состояний. Статистически значимые отличия приведены в таблице 2.

Можно отметить, что исследуемая группа имеет большое число значимых отличий, характеризующих её, как имеющую существенно более высокий аутоагрессивный потенциал в сравнении с контрольной группой. Многие исследуемые переменные в 2-3 раза чаще отмечаются именно у молодых мужчин с НБ.

Let us now analyze the representation of the most significant predictors of self-aggressive behavior and pro-suicidal emotional states in the groups. Statistically significant differences are presented in Table 2.

As can be seen from the table, the study group has a large number of significant differences, characterizing it as having a significantly higher autoaggressive potential in comparison with the control group. Many of the studied variables are 2-3 times more often observed in young men with BN.

Таблица / Table 2

Представленность предикторов аутоагрессивного поведения у молодых мужчин с нервной булимией  
Prevalence of predictors of autoaggressive behavior in young men with bulimia nervosa

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=30		Контрольная группа Control group, n=76		$\chi^2$	P	ОШ OR	ДИ CI	
	n	%	n	%				НГДИ LLCI	ВГДИ ULCI
Долго переживаемое чувство вины в последние 2 года Long-term feelings of guilt over the past 2 years	8	26,67	8	10,53	4,37	0,03	3,09	1,03	9,21
Склонность испытывать навязчивое чувство стыда A tendency to experience obsessive feelings of shame	9	30	8	10,53	6,06	0,02	3,64	1,24	10,62
Периоды безысходности в последние 2 года Periods of despair in the last 2 years	12	40	7	9,21	13,86	0,001	6,57	2,26	19,09
Эпизоды исчезновения смысла жизни в последние 2 года Episodes of loss of meaning in life over the past 2 years	11	36,67	8	10,53	9,99	0,002	4,92	1,73	13,96
Ощущение собственной неполноценности в последние 2 года Feelings of inferiority over the past 2 years	11	36,67	5	6,58	15,19	0,0001	8,22	2,54	26,54
Ощущение неполноценности ранее последних 2 лет Feelings of inferiority for the last 2 years	17	56,67	23	30,27	12,21	0,0005	5,66	2,01	15,94
Стыд за своё тело в последние 2 года Body shame for the last 2 years	16	53,33	13	17,1	14,21	0,0002	5,53	2,17	14,08
Стыда за своё тело ранее последних 2 лет Body shame before the last 2 years	17	56,67	23	30,26	6,38	0,02	3,01	1,25	7,21
Повышенная агрессивность в последние 2 года Increased aggressiveness over the past 2 years	11	36,67	5	6,58	15,19	0,0001	8,22	2,54	26,54
Желание обратиться за помощью к психиатру, психологу, психотерапевту в последние 2 года Desire to seek help from a psychiatrist, psychologist, psychotherapist in the last 2 years	12	40	11	14,47	8,25	0,004	3,93	1,49	10,39

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство интересующих нас признаков имеют статистически значимые отличия именно в период последних двух лет, приходящихся на момент сформированной НБ.

«Стартовые» же позиции (представленность изучаемых признаков за весь период жизни) в группах чаще всего сходны, что ещё раз подтверждает вероятную связь таковых, выявляемых в последние два года, именно с развитием расстройства пищевого поведения. Любопытно и то, что почти половина (40%) респондентов из группы мужчин с НБ желала бы обратиться к специалисту в области душевного здоровья (что косвенно указывает на осознание присутствия актуальных проблем, требующих вмешательства), но, к сожалению, нами не обнаружено значимых отличий в количестве фактически обратившихся (3,33% и 2,63%, соответственно). Тем не менее, данная особенность создаёт «окно возможностей» для потенциальной терапевтической и профилактической работы.

Следующим этапом исследования была оценка присутствия в группах несуйцидальных аутоагрессивных паттернов (статистически значимые отличия приведены в табл. 3).

Число курящих заметно преобладает в исследуемой группе, как и число респондентов, отметивших увеличение числа выкуриваемых сигарет в последние два года. Почти половина из курящих мужчин с НБ начали потребление табака именно в последние один-два года, прямо связывая этот факт с попытками контролировать аппетит, либо уменьшить уровень отмечавшихся у них аффективных нарушений. Паттерны, связанные с неоправданным риском (отмечаемые также в последний двухлетний период), наиболее часто возникали на фоне переживания безысходности или подавленности.

It is noteworthy that most of the characteristics of interest to us have statistically significant differences precisely in the period of the last two years, which falls at the time of the formation of NB.

The "starting" positions (representation of the studied characteristics over the entire period of life) in the groups are most often similar, which once again confirms the probable connection of those identified in the last two years with the development of an eating disorder. It is also curious that almost half (40%) of the respondents from the group of men with BN would like to contact a mental health specialist (which indirectly indicates an awareness of the presence of current problems requiring intervention), but unfortunately, we did not find any significant differences in the number of actual applicants (3.33% and 2.63%, respectively). Nevertheless, this feature creates a "window of opportunity" for potential therapeutic and preventive work.

The next stage of the study was to assess the presence of non-suicidal autoaggressive patterns in the groups (statistically significant differences are presented in Table 3).

Smoking is significantly overrepresented in the study group, as is the number of respondents reporting an increase in the number of cigarettes smoked in the past two years. Almost half of the male smokers with BN began smoking in the past one to two years, directly associating this with attempts to control their appetite or reduce their reported affective disorders. Patterns associated with unjustified risk-taking (also observed in the past two years) most frequently arose in the context of feelings of hopelessness or depression.

Таблица / Table 3

Представленность несуйцидальных аутоагрессивных паттернов у молодых мужчин с нервной булимией  
Prevalence of non-suicidal autoaggressive patterns in young men with bulimia nervosa

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=30		Контрольная группа Control group, n=76		$\chi^2$	P	ОШ OR	ДИ CI	
	n	%	n	%				НГДИ LLCI	ВГДИ ULCI
Табачокурение Smoking	14	46,67	13	17,11	9,90	0,002	4,24	1,66	10,78
Увеличение числа выкуриваемых сигарет в последние 2 года Increase in the number of cigarettes smoked in the last 2 years	12	40	5	6,58	17,84	0,0000	9,47	2,95	30,33
Склонность к неоправданному риску в последние 2 года Tendency to take unnecessary risks in the last 2 years	6	20	4	5,26	5,47	0,02	4,37	1,14	16,83

Таблица / Table 4

Значения шкал ОСР и КПСН у мужчин с нервной булимией  
 Values of the SRQ and PSTC scales in men with bulimia nervosa

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=30, M±m	Контрольная группа Control group, n=76, M±m	U	p
ОСР / SRQ				
Интегральный показатель Integral indicator	12,16±8,55	8,28±4,53	843,50	0,04
Аффективность Affectivity	1,91±1,87	1,04±1,31	822,00	0,03
Уникальность Uniqueness	1,24±1,65	0,43±0,85	790,50	0,01
Несостоятельность Insolvency	2,65±1,71	1,58±0,86	709,50	0,003
КПСН / PSTC				
КПСН за последние 2 года PSTC for the past 2 years	2,21±2,05	0,84± 1,19	580,50	0,0001

Любопытны результаты опросника суицидального риска (ОСР) и значения коэффициента просуицидального напряжения (в свете отсутствующих заметных различий в отношении классических аутоагрессивных паттернов). Полученные результаты приведены в таблице 4.

Прежде всего, на себя обращает внимание значение интегрального показателя ОСР, статистически значимо более высокого в исследуемой группе. Та же тенденция наблюдается и в отношении отдельных шкал опросника (аффективность, уникальность, несостоятельность). Высокие значения шкалы аффективности свидетельствуют в пользу преобладания эмоциональности над интеллектуальным контролем в сложных ситуациях (что согласуется с высокими значениями рискованных форм поведения в группе мужчин с НБ). Высокие значения шкалы уникальности говорят в пользу завышенных рамок отношения к себе, создающих нереалистичные, завышенные ожидания и разочарования при неудачах им соответствовать, что поддерживает имеющийся у лиц с НБ интрапсихический конфликт (связанный с компульсивными, но всегда неуспешными попытками контроля веса). Шкала несостоятельности сопряжена с негативным отношением к собственной персоне, неспособности добиться желаемого, что усиливается и поддерживается перманентной чередой срывов «правильного питания». Значения КПСН (оцениваемые за весь период жизни и последние два года) статистически значимо отличают исследуемую группу именно в период сформированного РПП (последние два года жизни), что неблагоприятно характеризует её в суицидологическом плане.

The results of the Suicide Risk Questionnaire (SRQ) and the pro-suicidal tension coefficient (PSTC) are of interest (given the lack of significant differences in relation to classic autoaggressive patterns). The results are presented in Table 4.

First of all, the value of the integrated SRQ indicator is striking, statistically significantly higher in the study group. The same trend is observed for individual scales of the questionnaire (affectivity, uniqueness, and inadequacy). High values on the affectivity scale indicate a predominance of emotionality over intellectual control in difficult situations (which is consistent with high values for risky behaviors in the group of men with BN). High values on the uniqueness scale indicate an inflated self-image, creating unrealistic, inflated expectations and disappointment when they fail to meet them. This maintains the intrapsychic conflict existing in individuals with BN (associated with compulsive, but always unsuccessful, attempts to control weight). The inadequacy scale is associated with a negative attitude toward oneself and the inability to achieve what one desires, which is reinforced and maintained by a permanent series of failures in the "healthy eating" lifestyle. The values of the PSTC (assessed for the entire period of life and the last two years) statistically significantly distinguish the study group precisely during the period of the formed eating disorder (the last two years of life), which unfavorably characterizes it in suicidological terms.

**Выводы:**

Несмотря на отсутствие статистически значимых отличий в отношении представленности классических паттернов суицидального поведения, исследуемая группа молодых мужчин с НБ является весьма неблагоприятной с точки зрения суицидологической оценки. Высокий просуицидальный потенциал молодых мужчин с НБ подтверждается высокими значениями шкал ОСР, показателями КПНС, широко представленными предикторами аутоагрессивного поведения.

Большинство значимых для суицидологической практики индикаторов обнаруживаются у представителей исследуемой группы именно в отрезок времени, совпадающий с моментом возникновения и развития НБ.

При обнаружении паттернов аутоагрессивного поведения у молодых мужчин следует рассматривать вероятность присутствия в качестве причины НБ (и наоборот).

Мужчины с НБ нуждаются в пристальном наблюдении с созданием надлежащих профилактических и терапевтических программ. Целесообразна разработка скрининг-листов для диагностики НБ у лиц, обращающихся к смежным специалистам по поводу пара-НБ проблем. В суицидологической же практике при работе с молодыми мужчинами (особенно при осуществлении профилактических и скрининговых мероприятий) следует больше внимания уделять выяснению особенностей пищевого поведения.

**Conclusions:**

Despite the absence of statistically significant differences in the prevalence of classic suicidal behavior patterns, the study group of young men with BN is quite disadvantaged in terms of suicidological assessment. The high suicidal potential of young men with BN is confirmed by high scores on the SRQ scales and the PSTC scores, which are widely recognized predictors of self-injurious behavior.

The majority of indicators significant for suicidological practice are detected in representatives of the study group precisely in the period of time coinciding with the moment of the onset and development of BN.

When patterns of autoaggressive behavior are detected in young men, the possibility of the presence of NB as a cause should be considered (and vice versa).

Men with BN require close monitoring with the development of appropriate preventive and therapeutic programs. It is advisable to develop screening checklists for BN diagnosis in individuals seeking treatment from related specialists for para-BN issues. In suicidology practice, when working with young men (especially when implementing preventive and screening measures), greater attention should be paid to identifying eating behavior patterns.

Литература / References:

1. <https://spokoino.me/blog/statistika-rpp-krik-sovremennosti> (link – 01.09.2025)
2. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016; 26 (4): 63–70. [Kibitov AO, Mazo GE. Genetic studies of eating disorders: a way out of the vicious circle of nosological taxonomy. *Social and Clinical Psychiatry*. 2016; 26 (4): 63–70.] (In Russ)
3. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности. *Российский психиатрический журнал*. 2016; 3: 36–45. [Barylnik YuB, Filippova NV, Deeva MA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: from history to modernity. *Russian Psychiatric Journal*. 2016; 3: 36–45] (In Russ)
4. Yasmina S., Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*. 2022; 35 (6): 362–371. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000818
5. Ashby C, Ogden J. Managing patients with eating disorders: a qualitative study in primary care. *BJGP Open*. 2024; 8 (3): BJGPO.2024.0014. DOI: 10.3399/BJGPO.2024.0014
6. Гранкина А.Д., Ершова К.С., Лобанов А.Д. Расстройство пищевого поведения как проявление несуйцидального самоповреждающего поведения. *Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука 2021»*. 2021; 4: 691. [Grankina AD, Ershova KS, Lobanov AD. Eating disorder as a manifestation of non-suicidal self-injurious behavior. *Materials of the All-Russian scientific forum of students with international participation “Student Science 2021”*. 2021; 4: 691.] (In Russ)
7. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Зольников З.И. Суицидальное поведение при расстройствах пищевого поведения. *Девиантология*. 2023; 7 (1): 36–48. [Filonenko AV, Golenkov AV, Filonenko VA, Sergeeva AI, Zolnikov ZI. Suicidality in eating disorders. *Deviant Behavior (Russia) = Deviantologiya*. 2023; 7 (1): 36–48.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.23-7-01(12)-36-48
8. Kutuk MO, Guler G, Tufan AE, et al. Achalasia as a complication of bulimia nervosa: A case report. *S Afr J Psychiatr*. 2017; 23: 996. DOI: 10.4102/sajpsy psychiatry.v23.996
9. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68 (7): 724–731.
10. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021; 34 (6): 515–524. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000739
11. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14 (4): 406–14. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y
12. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26 (6): 543–8. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
13. Chidiac CW. An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Curr Opin Pediatr*. 2019; 31(4): 448–453. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000755
14. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017; 51 (2): 205–218. (In Engl / Polish) DOI: 10.12740/PP/64580

15. Zachariassen RD. Oral manifestations of bulimia nervosa. *Women Health*. 1995; 22 (4): 67-76. DOI: 10.1300/J013v22n04\_04
16. Antonelli JR, Seltzer R. Oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa. *Tex Dent J*. 2016; 133 (9): 528-535.
17. Ganson KT, Testa A, Rodgers RF, et al. Body checking behaviors among boys and men with muscle dysmorphia, anorexia nervosa, and atypical anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2025; 58 (5): 964-976. DOI: 10.1002/eat.24410
18. Halbeisen G, Braks K, Huber TJ, et al. Exploring gender differences in early weight change and variability in adolescents with anorexia nervosa during inpatient treatment. *J Clin Med*. 2024; 13 (11): 3255. DOI: 10.3390/jcm13113255
19. Aytas O, Alatas H. The relationship between food addiction and emotional eating in individuals at risk for anorexia nervosa. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023; 27 (17): 8081-8089. DOI: 10.26355/eurev\_202309\_33568
20. Schloesser L, Lotter LD, Offermann J, et al. Sex-dependent clinical presentation, body image, and endocrine status in long-term remitted anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2023; 31 (5): 696-708. DOI: 10.1002/erv.2997
21. Mitchison D, Mond J. Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *J Eat Disord*. 2015; 3 (1): 20. DOI: 10.1186/s40337-015-0058-y
22. Halbeisen G, Laskowski N, Brandt G, et al. Eating disorders in men. *Dtsch Arztebl Int*. 2024; 121 (3): 86-91. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0246
23. Pope HG Jr, Khalsa JH, Bhasin S. Body image disorders and abuse of anabolic-androgenic steroids among men. *JAMA*. 2017; 317 (1): 23-24. DOI: 10.1001/jama.2016.17441
24. Ip EJ, Lu DH, Barnett MJ, et al. Psychological and physical impact of anabolic-androgenic steroid dependence. *Pharmacotherapy*. 2012; 32 (10): 910-919. DOI: 10.1002/j.1875-9114.2012.01123
25. Beaulieu DA, Best LA. The intersection of physical activity type and gender in patterns of disordered eating. *Sci Rep*. 2024; 14 (1): 18127. DOI: 10.1038/s41598-024-68657-4
26. Stackeová D, Barešová T, Příbylová B. A pilot study of a modification EAT-26 questionnaire for screening pathological eating behavior in competitive athletes. *Front Psychol*. 2023; 14: 1166129. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1166129
27. Kummer KK, Mangweth-Matzek B. Male eating disorders in midlife-possible links between excessive sports and hormones. *Aging Male*. 2023; 26 (1): 2154571. DOI: 10.1080/13685538.2022.2154571
28. Anderberg I, Kemps E, Prichard I. The link between the use of diet and fitness monitoring apps, body image and disordered eating symptomatology: A systematic review. *Body Image*. 2025; 52: 101836. DOI:10.1016/j.bodyim.2024.101836
29. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (ссылка / link – 01.09.2025 г.)
30. Национальная Ассоциация Расстройств пищевого поведения. Статистика (psyhealth.ru). (ссылка – 01.09.2025 г.) [The National Association of Eating Disorders. Statistics (psyhealth.ru). (link – 01.09.2025)] (In Russ)
31. Gueguen J, Godart N, Chambry J, et al. Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *Int J Eat Disord*. 2012; 45 (4): 537-545. DOI: 10.1002/eat.20987
32. Шустов, Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. Рязань: Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 2000. 20 с. [Shustov DI, Merinov AV. Diagnostics of autoaggressive behavior in alcoholism by the method of therapeutic interview. Manual for psychiatrists-narcologists and psychotherapists. Ryazan: Ryazan State Medical University named after Academician I. P. Pavlov. 2000. 20 p.] (In Russ)
33. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть, 1993. 26 с. [Razuvaeva TN. Personality diagnostics. Shadrinsk: Iset, 1993. 26 p.] (In Russ)
34. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. Санкт-Петербург: «Экспертные решения», 2017. 192 с. [Merinov AV. The role and place of the phenomenon of autoaggression in families of patients with alcohol addiction. St. Petersburg: "Expert solutions", 2017. 192 p.] (In Russ)
35. Гурульва Е.П., Меринов А.В. Суицидологическая характеристика молодых женщин с нервной булимией. *Суицидология*. 2024; 15 (3): 123-135. [Gurulyova E.R., Merinov A.V. Suicidal characteristics of young women with bulimia nervosa. *Suicidology = Suicidologiya*. 2024; 15 (3): 123-135.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-03(56)-123-135

## SUICIDAL BEHAVIOR OF YOUNG MEN WITH NERVOUS BULIMIA

E.R. Gurulyova<sup>1</sup>, A.V. Merinov<sup>1</sup>,  
V.A. Gurulyov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com  
<sup>2</sup>Branch No. 6 of the 1586 Military Clinical Hospital of the Russian Ministry of Defense, Ryazan, Russia; er46280@gmail.com

### Abstract:

Today, eating disorders (EDs) represent a spectrum of illnesses with one of the highest mortality rates (including suicide) among individuals with mental illness. There is a persistent prejudice that EDs are more prevalent among women, but in recent years, the situation has changed dramatically: the diagnosis of EDs (particularly bulimia nervosa (BN)) is increasingly being made in men. *The aim of the study* is to study suicidal characteristics of young men suffering from bulimia nervosa. *Materials and methods*. The study involved 106 young men aged 20 to 24, studying at a university. Of these, 30 had a diagnosis of NB and were included in the study group. The control group consisted of 76 young men without this diagnosis. The following diagnostic tools were used: a clinical and anamnestic questionnaire aimed at identifying autoaggressive patterns in the past and present; the coefficient of prosuicidal tension (CPST); Suicide Risk Questionnaire (SRQ) in the modification of T.N. Razumovskaya. Mathematical processing of the data was carried out using the SPSS program. *Results and discussion*. The study did not reveal statistically significant differences in classical autoaggressive patterns, but the number of men who thought about the possibility of committing suicide over the past two years in the study group was twice as high as in the control group. A similar situation is observed in relation to the affective profile of the respondents: men with NB in the past two years statistically significantly more often noted: obsessive feelings of guilt (27% and 11% in the control group, respectively), shame (30% and 11%, respectively), a feeling of hopelessness (40% and 9%, respectively), a feeling of inferiority

(37% and 7%, respectively). Noteworthy is the frequency of smoking in the group of men (40% and 7%), a tendency in the past two years to unjustified risk (20% versus 5%, respectively). The high suicidal potential of young men with NB is confirmed by high scores on the SRQ scales and the CPST scores, which are widely recognized predictors of self-harming behavior. *Conclusions.* Despite the absence of statistically significant differences in the prevalence of classic suicidal behavior patterns, the study group of young men with NB is quite challenging from a suicidological perspective. When patterns of self-inflicted behavior are detected in young men, the possibility of NB as a cause should be considered (and vice versa). Developing screening checklists for diagnosing NB in individuals seeking treatment from related specialists for non-eating-related problems is advisable. In suicidological practice, when working with young men (during preventive and screening measures), greater attention should be paid to identifying eating behavior patterns.

*Keywords:* eating disorder, bulimia nervosa, young men with bulimia nervosa, non-suicidal behavior, self-aggression, suicidology

Information about the authors:

**Gurulyova Elena R.** (SPIN-code: 7564-5262; ResearcherID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Place of study: Graduate student of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia. Phone: +7 (929) 067-01-60, email: er46280@gmail.com

**Merinov Alexey V.** – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7508-2691; ResearcherID: AAT-8010-2020; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

**Gurulyov Victor A.** – doctor (ResearcherID: OFO-3380-2025; ORCID iD: 0009-0001-0041-935X). Place of work: Branch No. 6 of the 1586 Military Clinical Hospital of the Russian Ministry of Defense, Ryazan, Russia. Phone: +7

Вклад авторов:

*Е.Р. Гурулёва:* разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, статистическая обработка данных, написание текста рукописи;

*А.В. Меринов:* разработка дизайна исследования, перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;

*В.А. Гурулёв:* перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

*E.R. Gurulyova:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, translated relevant publications, statistical processing of research data, article editing;

*A.V. Merinov:* developing the research design, translated relevant publications, article editing;

*V.A. Gurulyov:* translated relevant publications, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 03.09.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.10.2025.

Для цитирования: Гурулёва Е.Р., Меринов А.В., Гурулёв В.А. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с нервной булимией. *Суицидология*. 2025; 16 (3): 120-129. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-120-129

For citation: Gurulyova E.R., Merinov A.V., Gurulyov V.A. Suicidal behavior of young men with nervous bulimia. *Suicidology*. 2025; 16 (3): 120-129. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-120-129

## ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

М.И. Суботич<sup>1</sup>, А.Б. Холмогорова<sup>1,2</sup>, А.А. Рахманина<sup>1,2</sup>, М.М. Поцхверия<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва, Большая Сухаревская площадь, 3, стр. 1.

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Россия, г. Москва, ул. Сретенка, 29.

### PSYCHOSOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE

M.I. Subotich<sup>1</sup>, A.B. Kholmogorova<sup>1,2</sup>,  
A.A. Rakhmanina<sup>1,2</sup>, M.M. Potshkveriya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia

#### Сведения об авторах:

Суботич Мария Игоревна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 8658-1645; Scopus Author ID: 57216489347; Author ID: 1185229; ORCID iD: 0000-0002-5138-3107). Место работы и должность: научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия. Телефон: +7 (903) 224-24-98, электронный адрес: chernaya\_masha@mail.ru

Холмогорова Алла Борисовна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 5774-2928; ORCID iD: 0000-0001-5194-0199). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия; декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия. Электронный адрес: kholmogorova-2007@yandex.ru

Рахманина Анастасия Алексеевна (SPIN-код: 3084-9886; Scopus Author ID: 57216491587; ORCID iD: 0000-0002-7870-402X). Место работы и должность: старший медицинский психолог, младший научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия; старший преподаватель факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия. Телефон: +7 (968) 654-22-11, электронный адрес: rakhmanina.a@mail.ru

Поцхверия Михаил Михайлович (SPIN-код: 6418-5480; Scopus Author ID: 964229; ORCID iD: 0000-0003-0117-8663). Место работы и должность: Заведующий научным отделением острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия. Телефон: +7 (495) 280-15-61, электронный адрес: toxikara@mail.ru

Суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения (НСП) представляют значимую проблему, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Несмотря на теоретические различия, в клинической практике затруднительно определить истинные намерения пациента: мотивации могут пересекаться, меняться в процессе беседы или осознанно скрываться. Указанные сложности подчёркивают необходимость углублённого изучения факторов, влияющих на характер и направленность суицидального поведения. *Цель исследования* – оценить взаимосвязи между суицидальными намерениями и психосоциальными, клиническими особенностями у пациентов, совершивших попытку суицида (СП). *Гипотеза исследования* – пациенты в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозом расстройства личности и мотивами совершения СП, связанными с желанием повлиять на ситуацию или значимых других, чаще совершают акты самоповреждения без выраженного намерения умереть. *Материалы и методы*: клиническая беседа, анализ историй болезни, Шкала депрессии А. Векс, Шкала тревоги А. Векс, Шкала Одиночества. Обследовано 119 человек, поступивших НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва) после совершения СП. Обследуемые разделены на две группы: 40 (33,6%) с намерением умереть; 79 (66,4%) – указывали на другие намерения (эмоциональная регуляция, воздействие на ситуацию или близких). *Результаты*. Среди пациентов с суицидальными намерениями чаще преобладали лица в возрасте 45–59 лет, чем в группе, не демонстрировавших подобные намерения (61,5% против 38,5%). Наличие суицидальных намерений чаще отмечалось у мужчин (46,5% против 27,3%,  $p=0,04$ ). Лица с суицидальными намерениями среди причин СП чаще отмечали у себя сниженный фон настроения, а именно чувства грусти, одиночества, уныния, чем пациенты без таковых (61,1%,  $p=0,001$ ). У совершивших СП, наличие суицидальных намерений статистически значимо ассоциировалось с более высокой частотой диагностики аффективных

расстройств (53,1%,  $p=0,005$ ), в том числе депрессии умеренной степени тяжести, по сравнению с пациентами, не имевшими выраженного намерения умереть (26,3% против 7,9%). Лица более молодого возраста чаще совершали СП без намерения умереть (68,9%), причинами СП чаще выступали конфликты с значимыми близкими (81,7%,  $p=0,001$ ). У данной категории обследуемых преобладал диагноз расстройства личности, при этом выраженные симптомы депрессии отсутствовали (78,8%). *Заключение.* По результатам исследования прослеживается взаимосвязь между наличием суицидальных намерений и психосоциальными и клиническими особенностями пациентов. Пациенты, у которых проявлялись суицидальные намерения имели депрессию средней степени тяжести, преимущественно представляли возрастную группу 45–59 лет, были мужского пола, с выраженным чувством социальной изоляции. В то же время, пациенты, обозначившие в качестве суицидальных намерений стремление к эмоциональной регуляции либо попытку разрешения конфликта с близкими, статистически значимо чаще относились к молодому возрасту, имели выраженные трудности в межличностных коммуникациях. Данным пациентам чаще был поставлен диагноз личностных расстройств, при этом депрессивные симптомы отсутствовали или не достигали клинически значимого уровня. Полученные результаты необходимо учитывать при оказании помощи пациентам после совершения СП.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, суицидальные попытки, несуйцидальные самоповреждения, суицидальные намерения, суицидальная направленность, суицидальные мысли

Суицидальные попытки и не суицидальные самоповреждения (НСП) представляют собой одну из наиболее значимых проблем современного здравоохранения, как с клинической, так и с социально-экономической точки зрения. Многочисленные исследования подтверждают, что незавершённые попытки суицида чаще совершаются лицами трудоспособного возраста, что усиливает значимость проблемы в демографическом и экономическом аспектах [1, 2].

Определение термина «суицидальная попытка» (СП) в научной литературе интерпретируется по-разному. Суицидальное поведение трактуется как умышленное самоповреждение, предпринятое с целью причинения себе вреда и для достижения желаемых изменений, не приведшее к летальному исходу [3, 4]. В то же время другие исследователи подчёркивают, что СП предполагает наличие намерения умереть, что отражено, например, в «Глоссарии суицидологических терминов» как «осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни или нацеленные на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий, но не завершившихся смертью» [5]. Ключевое различие между подходами заключается в трактовке суицидального намерения (намерения умереть) как обязательного критерия.

В литературе также проводится различие между суицидальными попытками (suicide attempt) и не суицидальными самоповреждениями (nonsuicidal self-injury, NSSI) [6, 7]. Под NSSI понимается преднамеренное нанесение телесных повреждений без суицидального намерения, в то время как под суицидальной попыткой подразумевается поведение, наносящее потенциальный вред с хотя бы частичным намерением умереть [8].

Ряд исследований, направленных на выявление различий между этими формами поведения, указывают на то, что у лиц, совершающих суицидальные попытки (с намерениями умереть), чаще встречаются следующие характеристики: наличие суицидальных планов, не

Suicide attempts and non-suicidal self-injury (NSSI) represent one of the most significant contemporary public health challenges, both from a clinical and socioeconomic perspective. Numerous studies confirm that unsuccessful suicide attempts are more often committed by individuals of working age, which increases the demographic and economic significance of the problem [1, 2].

The definition of the term "suicide attempt" (SA) is interpreted differently in the scientific literature. Suicidal behavior is interpreted as intentional self-harm undertaken with the purpose of causing harm to oneself and achieving desired changes, which does not result in a lethal outcome [3, 4]. At the same time, other researchers emphasize that SA presupposes the presence of an intent to die, which is reflected, for example, in the "Glossary of Suicidological Terms" as "conscious, deliberate actions aimed at taking one's own life or aimed at achieving the changes desired by the subject through physical consequences, but not resulting in death" [5]. The key difference between approaches lies in the interpretation of suicidal intent (intent to die) as a mandatory criterion.

The literature also distinguishes between suicide attempts and non-suicidal self-injury (NSSI) [6, 7]. NSSI is defined as intentional infliction of bodily harm without suicidal intent, while a suicide attempt is defined as behavior that causes potential harm with at least partial intent to die [8].

A number of studies aimed at identifying the differences between these forms of behavior indicate that individuals who commit suicide attempts (with the intent to die) more often have the following characteristics: having suicidal plans, a non-zero degree of sui-

нулевая степень суицидального желания, выраженная намеренность суицидальных действий, приобретённая способность к совершению суицида, отсутствие жизненных ориентиров, чувство одиночества, безнадёжность, наличие доступа к способам самоубийства и недавние стрессовые события [8]. Лица совершающие суицидальные попытки с намерением умереть чаще страдают депрессивными расстройствами, в частности депрессиями средней и тяжёлой степени выраженности. Депрессия уже давно признана важным фактором риска завершённых суицидов [9]. При тяжёлых депрессиях, а также в контексте рекуррентного депрессивного расстройства, шизофрении и биполярного аффективного расстройства самоповреждающее поведение, как правило, приобретает более выраженный и опасный характер, что значительно повышает вероятность летального исхода. Депрессивная симптоматика вносит особенно значимый вклад в формирование суицидального риска у лиц с предшествующим опытом суицидальных действий [10].

Лицам без намерения умереть или имеющим коморбидные намерения, например, желание умереть и одновременно желание повлиять на значимых близких, изменить ситуацию, справиться с эмоциональной болью, более свойственно хроническое суицидальное поведение. Хроническое суицидальное поведение – это устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничижение), появившиеся в связи с дефицитом навыков совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляцией, отсутствием опыта надёжной привязанности в семье [11-15]. У данных пациентов чаще встречаются такие диагнозы, как личностные расстройства, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, расстройство пищевого поведения [16, 17].

Несмотря на теоретические различия между понятиями, в клинической практике специалисты нередко сталкиваются с трудностями оценки намерений пациента. Так, в ходе одной беседы пациент может заявлять, как о желании умереть, так и о мотивах, не связанных с летальным исходом. По данным Г.С. Банникова с соавторами, пациенты могут сознательно скрывать свои истинные намерения либо затрудняться в их формулировке [1]. Исследование О'Коннор Р.С. и коллег демонстрирует, что в ряде случаев у одного и того же пациента могут пересекаться суицидальные и несуицидальные намерения, что затрудняет интерпретацию поведения [2]. Так же, современный метаанализ показал, что одиночные предикторы или их простые комбинации демонстрируют низкую прогностическую точность при различении НСП и суицидальных попыток [8].

suicidal desire, pronounced intent of suicidal actions, an acquired ability to commit suicide, a lack of life goals, a feeling of loneliness, hopelessness, access to suicide methods, and recent stressful events [8]. Individuals who commit suicide attempts with the intent to die more often suffer from depressive disorders, in particular moderate and severe depression. Depression has long been recognized as an important risk factor for completed suicides [9]. In severe depression, as well as in the context of recurrent depressive disorder, schizophrenia, and bipolar disorder, self-harming behavior typically becomes more pronounced and dangerous, significantly increasing the likelihood of death. Depressive symptoms make a particularly significant contribution to the development of suicidal risk in individuals with a history of suicidal behavior [10].

Individuals without the intent to die or those who have comorbid intents, such as the desire to die and the desire to influence significant loved ones, change the situation, or cope with emotional pain, are more likely to exhibit chronic suicidal behavior. Chronic suicidal behavior is characterized by persistent, repetitive, self-inflicted acts that function as a means of coping with affect and strong negative emotions (such as sadness, loneliness, anger, self-dissatisfaction, and self-deprecation) that arise due to a deficit in stress management skills, emotional self-regulation, and the absence of secure family attachment [11-15]. These patients are more likely to have diagnoses such as personality disorders, complex post-traumatic stress disorder, adjustment disorder, and eating disorders [16, 17].

Despite the theoretical differences between the concepts, in clinical practice, specialists often encounter difficulties in assessing patient's intentions. Thus, during a single interview, a patient may state both a desire to die and motives unrelated to a fatal outcome. According to G.S. Bannikov et al., patients may deliberately conceal their true intentions or have difficulty formulating them [1]. R.C. O'Connor and colleagues' study demonstrate that in some cases, suicidal and non-suicidal intentions may overlap in the same patient, complicating the interpretation of behavior [2]. Similarly, a modern meta-analysis has shown that single predictors or their simple combinations demonstrate low predictive accuracy in distinguishing between NSSI and suicide attempts [8].

Thus, there are theoretical distinctions between a suicide attempt with the intent to

Таким образом, существуют теоретические разграничения между суицидальной попыткой с намерением умереть и суицидальными попытками, определяющимися как НСП. Однако в клинической практике нередко возникает значительная сложность в оценке истинных намерений пациента. Коморбидные мотивы совершения суицидальных попыток у пациентов, сознательное или неосознаваемое сокрытие истинных намерений и трудности в чётком выражении своих мотивов, делают дифференциацию между суицидальными попытками с истинным намерением умереть и суицидальными попытками с другими намерениями практически невозможным. Учитывая данные сложности особенно важным, является выявление факторов, влияющих на характер суицидального поведения.

*Цель исследования* – оценить взаимосвязи между суицидальными намерениями и психосоциальными, клиническими особенностями у пациентов, совершивших попытку суицида.

*Гипотеза исследования* – пациентам в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозами расстройства личности и такими причинами совершения СП, как желание повлиять на ситуацию и на значимых близких, свойственны СП без намерения умереть.

#### *Материалы и методы*

Выборка. В исследовании приняли участие 119 пациентов, поступивших в отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва) после совершения СП. Обследование проводилось на 2–3 сутки после поступления, в течение 2–3 сеансов. *На первом сеансе* с пациентами проводился сбор клинического анамнеза, беседа, включающая в себя вопрос: «Когда вы совершали суицидальную попытку, хотели ли вы умереть?». В случае отрицательного ответа на первый вопрос уточнялась мотивация совершения суицидальной попытки. Пациентам задавался вопрос: «Тогда почему вы решили совершить попытку суицида?». В ходе клинической беседы учитывался уровень когнитивных способностей обследуемых. Выраженные когнитивные снижения, сонливость, утомляемость выступали противопоказаниями к участию в исследовании. Учитывались только данные корректно и полноценно заполненных шкал. Также использовались данные, полученные врачом-психиатром – оценка когнитивных особенностей пациентов (их способности участвовать в исследовании), результаты сбора анамнеза. Для максимально полной картины в исследование включали обратную связь от среднего медицинского персонала, врачей-хирургов и токсикологов. Далее заинтересованным пациентам предлагалось заполнить набор тестов. *На втором сеансе* пациентам давалась обратная связь, предоставлялась информация о специалистах и организациях, куда они могут обратиться после выписки из стационара. При их заинтересованности проводились

die and suicide attempts defined as NSSI. However, in clinical practice, assessing a patient's true intent often presents significant challenges. Co-morbid motives for suicide attempts, conscious or unconscious concealment of true intentions, and difficulty clearly expressing motives make distinguishing between suicide attempts with the true intent to die and suicide attempts with other intents virtually impossible. Given these complexities, identifying the factors influencing the nature of suicidal behavior is particularly important.

*The aim of the study* was to evaluate the relationship between suicidal intent and psychosocial and clinical characteristics in patients who attempted suicide.

*Research hypothesis* – patients aged 18 to 40 and diagnosed with a personality disorder and such reasons for committing suicide as the desire to influence the situation and significant relatives are characterized by suicide without the intent to die.

#### *Materials and methods*

*Sample.* The study involved 119 patients admitted to the acute poisoning and somatopsychiatric disorders departments of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Moscow) after a stroke. The examination was conducted 2–3 days after admission, over 2–3 sessions. *During the first session* patients' clinical history was collected from and an interview was conducted, including the question: "When you attempted suicide, did you want to die?" If the answer to the first question was negative, the motivation for the suicide attempt was clarified. Patients were asked: "Then why did you decide to attempt suicide?" During the clinical interview, the level of cognitive abilities of the subjects was taken into account. Significant cognitive decline, drowsiness, and fatigue were contraindications for participation in the study. Only data from correctly and completely completed scales were considered. Data obtained by a psychiatrist – an assessment of the cognitive characteristics of patients (their ability to participate in the study), the results of the anamnesis collection were also used. To provide the most complete picture, the study included feedback from nursing staff, surgeons, and toxicologists. Interested patients were then asked to complete a set of tests. *At the second session* patients were provided with feedback and information about specialists and organizations they could contact after hospital discharge. If they expressed interest,

последующие сеансы по запросу с использованием методов когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) и диалект-бихевиоральной терапии (ДБТ) (составлялся кризисный план, проводилось обучение навыкам перенесения дистресса).

Исходя из анализа характера намерений при совершении СП, пациенты были разделены на две группы: 40 (33,6%) отмечали у себя намерение умереть; 79 (66,4%) – отмечали у себя другие намерения (эмоциональная регуляция, воздействие на ситуацию или близких).

В выборку вошло 76 (63,9%) женщин и 43 (36,1%) мужчины. Подавляющее большинство пациентов находилось в трудоспособном возрасте от 18 до 44 лет (80% от общей выборки). Однако больше половины ( $n=73$ , 61,3%) не были трудоустроены человека. Большинство ( $n=88$ , 73,9%) разведены или никогда не состояли в браке. Высшее образование получили 29 человек (24,4%), 30 (25,2%) – среднее, 60 (50,4%) – среднеспециальное образование.

Критерии исключения: трудности заполнения методик ввиду когнитивных особенностей / языкового барьера, возраст до 18.

#### *Методики исследования*

1. Клиническая беседа (сбор анамнеза) – для оценки социодемографических характеристик (пол, возраст, образование, социальное положение, доступность помощи).

2. Ретроспективный анализ историй болезни (диагнозы) – для оценки психического статуса, когнитивной сферы, диагноза, симптомов болезни.

3. Шкала депрессии [18].

4. Шкала тревоги [19].

5. Шкала Одиночества [20] – направлена на оценку субъективного переживания одиночества;

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 27.0. Для анализа данных использовались непараметрические методы, ввиду ненормального распределения переменных (оценивалось визуально по гистограммам и подтверждено с помощью критерия Шапиро–Уилка). Сравнение независимых выборок проводилось с использованием критерия Манна–Уитни (U-критерий). Для анализа взаимосвязи между категориальными переменными использовался критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат Пирсона). Статистическая значимость результатов определялась на уровне  $p<0,05$ .

#### *Результаты исследования*

При сравнении возраста у пациентов с намерением умереть и другими намерениями при совершении самоповреждения были выявлены статистически значимые различия. Пациенты, сообщавшие о наличии суицидального намерения, статистически значимо были старше, чем пациенты указывающие другие намерения при совершении попытки суицида (Табл. 1).

follow-up sessions were conducted upon request using cognitive behavioral therapy (CBT) and dialect behavior therapy (DBT) methods (crisis planning and distress skills training).

Based on the analysis of the nature of intentions when committing suicide, patients were divided into two groups: 40 (33.6%) noted the intention to die; 79 (66.4%) noted other intentions (emotional regulation, influence on the situation or loved ones).

The sample included 76 women (63.9%) and 43 men (36.1%). The overwhelming majority of patients were of working age between 18 and 44 years of age (80% of the total sample). However, more than half ( $n=73$ , 61.3%) were unemployed. The majority ( $n=88$ , 73.9%) were divorced or had never been married. Twenty-nine people (24.4%) had received higher education, 30 (25.2%) had secondary education, and 60 (50.4%) had secondary vocational education.

Exclusion criteria: difficulties in completing the methods due to cognitive characteristics / language barrier, age under 18.

#### *Research methods*

1. Clinical interview (anamnesis) – to assess sociodemographic characteristics (gender, age, education, social status, access to care).

2. Retrospective analysis of medical records (diagnoses) – to assess mental status, cognitive sphere, diagnosis, and symptoms of the disease.

3. Depression scale [18].

4. Anxiety scale [19].

5. Loneliness Scale [20] – aimed at assessing the subjective experience of loneliness.

Statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics 27.0 software package. Nonparametric methods were used to analyze the data due to the non-normal distribution of variables (assessed visually using histograms and confirmed using the Shapiro-Wilk test). Comparisons of independent samples were conducted using the Mann-Whitney U-test. The  $\chi^2$  (Pearson chi-square) test was used to analyze the relationship between categorical variables. Statistical significance of the results was determined at  $p<0.05$ .

#### *Research results*

Comparisons of age between patients with intent to die and other intentions when committing self-harm revealed statistically significant differences. Patients reporting suicidal intent were statistically significantly older than those reporting other intentions when attempting suicide (Table 1).

Таблица / Table 1

Сравнение возраста пациентов в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений  
Comparison of the age of patients depending on the presence or absence of suicidal intent

Показатель Indicator	Суицидальная намеренность / Suicide intent				U Манна-Уитни U Mann-Whitney	P
	Наличие СН Suicide intent, n=40		Отсутствие СН No suicide intent, n=79			
	Mdn	Q1-Q3	Mdn	Q1-Q3		
Возраст / Age	30	22-43	25	20-33	1207	0,02

Таблица / Table 2

Сравнение возрастных групп в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений  
Comparison of age groups depending on the presence or absence of suicidal intent

Возраст Age, years	Наличие СН Suicide intent, n=40	Отсутствие СН No suicide intent, n=79	$\chi^2$	P
18-44	32 (31,1%)	71 (68,9%)	6,361	0,05<
45-59	8 (61,5%)	5 (38,5%)		
60-74	0 (0%)	3 (100%)		

Установлена статистически значимая связь между возрастом и наличием суицидального намерения при совершении попытки самоубийства ( $p=0,05$ ): среди лиц с суицидальными намерениями было больше респондентов в возрасте 45-59 лет по сравнению с респондентами, не имевшими такого намерения при совершении попытки (Табл. 2).

Данные показатели подтверждаются многочисленными исследованиями, сообщающими, что суицидальные попытки без намерения умереть чаще совершают лица молодого, трудоспособного возраста. Часто суицидальными намерениями данных пациентов является попытка отрегулировать собственные эмоции, повлиять на партнёров и родителей, и носят более импульсивный характер. Среди лиц пожилого возраста больше случаев завершённых суицидов, попытки носят более смертельный характер. Выбор метода может быть более радикальным и жестоким, что уменьшает шансы на спасение [21, 22, 23].

При сравнении пола в зависимости от наличия суицидального намерения была выявлена статистически значимая разница ( $p=0,04$ ): среди пациентов с суицидальной направленностью преобладали мужчины (Табл. 3). Полученные данные соотносятся с рядом исследований, сообщающих о том, что мужчинам свойственно выбирать более жёсткие, летальные способы суицидальных попыток и что количество завершённых попыток суицида выше у мужчин.

A statistically significant relationship was established between age and the presence of suicidal intent when attempting suicide ( $p=0.05$ ): among those with suicidal intent, there were more respondents aged 45–59 compared to respondents who did not have such intent when attempting suicide (Table 2).

These figures are supported by numerous studies reporting that suicide attempts without the intent to die are more common among young, working-age individuals. These patients' suicidal intentions are often an attempt to regulate their own emotions and influence partners and parents, and are more impulsive in nature. Among older individuals, there are more cases of completed suicide, and attempts are more lethal. The method chosen may be more radical and violent, reducing the chances of survival [21, 22, 23].

When comparing gender characteristics with the presence of suicidal intent, a statistically significant difference was revealed ( $p=0.04$ ): among patients with suicidal intent, men predominated (Table 3). The obtained data are consistent with a number of studies reporting that men tend to choose more severe, lethal methods of suicide attempts and that the number of completed suicide attempts is higher in men.

Таблица / Table 3

Сравнение пола пациентов в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений  
Comparison of patient gender depending on the presence or absence of suicidal intent

Пол / Gender	Наличие СН Suicide intent, n=40	Отсутствие СН No suicide intent, n=79	$\chi^2$	P
Мужской / Male	19 (46,5%)	23 (53,5%)	4,540	0,04
Женский / Female	21 (27,3 %)	56 (72,7%)		

Таблица / Table 4

Сравнение причин совершения суицидальных попыток в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений

Comparison of reasons for suicide attempts depending on the presence or absence of suicidal intent

Причины совершения СП Reasons for committing SA	Наличие СН Suicide intent, n=40	Отсутствие СН No suicide intent, n=79	$\chi^2$	P
Конфликт со значимыми близкими Conflict with significant loved ones	14 (18,3%)	58 (81,7%)	17,505	0,001
Сниженный фон настроения (грусть, одиночество) Decreased mood (sadness, loneliness)	22 (61,1%)	14 (38,9%)	18,434	0,001
Прочее (финансовые трудности, здоровье, избежать тюрьмы) Other (financial difficulties, health, avoiding prison)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0,060	0,8

Schrijvers D.L. с соавторами используют понятие «гендерного парадокса», которое указывает на то, что женщины чаще обращаются за помощью после суицидальной попытки, в то время как мужчины чаще гибнут после покушения. Авторы подчёркивают, что продолжительность суицидального процесса у мужчин значительно короче, чем у женщин [24]. В исследовании Liu Q. с соавторами было выявлено, что мужчины реже сообщают о суицидальных мыслях в рамках терапевтических контактов, но чаще совершают суицидальные действия [25]. Freeman D. с соавторами также отмечает, что у мужчин, особенно в возрасте от 30 до 45 лет, более выражено деструктивное поведение в стрессовых ситуациях, что приводит к повышению суицидальных намерений [26]. От самоубийств умирает гораздо больше мужчин, чем женщин [27]. Следовательно, совершение повторной суицидальной попытки, самоповреждения без намерения умереть чаще может возникать у женщин, а повторной суицидальной попытки с намерением умереть и высоким летальным риском – у мужчин.

В таблице 4 представлены данные о взаимосвязи суицидального намерения с причинами совершения суицидальных попыток.

Пациенты с суицидальными намерениями статистически чаще отмечали у себя такие причины покушения, как сниженный фон настроения, чувства грусти, одиночества, уныния (p=0,001). При совершении попытки с целью эмоциональной регуляции, наказания себя или желании повлиять на ситуацию и окружающих, чаще совершали суицидальные попытки из-за конфликтов со значимыми близкими (партнёрами, родственниками, сиблингами, друзьями) (p=0,001). Эти данные могут свидетельствовать о специфике и особенностях совершения суицидальных попыток с намерением умереть и без. Так, пациенты с суицидальными намерениями чаще имеют симптомы аффективных расстройств (сниженный фон настроения, грусть, переживание одиночества). Лица без выраженного намерения умереть, в большинстве случаев склонны к импульсивному, реактивному поведению.

D.L. Schrijvers et al. use the concept of "gender paradox", which indicates that women more often seek help after a suicide attempt, while men more often die after the attempt. The authors emphasize that the duration of the suicidal process in men is significantly shorter than in women [24]. In a study by Q.Liu et al., it was found that men report suicidal thoughts in therapeutic contacts less often, but more often commit suicidal acts [25]. D. Freeman et al. also notes that men, especially those aged 30 to 45, have more pronounced destructive behavior in stressful situations, which leads to an increase in suicidal intentions [26]. Far more men die from suicide than women [27]. Therefore, repeated suicide attempts and self-harm without intent to die may be more common in women, while repeated suicide attempts with intent to die and a high lethal risk are more common in men.

Table 4 presents data on the relationship between suicidal intent and reasons for suicide attempts.

Patients with suicidal intent were statistically more likely to report reasons for attempting suicide, such as depressed mood, sadness, loneliness, and despondency (p=0.001). When attempting to regulate emotions, punish themselves, or influence the situation and others, they more often attempted suicide due to conflicts with significant others (partners, relatives, siblings, friends) (p=0.001). These data may indicate specific characteristics and characteristics of suicide attempts with and without death intent. Thus, patients with suicidal intent more often have symptoms of affective disorders (depressed mood, sadness, loneliness). Individuals without a clear intent to die are in most cases prone to impulsive, reactive behavior.

Таблица / Table 5

Сравнение психиатрического диагноза пациентов в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений

Comparison of psychiatric diagnosis of patients depending on the presence or absence of suicidal intent

Психиатрический диагноз Psychiatric diagnosis	Наличие СН Suicide intent, n=40	Отсутствие СН No suicide intent, n=79	$\chi^2$	P
Расстройство адаптации Adjustment disorder	5 (17,6%)	17 (82,4%)	2,130	0,17
Аффективные расстройства Affective disorders	20 (53,1%)	18 (49,6%)	7,996	0,005
Расстройства личности Personality disorders	11 (21,2%)	42 (78,8%)	5,947	0,015
Прочие (шизофрения, органическое расстройство ЦНС) Others (schizophrenia, organic CNS disorder)	4 (75%)	2 (25%)	3,293	0,105

В этом случае суицидальное поведение выступает преимущественно как способ аффективной разрядки или воздействия на ситуацию и значимых близких в условиях острых межличностных конфликтов, либо интенсивных переживаний стрессовых ситуаций [28, 29, 30].

Для совершения суицидальной попытки обследуемые использовали разные способы: 73 (61,3%) наносили себе колото-резаные ранения конечностей; 8 (6,7%) – колото-резаные ранения головы, шеи, груди и живота; самоотравление использовали – 28 пациентов (23,5%); странгуляционная асфиксия была у 4 человек (3,4%); 6 (5,0%) – использовали прочие виды физической травмы (самоповреждения пламенем, прыжок с высоты, огнестрельные ранения и др.). Статистически значимых различий между данными группами пациентов не было выявлено.

Была выявлена статистически значимая взаимосвязь психиатрического диагноза и суицидальной намеренности (Табл. 5). У пациентов с намерениями умереть высока частота аффективных расстройств (53,1%), что указывает на повышенный суицидальный риск и согласуется с данными других авторов [31]. У каждого пятого (21,2%) выявлялись расстройства личности. Эти лица чаще сообщали о желании оказать влияние на значимых близких, или рассматривали жизнеугрожающую ситуацию как способ эмоциональной регуляции (p=0,015).

Расстройства личности выступают значимым предиктором суицидального поведения и, в отличие от депрессии, чаще ассоциируются с повторными суицидальными попытками, намерениями которых являются стремления повлиять на ситуацию, отрегулировать эмоциональное состояние или разрешить межличностные конфликты [32]. Данные показатели соотносятся с исследованиями, показавшим, что пациенты с аффективными расстройствами, коморбидными с расстройствами личности, имели хотя и более низкий риск

In this case, suicidal behavior acts primarily as a way of affective release or influence on the situation and significant loved ones in conditions of acute interpersonal conflicts or intense experiences of stressful situations [28, 29, 30].

To commit suicide, the subjects used different methods: 73 (61.3%) inflicted stab wounds on themselves to the extremities; 8 (6.7%) – stab wounds to the head, neck, chest and abdomen; self-poisoning was used by 28 patients (23.5%); strangulation asphyxia was observed in 4 people (3.4%); 6 (5.0%) – used other types of physical trauma (self-harm with flame, jumping from a height, gunshot wounds, etc.). No statistically significant differences were found between these groups of patients.

A statistically significant relationship was found between psychiatric diagnosis and suicidal intent (Table 5). Patients with death intentions had high frequency of affective disorders (53.1%), indicating an increased risk of suicide and consistent with data from other authors [31]. One in five (21.2%) had personality disorders. These individuals were more likely to report a desire to influence significant others or to view life-threatening situations as a means of emotional regulation (p=0.015).

Personality disorders are a significant predictor of suicidal behavior and, unlike depression, are more often associated with repeated suicide attempts, the intention of which is to influence the situation, regulate the emotional state, or resolve interpersonal conflicts [32]. These indicators are consistent with studies showing that patients with affective disorders comorbid with personality disorders had a lower risk of completed suicide compared to patients with schizophrenia and bipolar disorder, but still with a significant risk

Таблица / Table 6

Сравнение симптомов депрессии и тревоги по методике А. Бека в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений  
Comparison of symptoms of depression and anxiety according to A. Beck's method depending on the presence or absence of suicidal intent

Симптомы Symptoms	Симптомы депрессии А. Бека Symptoms of depression A. Beck				U Манна-Уитни U Mann-Whitney	P
	Наличие СН Suicide intent, n=40		Отсутствие СН No suicide intent, n=79			
	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3		
Депрессии Depression	19	8-28	8	3,5-15,5	915	0,001
Тревоги Anxiety	11	5-18	11	3-24	1508	0,855

завершённых суицидов, по сравнению с больными шизофренией и БАР, но всё же со значительным риском самоубийства, по сравнению с группой депрессивных больных без личностных расстройств [13, 15].

В Таблицах 6 и 7 представлена взаимосвязь депрессии с наличием или отсутствием суицидальных намерений у пациентов при попытке самоубийства. Наличие депрессивных симптомов имеет статистически значимые различия по критерию Манна-Уитни в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений у пациентов (p=0,001). Симптомы депрессии статистически значимо выше были среди пациентов с суицидальными намерениями, чем у лиц без намерения умереть. Выраженность тревожных симптомов статистически значимо не различалась у пациентов обеих групп.

Статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей в зависимости от степени выраженности депрессивной симптоматики (p=0,007). Отсутствие депрессивных симптомов чаще отмечали пациенты без намерения умереть, а симптомы депрессии средней и тяжёлой степени чаще выявлялись у лиц с желанием умереть.

of suicide compared to a group of depressive patients without personality disorders [13, 15].

Tables 6 and 7 present the relationship between depression and the presence or absence of suicidal intent in patients attempting suicide.

The presence of depressive symptoms differed statistically significantly according to the Mann-Whitney test depending on the presence or absence of suicidal intent in patients (p=0.001). Depressive symptoms were statistically significantly higher among patients with suicidal intent than among those without death intent. The severity of anxiety symptoms did not differ statistically significantly between the two groups.

Statistically significant differences were found when comparing indicators based on the severity of depressive symptoms (p=0.007). Patients without death intent more often reported absence of depressive symptoms, while moderate and severe depressive symptoms were more often found in those with a death wish.

Таблица / Table 7

Сравнение уровней тяжести симптомов депрессии А. Бека в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений  
Comparison of the severity levels of A. Beck's depression symptoms depending on the presence or absence of suicidal intent

Уровень депрессии Depression level	Наличие СН Suicide intent, n=40	Отсутствие СН No suicide intent, n=79	$\chi^2$	P
Отсутствие депрессивных симптомов No depressive symptoms	17 (42,1%)	56 (70,9%)	11,978	0,007
Симптомы лёгкой депрессии Symptoms of mild depression	3 (7,9%)	7(8,9%)		
Симптомы умеренной депрессии Symptoms of moderate depression	11 (26,3%)	6 (7,9%)		
Симптомы тяжёлой депрессии Symptoms of severe depression	9 (23,7%)	10 (12,7%)		

Таблица / Table 8

Сравнение переживания одиночества в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных намерений  
Comparison of the experience of loneliness depending on the presence or absence of suicidal intent

Показатель Indicator	Суицидальная намеренность Intention to commit suicide				U Манна-Уитни U Mann - Whitney	p
	Наличие СН Suicide intent, n=40		Отсутствие СН, No suicide intent n=79			
	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3		
Одиночество Loneliness	44	35-52,5	36	29,50-48,5	1181	0,04

На основе этих данных можно заключить, что при нарастании депрессивных проявлений повышается вероятность формирования истинного суицидального намерения, тогда как при отсутствии депрессивных симптомов суицидальные попытки чаще совершаются без выраженного намерения умереть.

В ходе работы также была проведена оценка связи чувства одиночества с суицидальными намерениями (Табл. 8). Было установлено, что пациенты с суицидальными намерениями чаще отмечали у себя переживания одиночества и изолированности от других, чем лица с отсутствием намерения умереть (медианы составляли 44 и 36 баллов, соответственно). И это подтверждается данными литературы, согласно которым, одиночество является одним из предикторов суицидального поведения, в частности переживания собственной изолированности и ненужности [15, 33, 34]. Одиночество также соотносится с межличностной теорией суицидального поведения Т.Е. Joiner. Согласно данной концепции, наличие переживания «прерванной принадлежности» (thwarted belongingness) выступает одним из двух ключевых факторов формирования устойчивого суицидального намерения наряду с чувством собственной обременительности (perceived burdensomeness) [28]. В своей статье Т.Е. Joiner отмечал, что суицидальное поведение вызвано одновременным присутствием двух межличностных конструктов:

1. Отсутствие принадлежности к обществу и чувство бремени для окружающих (и безнадёжности в связи с этими состояниями).

2. Приобретённая способность к суицидальному поведению, которая возникает в ответ на неоднократное воздействие физической или душевной боли. Таким образом, переживание хронического одиночества и социальной изоляции сопряжено с ростом частоты не только депрессивных симптомов, но и суицидальных мыслей и намерений [16, 35].

#### Обсуждение результатов

По данным многочисленных исследований непосредственные причины совершения суицидальных действий у отдельных лиц могут значительно различаться, но в клинической практике важно выделение суицидальных попыток с суицидальными намерениями (намерения умереть) и несуйцидальных самоповрежде-

Based on these data, it can be concluded that with increasing depressive symptoms, the likelihood of developing true suicidal intent increases, whereas in the absence of depressive symptoms, suicide attempts are more often made without a clear intent to die.

During the study, an assessment was also made of the relationship between feelings of loneliness and suicidal intentions (Table 8). It was found that patients with suicidal intent reported more often experiences of loneliness and isolation from others than individuals with no intent to die (median scores were 44 and 36 points, respectively). This is confirmed by literature data, according to which loneliness is one of the predictors of suicidal behavior, in particular the experience of one's own isolation and uselessness [15, 33, 34]. Loneliness is also related to T. E. Joiner's interpersonal theory of suicidal behavior. According to this concept, the presence of the experience of "thwarted belonging" (thwarted belongingness) is one of the two key factors in the formation of persistent suicidal intent, along with a sense of one's own burdensomeness (perceived burdensomeness) [28]. In his article, T.E. Joiner noted that suicidal behavior is caused by the simultaneous presence of two interpersonal constructs:

1. Lack of belonging to society and a feeling of being a burden to others (and hopelessness in connection with these conditions).

2. An acquired capacity for suicidal behavior that arises in response to repeated exposure to physical or mental pain. Thus, the experience of chronic loneliness and social isolation is associated with an increased frequency of not only depressive symptoms but also suicidal thoughts and intentions [16, 35].

#### Discussion of results

According to numerous studies, the immediate reasons for committing suicidal acts in individuals can vary significantly, but in clinical practice it is important to distinguish between suicide attempts with suicidal intent (intent to die) and non-suicidal self-harm,

ний, где намерения часто носят импульсивный характер и могут выступать в качестве аффективной регуляции, межличностных коммуникаций (влияния на других), самонаказания и пр. [6, 36, 37].

На основании данных нашего исследования были выявлены ряд статистически значимых различий между пациентами, совершившими суицидальные попытки с наличием или отсутствием выраженного суицидального намерения, что позволяет более глубоко рассмотреть психологические и клинично-социальные особенности лиц этих групп.

Была установлена статистически значимая связь между возрастом и наличием суицидального намерения: респонденты в возрасте 45–59 лет статистически значимо чаще отмечали у себя намерение умереть при совершении суицидальной попытки по сравнению с более молодыми респондентами. Выявлены различия по половой принадлежности. Было показано, что мужчины статистически значимо чаще женщин имели выраженное суицидальное намерение при покушении на самоубийство ( $p=0,04$ ). В целом, это согласуется с данными подобных исследований, где авторами отмечается, что мужчины реже обращаются за помощью и получают лечение. В итоге это может приводить к хронизации психических расстройств и суицидального поведения [38]. Часть авторов используют понятие «гендерный парадокс», согласно которому женщины чаще совершают попытки суицида, но мужчины чаще погибают в результате самоубийства, выбирая более летальные методы и реже обращаясь за помощью [24].

Пациенты с суицидальным намерением чаще указывали причины попытки самоубийства, связанные с симптомами депрессии, сниженным фоном настроения, чувством грусти, одиночества, уныния ( $p=0,001$ ). Напротив, среди лиц без желания умереть преобладали намерения, связанные с эмоциональной регуляцией, желанием повлиять на значимых других или наказать себя в ситуациях межличностного конфликта или ситуациях неуспеха. Следовательно, причины суицидальных попыток различаются у пациентов с намерением умереть и без. В первом случае они преимущественно связаны с депрессивной симптоматикой, во втором, скорее имеют интерперсональный характер, связанные с конфликтами со значимыми близкими.

Пациенты с аффективными расстройствами статистически значимо чаще демонстрировали намерение умереть ( $p=0,005$ ). В то же время пациенты с расстройствами личности чаще совершали попытки без выраженного суицидального намерения. Анализ депрессивной симптоматики подтвердил, что депрессия умеренной степени тяжести статистически значимо чаще встречалась у пациентов с суицидальным намерением ( $p=0,007$ ), тогда как отсутствие депрессивных симптомов чаще отмечали лица, совершившие попытку без намерения умереть. Эти данные подчёркивают важ-

where intentions are often impulsive in nature and can act as affective regulation, interpersonal communication (influence on others), self-punishment, etc. [6, 36, 37].

Based on data our study revealed a number of statistically significant differences between patients who committed suicide attempts with or without expressed suicidal intent, which allows us to examine in more depth the psychological and clinical-social characteristics of individuals in these groups.

A statistically significant association was found between age and the presence of suicidal intent: respondents aged 45–59 were statistically significantly more likely to report the intent to die when attempting suicide compared to younger respondents. Gender differences were also identified. Men were statistically significantly more likely than women to have expressed suicidal intent when attempting suicide ( $p=0.04$ ). Overall, this is consistent with data from similar studies, where the authors note that men are less likely to seek help and receive treatment. Ultimately, this may lead to the chronicity of mental disorders and suicidal behavior [38]. Some authors use the concept of "gender paradox," according to which women more often attempt suicide, but men more often die by suicide, choosing more lethal methods and less often seeking help [24].

Patients with suicidal intent more often cited reasons for their suicide attempt related to depressive symptoms, depressed mood, sadness, loneliness, and despair ( $p=0.001$ ). In contrast, among those without desire to die, the predominant intentions were related to emotional regulation, the desire to influence significant others, or self-punishment in situations of interpersonal conflict or failure. Consequently, the reasons for suicide attempts differ between patients with and without death intent. In the former, they are primarily associated with depressive symptoms, while in the latter, they are more interpersonal in nature, related to conflicts with significant others.

Patients with affective disorders were statistically significantly more likely to demonstrate intent to die ( $p=0.005$ ). Meanwhile, patients with personality disorders were more likely to attempt suicide without explicit suicidal intent. Analysis of depressive symptoms confirmed that moderate depression was statistically significantly more common in patients with suicidal intent ( $p=0.007$ ), while the absence of depressive symptoms was more often reported by those who attempted suicide without intent to die. These data highlight the

ность учёта депрессивного фона как предиктора высокого суицидального риска.

#### Выводы

Таким образом, суицидальное поведение может иметь различные намерения, цели и причины. Суицидальные попытки с намерением умереть отличаются от самоповреждений, мотивами которых являются эмоциональная регуляция, самонаказание, попытки повлиять на значимых близких или решить конфликт.

На основе полученных данных можно сделать вывод о необходимости учитывать социодемографические и клинические особенности пациентов после совершения суицидальных попыток при оказании психолого-психиатрической помощи. При аффективных расстройствах важно уделять внимание депрессивной симптоматике, переживанию собственной социальной изоляции, чувства одиночества и высокому риску летальности. При личностных расстройствах следует обратить внимание на развитие способов решения конфликтов, улучшению межличностных коммуникаций, работе с чувством одиночества и развитию навыков саморегуляции.

importance of considering a depressive background as a predictor of high suicide risk.

#### Conclusions

Thus, suicidal behavior can have various intentions, goals, and causes. Suicidal attempts with the intent to die differ from self-injury, which is motivated by emotional regulation, self-punishment, attempts to influence significant others, or resolve a conflict.

Based on the data obtained, it can be concluded that the sociodemographic and clinical characteristics of patients following suicide attempts need to be considered when providing psychological and psychiatric care. For affective disorders, it is important to pay attention to depressive symptoms, the experience of social isolation, loneliness, and the high risk of mortality. For personality disorders, attention should be paid to developing conflict resolution skills, improving interpersonal communication, addressing feelings of loneliness, and developing self-regulation skills.

#### Литература / References:

1. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020; 28 (1): 8-24. [Bannikov GS, Vihristuk OV, Galynker I. A new approach to suicidal behavior diagnostics: a review of foreign sources. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2020; 28 (1): 8-24.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2020280102
2. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 73-85. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
3. Зверева М.В., Печникова Л.С. Самоповреждающее поведение у подростков в норме и при психической патологии. *Клиническая и специальная психология*. 2013; 2 (4): 3. [Zvereva MV, Pechnikova LS. Self-injurious behavior in adolescents in norm and mental pathology. *Clinical Psychology and Special Education*. 2013; 2 (4): 3.] (In Russ)
4. Польская Н.А. Взаимосвязь самооценки с самоповреждающим поведением. Известия Саратовского университета. 2010; 3: 82-86. [Polskaya NA. Correlation between self-esteem and self-injurious behavior. *Bulletin of Saratov University*. 2010; 3: 82-86.] (In Russ)
5. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. Киев, 1999. 34 с. [Chuprikov AP, Pilyagina GYa, Voyceh VPh. Glossary of suicidal terms. Kiev, 1999. 34 p.] (In Russ)
6. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27 (2): 226-239. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
7. Glenn CR, Klonsky ED. Non-suicidal self-injury disorder: empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013; 42 (4): 496-507. DOI: 10.1080/15374416.2013.794697
8. Huang X, Ribeiro JD, Franklin JC. The differences between individuals engaging in nonsuicidal self-injury and suicide attempt are complex (vs. complicated or simple). *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11: 239. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00239
9. Lawlor CE, Goodson JT, Haeflfe GJ. Cognitive behavioral therapy for depression: a primer. *Clinical Psychology and Special Education*. 2022; 11 (2): 97-107. DOI: 10.17759/cpse.2022110206
10. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N., et al. Gender Differences in Risk Factors for Suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2000; 177: 546-550.
11. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Москва: Диалектика-Вильямс, 2007. 126 с. [Laynen M. Cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. Moscow: Dialektika-Viliams, 2007. 126 p.] (In Russ)
12. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015; 23 (2): 176-190. [Polskaya NA, Vlasova NV. Self-destructive behavior in adolescence and youth. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2015; 23 (2): 176-190.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2015230411
13. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M., et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long-term cohort study. *BMJ*. 2010; 341: 3222.
14. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В. и др. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 69-88. [Chernaya MI, Cholmogorova AB, Zubareva OV, et al. Clinical and socio-psychological characteristics of patients with suicidal attempts. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016; 24 (3): 69-88.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2016240305
15. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М., и др. Деадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020; 28 (1): 63-86. DOI: 10.17759/cpp.2020280105
16. Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований. *Клиническая психология и психотерапия*. 2023; 1: 45-60. [Subotich MI Clinical-psychological and socio-demographic factors of suicidal behavior and the risk of its chronicity: a review of studies. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2023; 1: 45-60.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2023310101
17. Шелехов И.Л., Каштанова Т.В., Корнетов А.Н. и др. Суицидология. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. 203 с. [Shelekhov IL, Kashtanova TV, Kornetov AN, et al. Suicidology. Tomsk: Siberian State Medical University, 2011. 203 p.] (In Russ)
18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M., et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.

19. Beck AT, Epstein N, Brown G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56 (6): 893-897. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893
20. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1980; 39: 472-480.
21. Beghi M, Butera E, Cerri CG, et al. Suicidal behaviour in older age: systematic review of risk factors associated with suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2021; 127: 193-211.
22. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства у лиц пожилого возраста. *Девиантная психология.* 2021; 5 (1): 9-13. [Golenkov AV. Posthomicidal suicide in the elderly people. *Deviant Behavior (Russia).* *Deviant Behavior (Russia).* 2021; 5 (1): 9-13.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-9-13
23. Пуговкина О.Д., Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б. и др. Социально-демографические и клинико-психологические факторы суицидальных попыток путём самоотравления в пожилом возрасте. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь».* 2024; 13 (4): 590-598. [Pugovkina OD, Borisonik EV, Kholmogorova AB, et al. Socio-demographic and clinical-psychological factors of suicide attempts by self-poisoning in old age. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2024; 13 (4): 590-598.] (In Russ)
24. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders.* 2012; 138 (1): 19-26. DOI: 10.1016/j.jad.2011.03.050
25. Liu Q, Teng CC, Sun I, et al. Suicide attempts in the absence of depression: differences between broad cultural groups. *Journal of Affective Disorders.* 2024; 356: 722-727. DOI: 10.1016/j.jad.2024.04.087
26. Freeman D, Reeve S, Robinson A, et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine.* 2017; 47 (14): 2393-2400. DOI: 10.1017/S003329171700040X
27. Fehling KB, Selby EA. Suicide in DSM-5: current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Frontiers in Psychiatry.* 2021; 11: 499980.
28. Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, et al. The interpersonal theory of suicide: guidance for working with suicidal clients. Washington: American Psychological Association, 2009. 240 c. DOI: 10.1037/11869-000
29. Каледя В.Г., Бебуришвили А.А., Крылова Е.С. и др. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2020; 120 (12): 30-36. [Kaledya VG, Beburishvili AA, Krylova ES, et al. Suicidal behavior in patients with mental disorders in youth. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2020; 120 (12): 30-36.] (In Russ) DOI: 10.17116/jnevro202012012130
30. Liu BP, Jia CX, Qin P., et al. Associating factors of suicide and repetition following self-harm: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *EClinicalMedicine.* 2022; 49: 101461.
31. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016; 24 (3): 144-163. [Kholmogorova AB. Suicidal behavior: theoretical model and practical implications in cognitive-behavioral therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2016; 24 (3): 144-163.] (In Russ)
32. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychological Review.* 1990; 97 (1): 90-113. DOI: 10.1037/0033-295X.97.1.90
33. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири.* 2018; 14 (3): 72-73. [Obraztsova A.S. About support group for the people enduring a suicide of close: experience of creation, complexity and advantage. *Academic Journal of West Siberia = Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri.* 2018; 14 (3): 72-73.] (In Russ)
34. Борисоник Е.В., Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. и др. Хронический стресс воспринимаемого одиночества как основной фактор депрессии и суицидального поведения у пожилых. *Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика.* 2025: 195-200. [Borisonik EV, Pugovkina OD, Kholmogorova AB, et al. Chronic stress of perceived loneliness as a major factor in depression and suicidal behavior in the elderly. *Psychology of post-traumatic stress: methodology, theory, practice.* 2025: 195-200.] (In Russ) DOI: 10.38098/conf\_25\_0495
35. Nock MK. Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2010; 6: 339-363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
36. Lloyd-Richardson E, Perrine N, Dierker L, et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine.* 2007; 37 (8): 1183-92. DOI: 10.1017/S003329170700027X
37. Docherty AR, Shabalin AA, DiBlasi E, et al. Genome-wide association study of suicide death and polygenic prediction of clinical antecedents. *The American Journal of Psychiatry.* 2020; 177 (10): 917-927. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.19101025
38. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, et al. Motivation factors for suicidal behavior and their clinical relevance in admitted psychiatric patients. *PLoS ONE.* 2017; 12 (4): e0176565. DOI: 10.1371/journal.pone.0176565

## PSYCHOSOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE

M.I. Subotich<sup>1</sup>, A.B. Kholmogorova<sup>1,2</sup>,  
A.A. Rakhmanina<sup>1,2</sup>, M.M. Potskheriya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia

### Abstract:

Suicide attempts and non-suicidal self-injury (NSSI) are a significant problem, particularly among individuals of working age. Despite theoretical differences, in clinical practice, determining a patient's true intentions is challenging: motivations may overlap, change during interviews, or be deliberately concealed. These difficulties highlight the need for an in-depth study of the factors influencing nature and direction of suicidal behavior. *The aim of this study* was to evaluate the relationships between suicidal intent and psychosocial and clinical characteristics in patients who have committed suicide attempt (SA). *The study hypothesis is that* patients aged 18 to 40 with a diagnosis of personality disorder and motives for self-harm related to the desire to influence the situation or significant others are more likely to commit acts of self-harm without an expressed intent to die. *Materials and methods:* clinical interview, analysis of case histories, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, Loneliness Scale. The study included 119 patients admitted to the Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Moscow) after a suicide. The subjects were divided into two groups: 40 (33.6%) with the intent to die; 79 (66.4%) indicated other intentions (emotional regulation, influence on the situation or loved ones). *Results.* Among patients with suicidal intent, there have been reported more people aged 45–59 rather than in the group who did not demonstrate such intent (61.5 % versus 38.5%). Suicidal intent was more often reported by men (46.5 % versus 27.3%,  $p=0.04$ ). Individuals with suicidal intent, among the reasons for suicide, more often reported depressed mood, namely feelings of sadness, loneliness, despondency, than pa-

tients without such intent (61.1%,  $p=0.001$ ). Among those who attempted suicide, the presence of suicidal intent was statistically significantly associated with a higher frequency of diagnosis of affective disorders (53.1%,  $p=0.005$ ), including moderate depression, compared with patients who did not have an expressed intent to die (26.3% versus 7.9%). Younger individuals more often committed suicide without the intent to die (68.9%), most common causes of suicide were conflicts with significant loved ones (81.7%,  $p=0.001$ ). In this category of subjects, the diagnosis of personality disorder was predominant, while pronounced symptoms of depression were absent (78.8%). *Conclusion.* The study found a correlation between suicidal intent and the patients' psychosocial and clinical characteristics. Patients who exhibited suicidal intent had moderate depression, were predominantly 45–59 years of age, were male, and experienced significant feelings of social isolation. At the same time, patients who identified suicidal intent as a desire for emotional regulation or an attempt to resolve a conflict with loved ones were statistically significantly more likely to be young and to have significant difficulties in interpersonal communication. These patients were more often diagnosed with personality disorders, while depressive symptoms were absent or did not reach clinically significant levels. These findings should be taken into account when providing assistance to patients after a suicide attempt.

*Keywords:* suicidal behavior, suicidal attempts, non-suicidal self-harm, suicidal intent, suicidal orientation, suicidal thoughts

Information about the authors:

**Subotich Maria I.** – Candidate of Psychological Sciences (SPIN-code: 8658-1645; Scopus Author ID: 57216489347; Author ID: 1185229; ORCID iD: 0000-0002-5138-3107). Place of work and position: research fellow of the Department of acute poisoning and somatopsychiatric disorders of "Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health". Address: 3/1 Bolshaya Sukharevskaya Sq., Moscow, Russia. Phone: +7 (903) 224-24-98, email: chernaya\_masha@mail.ru

**Kholmogorova Alla B.** – Doctor of Psychology, Professor (SPIN-code: 5774-2928; ORCID iD: 0000-0001-5194-0199). Place of work and position: dean of faculty of "Counseling and clinical psychology" of "Moscow state psychological and pedagogical university". Address: 29 Sretenka St., Moscow, Russia; leading research fellow of the Department of acute poisoning and somatopsychiatric disorders of "Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health". Address: 3/1 Bolshaya Sukharevskaya Sq., Moscow, Russia. Email: kholmogorova-2007@yandex.ru

**Rakhmanina Anastasia A.** (SPIN-code: 3084-9886; Scopus Author ID: 57216491587; ORCID iD: 0000-0002-7870-402X). Place of work and position: junior research assistant of the Department of acute poisoning and somatopsychiatric disorders of "Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health". Address: 3/1 Bolshaya Sukharevskaya Sq., Moscow, Russia; Senior Lecturer at the Faculty of Counseling and Clinical Psychology of "Moscow state psychological and pedagogical university". Address: 29 Sretenka St., Moscow, Russia. Phone: +7 (968) 654-22-11, email: rakhmanina.a@mail.ru

**Potskhveriya Michael M.** (SPIN-code: 6418-5480; Scopus Author ID: 964229; ORCID iD: 0000-0003-0117-8663). Place of work and position: Head of the Scientific Department of acute poisoning and somatopsychiatric disorders of "Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care of the Moscow City Department of Health". Address: 3/1 Bolshaya Sukharevskaya Sq., Moscow, Russia. Phone: +7 (495) 280-15-61, email: toxikapa@mail.ru

Вклад авторов:

*М.И. Суботич:* разработка дизайна исследования, сбор данных, написание и редактирование текста рукописи;

*А.Б. Холмогорова:* разработка дизайна исследования, редактирование текста рукописи;

*А.А. Рахманина:* разработка дизайна исследования;

*М.М. Поцхверия:* разработка дизайна исследования.

Authors' contributions:

*M.I. Subotich:* study design development, data set, writing and editing the text of the manuscript;

*A.B. Kholmogorova:* study design development, editing the text of the manuscript;

*A.A. Rakhmanina:* study design development;

*M.M. Potskhveriya:* study design development.

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: 29.08.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.10.2025.

Для цитирования: Суботич М.И., Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Поцхверия М.М. Психосоциальные и клинические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку. *Суицидология.* 2025; 16 (3): 130-143. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-130-143

For citation: Subotich M.I., Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Potskhveriya M.M. Psychosocial and clinical characteristics of individuals who have attempted suicide. *Suicidology.* 2025; 16 (3): 130-143. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-130-143

